

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**PREVALENCIA DE MORBILIDADES EN NIÑOS DE 0 – 2 AÑOS DE EDAD
CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA QUE CONSULTAN EN LA
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SANTO TOMAS MARZO –
MAYO 2017.**

Informe final presentado por:

Gallegos Ayala Wendy Xiomara

Gálvez Gálvez Michelle Guadalupe

Para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

DR. FRANCISCO FUENTES CHOTO

San salvador, 12 de Octubre de 2017

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. OBJETIVOS	7
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1 LACTANCIA MATERNA.....	8
4.2 LACTANCIA MATERNA Y EL NEONATO	8
4.3 EVIDENCIAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	10
4.4 COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA Y SUS BENEFICIOS. COMPARACIÓN CON LA LECHE DE VACA	12
4.5 CAMBIOS DE COMPOSICIÓN.....	21
4.6 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CANTIDAD DE LECHE MATERNA	23
4.7 VENTAJAS DE LA LACTANCIA.....	24
4.7.1 VENTAJAS INMUNOLÓGICAS	24
4.7.2 VENTAJAS EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO	25
4.8 DURACIÓN DE LA LACTANCIA	26
4.9 LEYES PARA LA PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	28
5. DISEÑO METODOLÓGICO	30
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	30
5.2 PERÍODO	30
5.3 UNIVERSO.....	30
5.4 MUESTRA	31
5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	36
5.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	36
5.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
5.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37
5.8 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37

5.9	MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS	
	37	
5.10	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	38
6.	RESULTADOS	39
6.1	DATOS GENERALES	39
6.2	ADMINISTRACIÓN DE LACTANCIA MATERNA	42
6.3	MORBILIDADES	47
7.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	57
8.	CONCLUSIONES.....	60
9.	RECOMENDACIONES	61
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	63
	ANEXOS.....	65
	ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: GUÍA DE ENTREVISTA	66
	ANEXO 2: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	70
	ANEXO 3: BASE DE DATOS DE POBLACIÓN TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE CONSULTARON EN LA UCSF DE SANTO TOMÁS ENTRE MARZO-MAYO 2017.	72
	ANEXO 4: TABLAS DE FRECUENCIA	83

1. RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se desarrolló el tema ¿Cuál es la prevalencia de morbilidades en niños de 0 – 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar santo tomas marzo – mayo 2017?.

Los objetivos planteados buscaban identificar las causas de morbilidades presentes en los niños, enumerar dichas causas y estimar la calidad de protección que la lactancia materna brinda en los primeros años de vida. Para dichos fines se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal con una población de estudio de 346 niños y niñas y una muestra de 151 encuestados.

Los principales resultados obtenidos demostraron que 90% de niños obtuvieron algún tipo de lactancia materna durante los primeros 2 años de vida y 10% no lo recibieron, principalmente por causas laborales maternas, del 90% antes descrito, únicamente a 66% se les proporcionó de manera exclusiva y el resto recibió otro tipo de alimento como agua y fórmula previo a los 6 meses de vida. La principal causa de consulta fueron enfermedades respiratorias con una duración de síntomas de 3-5 días y únicamente 12% de niños fueron hospitalizados posterior al periodo perinatal.

Se concluyó que la lactancia evita una duración prolongada de los síntomas y disminución de la gravedad de la enfermedad, además gran parte de la introducción de otro tipo de alimento diferente a la leche materna es debido a error de la madre por considerar que el agua está incluida dentro de la lactancia materna exclusiva.

2. INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación muestra los resultados del tema de estudio ¿Cuál es la prevalencia de morbilidades en niños de 0 – 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar santo tomas marzo – mayo 2017?

La práctica de la lactancia materna en El Salvador se ha visto afectada por diferentes factores: culturales, económicos, sociales y además por la influencia de los medios de comunicación en la promoción y comercialización de los sucedáneos de la leche. En la década de los 80's se vió la necesidad de incrementar acciones en apoyo a la lactancia materna y en 1979 se conforma el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA).

En 2014 se realizó en El Salvador la “Encuesta Nacional de salud de indicadores múltiples por conglomerados” dentro de la cual se tomaron en cuenta temas relacionados con la nutrición de niños de 0-2 años de edad que se encontraban en período de lactancia, donde como hallazgo más sobresaliente se determinó que el 66%¹ de niños de 0-23 meses eran amamantados adecuadamente, garantizando una protección económica contra las enfermedades prevalentes de la infancia.

De esta manera la leche materna es el alimento idóneo que debe de recibir el niño en los primeros años de vida, ya que contiene los aminoácidos que favorecen su desarrollo y les brinda el alimento que necesitan para estar bien nutridos, además de protegerlos contra las infecciones y enfermedades, y ayudar a cumplir el Objetivo del Milenio No. 4 que busca reducir la mortalidad infantil.

¹ Tomado de “Encuesta Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerados, ENS, 2014, Capítulo 5: Nutrición, “Lactancia y alimentación de infantes y de niñas y niños pequeños”.

En esta investigación se buscó establecer las causas de morbilidades más frecuentes por las que los lactantes consultaron y además se trató de identificar los beneficios en la salud que la administración adecuada (en tiempo y frecuencia) de leche materna brinda al lactante para evitar complicaciones y en cierta forma disminuir el costo en salud de cada individuo a largo plazo.

El estudio se llevó a cabo a través de un estudio descriptivo tipo transversal con una metodología probabilística aleatoria en donde se seleccionaron a 151 niños y niñas que consultaron entre los meses de Marzo a Mayo de 2017 en la Unidad Comunitaria de Salud de Santo Tomás, revisando registros de consulta diaria y llevando a cabo encuestas a cada una de las madres presentes en la consulta.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar la prevalencia de morbilidades en niños de 0 – 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Santo Tomas Marzo – Mayo 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de morbilidades presentes en niños de 0-2 años que reciben lactancia materna exclusiva.
- Enumerar las causas de morbilidad más comunes en niños de 0-2 años que reciben lactancia materna exclusiva.
- Estimar la calidad de protección que brinda la lactancia materna exclusiva contra morbilidades en niños de 0-2 años.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 LACTANCIA MATERNA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como **lactancia materna exclusiva (LME)** la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua.

En el 2002 durante la 55ª Asamblea Mundial de Salud conocida como «Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño» realizada en Ginebra, se recomendó que la LME deba realizarse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo.

Lactancia materna predominante es la alimentación con leche materna o de otra mujer, más líquidos, infusiones y vitaminas. **Lactancia materna complementaria** es la alimentación con leche materna, incluidos sólidos o semisólidos y leche no humana.²

4.2 LACTANCIA MATERNA Y EL NEONATO

La leche humana no es solo un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino un fluido vivo que tiene más de 200 componentes conocidos que interactúan y tienen más de una función individual. Generalmente incluyen la función nutricional, de protección contra las infecciones -especialmente por la inmunoglobulina IgA secretora- y de estímulo del desarrollo cognoscitivo.

² Organización Mundial de la Salud. Nutrición, Alimentación del lactante
<http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding>

La proteína del suero contiene principalmente alfa lactoalbúmina y muy pequeña cantidad de albúmina sérica; pero, una buena parte de las proteínas del suero son proteínas antiinfecciosas, como lactoferrina, inmunoglobulina A secretora y lisozima.

La alfa lactoalbúmina tiene un papel importante en la síntesis de la lactosa y es fuente de aminoácidos esenciales, especialmente de triptófano, lisina y cistina.

El tracto gastrointestinal del recién nacido no está preparado para recibir alimentación que no sea la leche materna. El **calostro** tiene efecto trófico, protege el aparato digestivo evitando la enterocolitis necrotizante (NEC), sobretodo en los prematuros; por eso la alimentación debe iniciarse en el contacto piel a piel.

La lactoferrina es más alta en la leche materna, por lo que protege al lactante contra la deficiencia de hierro. La taurina es un neurotransmisor y neuromodulador del cerebro y de la retina; no se encuentra en la leche de vaca. Las enzimas como la lipasa y la amilasa ayudan la digestión de los lípidos y de los carbohidratos complejos, compensando la inmadurez enzimática del lactante. La carnitina es esencial para la oxidación de los ácidos grasos, lo que permite al recién nacido utilizarlos como una fuente de energía alternativa a la glucosa. La leche humana es antiinflamatoria y antioxidante.

Las premisas anteriores ayudan a asegurar que la lactancia materna debe ser universal, precoz y exclusiva durante los primeros seis meses, pudiendo prolongarse después durante dos años. Iniciar la alimentación complementaria desde los seis meses.

4.3 EVIDENCIAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

Con relación a la lactancia inmediatamente después del parto, la experiencia y las evidencias científicas demuestran que:

- La succión estimula la secreción de oxitocina y la prolactina de la madre, así como de las hormonas intestinales del recién nacido, importantes para la digestión del calostro y de endorfinas y que le producen calma y placer.
- La sensación de ‘contracción’ uterina durante la lactancia asegura que el eje hipotálamo-pituitaria-glándula mamaria está intacto y que existe liberación de oxitocina en cada succión.
- La prolactina es la hormona ‘materna’ y tiene niveles altos en las dos primeras horas después del parto. La prolactina actúa uniéndose a receptores específicos de la glándula mamaria. Su función es producir leche e inhibir la ovulación; tiene efecto relajante; si se inicia la succión de manera precoz, los niveles de esta hormona permanecerán estables.
- La oxitocina se libera en la hipófisis posterior. Su función más importante es la eyección de la leche, contrayendo las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios y el vaciamiento de estos.
- El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre la madre, padre e hijo en el desarrollo físico y emocional del niño.
- El calostro tiene elementos inmunitarios que ayudarán a proteger al bebé, aún bajo de defensas. La inmunidad es específica por IgA secretora; la IgA protege al bebé de las enfermedades maternas. La madre produce calostro el primer día, 20 a 50 mL al día. El tamaño del estómago del recién nacido es de 5 a 7 mL; al décimo día, la capacidad gástrica es de 45 a 60 mL. Los volúmenes de leche van aumentando poco a poco. Las bacterias probióticas son microorganismos que viven

simbióticamente en el intestino, confiriendo beneficios adicionales al huésped, los cuales incluyen competencia con el organismo patógeno, aumento de la producción de moco, estimula el peristaltismo, aumenta la producción de nutrientes específicos (arginina, glutamina, cadenas cortas de ácidos grasos) y ayuda al desarrollo del sistema inmune del intestino.

- Los prebióticos son oligosacáridos no digeribles, que, después de la fermentación, bajan el pH y aumentan la cantidad y disponibilidad de ácidos grasos libres.
- Los prebióticos permiten el crecimiento de probióticos en el intestino; es un ingrediente alimentario no digerible que estimula selectivamente el crecimiento y/o la actividad de un número selecto de bacterias; por lo tanto, protege al recién nacido.
- A medida que el bebé succione la madre producirá más cantidad de leche, y que la primera semana un recién nacido a término pierde peso entre 7 y 10% y el prematuro entre 12 y 15%. La efectividad de la lactancia se verificará pesando al bebé, que gana más de 20 a 30 gramos al día, o a través de la prueba de humedad, que consiste en que el recién nacido esté mojando más de seis pañales en 24 horas. Se puede estimar entonces que la madre está produciendo leche suficiente. Si el recién nacido no gana peso o no micciona varias veces al día, puede estar presentado deshidratación hipernatrémica por falta de aporte de leche materna.
- La lactancia materna debe ser exclusiva para todo ser humano, los primeros seis meses, y seguir lactando hasta los 24 meses. No existe leche artificial que iguale las bondades de la leche humana, porque la leche materna cubre todas las necesidades nutricionales, calóricas, inmunológicas para el ser humano, sea el recién nacido prematuro o a término.

4.4 COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA Y SUS BENEFICIOS. **COMPARACIÓN CON LA LECHE DE VACA**

La composición de la leche materna, que contiene todos los elementos indispensables para el recién nacido, además de otorgarle protección contra las infecciones, sigue siendo una fuente importante de nutrientes hasta pasado el año de vida. La composición de este fluido es dinámica y obedece a mecanismos de regulación neuroendocrina, donde desempeñan un papel importante células, nutrientes y sustancias químicas. Además de carecer absolutamente de todos los sistemas de defensa que la madre transmite a través de la leche y que son importantes -sobre todo ante los microorganismos causantes de diarreas-, la leche de vaca que no ha sido modificada no es recomendable durante el primer año. Su contenido de proteínas, fósforo, cloruro, sodio y potasio es excesivo, especialmente para bebés de pocos meses de edad. Esto provoca una sobrecarga renal de solutos que puede ser perjudicial para los lactantes.

A pesar de que la leche materna contiene menos hierro que la de vaca, su biodisponibilidad es muy superior. Por otra parte, esta última, sin modificar, aporta hierro de baja biodisponibilidad, que favorece la aparición de cuadros de deficiencia que pueden llevar a una anemia.

En años recientes, las investigaciones han mostrado que la proteína de la leche de vaca, sin modificar o modificada en la fórmula, podría incrementar los riesgos de diabetes en niños susceptibles. Estos estudios son sólo una evidencia preliminar de su conexión con la diabetes, pero es otra buena razón para evitar la leche de vaca y dar pecho a los bebés.

La leche materna es un alimento complejo y aun cuando fuese factible imitar artificialmente o biotecnológicamente todos sus componentes, no se podría lograr que la interacción entre ellos fuese igual que la natural, de modo que

tampoco se podrían conseguir los mismos efectos en el organismo.

Componentes nitrogenados: En la leche materna existen dos fracciones nitrogenadas, una correspondiente al nitrógeno proteico, que forma el 75% del nitrógeno total y otra de nitrógeno no proteico, que corresponde al restante 25% e incluye urea, creatinina, creatina, ácido úrico, aminoácidos libres y amoníaco y, en menores cantidades, poliaminas, hormonas, factores de crecimiento, nucleótidos cíclicos y oligosacáridos que contienen nitrógeno. La primera fracción incluye dos grupos de componentes: la caseína y las proteínas del suero, presentes en una relación de 40:60. Las micelas de caseína están formadas por subunidades proteicas; predomina la β -caseína y es minoritaria la κ -caseína; la α -caseína estaría ausente. En los últimos años se planteó que los fragmentos de caseína obtenidos de la digestión enzimática estimularían el sistema inmunológico del lactante. También se le asignaron roles relacionados con la absorción de iones calcio y actividades antitrombóticas, antihipertensivas y opioides.

El otro grupo son las proteínas del suero, donde la α -lactalbúmina es la mayoritaria, con una secuencia de aminoácidos que responde adecuadamente a los requerimientos del lactante. Presenta una apropiada concentración de cistina y triptófano, limitantes en fórmulas a base de leche bovina. Como forma parte de la enzima lactosa-sintetasa, interviene en la síntesis de lactosa, aunque no existe una relación directa con su contenido. Otra de las proteínas mayoritarias es la lactoferrina, que tiene la capacidad de ligar dos átomos de hierro. Como en la leche humana predomina en estado no saturado, en el tracto intestinal del bebé compite con algunas bacterias por el hierro, de manera que los microorganismos no disponen de él para su proliferación y ejerce un efecto bacteriostático, en sinergismo con la IgA

secretoria. Recientemente se determinó que puede tener efecto bactericida al interaccionar con las paredes de los microorganismos, desestabilizándolas y causando su muerte. Además, un péptido bactericida que se genera durante la digestión de la lactoferrina, la lactoferricina, sería aun más efectivo que la lactoferrina intacta. A través de estos mecanismos, la lactoferrina puede desempeñar un papel esencial en la protección del recién nacido ante infecciones gastrointestinales. Se ha postulado que la lactoferrina promovería la absorción del hierro, si bien no hay consenso al respecto. La lactoferrina se encuentra en cantidades muy elevadas en el calostro, pero aunque desciende posteriormente, su presencia se mantiene a lo largo de toda la lactancia. En la leche de vaca la cantidad es diez veces inferior a la existente en la leche humana.

La leche materna es rica en inmunoglobulinas (especialmente en el calostro); la principal es la IgA secretoria, con menores cantidades de IgA monomérica, IgG e IgM. Se sintetiza en la glándula mamaria y su función es la de formar anticuerpos capaces de unirse a virus y bacterias, impidiendo la penetración en la mucosa intestinal, lo que se logra gracias a su resistencia a la proteólisis y su estabilidad a pH bajo. Otra función muy importante de la IgA secretoria es el bloqueo de la adhesión de patógenos al epitelio intestinal y la unión a sus toxinas. La leche materna presenta en su composición: anticuerpos específicos contra antígenos ambientales a los que el neonato está potencialmente expuesto. La albúmina sérica sólo cumple el rol de aporte de aminoácidos. En el grupo de enzimas lácteas, la lisozima (escasa en la leche de vaca) es la más abundante y se encuentra en niveles muy superiores a los plasmáticos. Presenta una acción bactericida en el intestino del lactante y cataliza la ruptura de las uniones β -1,4 de la pared celular de las bacterias. Otra enzima importante es la lipasa, que permanece activa en el tracto gastrointestinal y es estimulada por bajas concentraciones de sales biliares, con producción de

glicerol y ácidos grasos libres. Esta hidrólisis sería la causante de la alta absorción de grasas en los bebés alimentados a pecho. Por otra parte, la liberación de ácidos grasos libres y monoglicéridos, protege contra protozoos, bacterias y virus, debido a que poseen actividad antimicrobiana. Como otra característica importante, se le atribuye a la lipasa el efecto de inactivación del parásito *Giardia lamblia*, muy frecuente en poblaciones de escasos recursos. También es de interés mencionar a la PAF-AH (acetilhidrolasa del factor activador de plaquetas) a la que se atribuye la menor incidencia de enterocolitis necrotizante, en particular en los neonatos prematuros alimentados con leche humana. Las mucinas, proteínas que forman parte de la membrana de los glóbulos grasos, interfieren en la adhesión de bacterias patógenas a células epiteliales, en forma similar a otras glicoproteínas y oligosacáridos; también actúan como factores de defensa inespecíficos. Algunos de los componentes mencionados presentan, además, actividad antiinflamatoria.

Entre los componentes del nitrógeno no proteico pueden destacarse la taurina y los nucleótidos. La taurina, además de intervenir en la conjugación de ácidos biliares, está presente en el sistema nervioso central. Su deficiencia en etapas tempranas puede afectar la función retiniana. Los nucleótidos han cobrado gran importancia en los últimos tiempos, ya que se les atribuyen diversas funciones: actuarían como inmunomoduladores, como promotores de las bifidobacterias a nivel de la flora intestinal y también mejorarían la maduración y proliferación gastrointestinal.

- **Carbohidratos:** La lactosa es el principal carbohidrato presente en la leche materna y se sintetiza en la glándula mamaria a partir de glucosa. Aporta, junto con la grasa, la energía necesaria para el normal crecimiento y desarrollo del bebé, favorece la implantación de una flora acidófila y promueve la absorción del calcio. Existen también en la leche

oligosacáridos, los que representan el tercer componente mayoritario de la leche tras la lactosa y la grasa. Están formados por 4 a 12 monómeros, con una combinación variable de D-glucosa, D-galactosa, N-acetil-glucosamina, L-fucosa y ácido siálico. Debido a su estructura, que es similar a la de ciertos receptores de membrana de las mucosas gastrointestinal y retrofaríngea, son capaces de actuar como ligandos competitivos frente a microorganismos patógenos; de esta manera, evitan su unión a receptores presentes en las mucosas, protegiendo al lactante de infecciones intestinales y de las vías aéreas superiores. Existe gran interés en relación con su papel en la salud y el desarrollo del lactante, ya que cumplen en el organismo un rol similar al de la fibra soluble de la dieta: ejercen un efecto probiótico, al promover el desarrollo de bifidobacterias en el intestino, lo que genera un pH ácido que inhibe el crecimiento de microorganismos patógenos. También se postula su papel como fuente de ácido siálico y galactosa para el desarrollo cerebral.

- **Lípidos:** Las grasas presentes en la leche materna, representan una importante fuente de energía para el bebé y aportan aproximadamente el 50% de las calorías totales. Son fuente de ácidos grasos esenciales y vehículo de las vitaminas liposolubles, cuya absorción favorecen. Realizan un aporte balanceado de ácidos grasos $\omega 6$ y $\omega 3$, importante para lograr una síntesis equilibrada de eicosanoides. Los lípidos están compuestos en un 98% por triglicéridos. El ácido oleico (18:1, $\omega 9$, 32,8%) y el palmítico (16:0, 22,6%) son los ácidos grasos más abundantes que los componen. El tercero en abundancia es uno de los ácidos grasos esenciales, el ácido linoleico (18:2, $\omega 6$, 13,6%). Los ácidos grasos saturados representan el 42 a 47% y los insaturados, el 53 a 58%. Los poliinsaturados de cadena larga, que no se encuentran en la leche de vaca, son beneficiosos en la etapa de crecimiento y

maduración del sistema nervioso central del bebé. Los ácidos araquidónico y docosahexaenoico son los que predominan en cerebro y retina del neonato, en el desarrollo neurológico y de funciones visuales. El ácido oleico (18:1, ω 9), mayoritario en la leche humana, no es un ácido graso esencial. Sin embargo, se observa su acumulación en el tejido nervioso en la etapa neonatal, en particular en la mielina. Es precursor de otros ácidos grasos monoenoicos, característicos de los esfingolípidos de la mielina.

- **Minerales:** La concentración de minerales está adaptada a los requerimientos nutricionales y capacidad metabólica del niño. En comparación con los sucedáneos, la leche materna presenta alta biodisponibilidad de minerales, en especial de calcio, magnesio, hierro, cobre y zinc. Los minerales se encuentran presentes principalmente ligados a las proteínas del suero, al citrato o a la membrana proteica del glóbulo de grasa, a diferencia de la leche bovina, donde la caseína presenta la mayor proporción de minerales. Estas particularidades serían las principales causas de la mejor absorción de estos nutrientes. El aporte total de minerales es bajo, lo que favorece el funcionamiento renal del lactante. En especial, la carga de sodio, potasio y cloruros corresponde a un tercio del contenido en la leche de vaca, lo que permite al bebé conservar el agua disponible para el cumplimiento de otras funciones como el control de la temperatura, sin eliminarla en la orina. Entre los nutrientes minerales se destaca el aporte de calcio y fósforo, con una relación Ca: P de 2 a 1, lo que asegura su óptima utilización. El 99% del calcio corporal está presente en huesos y dientes en la forma de fosfato de calcio, que otorga dureza y estructura, el 1% restante se encuentra en líquidos extracelulares y membranas celulares. Es

- responsable de un gran número de funciones de regulación. Su absorción en la leche materna es de 55% contra 38% en leche de vaca.

El fósforo es un nutriente esencial que participa en un importante número de funciones biológicas. En la leche humana, el 23% se encuentra unido a proteínas, aproximadamente el 15% se encuentra en forma de fósforo inorgánico y la cantidad restante aparece unido a lípidos. Su concentración en la leche materna es menor que en la leche de vaca. Se ha destacado la importancia de establecer un límite superior de fósforo para leches artificiales, ya que una excesiva cantidad contribuye a desestabilizar el nivel de calcio plasmático, con riesgo de hipocalcemia, lo que podría desencadenar una tetania neonatal.

El hierro, además de ser esencial para la producción de glóbulos rojos y el transporte de oxígeno, también interviene en el desarrollo cognitivo. La leche materna es una fuente de hierro de alta biodisponibilidad en los primeros meses de vida; si bien se encuentra en niveles muy bajos, se absorbe más del 70% en comparación con el 30% de la leche de vaca. Algunos autores atribuyen la extraordinaria biodisponibilidad a la elevada cantidad de lactoferrina presente. Otros mencionan una conjunción de factores, como la baja concentración de proteínas, calcio y fósforo (inhibidores potenciales de la absorción) y elevadas concentraciones de lactosa y ascorbatos (potenciadores).

El Zinc es un mineral esencial para el crecimiento y desarrollo del niño, está involucrado en el normal desarrollo del sistema inmunológico y en otros procesos fisiológicos, forma parte de algunas hormonas, además de ser cofactor de enzimas que intervienen en procesos metabólicos. Su distribución cambia a lo largo de la lactancia; en la leche madura,

alrededor del 30% se encuentra ligado a los lípidos (principalmente en la membrana del glóbulo de grasa), 20% a la caseína y el 50% restante, a componentes presentes en el suero lácteo; los ligandos principales en el suero lácteo son una proteína (albúmina) y un compuesto de bajo peso molecular (citrato). Su concentración en la leche materna es inferior a la de vaca pero su biodisponibilidad es muy superior, tal como lo evidencia su eficiencia terapéutica en el tratamiento de la acrodermatitis enteropática (síndrome de malabsorción de cinc, patología hereditaria). El cobre es un mineral requerido para la utilización del hierro y cofactor de enzimas involucradas en el metabolismo de la glucosa y en la síntesis de hemoglobina, tejido conectivo y fosfolípidos. A pesar de que la concentración de cobre en la leche materna es baja, es raro encontrar deficiencia en niños alimentados exclusivamente con leche humana.

En cuanto a su distribución, el 80% se encuentra en el suero lácteo, sólo 5 a 15% en la grasa y el resto en la caseína. En el suero, el ligando principal es la seroalbúmina y en menor proporción el citrato y aminoácidos libres. La absorción de este mineral en la leche humana es de aproximadamente 25% mientras que en leche de vaca es de 18%.
Vitaminas: La leche de una madre bien nutrida presenta cantidades suficientes de vitaminas para el normal crecimiento del bebé sólo con la excepción de algunas. La vitamina K se encuentra en muy bajas cantidades y no dependería de una suplementación materna. Por estar relacionada con el proceso de coagulación sanguínea, como prevención de déficit por diferentes causas se recomienda su suministro en el momento del nacimiento para evitar hemorragias hasta la estabilización de la flora intestinal.

La vitamina D se considera una parahormona, con funciones hematopoyéticas y propiedades inmunoreguladoras. Cumple un rol importante en la mineralización ósea al incrementar la absorción intestinal de calcio y fósforo y la reabsorción renal de calcio. Cuando por razones climáticas, geográficas o culturales no se recibe la influencia de los rayos solares, se hace necesario su aporte diario. Como se mencionó previamente, la grasa de la leche actúa como vehículo de las vitaminas liposolubles. La vitamina E se encuentra en mayor concentración en la leche materna que en la de vaca. Esto resulta ventajoso en función de su capacidad antioxidante, si se tiene en cuenta la mayor cantidad de ácidos grasos poliinsaturados de la leche humana. La vitamina A interviene en el proceso de la visión y es necesaria para el crecimiento normal, la reproducción, el desarrollo fetal y la respuesta inmunológica. Su concentración en la leche humana es variable, ya que depende de la ingesta materna.

La principal acción del ácido ascórbico es la de agente antioxidante y reductor; como cofactor en reacciones enzimáticas que intervienen en el normal desarrollo del cartílago y el hueso. Además, estimula la absorción del hierro y actúa en el metabolismo de los depósitos de este mineral. La leche humana normalmente es rica en vitamina C y su concentración media es mayor que la de vaca.

TABLA 1: COMPARACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA LECHE HUMANA, ANIMAL Y MATERNIZADA

	Leche humana	Leche animal	Leche maternizada
F. bacterianos	Ninguno	Probables	Probables al mezclarla
F. antiinfecciosos	Presentes	No están presentes	No están presentes
F. crecimiento	Presentes	No están presentes	No están presentes
Proteínas	Calidad correcta Fácil de digerir	Demasiada Difícil de digerir	Parcialmente corregidas
Grasas	Suficientes ácidos grasos esenciales Lipasa para la digestión	Falta ácidos grasos esenciales No tienen lipasa	Falta de ácidos grasos esenciales No tiene lipasa
Hierro	Pequeña cantidad bien absorbida	Pequeña cantidad, no se absorbe bien	Cantidad extra añadida, no se absorbe bien
Agua	Suficiente	Se necesita agua extra	Puede necesitar agua extra
Vitaminas	Suficientes	Insuficientes A y C	Se le añade vitaminas

Fuente: Sociedad Española de Pediatría. Lactancia

4.5 CAMBIOS DE COMPOSICIÓN

La leche materna no tiene una composición estática y sus constituyentes cambian durante el período de lactancia. Por ejemplo, no tiene las mismas características durante el transcurso de la mamada. Al principio, la leche es más acuosa y calma la sed del niño y es rica en proteínas, minerales, vitaminas hidrosolubles y lactosa. Al finalizar es de color más blanco, con más grasa y vitaminas liposolubles.

La lactancia materna puede dividirse en cuatro fases: calostro, transicional, madura³.

³ Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.

El calostro se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto. El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4^o y el 15^o día postparto. Entre el 4^o y el 6^o día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto.. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Composición de la leche humana madura Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas. La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico. La leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero.

4.6 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CANTIDAD DE LECHE MATERNA

El volumen de producción de leche es variable entre individuos, y se considera que es inferior a la capacidad de la glándula mamaria. Si bien la producción máxima de leche materna se alcanza entre el tercero y el quinto mes de lactancia y se mantiene constante en los meses siguientes, está influida por factores psicológicos, fisiológicos y sociológicos, los que con frecuencia se encuentran relacionados entre sí. Entre los factores psicológicos es conocido que los trastornos emocionales y la ansiedad provocan alteraciones en la secreción láctea y en casos extremos pueden llegar a interrumpir la producción glandular.

En cuanto a los factores fisiológicos, se considera que la frecuencia, la duración y el vigor de la succión del lactante influyen en la cantidad de leche producida por la glándula mamaria; es decir, que la secreción está afectada por la demanda. Como factores sociales, vemos que muchas veces la madre debe recurrir a sucedáneos de la leche materna o a suplementos mientras está fuera

del hogar y consecuentemente disminuye la formación de leche. Si esto ocurre entre los 3 y 5 meses, la declinación es marcada, mientras que si es después del sexto mes el volumen de producción puede mantenerse mayor a 500 ml/día hasta después de los 18 meses.

4.7 VENTAJAS DE LA LACTANCIA

4.7.1 VENTAJAS INMUNOLÓGICAS

Las ventajas inmunológicas son bien conocidas hasta los primeros 6 meses de vida, pero la protección frente a muchos patógenos se alarga hasta los 2 años y medio. La protección contra las enfermedades se clasifica de la siguiente manera:

- a) Enfermedades gastrointestinales. Se han identificado componentes de la leche materna que confieren protección contra patógenos específicos del intestino como Rotavirus, *C. jejuni*, *C. difficile*, *G. lamblia*, *S. typhimurium*, especies de *Escherichia*, *Shigella* y *V. cholerae*.
- b) Enfermedades respiratorias y otitis media. La LME protege contra las infecciones de las vías respiratorias altas, principalmente la otitis media. En varios estudios se ha demostrado también que la frecuencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias bajas como la neumonía, bronquitis y bronquiolitis disminuye en los lactantes alimentados con leche humana.
- c) Otras infecciones. La leche humana protege contra la enterocolitis necrosante en lactantes de pretérmino y contra la bacteremia y meningitis causada por *H. influenza* tipo B.
- d) Disminución de la inflamación. La leche materna protege al lactante y a la glándula mamaria contra ciertos agentes patógenos, sin producir efectos inflamatorios.

e) Estimulación de la inmunidad. Hay evidencias epidemiológicas y experimentales de que la leche materna afecta la inmunomodulación a largo plazo y los lactantes corren menor riesgo de padecer enfermedades alérgicas, trastornos digestivos crónicos, Diabetes mellitus tipo 1, enfermedad de Crohn y linfoma. Además, las concentraciones de anticuerpos neutralizantes para el polisacárido Hib, la vacuna del poliovirus oral y el toxoide de la difteria, en respuesta a las vacunas aplicadas en la infancia, son más altas en los bebés alimentados con leche materna. La leche humana se adapta a las necesidades nutricionales del lactante.

4.7.2 VENTAJAS EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO

La alimentación ideal del recién nacido prematuro es la que consigue un crecimiento óptimo y similar a la que tenía en útero. Para esto, los nutrientes deben ser digeribles, absorbibles y que no tengan sobrecarga metabólica⁴. La leche materna tiene los compuestos adaptados para sus requerimientos. La leche materna disminuye la incidencia de Enterocolitis Necrotizante, sepsis tardía y la incidencia y gravedad de la retinopatía, reduce la intolerancia de nutrientes a corto plazo, protege contra infecciones, minimiza los procesos alérgicos, consigue un buen desarrollo sicomotor y establece un adecuado vínculo madre-hijo, el cual es primordial en esta etapa.

La influencia de un ambiente adecuado para el recién nacido de pretérmino se ve favorecido por el adecuado vínculo padres-hijo agregando a esto una adecuada lactancia materna. Algunos niños maltratados tienen antecedentes de un apego insuficiente, en muchos casos asociados a la prematuridad o a otras patologías neonatales al requerir un tiempo prolongado de hospitalización, por ende a la separación precoz de los padres. La leche materna es el alimento

⁴ Manual de lactancia Materna. Ministerio de Salud, Republica de Chile, 2010.

mejor tolerado por el prematuro, consiguiendo un vaciado gástrico más rápido y menor residuo alimentario que en los alimentados con fórmula. Sin embargo, la lactancia materna no enriquecida, no proporciona nutrientes suficientes, en especial proteínas, calcio y fósforo, para asegurar el crecimiento y la acumulación de nutrientes que se observan intraútero. Los prematuros alimentados con leche materna tienen un menor contenido mineral óseo que los recién nacidos a término (RNT), aún cuando los prematuros tienen una tasa de mineralización diaria más alta que éstos, pero no es suficiente para alcanzar el contenido mineral óseo de los RNT.

La lactancia materna fortificada se recomienda tras el alta hospitalaria en el RNPT hasta los 2 meses de edad corregida, por lo menos, ya que mejora la talla y el crecimiento craneano. La madre debe extraerse leche unas tres veces al día y agregar fortificante. Además se suplementa hierro y vitaminas. Es importante que potenciemos su prolongación siempre que sea posible, por sus múltiples ventajas a las que se añade a largo plazo un mejor desarrollo cognitivo. Si el volumen de leche materna no es suficiente, la fórmula a suplementar debe contener proteínas, calcio y fósforo en mayor concentración que las fórmulas para el niño de término, como las fórmulas para prematuro.

4.8 DURACIÓN DE LA LACTANCIA

En los países en desarrollo, la ventaja potencialmente más importante de la lactancia exclusiva durante seis meses frente a la práctica de ese mismo régimen durante cuatro meses seguida de amamantamiento parcial durante

seis meses se manifiesta en la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, especialmente las gastrointestinales (enfermedades diarreicas).⁵

El destete es un proceso que se inicia con la introducción del primer alimento que no sea leche materna, es un período de transición en que el niño cambia progresivamente su forma de alimentarse. Desde el punto de vista de las necesidades nutricionales, de las necesidades metabólicas, tanto de asimilación como de excreción y de la seguridad inmunológica, no se reconoce ninguna ventaja en la introducción de alimentos complementarios antes de los 6 meses, pudiendo en cambio significar riesgos. Desde el punto de vista funcional de las estructuras orofaríngeas, el amamantamiento es la forma de alimentación que el niño debe tener hasta los 6 meses para asegurar un buen desarrollo anatómico y funcional de dichas estructuras. La aparición de los primeros dientes, el aumento de la discriminación sensorial con la aceptación de nuevas texturas y sabores, el aumento de la secreción salival (amilasa) y la posibilidad de deglutir somáticamente juntando los labios sin extruir la lengua, indican que las estructuras bucales tienen la madurez suficiente para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cuchara. Desde el punto de vista neuromotor, entre los 6 a 7 meses el niño es capaz de sentarse sin apoyo y usar sus manos para explorar nuevas sensaciones. Eventualmente podría voltearse, coger los alimentos que están cerca y llevárselos a la boca. Por último, desde el punto de vista psicoafectivo y emocional, después de los 6 meses el niño es capaz de integrar a más personas y situaciones a sus experiencias de interacción social. Esto le permite independizarse del pecho y de las atenciones exclusivas de su madre para satisfacer sus nuevas necesidades. La decisión de cuando iniciar la alimentación complementaria, depende tanto de la edad cronológica del niño como de la manifestación de los

⁵ Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 2001.

signos que demuestran un desarrollo adecuado en sus diferentes aspectos. Aunque con algunas excepciones y diferencias individuales, la mayoría de los niños alcanza la madurez necesaria.

La OMS ha propuesto la iniciación de la complementación de los 4 a los 6 meses de edad. En algunos de los documentos la recomendación habla de iniciar los alimentos complementarios hacia los seis meses de edad, término que expresa cierta flexibilidad que se deriva de las variaciones de la velocidad de crecimiento que se pueden observar en diferentes poblaciones. El Grupo Consultivo sobre Nutrición Materna e Infantil de las Naciones Unidas recomienda que los alimentos complementarios no deben darse al niño antes de los cuatro meses de edad, ni empezarlos después de los seis meses de edad.

4.9 LEYES PARA LA PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y la Red internacional de acción en materia de alimentación de lactantes (IBFAN) revela la situación en que se encuentran las leyes nacionales elaboradas para proteger y fomentar la lactancia materna.

De los 194 países analizados en el informe, 135 tienen algún tipo de medida legal relacionada con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (el Código) y con las resoluciones posteriores sobre el tema que fueron aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud. Se trata de un aumento con respecto a los 103 que había en 2011, cuando se realizó el último análisis de la OMS.

La OMS y UNICEF han establecido recientemente una red mundial para el monitoreo y apoyo a la aplicación del Código (NetCode) a fin de ayudar a

fortalecer la capacidad de los países y de la sociedad civil para supervisar y aplicar efectivamente las leyes de código. Una serie de organizaciones no gubernamentales importantes, incluyendo IBFAN, Helen Keller International y Save the Children, centros académicos y países seleccionados, se han unido a esta red.

En 2013, La asamblea legislativa de la Republica de El Salvador, crea la LEY DE PROMOCION, PROTECCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA⁶ en la cual se hace referencia de:

Art. 1.-La presente ley tiene por objeto establecer las medidas necesarias para promover, proteger y mantener la lactancia materna exclusiva, hasta los seis meses y lactancia prolongada hasta los dos años de edad, asegurando sus beneficios y aporte indispensable para la nutrición, crecimiento y desarrollo integral del lactante. También regula la comercialización de sucedáneos de leche materna.

Art. 2.- Todos los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna en condiciones que garanticen su vida, salud, crecimiento y desarrollo integral. Asimismo, las madres tienen derecho a amamantar a sus hijos e hijas con el apoyo del padre, la familia, la comunidad, los empleadores y las organizaciones privadas y es obligación del Estado garantizarlo.

Art. 3.- La presente ley se aplicará a todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que atiendan mujeres embarazadas, madres en período de lactancia y lactantes, así como empleadores públicos y privados, inclusive el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa CEL, y aquellos que fabriquen, comercialicen, distribuyan, importen o realicen otras actividades relacionadas con los sucedáneos de la leche materna.

⁶ Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. República de El Salvador 2013.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación realizada, se trató de un estudio descriptivo de tipo transversal.

5.2 PERÍODO

El período en el cuál se llevó a cabo el estudio fue desde los meses de Marzo a Mayo del presente año 2017.

5.3 UNIVERSO

El universo estuvo conformado por todos los niños y niñas que se encontraban entre las edades de 0-2 años de edad que consultaron a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia del Municipio de Santo Tomás, San Salvador, los cuales fueron un total de **346** (entre niños y niñas).

5.4 MUESTRA

El tipo de muestreo empleado, fue de tipo probabilístico aleatorio simple donde se utilizó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{NZ^2S^2}{d^2(N - 1) + Z^2S^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

Z = Valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal, tomando como referencia un nivel de confianza del 90% (1.64)

S = varianza de la población en estudio (debido a que no existen estudios previos, se tomará el valor máximo representado por el 50% con 0.5)

d = nivel de precisión absoluta, tomando un valor de 95% (0.05)

$$n = \frac{346 (1.64)^2 (0.5)^2}{(0.05)^2 (346 - 1) + (1.64)^2 (0.5)^2}$$

$$n = \frac{(346)0.67}{0.0025 (346 - 1) + 0.67}$$

$$n = \frac{231.82}{1.53}$$

n = 151

5.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<u>OBJETIVO</u>	<u>VARIABLES</u>	<u>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>VALORES</u>	<u>TÉCNICA</u>	<u>INSTRUMENTO</u>
Determinar la frecuencia de morbilidades presentes en niños de 0-2 años que reciben lactancia materna exclusiva.	Frecuencia de morbilidades	<p><u>Frecuencia:</u> Número de veces que aparece, sucede o se realiza una cosa durante un período o un espacio determinados</p>	<p><u>Frecuencia:</u> Número de veces que el niño de 0-2 años llega a consultar a la UCSFI de Santo Tomás en el período de Marzo-Mayo 2017</p>	Sexo	Femenino	Entrevista	Guía de entrevista
					Masculino		
				Edad	0-6 meses	Entrevista	Guía de entrevista
					6-12 meses		
					12-18 meses		
					18-24 meses		
				Consulta a establecimiento de salud	Mayor de 24 meses	Entrevista	Guía de entrevista
					SI		
				Cantidad de veces que se reporta el registro de expediente en censo de consulta diaria	NO	Observación	Registro de consulta diaria
					1,2,3,4, hasta infinito.		
Cantidad de veces que se enferma el niño al mes	1 vez	Entrevista	Guía de entrevista				
	2 veces						
	3 veces						
	Más de 3 veces						

<u>OBJETIVO</u>	<u>VARIABLES</u>	<u>DEFINICION CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>VALORES</u>	<u>TÉCNICA</u>	<u>INSTRUMENTO</u>
Enumerar las causas de morbilidad más comunes en niños de 0-2 años que reciben lactancia materna exclusiva.	Causas de morbilidad	<u>Causa de morbilidad:</u> Aquello que se considera como el fundamento u origen de algo	<u>Causa de morbilidad:</u> Se definirá como las principales enfermedades prevalentes de la infancia en El Salvador	Motivo de consulta	Enfermedades del aparato respiratorio	Entrevista	Guía de entrevista
					Enfermedades gastrointestinales		
					Fiebre	Observación	Registro de consulta diaria
					Dermatológicas		
					Otros		

<u>OBJETIVO</u>	<u>VARIABLES</u>	<u>DEFINICION CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN OPERACIONAL</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>VALORES</u>	<u>TÉCNICA</u>	<u>INSTRUMENTO</u>
Estimar la calidad de protección que brinda la lactancia materna exclusiva contra morbilidades en niños de 0-2 años de edad	Lactancia materna exclusiva	<u>Lactancia materna exclusiva:</u> Es aquella que se administra a partir del seno materno y tiene un período de duración de 0-6 meses de vida	<u>Lactancia materna exclusiva:</u> Se tomará en cuenta la alimentación del seno materno desde la primera media hr de vida hasta los 6 meses y se tomará en cuenta también la lactancia materna complementaria hasta los 2 años de edad.	Recibe lactancia materna	SI	Entrevista	Guía de entrevista
					NO		
				Motivo por el que no se le da lactancia	Trabaja		
					Estudia		
					Indicación médica		
					Problemas de pezón		
					Decisión propia		
				Frecuencia de alimentación con leche materna	Otros		
					0-4 veces		
					4-8 veces		
					8-12 veces		
				Recibe alimentación complementaria	Más de 12 veces		
SI							
	NO						

	Protección contra morbididades	<u>Protección:</u> Acción de proteger o impedir que una persona o una cosa reciba daño o que llegue hasta ella algo que lo produzca.	<u>Protección:</u> Se definirá como la disminución en la cantidad de veces de consulta del niño y la disminución de duración de síntomas de la enfermedad	Duración de síntomas de la enfermedad	0-3 días	Entrevista	Guía de entrevista
					3-5 días		
					1 semana		
					Más de 1 semana		
				Hospitalizado alguna vez por esa enfermedad	SI		
					NO		

5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

Las principales fuentes de información fueron las madres de niños de 0-2 años de edad que se entrevistaron durante la consultan en la UCSFI de Santo Tomás en el período de Marzo- Mayo de 2017.

5.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

5.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niño o niña de 0-2 años de edad.
- Niño o niña que haya recibido lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Niño o niña que consulte en la UCSFI de Santo Tomás en el período de Marzo a Mayo de 2017.
- Niño o niña que haya sido atendido en la consulta externa por cualquier personal médico de la UCSFI de Santo Tomás (médicos en año social, médicos staff).
- Niño o niña que no padezca de alguna enfermedad crónica de base ni tenga alguna malformación congénita.
- Niño o niña que no haya tenido complicaciones en el período perinatal que haya requerido hospitalización.
- La entrevistada debe ser exclusivamente la madre y no un cuidador o familiar de lactante.
- Nacionalidad salvadoreña.

5.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niño o niña mayor de 2 años de edad
- Niño o niña que padezca de alguna enfermedad crónica de base
- Niño o niña con alguna malformación congénita anatómica o funcional
- Adulto que asiste a la consulta con lactante que no sea su madre.

5.8 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información se recolectó a través de 2 técnicas las cuales fueron:

- 1- **Observación:** A través de la consulta diaria en la UCSFI Santo Tomás y en la revisión de los registros de consulta diaria que se llenaron en el período de Marzo a Mayo de 2017.
- 2- **Entrevista:** Se llevó a cabo a través de una guía de entrevista conformada por 12 preguntas divididas en tres partes las cuales son: datos generales, administración de lactancia materna y morbilidades, dichas preguntas fueron dirigidas a las madres de los lactantes para conocer la práctica de la lactancia materna exclusiva y complementaria, así como también para identificar el estado de salud de los niños y niñas de 0-2 años que consultaron en el establecimiento de salud seleccionado.

5.9 MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS

Previo a la realización de la entrevista, se le explicó a cada madre el objetivo de la investigación y se le indagó sobre el deseo de participación en la

misma, con lo cual se llenó por cada entrevista un consentimiento informado de aceptación de brindar información personal de la práctica de la lactancia materna.

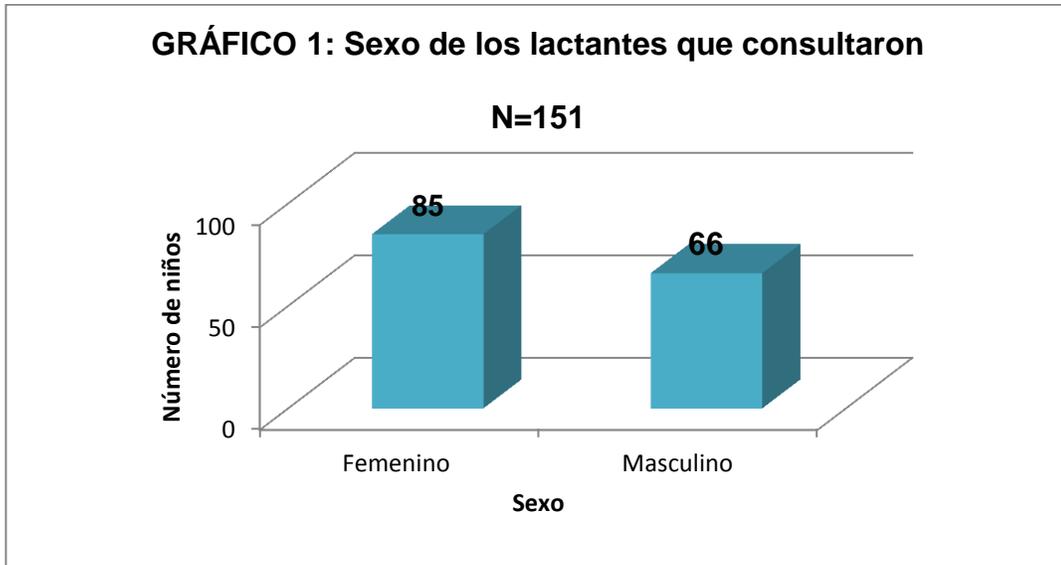
También se le reafirmó que cada entrevista es de tipo anónima y que en la investigación únicamente se trabajaría con datos y no con pacientes.

5.10 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información se distribuyeron los datos obtenidos en tablas de frecuencias y en bases de datos elaboradas en programas de Microsoft Office como Microsoft Word y Microsoft Excel, posteriormente para la presentación de la información, se elaboraron gráficos representativos en los programas antes mencionados y finalmente para la defensa pública de la investigación se realizará una presentación en Microsoft Power Point con los puntos más importantes del estudio.

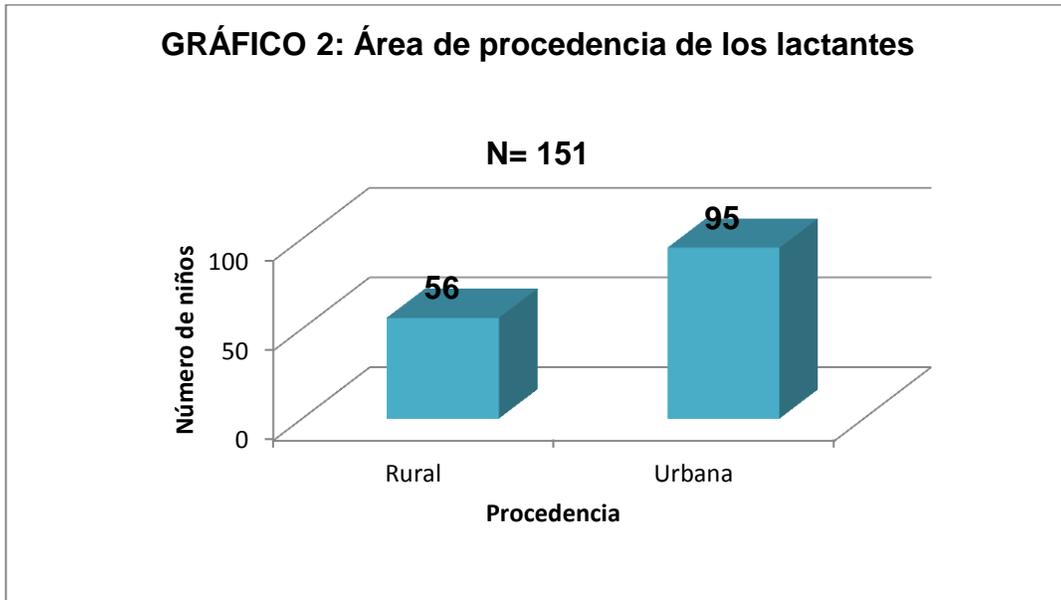
6. RESULTADOS

6.1 DATOS GENERALES



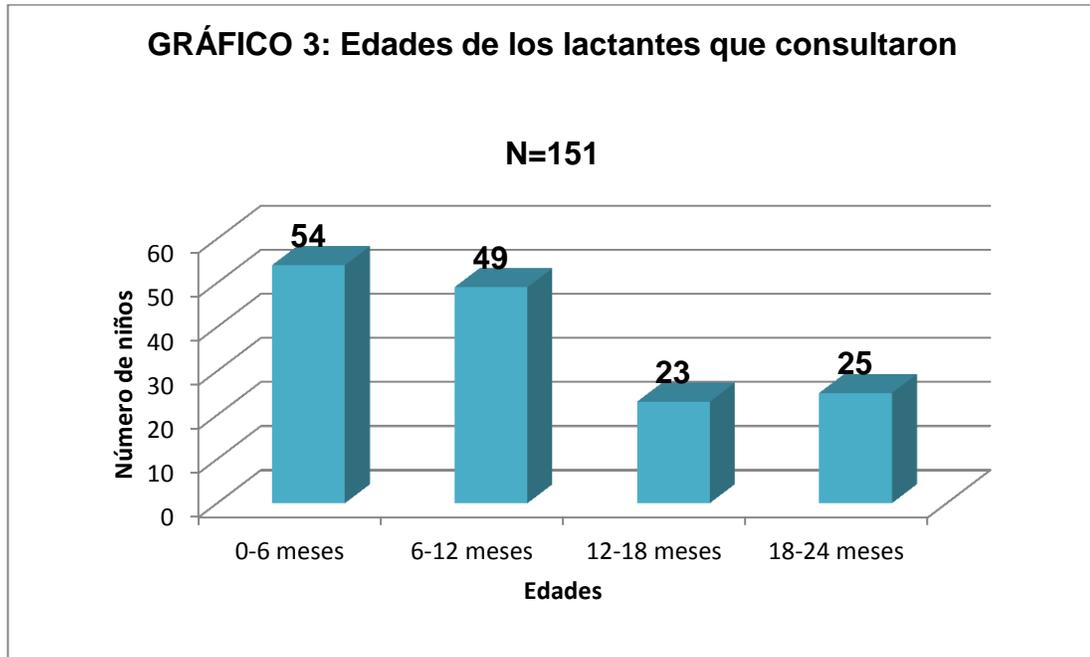
Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

Análisis: En la gráfica anterior se muestran los datos generales de la población en estudio, los cuales constituyeron 151 en total entre niños y niñas que consultaron en el periodo de Marzo a Mayo del presente año. En los resultados obtenidos se evidencia un predominio del sexo femenino con el 56% (85 niñas), sobre un 44% (66 niños).



Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

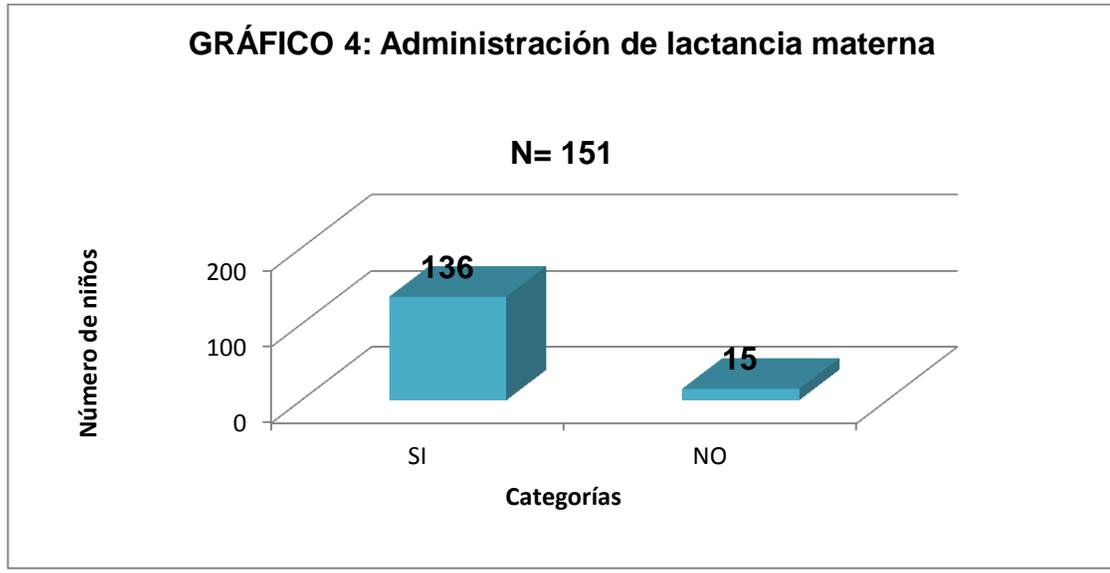
Análisis: De la población total de estudio, se encontró que el área predominante de procedencia es el área urbana, con la posibilidad de que en esa área de la población se garantice una mayor escolaridad y por lo tanto un mayor entendimiento de las necesidades del lactante y los beneficios de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.



Fuente: Guía de entrevista del tema “Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás”

Análisis: Dentro de la edad predominante de los encuestados se encontró que fueron los lactantes de 0-6 meses con un 36% (54 niños) y le sigue la edad de 6-12 meses con un 32% (49 niños), siendo en estos grupos más fácil detectar la falta de lactancia materna exclusiva y en quienes se pueden aplicar de manera temprana recomendaciones y medidas educativas para promover la salud del lactante y prevenir futuras morbilidades.

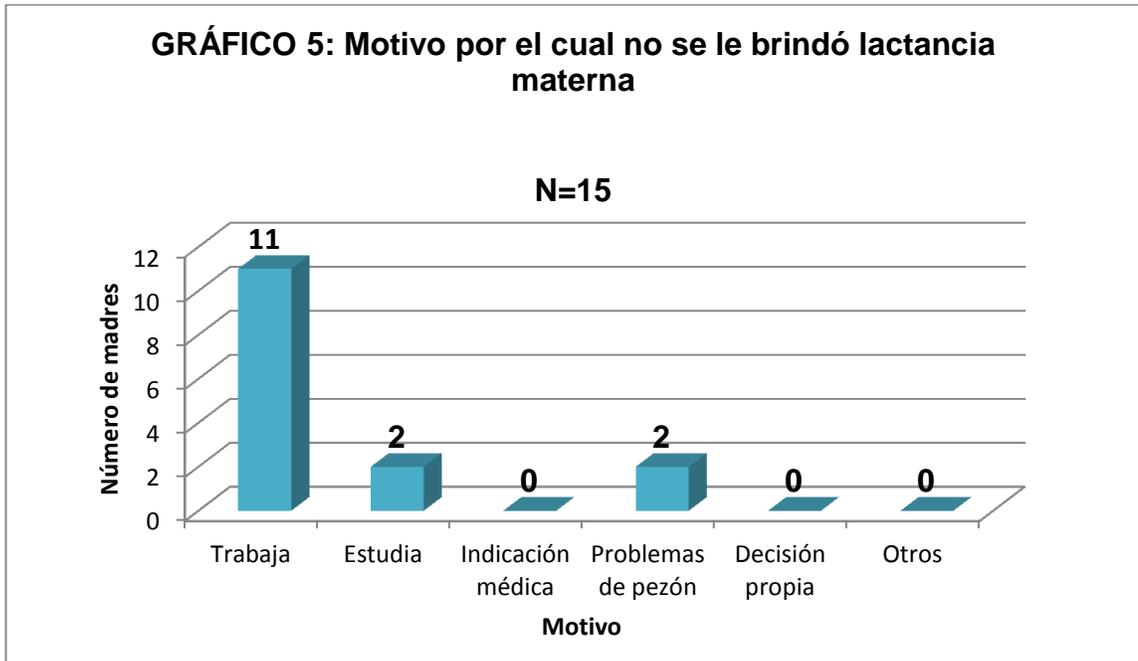
6.2 ADMINISTRACIÓN DE LACTANCIA MATERNA



Fuente: Guía de entrevista del tema “Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás”

Análisis: La información obtenida de este gráfico, refleja que al 90% (136 niños/as) se les brindó alguna forma de lactancia materna durante los primeros 2 años de vida, logrando de esta manera prevenir enfermedades y garantizar un crecimiento y desarrollo del niño, sin embargo un 10% (15 niños) no se les brindó lactancia materna.

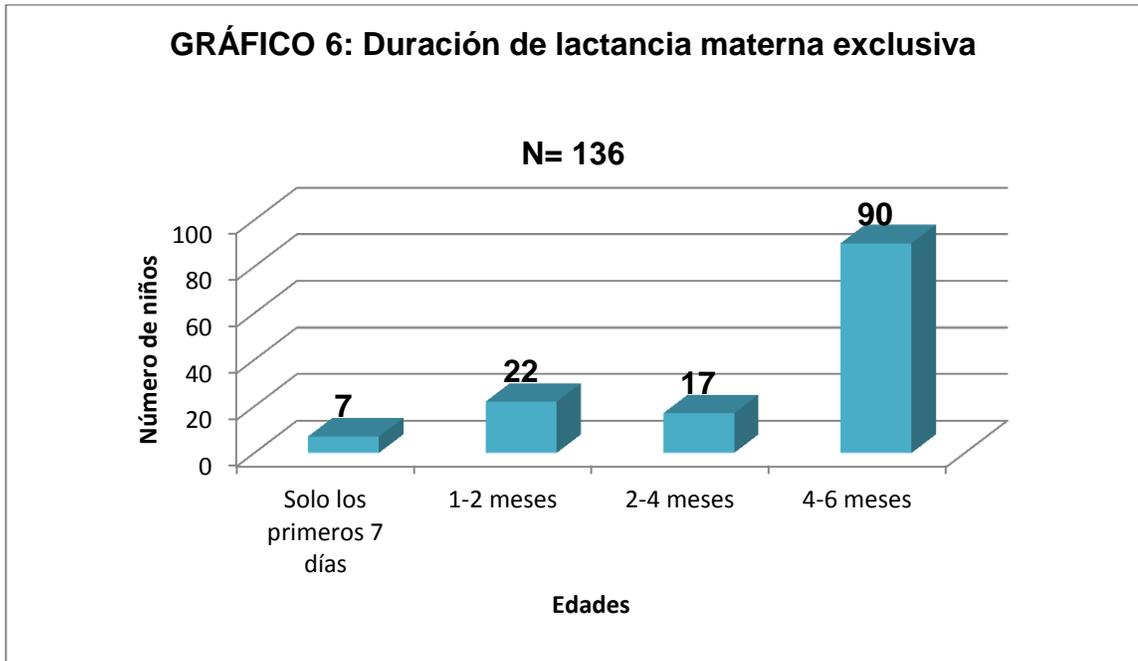
Se puede deducir que la mayoría de madres entrevistadas ha tenido la buena práctica de la lactancia materna la cual es un medio fácil de obtener, seguro y barato de alimentación de sus hijos.



Fuente: Guía de entrevista del tema “Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás”

Análisis: En esta gráfica se complementa la información obtenida de la pregunta anterior, en donde el 10% de madres refirió no haber proporcionado lactancia a sus hijos, aquí se explica el motivo, siendo el trabajo con el 73% (11 madres de 15) la principal razón por la cual a las madres se les vio imposible brindar lactancia, además de otras causas como el estudio y problemas de pezón, siendo esta última un motivo médico del cual ellas no pudieron ser totalmente responsables.

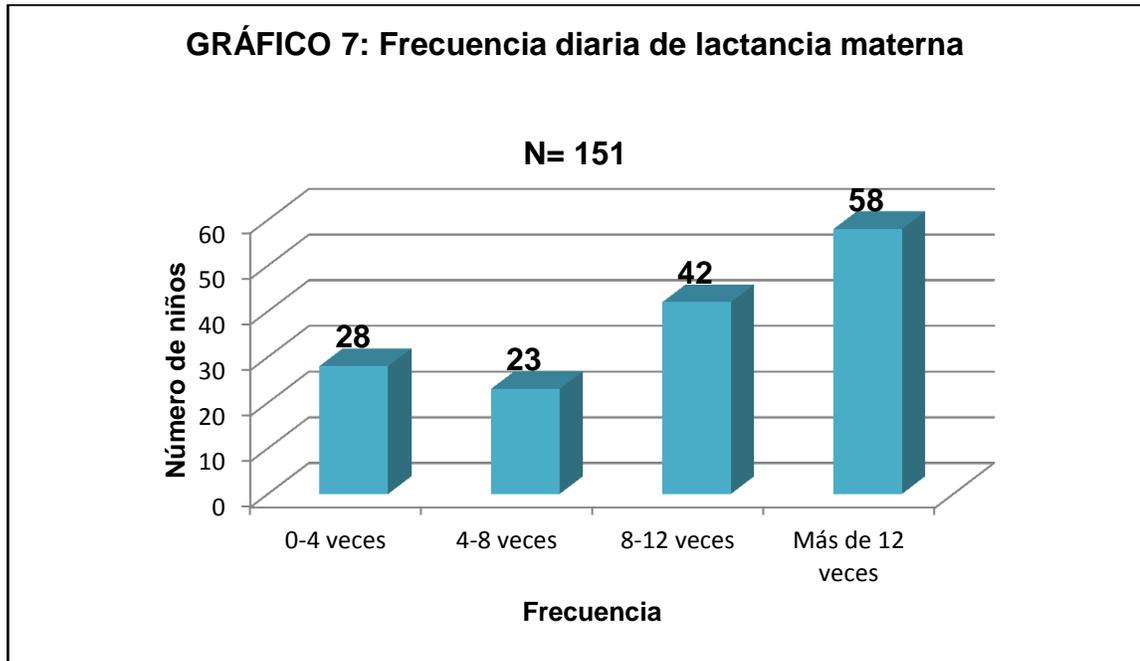
A partir de esta información es necesario brindar consejería a las madres sobre métodos de extracción manual de la leche materna y la posterior alimentación del niño con otras formas diferentes al biberón para poder brindarle la leche sin necesidad de utilizar fórmulas que pueden alterar la salud del niño.



Fuente: Guía de entrevista del tema “Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás”

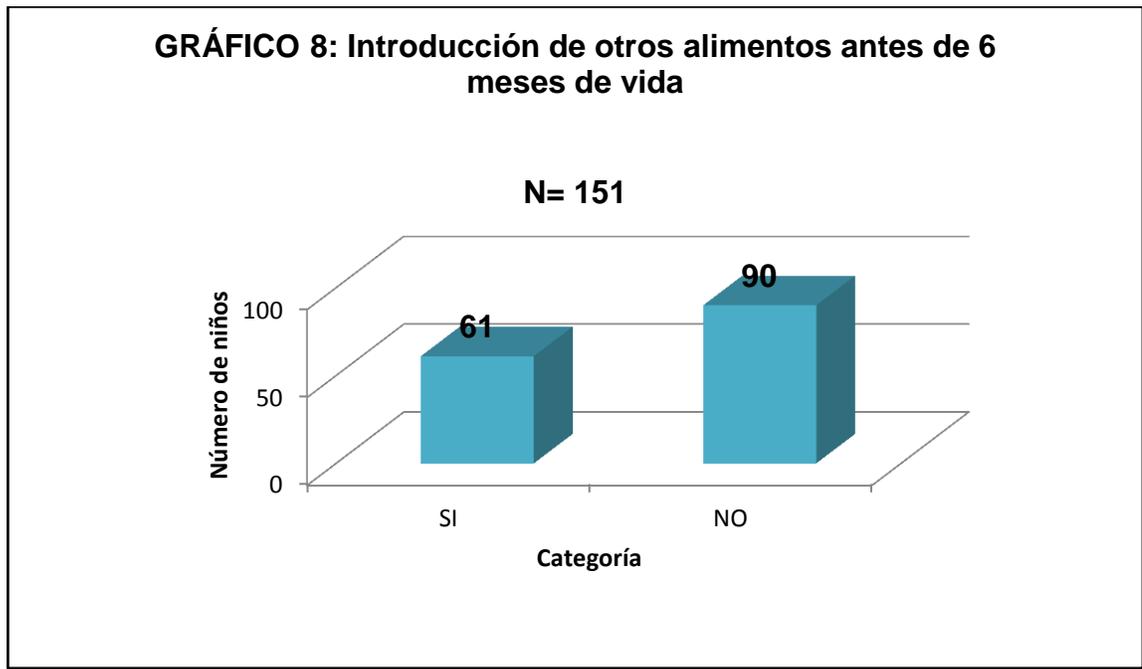
Análisis: Como se dijo previamente, en el gráfico 4 se identificaron 136 niños que habían recibido algún tipo de lactancia materna en sus primeros 2 años de vida (haciendo referencia a los tipos de lactancia: exclusiva, complementaria o predominante), es entonces que en este gráfico se indagó específicamente sobre la lactancia exclusiva, la cual para considerarla de este tipo, debe ser administrada sin ningún otro líquido, ni siquiera agua, hasta los 6 meses de vida, lastimosamente no se encontró una totalidad de madres brindando lactancia materna exclusiva, ya que solo 90 madres la dieron de este tipo (66%), sin embargo para esta investigación representó a la mayoría de encuestadas.

Es importante hacer notar que hubo madres, 7 exactamente (5%), que posterior a los 7 días de vida comenzaron a proporcionar agua, fórmula e incluso atoles a sus hijos, creyendo que ésta era parte de una lactancia materna exclusiva.



Fuente: Guía de entrevista del tema “Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás”

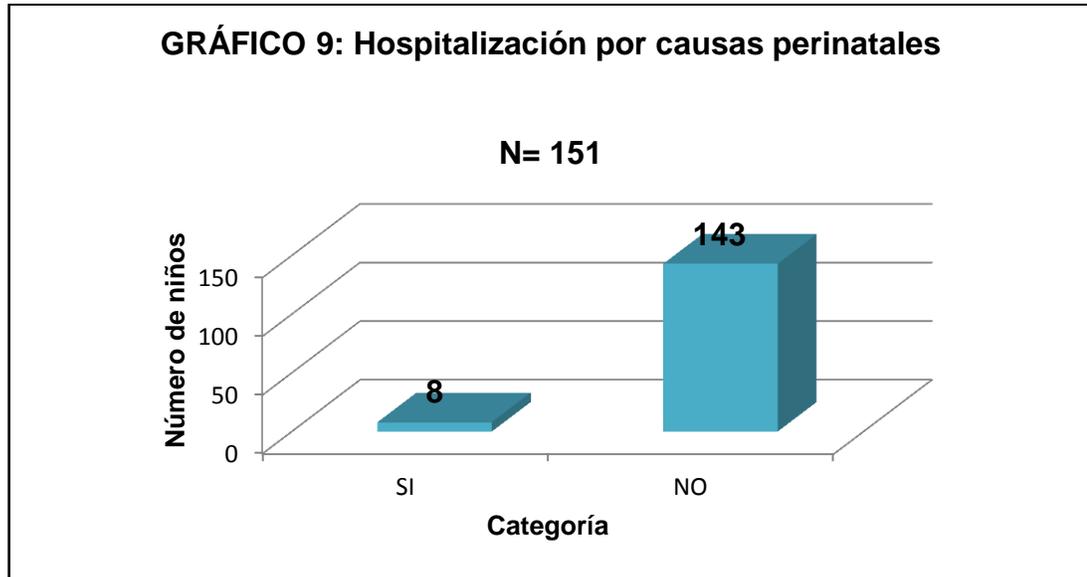
Análisis: El gráfico anterior muestra la cantidad de veces diarias que las madres encuestadas proporcionan lactancia materna a sus hijos, expresando con mayor número de respuestas que se les brinda más de 12 veces al día con un 38% afirmando las madres que aproximadamente cada 2 hrs proporcionan lactancia materna a sus hijos, siendo ésta una cantidad adecuada de veces, para garantizar la buena alimentación del lactante, sin embargo 28% de madres la proporcionan de 8-12 veces diarias, un 15 % de 4-8 veces y un 19% con una escasa cantidad de únicamente 0-4 veces al día.



Fuente: Guía de entrevista del tema “Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás”

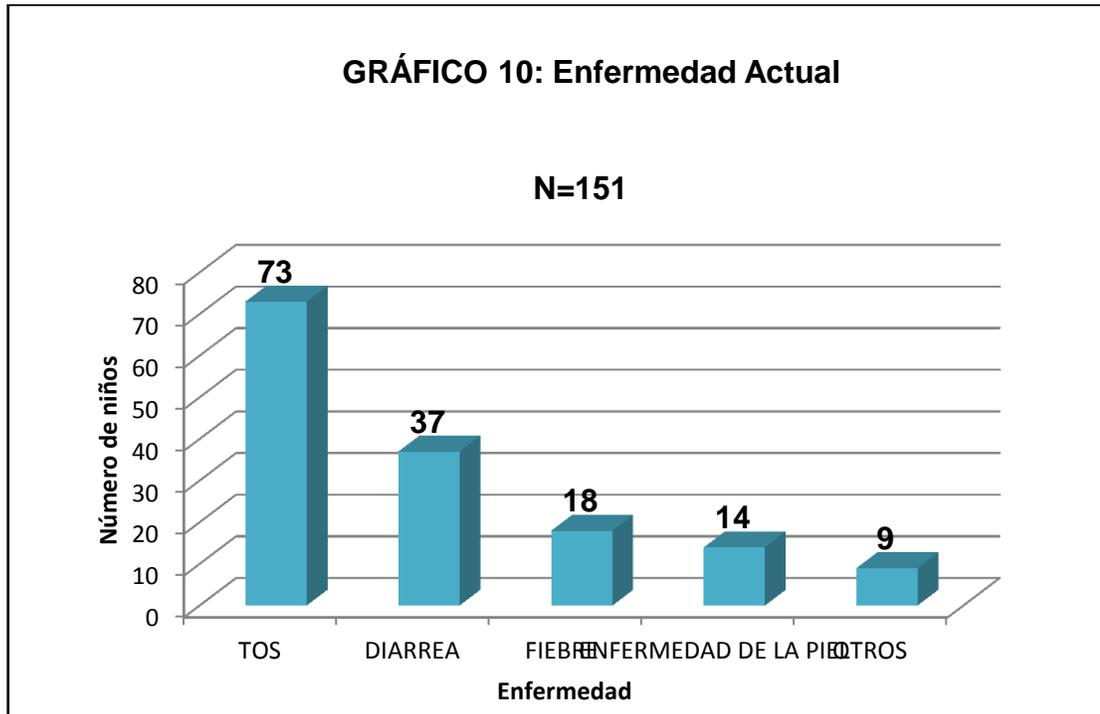
Análisis: La información obtenida del gráfico anterior, expresa que el 60% (90 madres) no le proporcionaron ningún tipo de alimento líquido o sólido antes de los 6 meses de vida a sus hijos, por lo que brindaron algún tipo de lactancia materna (exclusiva, complementaria o predominante) y por otro lado, el 40% (61 madres) refirieron que introdujeron alimentos antes de los 6 meses de vida, entre los cuales mencionaron: fórmula como primera opción, agua e incluso algunas madres habían introducido alimentos de nuestra dieta diaria como pan frijoles, atol, etc, que podrían provocar alteraciones en el correcto desarrollo del niño y en la salud gastrointestinal del mismo.

6.3 MORBILIDADES



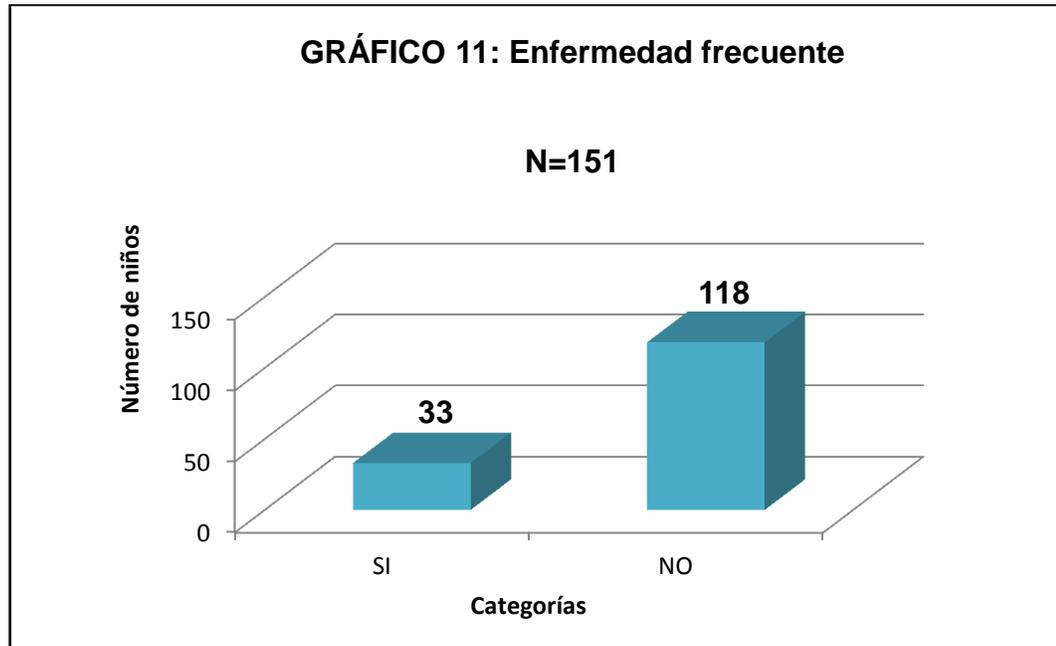
Fuente: Guía de entrevista del tema “Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás”

Análisis: En este gráfico se representa la cantidad de lactantes que tuvieron alguna hospitalización en el período perinatal, a causa de problemas al momento del parto o complicaciones por enfermedades en los primeros días de vida, las cuales pueden representar desde una temprana edad, un riesgo para futuras enfermedades; en este sentido, 143 niños no tuvieron ninguna hospitalización (95%) y únicamente 8 niños (5%) si tuvieron este factor de riesgo para mantener un buen estado de salud.



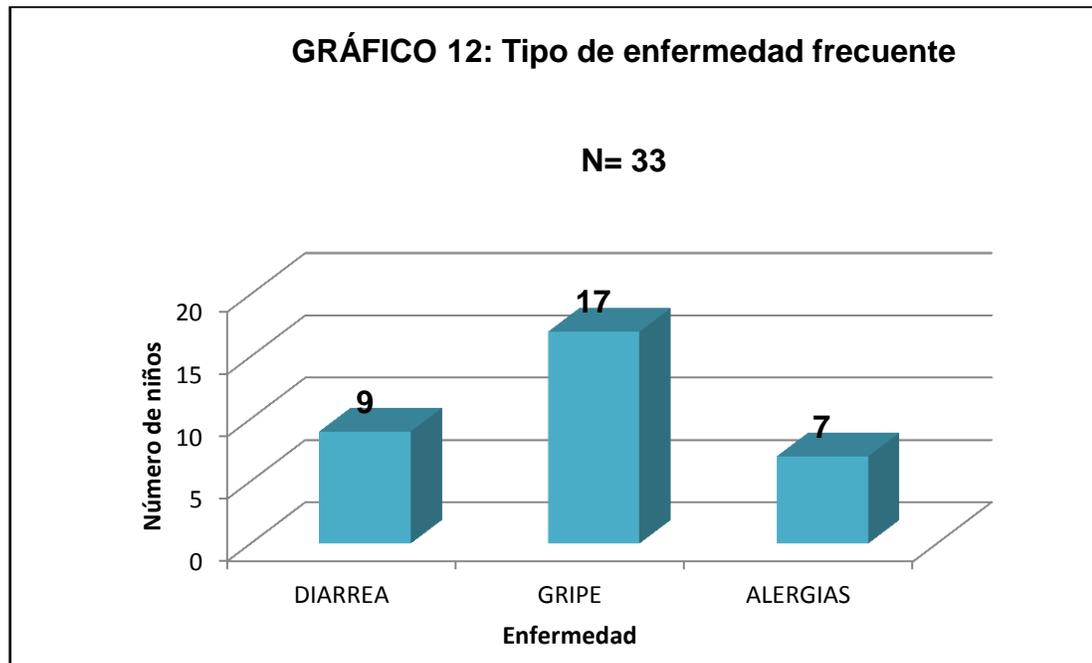
Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás

Análisis: En el gráfico se puede observar que el motivo de consulta más frecuente entre los encuestados es la tos con un total de 73 pacientes lo que corresponde al 48%. Diarrea es el segundo motivo de consulta con un total de 37 pacientes lo que corresponde al 25%. Y solo un 6% de la consulta es por otras causas entre las cuales se encuentran blefaritis, moniliasis y conjuntivitis, todas estas siendo enfermedades fáciles de prevenir con un buen cuidado de los lactantes y evitar complicaciones brindando la protección adecuada con la administración de lactancia materna.



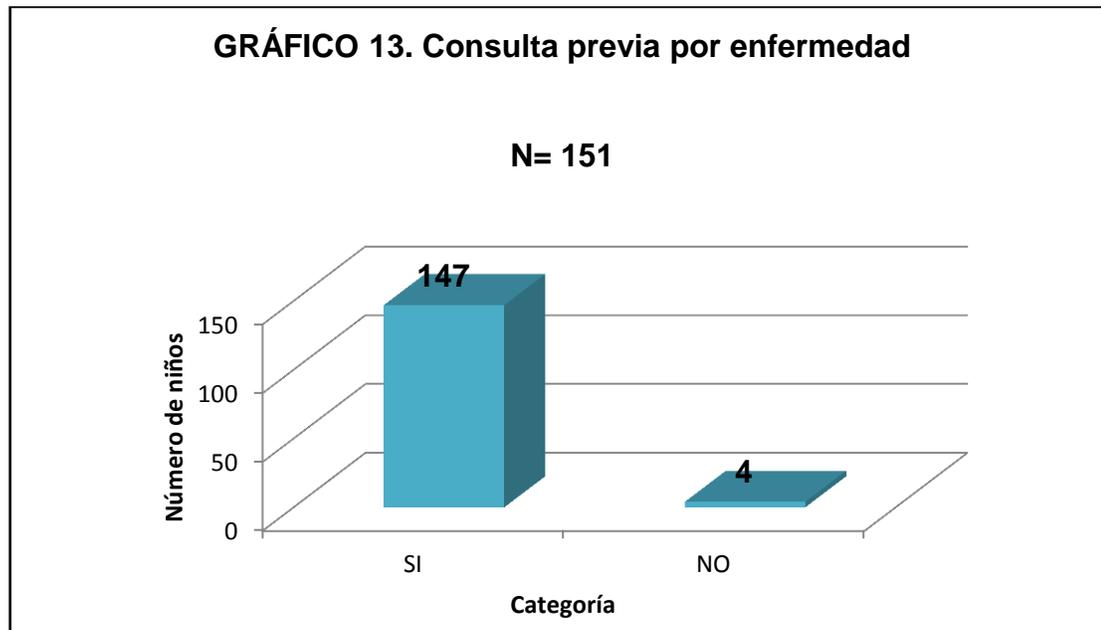
Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

Análisis: Al indagar con las madres de los 151 pacientes sobre una segunda patología que frecuentemente padecen sus hijos, se encontró que solamente 33 pacientes, es decir, 22% de los encuestados presentaban una morbilidad, posteriormente un 78% (118 niños) consultaban por una sola patología y expresaron que mantenían un buen estado de salud general la mayor parte del tiempo.



Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás":

Análisis: Este gráfico complementa la información obtenida del gráfico anterior, en donde las madres referían una enfermedad frecuente de la cual padecían sus hijos y dentro de los motivos de consulta para aquellos pacientes que presentan morbilidad frecuente, se encontró que la mitad de los casos consultaron por gripe o resfriado común con un 51% (17 niños), en segundo lugar por diarrea con un 27% (9 niños) y un 21% (7 niños) consultan por alergias, sin especificar de qué tipo.

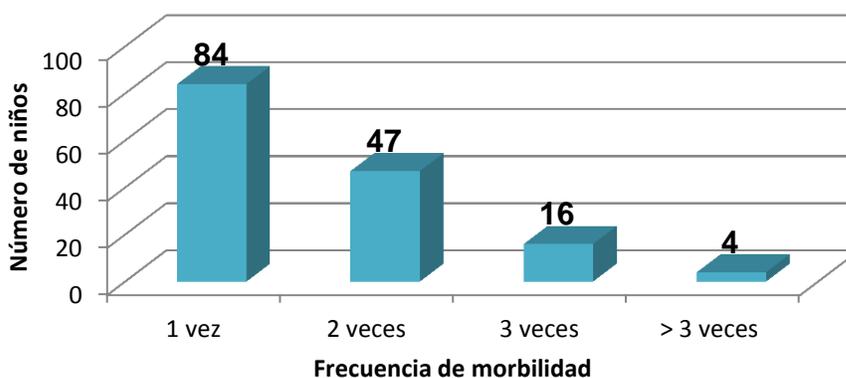


Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

Análisis: El gráfico proporciona información para identificar a pacientes que habían consultado en otra ocasión por alguna enfermedad, demostrando que de los 151 niños, 147 (97%) si habían tenido una consulta previa, esto además se correlaciona con la información obtenida a través de los registros de consulta diaria en donde se identificaron expedientes repetidos en 1 y hasta 2 ocasiones por patologías diferentes, haciendo notar que estos niños tienen mayor riesgo en su salud, sin embargo también se identificaron consultas frecuentes de un mismo paciente para realizar una consulta de seguimiento por enfermedades respiratorias y diarreicas para evaluar evolución y disminuir complicaciones. Por otro lado, únicamente un 3% (4 niños) negaron haber consultado antes, mostrando un buen estado de salud.

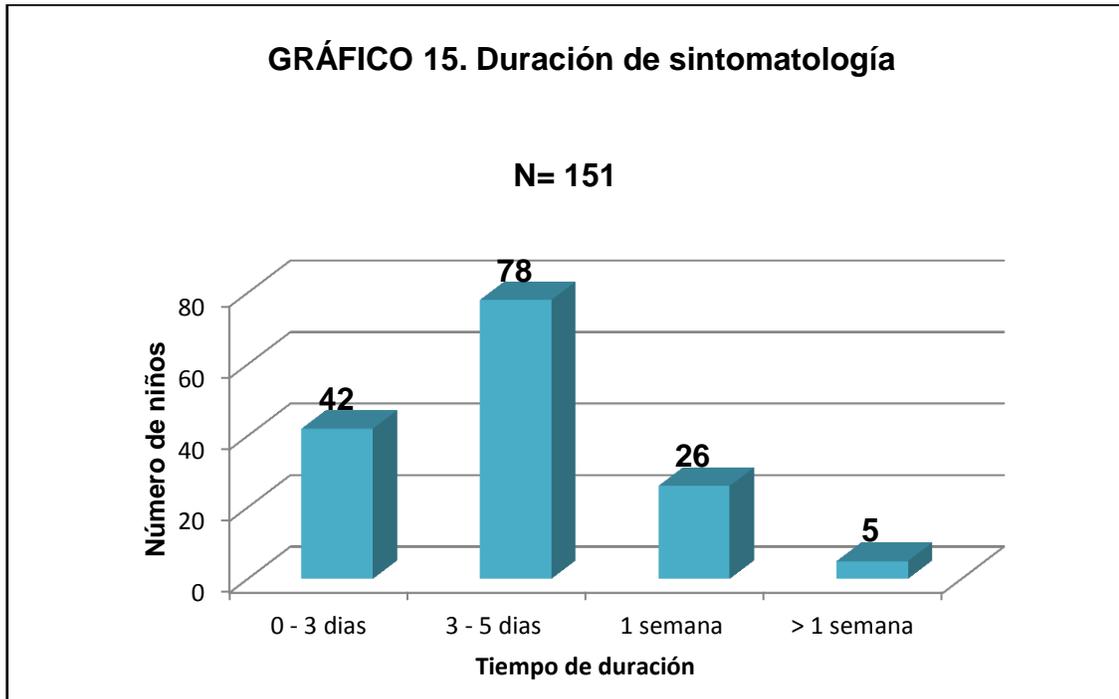
GRÁFICO 14. Frecuencia de morbilidad al mes

N= 151



Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

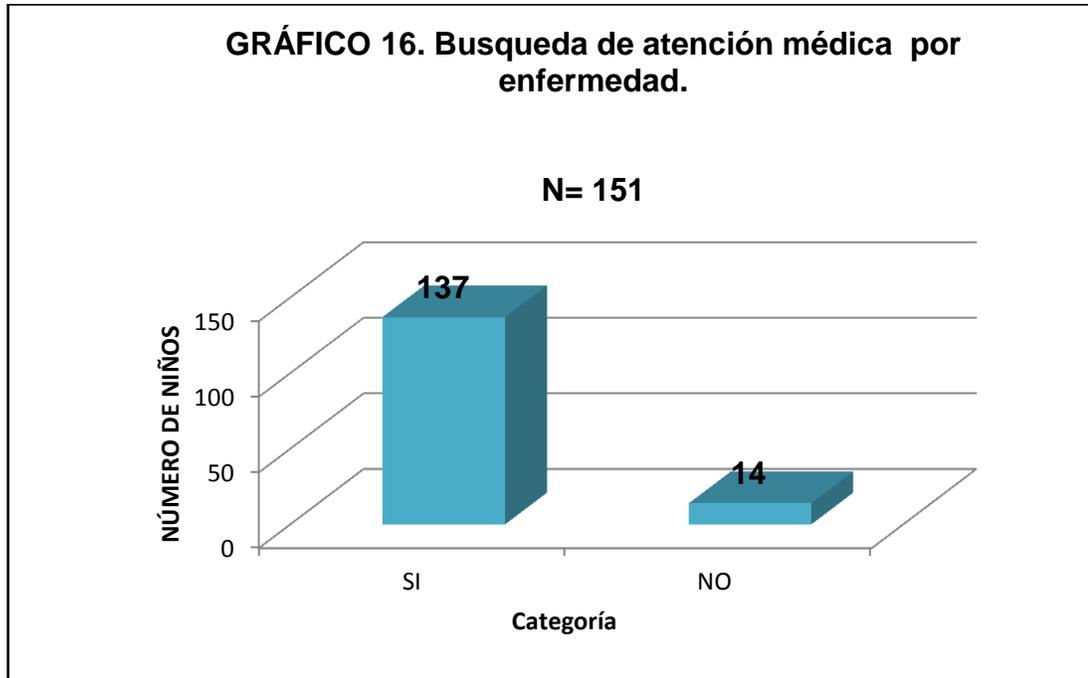
Análisis: En el gráfico se observa que la mayoría de los pacientes entrevistados (84 niños) solo enferma 1 vez al mes con un 57%, 47 niños solo enferman 2 veces al mes correspondientes al 32% y solo un 13% enferma 3 o más veces al mes, haciendo evidente que hay abundante presencia de niños "aparentemente sanos" y demostrando que hay que tomar medidas de prevención de enfermedades y de complicaciones en aquellos niños que tienen una frecuencia de morbilidades mayor a 3 veces al mes, los cuales en esta investigación fueron únicamente 4 niños.



Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

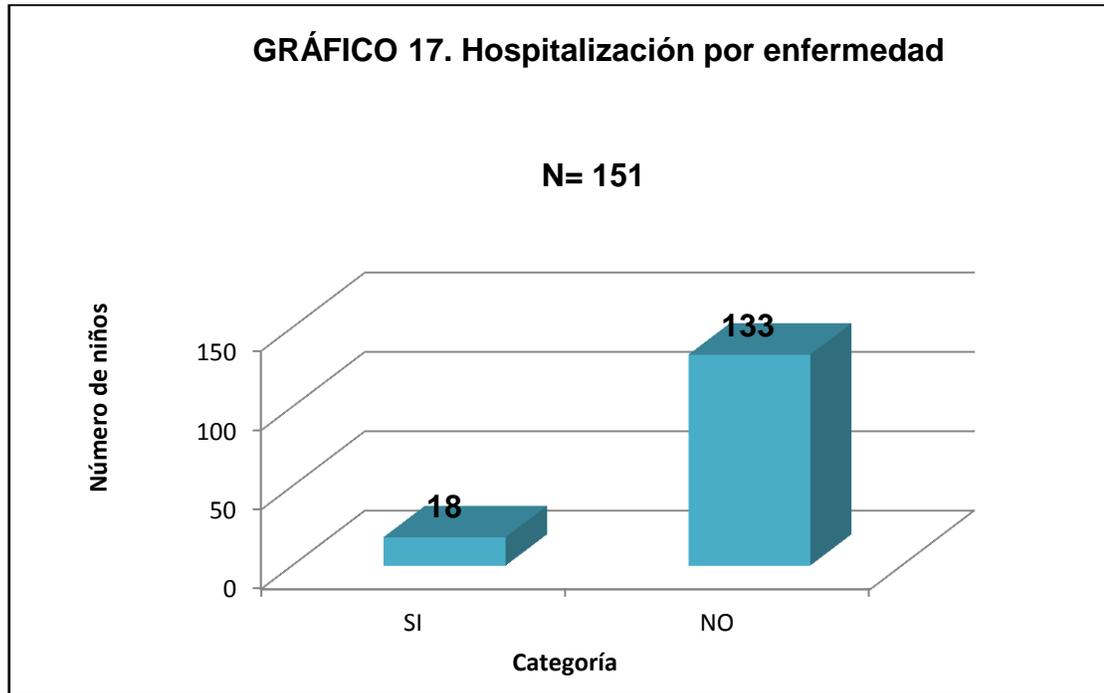
Análisis: Según las madres encuestadas, la duración de los síntomas en las enfermedades de sus hijos tiene una duración en su mayoría de 3-5 días (78 niños) representando un 52%, le sigue una duración de 0-3 días con un 28%, demostrando que la mayoría de enfermedades se representan como procesos agudos sin sobrepasar en la mayoría de niños la semana de evolución, quienes únicamente fueron 26 niños, que representan el 17% y mayor de 1 semana con 3% (5 niños).

De manera global el 97% de los pacientes cursa con enfermedades de menos de 1 semana de duración en el estudio.



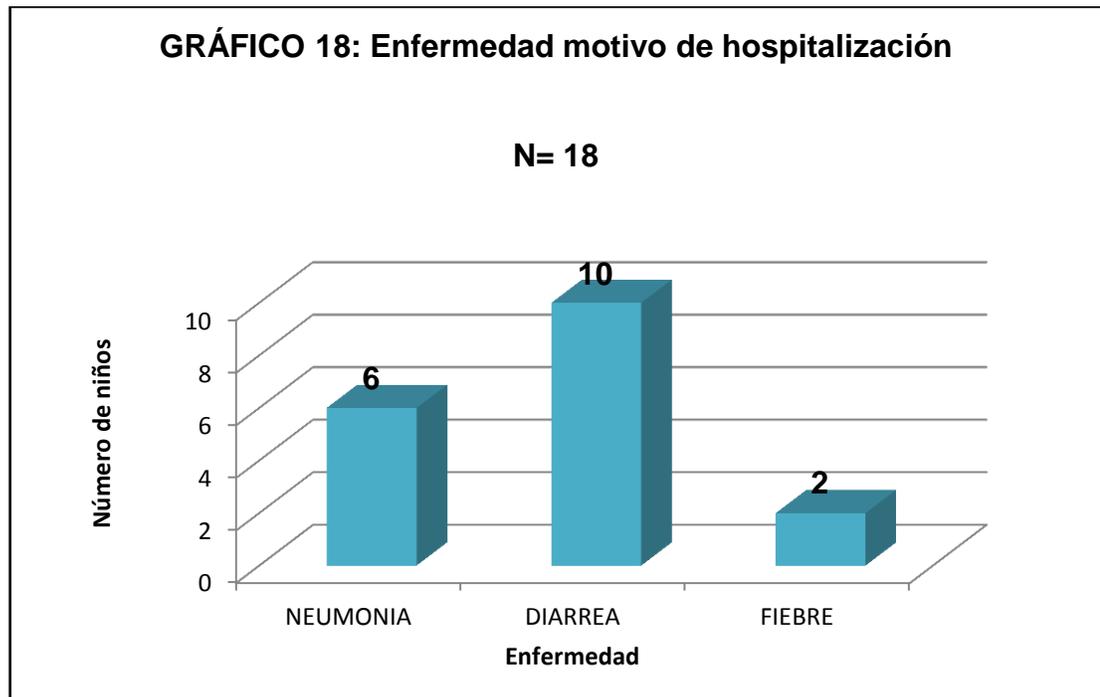
Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

Análisis: El 90% (137 madres) refieren que asiste a consulta médica en cada ocasión que su hijo presenta morbilidad para evitar complicaciones y lograr una pronta identificación de la patología presente en su hijo, sin embargo un 10% (14 madres) refieren que no siempre buscan atención medica mencionando como principal razón el considerar que la gravedad de la enfermedad no amerita consulta médica.



Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

Análisis: Previamente en el gráfico 9, se identificaron pacientes cuyas hospitalizaciones habían ocurrido o no, dentro del período perinatal; en esta gráfica se identificaron aquellos niños que habían atravesado por alguna hospitalización posterior a los 7 días de vida, en donde se encontró que de los 151 pacientes encuestados, el 88% (133 madres) afirmaron que sus hijos nunca han sido hospitalizados mientras que el 12% (18 madres) afirmaron hospitalización por enfermedad debido a complicaciones de la misma o a una presentación grave de la enfermedad padecida.



Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

Análisis: Para complementar la información del gráfico anterior, se indagó acerca de cuál había sido el motivo de hospitalización que presentaron por enfermedad previa y más de la mitad de las mismas se debían a un cuadro diarreico con 56% (10 niños), 6 niños fueron hospitalizados debido a neumonía con 32% y el 12% restante por proceso febril no especificado al momento de la consulta. Esto proporciona una idea general sobre la gravedad de las enfermedades diarreicas en los lactantes la cual puede ser desencadenada por una mala alimentación, incluida dentro de ésta la no administración de leche materna y la mala introducción de alimentos diferentes a la leche materna.

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- **Determinar la frecuencia de morbilidades presentes en niños de 0-2 años que reciben lactancia materna exclusiva.**

Los resultados obtenidos reflejaron que de la muestra estudiada, representada por 151 encuestados, 44% fueron niños y 56% niñas, de éstos, la edad de mayor frecuencia de consulta, fue de 0-6 meses con el 36% de encuestados y de 6-12 meses 32% haciendo un total de 68% de niños con mayor demanda de consulta en estas edades.

Dentro de la frecuencia de morbilidades presentes en los niños, se reflejó que el 57 % presentaron morbilidades una vez al mes, 32% enfermaron 2 veces y únicamente 11% aseguraron enfermarse 3 o más veces al mes. Sin embargo, se encontró que el 97% afirmó haber consultado previamente en el centro de salud y al indagar los motivos de consulta se evidenció que muchas de las mismas fueron por controles subsecuentes del mismo episodio para evitar complicaciones de la enfermedad. Así mismo para reafirmar estos valores, se encontró que el 91% de las madres siempre consulta a un establecimiento de salud cada vez que su hijo enferma y únicamente 9% refiere que no lo hace por considerar que la severidad de los síntomas no amerita consulta médica.

- **Enumerar las causas de morbilidad más comunes en niños de 0-2 años que reciben lactancia materna exclusiva.**

Los principales motivos de consulta actuales encontrados en los niños de 0-2 años fueron infecciones respiratorias agudas con un 48%, enfermedad diarreica aguda con un 25%, fiebre 12%, enfermedades de la piel con un 9% y otros un 6% entre las cuales se encontraron moniliasis, blefaritis y conjuntivitis, al mismo tiempo se indagó sobre patologías presentadas frecuentemente en el lactante en donde la mayor prevalencia se presentó como resfriados comunes con un 52% y síndromes diarreicos agudos con un 27% y alergias (sin especificar de qué tipo) con un 21%.

- **Estimar la calidad de protección que brinda la lactancia materna exclusiva contra morbilidades en niños de 0-2 años.**

Para estimar la calidad de protección que brinda la lactancia materna se tomaron en cuenta indicadores como: una adecuada administración de lactancia en cuanto a edad, frecuencia diaria y privación de otro tipo de alimento líquido o sólido, frecuencia de morbilidades, duración de síntomas y hospitalización por complicaciones.

En este sentido se obtuvo la siguiente información, 90% recibió lactancia materna y 10% no la recibió, debido a factores maternos, del 90%, únicamente el 66% la recibió de tipo exclusiva, siendo éste porcentaje el 59% de la muestra total, el otro porcentaje restante, afirmó introducir agua, fórmula y otro tipo de alimentos previo al cumplimiento de los 6 meses de vida. Además se encontró que la duración de lactancia de tipo exclusiva hasta los 6 meses tuvo un porcentaje de 66%, otro 13% hasta los 4 meses, 16% a los 2 meses y únicamente el 5% los primeros 7 días.

La frecuencia diaria de administración de lactancia evidenció que el 66% de madres la brinda aproximadamente cada 2 horas de acuerdo a la demanda de su hijo, también se encontró una duración de síntomas de las enfermedades de 3-5 días, con un 52%, considerándose procesos agudos de morbilidad de fácil y rápida resolución, sin embargo se obtuvo que el 12% de los pacientes presentó alguna hospitalización posterior al período perinatal debido a causas como diarreas en el 56%, neumonías 33% y fiebre 11%.

El porcentaje total de niños que recibieron algún tipo de lactancia materna durante los primeros dos años de vida fue de 90%, de éstos únicamente el 66% la recibió de tipo exclusiva, siendo éste porcentaje el 59% de la muestra total, lo cual se correlaciona con el 57% de niños que únicamente presentaron un episodio de morbilidad al mes.

8. CONCLUSIONES

Con la Investigación realizada se concluye que:

- ✓ Las principales morbilidades motivos de consulta médica en el primer nivel de atención son principalmente Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas
- ✓ El mayor porcentaje de madres conocen la importancia de proporcionar Lactancia materna a sus hijos en el periodo de 0 a 2 años, sin embargo no comprenden la definición de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, lo que ocasiona mala administración de lactancia.
- ✓ Los pacientes que reciben lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad presentaron disminución en la frecuencia de enfermedades como Infecciones respiratorias agudas y Enfermedades diarreicas agudas.
- ✓ Los pacientes alimentados con lactancia materna exclusiva presentaron menor severidad en los síntomas y corta duración de la morbilidad.

9. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- ✓ Realizar mayor publicidad acerca de lactancia materna, haciendo énfasis en el concepto de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad en el lactante y de la complementaria correspondiente hasta los 2 años.

Al primer nivel de atención médica

- ✓ Se recomienda al Primer Nivel de Atención, realice jornadas de concientización e información adecuada sobre la lactancia materna exclusiva desde los controles prenatales para transmitir el conocimiento esencial sobre la importancia de los beneficios de la misma en la salud del lactante.
- ✓ Crear grupos de apoyo a la Lactancia Materna exclusiva en donde las madres puedan expresar sus dudas, aclarar mitos y recibir orientación adecuada para una buena lactancia.

Al personal de salud en general

- ✓ Se recomienda al personal de salud médico explicar la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y de la complementaria hasta los 2 años con un lenguaje menos técnico. Asimismo mostrar mayor empatía con las pacientes para generar confianza y poder resolver dudas que se generen respecto al tema.

- ✓ Se recomienda al personal de enfermería brindar charlas frecuentemente hacia usuarias sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- ✓ También realizar demostración de una buena técnica de amamantamiento con una buena posición y agarre para garantizar una lactancia materna adecuada

A las madres de lactantes

- ✓ Proporcionar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años, con una correcta introducción de alimentos líquidos y sólidos para lograr un buen crecimiento y desarrollo de sus hijos.
- ✓ Identificar dificultades para lograr una lactancia materna, y asistir al centro de salud de primer nivel más cercano en donde puedan resolver sus dudas y atender las morbilidades presentes en su hijo.
- ✓ Obtener información certera de personal calificado acerca de las ventajas de brindar lactancia materna a sus hijos.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar CMJ. Lactancia materna. ed. Elsevier, 3ª ed. Madrid, España; 2005
2. Aguilar, M., Lactancia Materna. España. 2012 (s.n)
3. Bases para la alimentación del niño en los primeros años de la vida. Luis Fernando Gómez Uribe (GU) Universidad de Antioquia 2014. 21-34
4. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista Chilena de Pediatría 2017, vol.88, n.1, pp.07-14.
5. Centro de Apoyo de Lactancia Materna. Estudio Línea de Base: Situación de la lactancia Materna en 22 municipios de El Salvador. 2014
6. Hoekelman R. Atención Primaria en Pediatría. Ed. Harcourt Mosby, 1ª ed; 2002: 204-219.}
7. Informe Final “Encuesta Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerados, ENS, 2014”
8. Juez GG. Lactancia materna. Ventajas generales y nutricionales para el niño menor de un año. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPedia/LactMater.html>.
9. Lactancia Materna exclusiva. Dra Maria Aguilar Parafox OMS Monografía 2007.

10. Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud de Peru, Marzo 2010.
11. Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995
12. WHO Nutrition. Global data bank on breastfeeding. Ginebra: WHO, 2013.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: GUÍA DE ENTREVISTA



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE MORBILIDADES EN NIÑOS DE 0 – 2 AÑOS DE EDAD CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR SANTO TOMAS MARZO – MAYO 2017”

OBJETIVO: Descubrir la frecuencia de administración de lactancia materna en niños de 0-2 años y el apareamiento de morbilidades en este grupo etario.

INDICACIONES: El siguiente cuestionario está dirigido a madres de niños de 0-2 años que consultan en la UCSFI Santo Tomás, lea cuidadosamente cada ítem y marque con una “X” de acuerdo a la opción que usted seleccione.

PRIMERA PARTE: DATOS GENERALES

7.7 **Sexo:**

F		M	
---	--	---	--

7.8 **Área**

R		U	
---	--	---	--

7.9 **Edad**

- 0-6 meses
- 6-12 meses
- 12-18 meses
- 18- 24 meses

SEGUNDA PARTE: ADMINISTRACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

1- ¿Ha recibido su hijo lactancia materna?

SI

NO

2- Si su respuesta anterior fue negativa, especifique por qué no se le administra:

- Trabaja
- Estudia
- Indicación médica
- Problemas de pezón
- Decisión propia

- Otro _____

3- Si su respuesta (pregunta 1) fue afirmativa, ¿Por cuánto tiempo le proporcionó únicamente lactancia materna a su hijo, sin brindarle ningún líquido, ni siquiera agua?

Solo los primeros 7 días de vida	<input type="checkbox"/>	1-2 meses	<input type="checkbox"/>
2-4 meses	<input type="checkbox"/>	4-6 meses	<input type="checkbox"/>

4- ¿Cuántas veces al día recibe lactancia materna su hijo?

0-4 veces

4-8 veces

8-12 veces

Más de 12 veces

5- ¿Previo a que su hijo cumpliera 6 meses de vida, le brindó otro tipo de alimento o líquido diferente a la lactancia materna?

SI

NO

Especifique:

TERCERA PARTE: MORBILIDADES

6- ¿Tuvo complicaciones durante el parto o en los primeros 7 días de vida de su hijo por las cuales haya estado hospitalizado?

SI

NO

7- ¿Cuál fue el motivo de su consulta de este día?

Tos

Diarrea

Fiebre

Enfermedad de la piel

Otros

8- Además del motivo de consulta antes mencionado, ¿existe otra enfermedad frecuente que padezca su hijo?

SI

NO

Si su respuesta es afirmativa, especifique cuál enfermedad:

9- ¿Ha consultado en otra ocasión por enfermedad?

SI

NO

10- ¿Cuántas veces se enferma su hijo al mes?

1 vez

2 veces

3 veces

Más de 3 veces

11- ¿En promedio, cuántos días duran los síntomas de su hijo al estar enfermo?

0-3 días

3-5 días

1 semana

Más de una semana

12- ¿Siempre que su hijo se encuentra enfermo, usted consulta a un establecimiento de salud?

SI

NO

13- ¿Su hijo ha estado hospitalizado alguna vez, posterior a los primeros 7 días de vida?

SI

NO

14- Si su respuesta anterior fue positiva ¿Cuál fue el motivo de hospitalización?

- Neumonía

- Diarrea

- Fiebre

MUCHAS GRACIAS!!

ANEXO 2: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MADRES DE PACIENTES DE 0 – 2 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN UCSFI SANTO TOMAS

En el siguiente documento se investigara la Prevalencia de morbilidades en niños de 0 – 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar santo tomas en marzo – mayo 2017. Solicitamos de su colaboración e invitamos a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, si tiene alguna duda puede preguntarnos.

Esta investigación incluirá una serie de preguntas relacionadas con el tipo y la frecuencia de alimentación de su bebé así como preguntas relacionadas con enfermedades que ha padecido su bebe es importante informarle que NO se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que se obtenga por este medio de investigación se mantendrá confidencial. La información que se recogerá durante la investigación, será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla.

El conocimiento que obtengamos al realizar esta investigación se compartirá al publicar solamente los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de dicho tema.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Si es analfabeto

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debiera seleccionarse por el participante y no debiera tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

**ANEXO 3: BASE DE DATOS DE POBLACIÓN TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS
QUE CONSULTARON EN LA UCSF DE SANTO TOMÁS ENTRE MARZO-
MAYO 2017.**

Las siguientes tablas fueron realizadas con la información obtenida de los registros de consulta diaria de cada médico brindando atenciones en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Santo Tomás en el período comprendido entre los meses de Marzo a Mayo del presente año, se utilizaron los datos para obtener el total de la población en estudio.

TABLA 2: REGISTRO DE NIÑOS DE 0-2 AÑOS		
N°	REGISTRO	EDAD
1	250420170654	4 DÍAS
2	220420171139	5 DÍAS
3	310320171459	7 DÍAS
4	130320170821	7 DÍAS
5	140320170370	8 DÍAS
6	200220170646	8 DÍAS
7	280420171324	11 DÍAS
8	020520170137	13 DÍAS
9	030420170045	18 DÍAS
10	220220171094	20 DÍAS
11	290420171255	21 DÍAS
12	050120171845	1 MES
13	080320170768	1 MES
14	060320171200	1 MES
15	240220170774	1 MES
16	070320171407	1 MES
17	1057-17	1 MES
18	090120170103	2 MESES
19	270220170658	2 MESES

20	180120171511	2 MESES
21	100120170642	2 MESES
22	210120170365	2 MESES
23	140320170288	2 MESES
24	1097-17	2 MESES
25	1097-15	2 MESES
26	1779-14	2 MESES
27	3503-16	3 MESES
28	190120170148	3 MESES
29	140-17	3 MESES
30	3462-16	4 MESES
31	178-17	4 MESES
32	3502-16	4 MESES
33	17-17	4 MESES
34	3229-16	4 MESES
35	1429-17	4 MESES
36	1187-17	5 MESES
37	788-17	5 MESES
38	3289-16	5 MESES
39	3503-16	5 MESES
40	3119-16	5 MESES
41	3393-16	5 MESES
42	2569-16	5 MESES
43	1660-17	5 MESES
44	3041-16	6 MESES
45	3454-16	6 MESES
46	2913-16	6 MESES
47	3024-16	6 MESES
48	3141-16	6 MESES
49	1139-17	6 MESES
50	3391-16	6 MESES
51	2486-16	7 MESES
52	2820-16	7 MESES
53	2499-15	7 MESES

54	3024-16	7 MESES
55	3028-16	7 MESES
56	2480-16	7 MESES
57	3122-16	7 MESES
58	1943-17	7 MESES
59	2741-16	8 MESES
60	1579-17	8 MESES
61	1581-17	8 MESES
62	1211-17	9 MESES
63	2569-16	9 MESES
64	2499-16	9 MESES
65	1555-17	9 MESES
66	2040-16	10 MESES
67	2217-16	10 MESES
68	1475-17	10 MESES
69	2870-16	10 MESES
70	1086-17	11 MESES
71	429-17	11 MESES
72	1195-17	11 MESES
73	464-16	1 AÑO
74	593-16	1 AÑO
75	367-16	1 AÑO
76	1810-16	1 AÑO
77	2499-15	1 AÑO
78	2333-16	1 AÑO
79	1955-15	1 AÑO
80	1042-16	1 AÑO
81	1749-16	1 AÑO
82	2801-15	1 AÑO
83	3418-15	1 AÑO
84	1217-15	1 AÑO
85	255-16	1 AÑO
86	2969-15	1 AÑO
87	1112-16	1 AÑO

88	917-16	1 AÑO
89	263-16	1 AÑO
90	2336-15	1 AÑO
91	2719-15	1 AÑO
92	3783-15	1 AÑO
93	3759-15	1 AÑO
94	2759-15	1 AÑO
95	321-16	1 AÑO
96	3275-15	1 AÑO
97	3738-15	1 AÑO
98	2717-15	1 AÑO
99	1459-17	1 AÑO
100	2770-15	1 AÑO
101	2367-15	1 AÑO
102	3204-15	1 AÑO
103	2838-15	1 AÑO
104	2225-15	1 AÑO
105	118-17	1 AÑO
106	820-16	1 AÑO
107	2815-15	1 AÑO
108	897-17	1 AÑO
109	1345-15	1 AÑO
110	2881-16	1 AÑO
111	2073-15	1 AÑO
112	1063-16	1 AÑO
113	3770-15	1 AÑO
114	3398-15	1 AÑO
115	1482-17	1 AÑO
116	2388-16	1 AÑO
117	1631-16	1 AÑO
118	320-15	1 AÑO
119	2283-15	1 AÑO
120	903-16	1 AÑO
121	3515-16	1 AÑO

122	817-16	1 AÑO
123	1086-17	1 AÑO
124	309-16	1 AÑO
125	1052-16	1 AÑO
126	1848-15	1 AÑO
127	2340-16	1 AÑO
128	277-17	1 AÑO
129	2508-15	1 AÑO
130	928-16	1 AÑO
131	2826-15	1 AÑO
132	3096-15	1 AÑO
133	1611-16	1 AÑO
134	1368-16	1 AÑO
135	1598-17	1 AÑO
136	3747-15	1 AÑO
137	417-16	1 AÑO
138	686-16	1 AÑO
139	2321-15	1 AÑO
140	2532-15	1 AÑO
141	2911-16	1 AÑO
142	1209-16	1 AÑO
143	4106-14	1 AÑO
144	3456-15	1 AÑO
145	1731-17	1 AÑO
146	1091-17	1 AÑO
147	1968-15	2 AÑOS
148	1229-15	2 AÑOS
149	1217-15	2 AÑOS
150	2543-15	2 AÑOS
151	3821-14	2 AÑOS
152	573-15	2 AÑOS
153	4460-14	2 AÑOS
154	989-15	2 AÑOS
155	4152-14	2 AÑOS

156	3183-15	2 AÑOS
157	4269-14	2 AÑOS
158	2572-15	2 AÑOS
159	3540-14	2 AÑOS
160	1607-15	2 AÑOS
161	2304-14	2 AÑOS
162	2031-14	2 AÑOS
163	520-16	2 AÑOS
164	4727-14	2 AÑOS
165	1262-15	2 AÑOS
166	1269-17	2 AÑOS
167	4649-14	2 AÑOS
168	4374-14	2 AÑOS
169	2379-14	2 AÑOS
170	4834-14	2 AÑOS
171	567-15	2 AÑOS
172	3359-16	2 AÑOS
173	1848-15	2 AÑOS
174	1750-16	2 AÑOS
175	463-14	2 AÑOS
176	4509-14	2 AÑOS

TABLA 3: REGISTRO DE NIÑAS DE 0-2 AÑOS		
N°	REGISTRO	EDAD
1	100320170577	5 DÍAS
2	100320170578	5 DÍAS
3	300320171771	6 DÍAS
4	110420170808	8 DÍAS
5	060520170140	9 DÍAS
6	220320170978	22 DÍAS
7	090320170416	25 DÍAS
8	260320170061	28 DÍAS

9	280220171910	1 MES
10	472-16	1 MES
11	220320170805	1 MES
12	220220170921	1 MES
13	3268-13	1 MES
14	230120171070	2 MESES
15	150120170562	2 MESES
16	050120171845	2 MESES
17	230120171030	2 MESES
18	210220171910	2 MESES
19	1353-17	2 MESES
20	030120170550	3 MESES
21	67-17	3 MESES
22	1429-17	3 MESES
23	050120171814	4 MESES
24	794-17	4 MESES
25	3288-16	4 MESES
26	626-16	4 MESES
27	3605-16	4 MESES
28	3398-16	4 MESES
29	3487-16	4 MESES
30	3264-16	5 MESES
31	1330-17	5 MESES
32	794-17	5 MESES
33	3068-16	5 MESES
34	1244-17	5 MESES
35	0140-17	5 MESES
36	3122-16	6 MESES
37	380-17	6 MESES
38	1698-17	6 MESES
39	2504-16	7 MESES
40	2549-16	7 MESES
41	2545-16	8 MESES
42	2497-16	8 MESES

43	2504-16	8 MESES
44	2549-16	8 MESES
45	1690-17	8 MESES
46	1517-17	8 MESES
47	2846-16	8 MESES
48	2229-16	9 MESES
49	2695-16	9 MESES
50	1558-17	9 MESES
51	1836-16	10 MESES
52	1899-16	10 MESES
53	550-16	10 MESES
54	1664-16	10 MESES
55	3168-16	10 MESES
56	2077-16	10 MESES
57	2315-16	10 MESES
58	1024-17	11 MESES
59	1267-16	11 MESES
60	1664-16	11 MESES
61	1476-16	11 MESES
62	1649-16	11 MESES
63	1899-16	11 MESES
64	1750-15	1 AÑO
65	309-16	1 AÑO
66	1309-16	1 AÑO
67	1782-15	1 AÑO
68	2956-15	1 AÑO
69	1964-15	1 AÑO
70	1160-17	1 AÑO
71	3781-15	1 AÑO
72	3405-16	1 AÑO
73	1327-17	1 AÑO
74	3201-15	1 AÑO
75	1482-16	1 AÑO
76	2547-16	1 AÑO

77	606-16	1 AÑO
78	1267-16	1 AÑO
79	269-14	1 AÑO
80	3733-15	1 AÑO
81	3744-15	1 AÑO
82	1287-15	1 AÑO
83	3171-15	1 AÑO
84	1316-17	1 AÑO
85	1164-16	1 AÑO
86	3012-15	1 AÑO
87	476-16	1 AÑO
88	2517-15	1 AÑO
89	1155-17	1 AÑO
90	1380-15	1 AÑO
91	2881-15	1 AÑO
92	2781-15	1 AÑO
93	501-16	1 AÑO
94	1853-15	1 AÑO
95	2130-16	1 AÑO
96	2602-15	1 AÑO
97	1067-16	1 AÑO
98	1880-15	1 AÑO
99	1091-16	1 AÑO
100	2288-16	1 AÑO
101	1702-16	1 AÑO
102	2606-16	1 AÑO
103	2659-15	1 AÑO
104	2338-15	1 AÑO
105	816-16	1 AÑO
106	1355-17	1 AÑO
107	3434-15	1 AÑO
108	3585-15	1 AÑO
109	1669-16	1 AÑO
110	0569-16	1 AÑO

111	3734-15	1 AÑO
112	2575-13	1 AÑO
113	1617-17	1 AÑO
114	3096-15	1 AÑO
115	3796-15	1 AÑO
116	2628-16	1 AÑO
117	2589-17	1 AÑO
118	594-17	1 AÑO
119	1273-16	1 AÑO
120	678-16	1 AÑO
121	3739-15	1 AÑO
122	988-17	1 AÑO
123	2051-16	1 AÑO
124	2941-15	1 AÑO
125	2774-15	1 AÑO
126	1042-16	1 AÑO
127	735-17	1 AÑO
128	1671-17	1 AÑO
129	2398-15	1 AÑO
130	1151-14	2 AÑOS
131	1120-16	2 AÑOS
132	1426-17	2 AÑOS
133	1419-16	2 AÑOS
134	1922-15	2 AÑOS
135	1137-17	2 AÑOS
136	3383-14	2 AÑOS
137	4089-14	2 AÑOS
138	2547-16	2 AÑOS
139	901-15	2 AÑOS
140	2798-14	2 AÑOS
141	1465-17	2 AÑOS
142	4494-14	2 AÑOS
143	3349-14	2 AÑOS
144	2296-16	2 AÑOS

145	1399-15	2 AÑOS
146	4964-14	2 AÑOS
147	3625-14	2 AÑOS
148	864-16	2 AÑOS
149	198-17	2 AÑOS
150	4155-14	2 AÑOS
151	2235-15	2 AÑOS
152	528-15	2 AÑOS
153	2341-16	2 AÑOS
154	3918-14	2 AÑOS
155	67-17	2 AÑOS
156	2111-16	2 AÑOS
157	1828-14	2 AÑOS
158	4287-14	2 AÑOS
159	2781-15	2 AÑOS
160	4406-14	2 AÑOS
161	2625-14	2 AÑOS
162	964-15	2 AÑOS
163	1562-15	2 AÑOS
164	1977-15	2 AÑOS
165	618-15	2 AÑOS
166	4791-14	2 AÑOS
167	1217-15	2 AÑOS
168	1071-15	2 AÑOS
169	2591-14	2 AÑOS
170	2391-14	2 AÑOS

ANEXO 4: TABLAS DE FRECUENCIA

TABLA 4: SEXO DE LOS LACTANTES QUE CONSULTARON		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	85	56%
Masculino	66	44%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 5: ÁREA DE PROCEDENCIA DE LOS LACTANTES QUE CONSULTARON		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Rural	56	37%
Urbano	95	63%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 6: EDADES DE LOS LACTANTES QUE CONSULTARON		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
0-6 meses	54	36%
6-12 meses	49	32%
12-18 meses	23	15%
18-24 meses	25	17%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 7: ADMINISTRACIÓN DE LACTANCIA MATERNA		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	136	90%
No	15	10%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás".

TABLA 8: MOTIVO POR EL CUAL NO SE LE BRINDÓ LACTANCIA MATERNA		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	11	74%
Estudia	2	13%
Indicación médica	0	0%
Problemas de pezón	2	13%
Decisión propia	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 9: DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Solo los primeros 7 días	7	5%
1-2 meses	22	16%
2-4 meses	17	13%
4-6 meses	90	66%
Total	136	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 10: FRECUENCIA DIARIA DE LACTANCIA MATERNA		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
0-4 veces	28	19%
4-8 veces	23	15%
8-12 veces	42	28%
Más de 12 veces	58	38%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 11: INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS ANTES DE 6 MESES DE VIDA		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	61	40%
No	90	60%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 12: HOSPITALIZACIÓN POR CAUSAS PERINATALES		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	5%
No	143	95%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 13: MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL		
Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Tos	73	48%
Diarrea	37	25%
Fiebre	18	12%
Enfermedad de la piel	14	9%
Otros	9	6%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 14: ENFERMEDAD FRECUENTE QUE PADECE SU HIJO		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	22%
No	118	78%
Total	51	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0-2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en la UCSF Santo Tomás"

TABLA 15. TIPO DE ENFERMEDAD FRECUENTE		
Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Diarrea	9	27%
Gripe	17	52%
Alergias	7	21%
Total	33	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás

TABLA 16. CONSULTA PREVIA POR ENFERMEDAD		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	147	97%
No	4	3%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás

TABLA 17. FRECUENCIA DE MORBILIDAD AL MES		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1 vez	84	57%
2 veces	47	32%
3 veces	16	11%
Más de 3 veces	0	0%
Total	147	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás

TABLA 18. DURACION DE SINTOMATOLOGIA		
Duración	Frecuencia	Porcentaje
0 – 3 días	42	28%
3 – 5 días	78	52%
1 semana	26	17%
>1 semana	5	3%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

TABLA 19: BUSQUEDA DE ATENCION MEDICA POR ENFERMEDAD		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	137	91%
No	14	9%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

TABLA 20: HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	12%
No	133	88%
Total	151	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".

TABLA 21: ENFERMEDAD MOTIVO DE HOSPITALIZACION		
Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Neumonía	6	33%
Diarrea	10	56%
Fiebre	2	11%
Total	18	100%

Fuente: Guía de entrevista del tema "Prevalencia de morbilidades en niños de 0 - 2 años de edad con lactancia materna exclusiva que consultan en UCSFI Santo Tomás".