

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADO:

“INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES Y SU RELACIÓN CON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL CONGO DE MARZO A AGOSTO DE 2018”

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

HERNÁNDEZ DE MEDRANO, ANA MARÍA

LÓPEZ SÁNCHEZ, KATHYA MARÍA

MARROQUÍN RODRÍGUEZ, JENIFFER LISSETH

DOCENTE DIRECTOR:

DRA. SANDRA PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL

OCTUBRE 2018, SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES



RECTOR

M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERRECTOR ACADÉMICO

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO

SECRETARIO GENERAL

LIC. CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

M. Sc. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

FISCAL GENERAL

LIC. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



DECANO

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICEDECANO

M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

SECRETARIO DE LA FACULTAD

M.Sc. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Dr. NELSON EMILIO MONTES REYES

ÍNDICE GENERAL

	No. Página
AGRADECIMIENTOS	i
RESUMEN EJECUTIVO	iv
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1 Justificación	8
1.2 Antecedentes	10
1.3 Planteamiento del problema	15
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Objetivos General	17
1.4.2 Objetivos Específicos	17
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	18
2.1 Marco Teórico	19
2.1.1 Los niños menores de 6 meses	19
2.1.2 Infecciones Respiratorias agudas	20
2.1.3 Beneficios de la Lactancia Materna	24
2.1.4 Tipos de leche en las diferentes etapas de vida	26
2.1.5 Comparación de la leche materna con otros alimentos	27
2.1.6 Indicaciones para el uso de fórmulas lácteas	29
2.1.7 Impacto de la alimentación en las enfermedades en los niños y niñas menores de 6 meses	31
2.1.8 Lactancia Materna e Infecciones Respiratorias agudas	33
2.1.9 En Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo	34

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	36
3.1 Tipo de estudio	37
3.2 Universo y Muestra	37
3.3 Instrumento de Recolección de Datos	39
3.4 Plan de Trabajo de Campo	40
3.5 Plan de Tabulación	40
3.6 Plan de Análisis	40
3.7 Operacionalización de Variables	41
CAPITULO IV	42
4.1 Análisis de Resultados	43
CAPÍTULO V	64
5.1 Conclusiones	65
5.2 Recomendaciones	67
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	71
▪ Anexo 1: Esquema de Vacunación 2018	72
▪ Anexo2: Encuesta	73
▪ Anexo 3: Cronograma	76
▪ Anexo 4: Presupuesto	77
▪ Anexo 5: Glosario	78

ÍNDICE DE TABLAS

	No. Página
▪ Tabla 1. Edad de los lactantes.	43
▪ Tabla 2. Sexo de los lactantes.	44
▪ Tabla 3. Área geográfica de domicilio.	45
▪ Tabla 4. Estado nutricional de los lactantes.	46
▪ Tabla 5. Talla de los lactantes.	47
▪ Tabla 6. Edad de la madre.	48
▪ Tabla 7. Grado de educación de la madre.	49
▪ Tabla 8. Síntomas predominantes.	50
▪ Tabla 9. Diagnósticos.	51
▪ Tabla 10. Antibioticoterapia.	52
▪ Tabla 11. Primera vez del cuadro clínico.	53
▪ Tabla 12. Antecedentes de infecciones respiratorias agudas.	54
▪ Tabla 13. Antecedentes de Referencia Hospitalaria por Infección respiratoria aguda.	55
▪ Tabla 14. Antecedentes de ingresos Hospitalarios por Infección respiratoria aguda.	56
▪ Tabla 15. Tipo de alimentación.	57
▪ Tabla 16. Frecuencia de alimentación diaria.	58
▪ Tabla 17. Alimentación complementaria.	59
▪ Tabla 18. Edad de inicio de la alimentación complementaria.	60
▪ Tabla 19. Frecuencia de pachas al día.	61
▪ Tabla 20. Fórmulas lácteas.	62
▪ Tabla 21. Tabla comparativa del diagnóstico y tipo de alimentación	63
▪ Tabla 22. Presupuesto	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	No. Página
▪ Gráfico 1. Edad.	43
▪ Gráfico 2. Sexo.	44
▪ Gráfico 3. Área geográfica de domicilio.	45
▪ Gráfico 4. Peso.	46
▪ Gráfico 5. Talla.	47
▪ Gráfico 6. Edad de la madre.	48
▪ Gráfico 7. Grado de educación de la madre.	49
▪ Gráfico 8. Síntomas predominantes.	50
▪ Gráfico 9. Diagnóstico del paciente.	51
▪ Gráfico 10. Uso de antibióticos como tratamiento del cuadro de IRA.	52
▪ Gráfico 11. Primera vez del cuadro clínico.	53
▪ Gráfico 12. Antecedentes de Infección de Vías Respiratorias Agudas.	54
▪ Gráfico 13. Referencia Hospitalaria previa por Infección Respiratoria Aguda.	55
▪ Gráfico 14. Antecedentes de ingresos Hospitalarios por Infección Respiratoria Aguda.	56
▪ Gráfico 15. Tipo de alimentación.	57
▪ Gráfico 16. Frecuencia de alimentación del niño en 24 horas.	58
▪ Gráfico 17. Alimentación complementaria.	59
▪ Gráfico 18. Edad de inicio de la alimentación complementaria.	60
▪ Gráfico 19. Número de pachas que le da al niño en 24 horas.	61
▪ Gráfico 20. Fórmulas lácteas más utilizadas.	62

ÍNDICE DE CUADROS

	No. Página
▪ Cuadro 1. Principales virus respiratorios, características y cuadros clínicos más frecuentes.	22
▪ Cuadro 2. Operacionalización de Variables.	41
▪ Cuadro 3. Esquema Nacional de Vacunación 2018.	72
▪ Cuadro 4. Cronograma.	76

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios por su guía durante toda mi vida y sobre todo por su inmenso apoyo durante todo el camino de mi carrera universitaria, por un logro más en mi vida.

Agradezco a mi esposo, por su apoyo incondicional, amor, sus ánimos, comprensión, paciencia durante estos años.

Quiero agradecer además a mis 2 hijos, por su paciencia, comprensión, por su inmenso amor, cariño y apoyo que me han brindado durante estos años, que a pesar que he estado lejos les he demostrado mi inmenso amor hacia ellos. Gracias por sus sonrisas y palabras, las cuales me brindaron fortaleza.

A mis padres quiero darles gracias por su gran apoyo siempre, sobre todo en los momentos que más lo necesitaba y que aún lo continúan haciendo, quienes jamás me dejan sola.

Agradezco a mis docentes por todo lo que enseñaron lo cual me ayudara a ser una buena profesional.

Agradezco a Dra. Patricia de Sandoval, por su entrega como docente, su apoyo durante nuestro camino en este último requisito para nuestra carrera, así como su paciencia y consejos.

Gracias a mis compañeras y amigas, con quienes comparto la culminación de una de las metas más grandes de mi vida, por su paciencia, amistad.

Ana María Hernández de Medrano

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y la Virgen Santísima por siempre guiarme en mi caminar, por haberme permitido culminar mi carrera universitaria, por jamás desampararme en este arduo trayecto lleno de tantas emociones, las cuales me enseñaron a ser más fuerte y saber que estoy en el camino correcto..

Mis padres: Katia Yolanda Lissette Sánchez de López y Fredy López Campos, por apoyarme y aconsejarme siempre que lo necesitaba. Agradezco porque siempre están en cada momento y sobre todo en los momentos que más los necesitaba de una u otra manera. Así como el gran ejemplo a seguir que son en mi vida y mi pilar de fortaleza junto a mi hermano.

A mi hermano Fredy Alexander López Sánchez, por el increíble apoyo que me brinda siempre, además de siempre animarme y aconsejarme; así como los desvelos que compartimos juntos durante toda mi carrera hasta el presente para cumplir mis metas y nunca me deja sola.

A mis abuelitos Yolanda Castaneda de Sánchez, Sergio Luis Sánchez. Por siempre brindarme su amor y apoyo incondicional, como todas sus oraciones, ánimos, así como las sonrisas que me regalan siempre. Rosa Paula López, quien se encuentra en la gracia de Dios, pero que siempre me apoyo en toda mi vida desde lejos y me incito a seguir adelante siempre. Magno Campos, quien con sus frases características me dio ánimos.

A mi asesora Dra. Patricia de Sandoval por haber aceptado dirigirnos como grupo durante este último escalón de nuestra carrera universitaria, sobre todo por la dedicación, carisma, consejos, paciencia e increíble apoyo brindado siempre. Gracias doctora por todo su apoyo.

A mis amigos y amigas, por su apoyo incondicional, palabras de ánimo durante mi camino, paciencia y su cariño MF, MC, KR, incluso a mis amigos de México por sus ánimos y compañía desde tan lejos, incluso en mis desvelos BL, DG, ES, AJ, ML, BG. Y a mis amigos especiales: Seth, Kross, Mocca, Kira, Albina, Jack y Erika por su compañía y amor incondicional.

A mis docentes por todas sus enseñanzas durante todos estos años, de los cuales aprendí tantas cosas que me han servido grandemente en mi desarrollo como profesional.

A mis compañeras y amigas con quienes realizamos nuestro trabajo de grado, gracias por su valiosa amistad, paciencia, compañía y apoyo. Con quien juntas logramos avanzar el último escalón de nuestra carrera universitaria.

Kathya María López Sánchez

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme el discernimiento y la vocación de haber elegido una carrera donde él puede manifestar su amor y esperanza hacia quienes más lo necesitan por medio de nuestro trabajo.

A mi madre Sonia Maribel Rodríguez quien a pesar de no estar de acuerdo en mi decisión de estudiar ésta hermosa carrera, no hubo día en el que ella no se levantara todas las madrugadas a trabajar para ayudarme a cumplir mi meta.

A mis hermanos por su apoyo, en todos los aspectos, por ser esas personas que no me hacían que yo perdiera las esperanzas de terminar mi carrera.

A Romelia Viuda de Aguilar, "La Mami" por cada oración que hizo mientras estuvo en vida hacia mi familia y mi persona, Dios la tiene en sus brazos y sé que me verá desde el cielo graduarme. Y sobre todo por dejarme una familia, sus hijas y nietos, que me apoya incondicionalmente.

A la Familia Aguilar-Ramírez por se excelentes amigos, por permitirme pasar hasta tarde haciendo tareas en su casa cuando en la mía no había acceso a una computadora ni a la internet, por sus oraciones, amor y apoyo durante toda mi carrera y toda mi vida.

A la Familia López Sánchez por ser mi segunda casa en esos días cuando necesitaba donde pasar noches o tardes, por ser personas que me hicieron sentir como en casa con sus atenciones y su amor.

A mis amigas de la oficina de Bienestar Magisterial de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana por adaptarme durante toda mi estancia en el hospital, por cuidarme, alimentarme y quererme tanto durante mis 4 años en el hospital y hasta la fecha, por ser una bendición para mi vida.

A Dra. Patricia de Sandoval por su ayuda a culminar todo esto, por su comprensión y por hacer de esto algo bonito y agradable y no algo estresante y pesado.

A esos amigos clave que abandonaron a la carrera al inicio, pero que perduran hasta la fecha, a esos que continuamos hasta el final y aquellos ajenos a mi profesión que siempre estuvieron allí dándome ánimos.

Tengo agradecimientos infinitos hacia tantas personas que hicieron posible todo esto, que no terminaría mi lista, pero valoro cada gesto, acción y ayuda que hicieron por mí.

Jeniffer Lisseth Marroquín

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio aborda la incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños y niñas menores de 6 meses y su relación con la lactancia materna exclusiva y/o complementaria, realizado en la unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia el Congo durante el periodo de marzo a agosto de 2018, destacando los principales objetivos de dicha investigación que son identificar la IRAS más frecuentes, las características epidemiológicas de los niños que padecen dichas patologías, así como también indagar sobre el tipo de alimentación que reciben dichos infantes, para lo cual se procedió a captar a todos los niños menores de 6 meses que acudieron a la Unidad de Salud de El Congo , los días martes y jueves , durante los meses de abril, mayo y junio , que presentaran una Infección respiratoria aguda y además que fueran atendidos por el médico en servicio Social, obteniendo una muestra de estudio de 47 pacientes, para lo cual se aplicó un instrumento de recolección de datos a las madres de dichos pacientes , esto permitió obtener hallazgos importantes entre los cuales se destacan : que la consulta más común en niños menores de 6 meses es el catarro común, siendo las edades en las que se presenta con más frecuencia es entre los 3 y 4 meses de edad y en su mayoría provenía del área rural , además un elemento importante es que los niños cuya alimentación es a predominio de lactancia materna exclusiva presentan enfermedades respiratorias leves, sin embargo aquellos niños cuya alimentación es a base de fórmulas o también que se les brinda alimentación mixta, desarrollan enfermedades respiratorias más complicadas o bien los cuadros clínicos que desarrollan son más prolongados.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años los menores de 6 meses de edad, se han visto afectados por diversas enfermedades, entre ellas unas de las más comunes son las infecciones respiratorias agudas, causadas por la exposición de los menores a dicha enfermedad, en lo cual también influye cómo se ha ido desarrollando su sistema inmunitario durante su crecimiento, si han tenido la alimentación adecuada, si se ha cumplido la estrategia de la lactancia materna exclusiva o si utilizaban lactancia complementaria por diferentes razones, si la madre trabajaba o solo se había dedicado al cuidado de su hijo durante los primeros meses de vida. Además investigar si a las madres se les daba la consejería adecuada sobre la lactancia materna exclusiva y sus beneficios a largo plazo.

Es importante poder prevenir adecuadamente las enfermedades, como son las infecciones respiratorias agudas, una de las principales causas de morbilidad durante los primeros 6 meses de vida; por lo que se pretendía abordar la relación que existe entre los menores que habían sido alimentados con lactancia materna exclusiva y los que habían tenido lactancia materna y alimentación complementaria o solo alimentación complementaria, que en ese momento se encontraban padeciendo algún tipo de infección respiratoria aguda, determinando también las más comunes.

Desde hace mucho tiempo se ha visto la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de los niños y niñas, además como una estrategia para mejorar su calidad de vida. Como lo plantea la declaración de Innocenti en 1990, para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, así como el inicio de los Hospitales amigos de la infancia, entre otros, debido a que la leche materna contiene nutrientes y anticuerpos que ayudan al adecuado desarrollo y prevención de enfermedades, así como también ayudan al sistema inmunitario.

En el Capítulo II se describe el marco teórico en el que fue basado el estudio, en donde se aborda la definición, tipos y características de las infecciones respiratorias agudas, además de la incidencia en los menores de 6 meses de adquirirlas; así como la lactancia materna,

beneficios y la alimentación complementaria. En el Capítulo III, se expone el diseño metodológico utilizado, en donde se analiza todo lo respectivo al estudio en el área de campo, así mismo incluye la operacionalización de las variables. El Capítulo VI describe el análisis de resultados en el que se incluyen tablas con sus respectivos gráficos y datos obtenidos. En el Capítulo V se encuentran las conclusiones y recomendaciones, realizadas según el análisis de los datos obtenidos y se verificó el cumplimiento de los objetivos del estudio. Finalizando con una serie de anexos que ayudaron al desarrollo del estudio, entre los cuales se encuentra la encuesta realizada para la recolección de datos.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1 JUSTIFICACIÓN

Uno de los objetivos del milenio para medir a un país es la muerte infantil, la segunda causa de muerte en el país es debido a neumonía, dicha enfermedad forma parte del grupo de enfermedades respiratorias agudas.

Las infecciones respiratorias agudas en lactantes menores de 6 meses a menudo son atribuidas a los virus, bacterias, cambios climáticos o al poco desarrollo del sistema inmunitario; pero si en lugar de centrar las posibles causas se hace enfoque en aumentar la prevención de dichas infecciones, sería algo más importante para dichos lactantes.

Es conocimiento de todos los que es en el área de salud de la importancia de la lactancia materna como parte del derecho hacia los niños y niñas, especialmente en aquellos que son menores de 6 meses, pero dicho conocimiento es vago, en ocasiones nulo, en nuestra población.

Neonatos que son alimentados con sucedáneos impidiendo así el adecuado desarrollo del sistema inmunitario, esto lleva a exponer a diferentes enfermedades a los lactantes, un grupo de dichas enfermedades son las infecciones respiratorias agudas las cuales son frecuentes en lactantes que habitan en el municipio del El Congo, de dichos lactantes muchos son alimentados con lactancia materna complementaria y no con lactancia materna exclusiva, en ocasiones por madres que trabajan y deben de incluir alimentación complementaria, simplemente porque buscan excusas o no tienen el conocimiento de la importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.

Por todo lo anterior es un problema para la salud de los lactantes que puede incurrir infecciones que pueden complicarse y comprometer la vida de los niños y niñas al no tener los anticuerpos otorgados por el sistema inmunitario de la madre por medio de la lactancia materna.

Por lo que con nuestro proyecto se buscan infecciones respiratorias prevalentes en dicha población y a la vez relacionar dichas infecciones con la lactancia materna exclusiva y/o complementaria, ya que el adecuado desarrollo del sistema inmunitario en los primeros meses de la vida se encuentra estrechamente vinculado con el paso de anticuerpos de madre a hijo por medio de la leche materna; a la vez buscar posibles soluciones y la concientización a las madres sobre la importancia del derecho a la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, así como la prevención de enfermedades respiratorias agudas, y características epidemiológicas que influyen además en la aparición de dichas enfermedades en los primeros meses de vida.

1.2 ANTECEDENTES

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en los países en vías de desarrollo. La mortalidad en la niñez causada por las IRA en países en vías de desarrollo es 30 a 70 veces superior a la de los países desarrollados. En términos de morbilidad, a pesar de la insuficiencia de los sistemas de información de salud existentes en los países en vías de desarrollo, los limitados datos disponibles de varios estudios longitudinales comunitarios señalan claramente que las infecciones respiratorias agudas son extremadamente comunes.

La incidencia anual de infecciones moderadas y graves de las vías respiratorias representa la mayoría de las defunciones por IRA, es de particular importancia en países en vías de desarrollo, donde del 7 al 10% de todos los niños menores de 5 años de edad desarrollan IRA inferior moderada o grave (neumonía) durante un año.

Aunque una proporción sustancial de estos episodios son infecciones respiratorias de origen viral, para las que en general no se dispone en la actualidad de tecnología preventiva o curativa, su importancia no puede descuidarse. Las IRA representan entre el 20 y el 40% de los ingresos pediátricos al hospital. Por lo tanto es claro que las IRA ejercen una presión considerable en los servicios de salud en todo el mundo. Mientras los servicios de países desarrollados bien pueden ser capaces de responder, la situación en los países en vías de desarrollo está lejos de ser satisfactoria. En la mayoría de estos países generalmente se proporciona poca o ninguna orientación a los trabajadores de salud acerca de cómo tratar al elevado número de niños que sufren de IRA y que diariamente asisten a las unidades de salud.

En los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)** que son las metas, cuantificadas y cronológicas, que el mundo ha fijado para luchar contra la pobreza extrema en sus varias dimensiones: hambre, enfermedad, pobreza de ingresos, falta de vivienda adecuada, exclusión social, problemas de educación y de sostenibilidad ambiental, entre otras; tenemos el **Objetivo 4** que hace referencia a reducir la mortalidad infantil, es el que

se toma en cuenta en este estudio, ya a que en nuestro país la segunda causa de muerte infantil es la neumonía, enfermedad que forma parte de las IRA.

Existen diferentes maneras de prevenir muerte infantil causada por infecciones respiratorias agudas o complicaciones de ellas, y la prevención más importante es aquella que se lleva a cabo en el primer nivel de atención, cuando las madres asisten a la inscripción temprana del recién nacido, en el momento de la consejería para el adecuado desarrollo psicomotor y el bienestar de la salud de sus hijos. Es en ese momento en el que se le debe de hacer énfasis a la madre de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del lactante.

La elección de los alimentos es uno de los momentos más fuertemente influidos por factores sociales, económicos y culturales que rodean al individuo y su familia; sin embargo, la leche humana satisface todas las necesidades básicas de los niños, lo cual la hace superior a las otras leches animales, tanto por las propiedades nutricionales como inmunológicas. La leche materna es un producto biológico natural y esencial que contiene numerosos componentes inmunológicos, tanto humorales como celulares, que conforman su función protectora y preservan al lactante de las infecciones.

Incluye factores que proveen la inmunidad específica, como anticuerpos y linfocitos, así como también factores que brindan una inmunidad no específica, como la lactoferrina (que tiene efecto bacteriostático contra estafilococos y otras bacterias). También se encuentra en la leche materna, aunque en menor medida, anticuerpos de tipo IgG, que son de vital importancia en la respuesta inmune humoral y en la defensa tisular contra los microorganismos; anticuerpos de tipo IgM, primera inmunoglobulina que se produce luego de tener lugar una respuesta inmune; y de tipo IgE, de gran importancia en la defensa contra infecciones parasitarias.

El adecuado desarrollo del sistema inmunitario es la un factor importante para evitarla incidencia de IRAS, y dicho desarrollo en los primeros meses de vida se obtiene a través del paso de anticuerpos.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, representa un derecho de los niños, las niñas y de sus madres, que trae aparejado un sin número de beneficios, tanto para los propios bebés, sus progenitoras y familias, como para los estados en los que residen.

El amamantar garantiza la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito, de insustituible calidad y a la medida de los requerimientos nutricionales de los bebés. Les protege de infecciones y enfermedades en una etapa de sus vidas en las que se encuentran particularmente vulnerables, a la vez que crea un vínculo que les confiere a niños, niñas y sus madres, salud física y emocional, además de protección, seguridad y afecto, todas ellas condiciones indispensables para un pleno desarrollo infantil.

En 2001, la OMS en estrecha colaboración con UNICEF, y con base en evidencia científica ampliamente respaldada, emite la recomendación internacional de promover y garantizar condiciones para una lactancia materna exclusiva desde el instante del nacimiento y hasta los seis meses de edad.

Paralelamente y desde hace ya más de treinta años, El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981), la Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna (1990), así como la Iniciativa Hospitales Amigos de la Infancia (1991), han venido llamando la atención de los estados y la opinión pública a nivel mundial sobre los beneficios de la lactancia materna, así como sobre los riesgos y costos en los que incurren familias y estados que no la promueven, la protegen y la difunden.

La protección y promoción de la lactancia materna es un imperativo para todas las personas y entidades sociales como y desde los comercializadores de sucedáneos, a los empleadores, las clínicas y hospitales públicos y privados, hasta las comunidades y familias

El informe sobre tendencias mundiales de lactancia materna El Salvador 2015, ubica a El Salvador entre los primeros en la región en implementar programas y políticas de lactancia materna, ocupando la segunda posición, solo después de Cuba.

El país es de los primeros tres en América Latina junto a Cuba y Costa Rica que tiene un puntaje más alto en cuanto a acciones y buenas prácticas en lactancia materna,

se cuenta con 38 mil mujeres que están donando leche de manera generosa, por otras que no pueden amamantar, cerca de 3 mil niños/as de bajo peso al nacer y prematuros que han recibido leche donada solidariamente por otras mujeres que están amamantando a su bebé.

El Salvador cuenta con un marco legal para la Promoción, Protección, y Apoyo de la Lactancia Materna, que establece el derecho para la niñez a la lactancia materna como un elemento indispensable para lograr un óptimo estado de salud, desarrollo y nutrición. Este marco incluye: Política (2011), Ley (2013) y Reglamento (2015) de Promoción de la Lactancia Materna.

Desde noviembre 2015 se cuenta con una Comisión Nacional de Lactancia Materna – CONALAM – quienes tienen una participación activa y acompañan al MINSAL en el desarrollo de acciones orientadas a incrementar la práctica de la lactancia materna en el país.

El MINSAL cuenta con 3 Bancos de Leche Humana y 41 Centros Recolectores de Leche para alimentar de una manera óptima a la niñez prematura y de bajo peso al nacer, lo que en 2015 le valió el reconocimiento internacional de la Red Global de Bancos de Leche Humana en Brasil por llevar la estrategia al primer nivel de atención a través de los centros recolectores. Desde el 2012 al 2017 se reportan 37,345 madres donantes, 10,420 litros de leche humana recolectada y 2,907 niños prematuros y de bajo peso beneficiados.

En el año 2015 El Salvador recibió el reconocimiento internacional de la Red Global de Bancos de Leche Humana de Brasil por llevar la estrategia de bancos de leche humana al primer nivel de atención a través de los centros recolectores.

También se evaluó el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna a nivel nacional en la red de establecimientos de los sectores: público, privado y autónomo, su publicidad y etiquetado. Dicho Código fue adoptado por los países representados en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1981.

Unidad de Salud Comunitaria Intermedia El Congo

En la Unidad de Salud Comunitaria Intermedia El Congo no cuenta con registro que se hayan realizado estudios de ningún tema, inquietud o problemas que se estén llevando a cabo en la comunidad. Éste estudio sería el primero en realizarse en dicho centro de salud.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de las infecciones respiratorias agudas y sus tipos más comunes en niños menores de 6 meses según sus características epidemiológicas, que han sido alimentados con lactancia materna exclusiva o complementaria?

Una interrogante que se vuelve muy importante en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo, un municipio que cuenta con diversos problemas de salud, uno de los cuales son las infecciones respiratorias agudas en niños y niñas menores de 6 meses, encontrando datos interesantes entre dicha población, se puede iniciar mencionando que un porcentaje de lactantes no son alimentados con lactancia materna exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida, lo anterior por diversas razones como lo son: madres que deben de ir a trabajar dejando a sus niños al cuidado de alguien más, madres con poco o ningún conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y sus beneficios o madres que simplemente no les apetece amamantar a sus hijos.

Esto se vuelve problema debido a que el sistema inmunitario de estos niños no tendrá un adecuado desarrollo para combatir patógenos bacterianos, virulentos o de otra índole, muchos de estos relacionados con las infecciones de vías respiratorias agudas, enfermedades que prevalecen en dicha unidad de salud entre los lactantes menores de 6 meses, muchos de ellos presentan episodios de enfermedad en intervalos cortos de tiempo y otros presentan complicaciones graves que ameritan ingresos hospitalarios.

Todo lo mencionado anteriormente convierte dicho tema en una problemática de interés de salud pública por los costos que conlleva tratar las enfermedades que componen las infecciones respiratorias aguda, un problema político pues como país en vía de desarrollo busca cumplir los objetivos del milenio, y principalmente reducir las muertes materno-infantil y al ser la neumonía la segunda causa de muerte infantil en nuestro país y formar parte del grupo de enfermedades a analizar le da doble razón para realizar dicha investigación.

No se debe de hablar únicamente de problemas, sino buscar prevenir la incidencia de este grupo de enfermedades al concientizar a las madres sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, que además es un derecho para los lactantes el cual se debe de cumplir y una de las maneras eficaces para prevenir enfermedades no solo respiratorias, sino de diversos tipos.

Hablar de lactancia materna e IRAS es realmente importante desde el punto de vista exclusivo de éste tipo de alimentación debido a la transferencia inmunitaria de las madres hacia sus hijos a través de la leche materna, es acá donde se debe de tener en cuenta la importancia y el impacto que puede generar el personal de salud en el momento de la consulta médica desde la inscripción del lactante al momento de la consejería para que ellas tomen en cuenta lo cual convierte el tema en una investigación de importancia para hacer impacto en la educación de la lactancia materna exclusiva y la prevención de IRAS u otro tipo de infecciones en los lactantes.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Identificar la incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas en niños y niñas menores de 6 meses y su relación con la lactancia materna exclusiva y/o complementaria en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo de Marzo a Agosto de 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar las infecciones respiratorias agudas más frecuentes en niños y niñas menores de 6 meses de edad.
2. Investigar las características epidemiológicas de los niños y niñas con infecciones respiratorias agudas.
3. Indagar si la alimentación en menores de 6 meses es con lactancia materna exclusiva o complementaria.
4. Comparar la incidencia de las infecciones respiratorias agudas graves en niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva y la incidencia en los que se encuentran con alimentación complementaria, que consultan en UCSFI El Congo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

El período neonatal, es el período que comprende de los 0-27 días a partir del nacimiento, el cual se caracteriza de una serie de cambios clínicos y que reflejan la adaptación fisiológica a la cotidiana; un recién nacido normal es el que se considera que tiene 37 o más semanas de gestación y está libre de malformaciones congénitas u otra patología. (Mena, 2005)

Un lactante es aquel niño que se alimenta fundamentalmente de leche, incluye la edad que va desde el nacimiento a 12 meses. El periodo de lactancia va desde los 6 primeros meses de vida, durante los cuales su alimento el alimento exclusivo es la leche materna. (Aurora, 2007)

La nutrición ha sufrido cambios debido a los avances tecnológicos y al conocimiento de su importancia en la prevención del riesgo a enfermar. La edad infantil, es el periodo de la vida crítico, en el que se establecen unos hábitos nutricionales óptimos para conseguir el crecimiento adecuado y evitar las enfermedades que se relacionan con la alimentación. (MINSAL, 2005)

2.1.1 Los niños menores de 6 meses

Durante el inicio de la vida de los niños y sus primeras etapas de vida se encuentran muy vulnerables a enfermedades, entre las cuales tenemos: dificultad respiratoria, procesos febriles, gastroenteritis aguda debido a la mala alimentación de los lactantes en sus primeros meses de vida, síndrome diarreico agudo, deshidratación y las infecciones respiratorias agudas.

Por lo tanto para evitar la predisposición a enfermedades, es necesario que el niño cumpla con sus controles de niño sano, así como llevar el cumplimiento adecuado de su esquema de vacunación según la edad que posea. Para así poder prevenir muchas enfermedades a las que pueden estar predispuestos dependiendo de su desarrollo, condiciones de vida, es decir dependiendo de sus características epidemiológicas.

Al momento en nuestro país El Salvador se cuenta con el esquema nacional de vacunación 2018. (Anexo1)

Las infecciones respiratorias agudas se encuentran entre las principales enfermedades que afectan la salud de los niños menores de 6 meses y se encuentran entre las principales causas de muerte. Por lo que es uno de los grandes desafíos que enfrentan los servicios de salud, ya que si no hay adecuado control de ellas, puede provocar epidemias en distintas épocas del año, causando gran mortalidad infantil.

2.1.2 Infecciones respiratorias agudas (IRA)

Morales, Acosta y Anaya (2011) definen a las infecciones respiratorias agudas como:

Las infecciones respiratorias agudas se pueden definir como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos entre otros, con un período menor a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, entre otros, los cuales pueden estar o no acompañados de proceso febril, siendo una de las principales causas de morbilidad en los niños, sobre todo en los menores de 6 meses y menores de 5 años, además es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud, como de ingreso hospitalarios.(p. 17)

No solo la predisposición infecciones respiratorias agudas afecta a los niños, sino algo más importante, con esto nos referimos al adecuado desarrollo, crecimiento y alimentación que está teniendo, así como factores epidemiológicos y características de cada niño desde su nacimiento y el lugar en que viven así como la influencia de los padres y madres.

Como el niño menor de 6 meses se ve afectado por muchas enfermedades transmisibles, de las cuales las enfermedades respiratorias agudas son de las más comunes, estas pueden presentarse no solo una vez durante la vida de los niños sino que pueden volver a adquirirlas.

Los niños pueden presentar entre seis y ocho infecciones respiratorias al año, muchas de las cuales, sobre todo las que ocurren en el período de lactante, afectan a las vías respiratorias inferiores.

Es de gran importancia llevar a cabo medidas de prevención, así como del control de infecciones en las poblaciones y sobre todo aquellos lugares donde se encuentran más susceptibles a adquirirlas y así disminuir el incremento de brotes.

Su modo de transmisión de la mayoría de este tipo de infecciones es a través de microgotas de un paciente que está infectado que tose o estornuda, produciendo aerosoles respiratorios infecciosos, así como no tiene el adecuado cuidado cuando hay otras personas o niños a su alrededor, además del inadecuado lavado de manos o que no lo realicen y estas queden contaminadas con secreciones respiratorias, y se produzca autoinoculación por contacto, y propagación de aerosoles al momento de toser o estornudar, y no tener el adecuado cuidado de no salpicar a los que se encuentran alrededor.

Las infecciones de etiología viral, son las más comunes y afectan a niños de todas las edades, si bien predominan por debajo de los cinco años y son especialmente prevalentes en menores de dos años.

Según C. Calvo Reyes, García y Casas mencionan acerca de la vulnerabilidad de los niños menores de 6 meses así como de la etiología prevalente en dicha edad:

1. La etiología de las infecciones respiratorias ha sido muy bien estudiada en niños hospitalizados, conociéndose en la actualidad los agentes más frecuentemente implicados en las infecciones moderadas o graves que precisan referencia a un centro de mayor nivel o incluso ingreso al momento que llegan al centro hospitalario. Así, en los niños por debajo de dos años los virus más frecuentes son en primer lugar los VRS alcanzando cerca del 50% de las infecciones que originan hospitalización. (p190)
2. Les siguen el grupo de los RV, en torno al 30%, adenovirus, HBoV, PIV, hMPV y gripe en porcentajes variables. Los cuadros clínicos a los que se asocian son bronquiolitis y episodios de sibilancias recurrentes como causas más frecuentes de hospitalización, seguidos por neumonías, laringitis, síndromes febriles o gripales y cuadros de resfriado común en los lactantes más pequeños.” (p.190)

Clasificación de IRAS según la OMS:

- 1.Sin Neumonía o leves.
2. Con neumonía leve o grave.

Entre los agentes de infecciones respiratorias agudas más frecuentes tenemos los siguientes:

CUADRO 1. PRINCIPALES VIRUS RESPIRATORIOS, CARACTERÍSTICAS Y CUADROS CLÍNICOS MÁS FRECUENTES.

PRINCIPALES VIRUS RESPIRATORIOS, CARACTERÍSTICAS Y CUADROS CLÍNICOS MÁS FRECUENTES		
VIRUS	CARACTERÍSTICAS	CUADROS CLÍNICOS
Virus sincitial respiratorio (VRS)	Virus RNA Familia Paramyxoviridae Subfamilia Pneumovirinae Grupos A y B	Estacionalidad: noviembre a enero Edad: lactantes pequeños Bronquiolitis, sibilancias recurrentes, neumonías
Rinovirus	Virus RNA Familia picornaviridae Grupos A, B y C Más de 120 serotipos	Estacionalidad: septiembre y abril Edad: todas. Lactantes: sibilancias recurrentes, bronquiolitis, neumonías Escolares: crisis asmáticas, neumonías
Adenovirus	Virus DNA Familia Adenoviridae 55 serotipos	Estacionalidad: invierno, primavera y comienzo del verano Edad: todas. Cuadros clínicos variados que afectan a múltiples órganos. Infecciones respiratorias: fiebre, faringoamigdalitis, bronquiolitis, neumonías, síndromes febriles.
Bocavirus	Virus DNA Familia Parvoviridae	Estacionalidad: invierno Edad: <5 años (75% <2 años) Sibilancias recurrentes, crisis asmáticas, bronquiolitis, síndromes febriles, sibilancias recurrentes, bronquiolitis, neumonías. Convulsiones febriles.
Gripe	Virus RNA Familia Orthomyxoviridae Tipos A, B y C	Estacionalidad: invierno Edad: todas especialmente < 5 años Síndromes febriles. Gripe Lactantes: síndromes febriles, sibilancias recurrentes, bronquiolitis, neumonías. Convulsiones febriles
Parainfluenza	Virus RNA Familia Paramyxoviridae Género Paramyxovirus: tipo 1 y 3 Género Rubulavirus: tipo 2 y 4	Edad: < de 5 años PIV 1: otoño, crup, CVA PIV2: invierno, crup PIV3: primavera, verano, bronquiolitis y neumonía en lactantes. PV4: diciembre, enero, sibilancias recurrentes, convulsiones febriles.

Metapneumovirus	Virus RNA Familia Paramyxoviridae Subfamilia Pneumovirinae Grupos A y B	Estacionalidad: febrero a abril Edad: 50% menores de 12 meses Bronquiolitis, sibilancias recurrentes.
Coronavirus	Virus RNA Familia Coronaviridae Grupo 1: 229E y NL63 Grupo 2: OC43 y HKU1	OC43 y 229E: responsables de un 15-30% de las infecciones respiratorias altas, se dan a finales de invierno, principios de primavera. NL63: enero a marzo, bronquiolitis, laringotraqueitis. HKU1: invierno, bronquiolitis, neumonía, crisis asmática.

Fuente: Infecciones respiratorias virales, Principales virus respiratorios, características y cuadros clínicos más frecuentes (Calvo, García, Casas, 2011, p. 191-192)

En los menores de 6 años y menores de 5 años, el 95% de los casos de Infecciones respiratorias agudas son de origen viral, entre las complicaciones que se producen se encuentran la otitis media y neumonía, agregándose la etiología bacteriana. Existen factores predisponentes para el padecimiento de IRA, dentro de los más importantes que podemos mencionar están los relacionados con exposición ambiental, las características individuales y las características sociales de cada paciente así como sus características epidemiológicas e incluso algunos relacionados con los padres o con el nacimiento de los niños. A continuación se mencionan algunas características de que se encuentran relacionadas con la predisposición de adquirir infecciones respiratorias agudas:

Ambientales

- Contaminación ambiental dentro o fuera del hogar
- Tabaquismo pasivo
- Deficiente ventilación de la vivienda
- Cambios bruscos de temperatura

- Asistencia a lugares de concentración.
- Contacto con personas enfermas de IRA

Individuales

- Edad. La frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año y especialmente en los menores de dos meses de edad.
- Bajo peso al nacimiento
- Ausencia de lactancia materna
- Desnutrición
- Infecciones previas
- Esquema incompleto de vacunación
- Carencia de vitamina A

Sociales

- Hacinamiento
- Piso de tierra en la vivienda
- Madre con escasa escolaridad

2.1.3 Beneficios de la lactancia materna

La OMS (organización mundial de la salud) afirma que la lactancia materna tiene beneficios que llegan hasta la edad adulta, brinda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros dos años de vida , promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, protege de enfermedades infecciosas y crónicas así como de enfermedades agudas , como la diarrea o la neumonía, debido a la gran cantidad de inmunoglobulinas que posee, beneficiando al recién nacido ya que su sistema inmune no está muy desarrollado además favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedades. (OMS 2015).

Según la Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia), ayuda a un desarrollo adecuado del niño, en cuanto a inteligencia y crecimiento; protege contra infecciones respiratorias, gripe, asma, infecciones de oído, si la tasa de lactancia materna disminuye, con una relación inversamente proporcional se verá aumentado el índice de morbilidad, así mismo el índice de mortalidad y el de desnutrición infantil; además por su fácil digestión evita el estreñimiento. (UNICEF, 1995)

La OPS (Organización Panamericana de la Salud), denomina a la lactancia materna como "la primera vacuna". La lactancia materna en la primera hora de vida reduce en casi 20% el riesgo de morir en el primer mes. La leche materna le da al bebe protección temprana e inmediata, en el primer mes de vida, los bebés que no son amamantados tienen seis veces más probabilidades de morir en comparación con aquellos que sí lo son; entre los 9 y 11 meses aquellos que no son amamantados tienen 30% más de probabilidades de fallecer.

Se estima que la lactancia materna subóptima causó el 11,6% (804.000) de las muertes de recién nacidos en 2011. Un estudio encontró que, por cada 1.000 bebés no amamantados, hubo 2.033 visitas adicionales al médico, 212 días de hospitalización adicionales, y 609 recetas extras por solo tres enfermedades: infecciones del oído, respiratorias y gastrointestinales, si se prolonga reduce el riesgo de sobrepeso y obesidad infantil en un 12% (ya que posee nucleótidos que alteran la absorción de la grasa), lo que ayuda a combatir enfermedades crónicas graves asociados con estas condiciones. La lactancia materna hace que los bebés sean más inteligentes, los adolescentes y adultos que fueron amamantados de niños obtienen de 2 a 5 puntos más en los indicadores de desarrollo cognoscitivo. A largo plazo los niños amamantados durante su infancia obtienen mejores logros educativos. Los bebes amamantados por 6 meses tienen mejor desarrollo motriz. La lactancia materna promueve el vínculo madre-hijo.

Las inmunoglobulinas contenidas en la leche materna cubren el revestimiento inmaduro del tracto digestivo, evitando adherencia de bacterias como (E. col, Klebsiela pneumoniae, Salmonella, Shigella, Estreptococo mutans , estreptococo pneumoniae) también de virus (Poliovirus, Coxsackie , Ecovirus ,rotavirus, citomegalovirus , virus rubeola, Herpes simple, parotiditis, influenza , virus sincicial respiratorio) y parásitos (Giardia lamblia, Entamoeba histolytica y cristosporidium).

La leche materna posee fragmentos virales que promueve la formación de anticuerpos. Posee enzimas como la lisozima, que actúa sobre bacterias negativas y contra algunos virus. Disminuye el riesgo de apneas prolongadas, de asfixia por aspiración porque ayuda al equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración, así mismo permite un buen desarrollo dentro-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales como la masticación, expresión mimética y fono articulación del lenguaje. ² (según la OMS, 2015)

2.1.4 Tipos de leche en las diferentes etapas de vida

Existen diferentes tipos de leche materna, debido a que esta se va adaptando según las necesidades del niño, en las diferentes edades; entre las cuales podemos mencionar: 3l calostro, la leche de transición, la leche madura y la leche pretérmino.

El calostro es producido en los primeros 3 a 4 días después del parto, se produce de 2 a 20 ml por vez, durante los primeros tres días, posteriores al nacimiento, y así va aumentando hasta alcanzar volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas aproximadamente a los 5 días que se ha iniciado la lactancia materna, el escaso volumen le ayuda al bebé a organizar la succión, la deglución y la respiración.

El calostro contiene 2 gr de grasa, 4gr de lactosa, 2 gr de proteínas, 2-3 gr de IgA; 100 000 milímetros cúbicos de macrófagos y linfocitos; se producen 67 kilocalorías por cada 100 ml. de leche consumida; contiene menos cantidad de grasa, lactosa, proteínas hidrosolubles (k, E, A) en comparación con la leche madura, el calostro es para los recién nacidos y les ayuda a la expulsión del meconio.

La leche de transición es una combinación de calostro (la primera etapa de la leche materna) y la leche materna madura (la tercera y última etapa de la leche materna) es producida entre el 4º y el 15º día posterior al parto, va aumentando hasta alcanzar los 600 a 800 ml por día.

La leche madura , tiende a variar no solo entre diferentes mujeres, sino también entre diferentes momentos del día , a veces es relacionada con los alimentos que consume la madre, los cuales podrían ayudar a la adaptación de los niños en su nueva etapa de incluir los alimentos, algunos elementos de la leche madura no se conocen, contiene agua (88%), proteínas (0.9 gr/100ml), carbohidratos (7 gr de lactosa), grasas (4-4.5 gr/100ml), vitaminas(solubles como ADEK e hidrosolubles) y minerales (calcio, hierro, fosforo, magnesio ,zinc, potasio y flúor) .

Leche pretérmino, este tipo de leche es importante mencionarla, ya que es producida cuando se da un parto pretérmino, tiene más proteínas, más IgA, y menos lactosa, todos estos en las proporciones que este tipo de recién nacido necesita, se produce por un tiempo prolongado. (OPS, 2008)

2.1.5 Comparación de la leche materna con otros alimentos

La leche de vaca: tiene un potencial alergénico, que se relaciona con una b-lactoglobulina importante de esta leche, entre los síndromes alergénicos podemos mencionar la gastroenteropatía, dermatitis atópica, rinitis, enfermedad pulmonar crónica, eosinofilia, alteración del crecimiento, muerte súbita. Todas las fórmulas lácteas han sido preparadas en base a la leche de vaca, no así la de soya.

Los síntomas gastrointestinales producidos más frecuentemente en niños alimentados con leche de vaca incluyen cólicos, diarrea, sangre en las deposiciones, vómitos, pérdida de peso, malabsorción, colitis y alteración del crecimiento. En los niños alimentados con leche de vaca, pueden darse deficiencias o excesos de minerales traza como el cobre, el cobalto, selenio. Así tenemos que la deficiencia de cobre produce una anemia microcítica hipocrómica y alteraciones neurológicas, que se puede presentar en los niños alimentados artificialmente, otros como cromo, manganeso, aluminio; cuyos niveles pueden ser hasta 100 veces mayores en la leche de vaca (pequeñas cantidades de estos elementos tienen efectos de aprendizaje y en el crecimiento de los huesos).

En la leche de vaca, encontramos abundante caseína, lo que produce partículas más grandes de difícil digestión, por lo que el vaciamiento gástrico es lento, alrededor de 4 horas, a diferencia de la leche materna que posee poca caseína, el tiempo de vaciamiento gástrico es más rápido (1.5h). Por su baja osmolaridad, el niño amamantado no necesite una ingesta de agua, al contrario del niño alimentado con leche de vaca debe recibir agua. El contenido total de proteínas en la leche materna es de 0,9 g/100ml, necesarios para el lactante sin producirle una sobrecarga renal de nitrógeno. En la leche de vaca el contenido de proteínas es superior, 3,1g/100ml.

En cuanto a la preparación, generalmente las instrucciones, no son claras, y por ende no se le da importancia a la concentración en cuanto a la relación del polvo y la cantidad de agua; se debe tomar en cuenta que si se agrega mucho polvo, se obtendrá mayor concentración de nutrientes, que podría producir diarrea, deshidratación y mayor carga renal; si se agrega menos polvo el niño no recibe la adecuada cantidad de nutrientes, produciendo desnutrición; además se debe tomar en cuenta que el agua debería ser hervida de preferencia, lo que no siempre es posible. Además, existe una mayor probabilidad de contaminación, por uso de utensilios no aptos, manipulación de alimentos con las manos sucias, secado de manos o de alimentos con las manos sucias, uso de agua contaminada, transporte de gérmenes por moscas y otros vectores, descomposición de la leche al quedar sin refrigerar.

Así también podemos mencionar que el uso de pachas puede producir alteraciones en el área maxilo-facial y orofaríngea por las diferentes alteraciones en cuanto a la succión, deglución y respiración ,ya que debe improvisar patrones de estas funciones por las diferentes cantidades de leche extraída de la pacha para no atragantarse, teniendo así el riesgo de aspiración de alimentos y apneas prolongadas incluso el riesgo del síndrome de muerte súbita, a causa de la regurgitación y los problemas gástricos que tiende a producir en los niños este tipo de leche.

El sistema adenoideo de la retrofaringe, compuesto por múltiples ganglios y vasos linfáticos, se congestiona fácilmente cuando hay succión y deglución anormal ocasionando el riesgo además de otitis y enfermedades respiratorias, la congestión del sistema adenoideo involucra una congestión de la mucosa respiratoria y de la Trompa de Eustaquio; la diferencia de temperaturas y el azúcar agregada a la leche de fórmula con respecto a la leche materna también pueden causar congestión de las mucosas; las mucosas respiratorias y la Trompa de Eustaquio congestionadas se hacen insuficientes y por lo tanto vulnerables a la infección, siendo ésta una de las causas de frecuentes enfermedades respiratorias, alergias y otitis media en los lactantes alimentados con pacha. El azúcar o los alimentos azucarados también pueden producir caries en los niños. (Vera May, 1993)

2.1.6 Indicaciones para el uso de fórmulas lácteas

Como sustitutos o suplementos de la leche humana en lactantes cuando una madre no puede amamantar a su bebé, cuando deciden no hacerlo, o cuando desean dar una lactancia parcial o no exclusiva, cuando esta es contraindicada la lactancia materna, como suplementos en lactantes cuyas madres quieren interrumpir gradualmente la lactancia, como suplementos de la leche humana cuando se sospeche que la producción es insuficiente debido a un pobre incremento en el peso del bebé (que podría ser ocasionado por la mala alimentación de la madre), Como suplementos en lactantes cuyas madres deben iniciar tempranamente sus labores fuera del hogar, cuando existen contraindicaciones relativas y absolutas de la lactancia materna (uso de medicamentos como fármacos citotóxicos, antidepresivos, antipsicóticos, isótopos radioactivos y sustancias psicoactivas; padecimientos como la galactosemia y la fenilcetonuria tienen contraindicación relativa, en caso de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis miliar no tratada o con tratamiento menor a dos semanas, infección por herpes zoster localizada en el pecho, quimioterapia y varicela si la madre inicia el exantema cinco días antes del parto y dos días después; en este caso el recién nacido debe recibir inmunoglobulina contra varicela zoster.

Existen problemas dietéticos específicos que pueden desaconsejar o contraindicar, tanto la lactancia natural, como la utilización de leches normales, por eso se han desarrollado fórmulas especiales tales como:

- **Fórmulas para prematuros:** están indicadas en bebés con peso menor de 2.500 gramos, pueden administrarse hasta que la edad corregida alcanza las 38 semanas de gestación, o el peso del niño supera los 2.000-2.500 gramos con parámetros bioquímicos tales como fosfatasa alcalina y albúmina normales.
- **Fórmulas modificadas en hidratos de carbono:** son fórmulas sin lactosa y de bajo contenido en lactosa, la lactosa se ha sustituido total o parcialmente por polímeros de glucosa, estas fórmulas están indicadas en lactantes o niños pequeños que presentan malabsorción de lactosa o cuadros clínicos de intolerancia a la misma. Esta condición se observa con relativa frecuencia después de episodios de gastroenteritis aguda, infestación por *Giardia lamblia*, luego de cirugías intestinales, o acompañando a un síndrome de malabsorción. Están contraindicadas en la galactosemia por contener trazas de lactosa.

Existen también fórmulas modificadas en proteínas, entre las que podemos mencionar:

- **Fórmulas de soya:** en estos preparados, el componente proteico se obtiene de la proteína purificada de la soja, la cual es tratada posteriormente con calor para reducir la actividad de los inhibidores de tripsina y hemaglutininas, son fórmulas de origen vegetal, y por lo tanto, no contienen lactosa. El hidrato de carbono es un polímero de glucosa, que se utiliza en la alimentación de lactantes de padres vegetarianos que rechazan una fórmula láctea, en galactosemia e intolerancia a la lactosa. La proteína de soja es también muy alergénica, puede producir una nueva hipersensibilidad.
- **Hidrolizados de proteínas:** Son preparados en los que las proteínas están pre-digeridas mediante hidrólisis térmica y posteriormente enzimática. Dependiendo del grado de hidrólisis se dividen en dos grupos: con bajo grado de hidrólisis, obteniéndose aminoácidos, péptidos de diversos tamaños y proteína intacta, comercializados con el nombre de fórmulas hipoantigénicas o HA que es para la prevención de manifestaciones alérgicas en lactantes de alto riesgo atópico (historia familiar alérgica muy positiva y demostración de niveles elevados de IgE).

Con alto grado de hidrólisis. Las proteínas de la leche de vaca, junto con el huevo y pescado, son responsables del 52% de todas las reacciones alérgicas a alimentos en nuestro medio, comenzando en el 90% de los casos en los 2 primeros años de vida, pero no están exentos de antígenos residuales, por lo que no deben ser prescritos a lactantes con sensibilización a proteínas de leche de vaca.

- **Fórmulas hipoalérgicas:** Las indicaciones son: alergia e intolerancia a proteína de leche de vaca, enfermedades con malabsorción de grasas (insuficiencia pancreática, linfangiectasia intestinal, colestasis crónica) y alteraciones graves de la absorción intestinal (intestino corto, síndrome de malabsorción, diarrea grave del lactante). (MINSAL ,20012)

2.1.7 Impacto de la alimentación en las enfermedades en los niños y niñas menores de 6 meses:

Todos sabemos la importancia de la adecuada alimentación en los niños en general, pero al hablar de niños menores de 6 meses se torna de vital importancia, debido a la incidencia de enfermedades por una alimentación inadecuada, durante los primeros meses de vida es un derecho que el lactante tenga únicamente lactancia materna pues en ella se encuentra todo lo necesario que el lactante necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo. Al iniciar otro tipo de alimentación ajena a la lactancia se presentan diferentes tipos de enfermedades, debido a la ausencia de anticuerpos presentes en la lactancia que la madre pasa a su hijo por medio de la leche materna, es allí donde se presentan diferentes infecciones u otros padecimientos.

La patología del lactante se basa en hechos sobresalientes a nivel mundial debido a que en todos los países encontramos muertes en los primeros meses de vida, e unos más que otros, entre los de mayor frecuencia encontramos los países en vías de desarrollo a los cuales pertenece el nuestro. Debido a este impacto es que en los objetivos del milenio encontramos en cuarta posición la reducción de la mortalidad infantil.

Durante los primeros meses de vida, se producen muchos cambios con demasiada rapidez, dichos cambios llevarán al lactante a desarrollar capacidades biológicas importantes para vivir. Las funciones biológicas son el desarrollo y el crecimiento, maduración de los diferentes aparatos y sistemas, entre otros que le ayudarán a la homeostasis.

Al verse alterada la homeostasis encontramos diversas enfermedades que pueden afectar a los lactantes en sus primeros meses de vida, entre ellas se encuentra enfermedades del aparato digestivo, cabe destacar que dichas infecciones son más frecuentes en niños que son alimentados con lactancia complementaria, en aquellos en los que las madres inician fórmulas especiales de leches, leches enteras, atoles o fórmulas fortificadas como la Incaparina, el intestino del lactante aún no se encuentra en una etapa de maduración completa para procesar diferentes componente de estos aditivo a su alimentación como preservantes o presencia de proteínas, en el caso de las leches enteras, y el papel importante de los anticuerpos de la madre transportados en la leche materna que se encuentra ausentes para proteger al a lactante juegan un papel muy importante en la fisiopatología de las infecciones gastrointestinales.

CALMA en 1994:

La promoción de la lactancia materna en ese año previno 414.776 casos de IRA, lo que significó un ahorro de \$840.000. La práctica de la lactancia materna en maternidades del MINSAL, disminuyó los costos producidos por la alimentación con fórmulas estimando un ahorro de \$288.000.

Entre los factores que inciden en los padecimientos de infecciones respiratorias agudas tenemos en general bacterias y virus que se encuentran en el ambiente, pero que influyen de manera diferente en los niños que reciben lactancia materna exclusiva ya que sus madres deben de tener cuidado al momento de amamantar a su bebés lavándose sus manos y los senos; al compararlo con la contra parte de la lactancia complementaria nos encontramos con la manipulación de biberones, utensilios para prepararlos en donde una mala higiene aumenta la probabilidad de enfermedad.

2.1.8 Lactancia Materna e Infecciones Respiratorias agudas:

Las infecciones respiratorias son la primera causa de morbimortalidad en nuestro país y a nivel mundial, el papel de la leche materna es importante debido a que es un producto biológico natural y esencial que contiene numerosos componentes inmunológicos, tanto humorales como celulares, que conforman su función protectora y preservan al lactante de las infecciones. Incluye factores que proveen la inmunidad específica, como anticuerpos y linfocitos, así como también factores que brindan una inmunidad no específica, según Reyes H, Martínez, 2011: “la lactoferrina (que tiene efecto bacteriostático contra estafilococos” (pág. 90) los cuales son agentes causales de enfermedades respiratorias como la neumonía, faringitis, faringoamigdalitis, laringotraqueítis, entre otras enfermedades respiratorias.

García López Roxana, 2011 “La trascendencia protectora de la leche materna a nivel de mucosas como la boca, la nariz y el oído del lactante se debe a la inmunoglobulina A secretora” (pág. 225)

Muchos de los efectos de la leche materna son debido a la presencia de diferentes componentes del sistema inmunitario innato proporcionado por la madre por parte de inmunoglobulinas previamente mencionadas. Diversos estudios han demostrado que la alimentación al seno materno disminuye el riesgo de infecciones, particularmente de las vías respiratorias.

Existen estudios sobre lactancia materna a nivel mundial, realizados en lactantes de diferentes países, entre os cuales se puede mencionar: Cuba, Madrid e incluso en nuestro país se ha elaborado tesis acerca de este tipo de alimentación y la relación con Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas, en dichos estudios se han comparado los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva versus la lactancia complementaria, además cabe destacar que en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo es la primera investigación a realizar, no se cuenta con ningún tipo estudio que involucre el adecuado desarrollo y maduración de los aparatos y sistemas y su relación con el padecimiento o no de enfermedades por una adecuada alimentación en los primeros meses de vida.

Tener un estudio que cuente con la incidencia de IRAS relacionado con el tipo de alimentación, lactancia materna o alimentación complementaria, y la incidencia de dichas infecciones juega un papel importante debido que a partir de ello se pueden reforzar esos pilares importantes para hacer conciencia en la adecuada alimentación hacia los lactantes menores de 6 meses, todo esto se debe de tomar en cuenta en el momento de la consejería promoción de lactancia materna hacia la madre, la protección que ella por medio de inmunoglobulinas aportadas por la leche materna puede crear un factor importante para el desarrollo de una IRAS o sus complicaciones al no poseer dicho sistema de defensa inmunológico de la madre hacia su hijo.

Encontrar madres que no saben los beneficios de la lactancia materna o su relación con la incidencia de IRAS u otro tipo de enfermedades, las complicaciones de dichas infecciones o desenlaces que puedan llegar a tener los lactantes menores de 6 meses los cuales son vulnerables a cualquier padecimiento patológico es un problema que se debe de tomar en cuenta y se debe de analizar.

2.1.9 En Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo

La incidencia de las infecciones respiratorias agudas en éste lugar es muy común y es una causa de consulta frecuente en las madres de los menores, el comportamiento de dicho grupo de patologías guarda mayor relación con los pacientes que son alimentados con lactancia materna complementaria, en base a los diferentes diagnósticos es más frecuente que los catarros comunes se vean en niños que tienen lactancia materna exclusiva y patologías como faringoamigdalitis bacterianas, laringotraqueítis o incluso neumonías afectan más a lactantes que son alimentados con lactancia materna complementaria con sucedáneos de leche e incluso algunos que no reciben lactancia materna.

Las infecciones más comunes de este grupo de patologías son: catarros comunes, faringitis y faringoamigdalitis, en su mayoría sus manejos son ambulatoriamente con medidas generales en el caso de los catarros comunes como infusiones de agua de

manzanilla con miel como lo indica AIEPI y en el caso de las faringitis y faringoamigdalitis se manejan con amoxicilina durante 7 días y en el caso de alergias al antibiótico antes mencionado, se utiliza Claritromicina con el mismo período de tiempo que la amoxicilina.

En el Congo la mayoría de niños son alimentados durante los primeros 6 meses de vida con seno materno exclusivo, influencia obtenida ya que desde el momento de la inscripción a controles infantiles se le hace énfasis sobre la importancia de la leche materna y sus componentes en el desarrollo adecuado del sistema inmunológico de los niños, aunque cabe mencionar que un porcentaje de niños reciben lactancia materna complementaria y es debido a que nos encontramos con madres que durante la mayoría del día se encuentran trabajando y amamantan a sus hijos al volver del trabajo e incluso se encuentran con niños que no reciben lactancia materna exclusiva ni complementaria, a dichos niños las madres los alimentan con fórmulas, atoles de harinas fortificadas u otro tipo de alimentos como sopas, diferentes purés de verduras o jugos artificiales de cajas o embotellados.

La orientación y educación sobre la importancia de la lactancia materna es realizada en cada control que los lactantes reciben, cuando se detectan casos donde la madre no da leche materna se trata de hacerle ver a la madre la importancia de ello y mucho más en aquellos casos donde los niños sufren de diferentes tipos de enfermedades.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

- Cuantitativo
- Descriptivo
- Transversal

- **Área Geográfica de estudio:**
 - Unidad Comunitaria de Salud Intermedia EL Congo

- **Período de estudio:**

Los meses de Abril, Mayo y Junio del año 2018.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio en la Unidad Comunitaria de Salud Intermedia El Congo fue de 194 lactantes menores de 6 meses los cuales fueron los niños inscritos en el programa de control de niño sano, pertenecientes al área geográfica del municipio de El Congo.

Muestra: para el abordaje de esta investigación se captaron los niños y niñas menores de 6 meses con infección de las vías respiratorias agudas que consultaron en la Unidad de Salud Comunitaria Intermedia El Congo, durante el segundo trimestre del año 2018, para lo cual se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

1. Niños y niñas menores de 6 meses.
2. Pertenecientes únicamente al área geográfica de influencia y correspondiente a la atención de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo.
3. Que presenten una infección respiratoria aguda.
4. Que la madre colabore con la investigación.
5. Pacientes que serán únicamente atendidos por médico en servicio social encargado de la investigación.

En cuanto a los criterios de exclusión, se presentan a continuación:

1. Todos los niños y niñas mayores de 6 meses de edad.
2. Aquellos niños y niñas que sus madres consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo, pero que geográficamente pertenecen a otro centro de atención comunitaria.
3. Niños y niñas menores de 6 meses de madres que consultaron en dicha unidad comunitaria, sanos o con otra patología diferente al grupo de infecciones respiratorias agudas.
4. Que la madre de los niños y niñas menores de 6 meses con una infección respiratoria aguda no colaboraron en la obtención de datos.
5. Todos aquellos pacientes menores de 6 meses que consultaron con una IRA, pero que fueron atendidos por médicos permanentes de la unidad de salud, ni por médicos de servicio social que no se encuentren a cargo de la investigación.

Tipo de Muestreo

Se utilizó muestreo por conveniencia y no probabilístico, ya que se capturaron todos los niños menores de 6 meses que presentaron infección respiratoria aguda, durante los meses de abril, mayo y junio del año 2018. Los cuales consultaron con médico de año social encargado de investigación.

Aplicando los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo la siguiente muestra: en base al muestreo por conveniencia nuestra muestra fueron todos los lactantes menores de 6 meses que consultaron en la unidad comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo, con una infección respiratoria aguda, específicamente el estudio se realizó los días martes y jueves, durante el segundo trimestre del presente año, los lactantes que consultaron con una IRA que fueron atendidos por el médico en servicio social encargado de la investigación en la Unidad Comunitaria de Salud Intermedia El Congo. Durante la investigación se obtuvo una muestra total de 47 pacientes los cuales fueron seleccionados para la investigación en base a los criterios de inclusión y exclusión, dichos lactantes fueron

atendidos por el médico de servicio social encargado de la investigación en dicha unidad de salud durante los días martes y jueves, información obtenida por las madres y/o familiares de los niños consultaron por IRAS.

3.3 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento para la recolección de datos utilizado fue la encuesta, se realizó al momento en que la madre pasaba la consulta de su hijo, cada dato recolectado fue directamente proporcionado por la madre, dicha encuesta contenía preguntas que indagaban tanto datos generales sobre el lactante y algunas características de importancia sobre a madre, así como también datos específicos del estudio que se requiere abordar; los cuales fueron obtenidos ya sea por la madre que consultaba o el familiar de la madre que llevo a consultar al niño.

Para realizar el estudio se elaboró la encuesta, para lo cual se diseñaron 20 preguntas, las cuales eran de tipo general y específico para el estudio. Éste instrumento contenía preguntas tanto abiertas como cerradas cuyo objetivo era obtener todos los elementos necesario para establecer la incidencia de las infecciones respiratorias agudas según el tipo de alimentación que recibían los niños y niñas menores de 6 meses, con dicha entrevista estructurada se obtuvo datos que ayudaron a realizar un análisis completo de la importancia y papel fundamental del tipo de alimentación en el padecimiento de las diferentes enfermedades que conforman las infecciones respiratorias agudas, a la vez de los tratamientos, posibles complicaciones, repetición de cuadros clínicos o diferentes infecciones respiratorias agudas en un mismo niño y necesidad de referencia y hospitalización de los lactantes

Dicho instrumento se aplicó a las madres de los niños menores de 6 meses que consultaron en la Unidad Comunitaria en Salud Intermedia El Congo con infección respiratoria aguda durante el segundo trimestre del año 2018 con el consentimiento de las madres para colaborar, previo a una breve explicación de la importancia y objetivo del estudio. (Anexo2)

3.4 Plan de Trabajo de Campo

La obtención de datos se llevó a cabo durante los días martes y jueves en el horario matutino, en el período del mes de abril a junio del año 2018, se captaron pacientes menores de 6 meses con infecciones respiratorias agudas atendidos por médico de año social a cargo de la investigación de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo y se procedió a realizarle el examen físico al niño, determinación del diagnóstico e interrogatorio a la madre con una duración de 30 minutos.

3.5 Plan de Tabulación

Para la tabulación de la información se utilizaron tablas de frecuencia utilizando programa informático Excel y presentación de datos en gráficos de barras.

3.6 Plan de Análisis

El plan de análisis se realizó al obtener durante el segundo trimestre los datos recolectados por medio de la entrevista estructurada en base a preguntas abiertas y cerradas la cual ha sido diseñada en base a los objetivos generales y específicos de la investigación, dichos resultado de preguntas serán ilustradas por medio de gráficos de barras para tener una mejor visualización, entendimiento y comparación de las variables y porcentajes de cada una de ellas.

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CUADRO 2. Operacionalización de Variables. Fuente propia.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Instrumento
1. Datos Geográficos	Son entidades espacio–temporales que cuantifican la distribución, el estado y los vínculos de los distintos fenómenos u objetos naturales y sociales.	Características epidemiológicas de los niños menores de 6 meses.	▪ Edad	Anexo 2
			▪ Sexo	
			▪ Procedencia	
			▪ Alfabetismo	
2. Infección Respiratoria Aguda	Las infecciones respiratorias agudas se pueden definir como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos entre otros, con un período menor a 15 días.	Enfermedades de tipo respiratorio más frecuentes en los niños.	▪ Diagnóstico	
			▪ Tratamiento	
			▪ Repetición de Cuadro Clínico	
3. Lactancia Materna Exclusiva	La lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua.	Lactancia procedente de la madre, dada a los menores de 6 meses como única forma de alimentación.	▪ A libre demanda	
			▪ Horarios de lactancia	
4. Lactancia Complementaria	Es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.	Alimento dado a los niños menores de 6 meses ya sea a manera de completar su alimentación aunque no sean el adecuado de acuerdo al desarrollo y edad de los niños.	▪ Tipos de alimentos	
			▪ Uso de fórmulas	
			▪ Marcas de fórmulas de leche	
			▪ Edad de inicio	

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA No 1. EDAD DE LOS LACTANTES.

<i>Edad de los niños</i>	<i>Número de niños</i>
1 día -2meses	11
3 meses – 4 meses	21
5meses – <6 meses	15
Total	47

Fuente: pregunta 1 de encuesta.

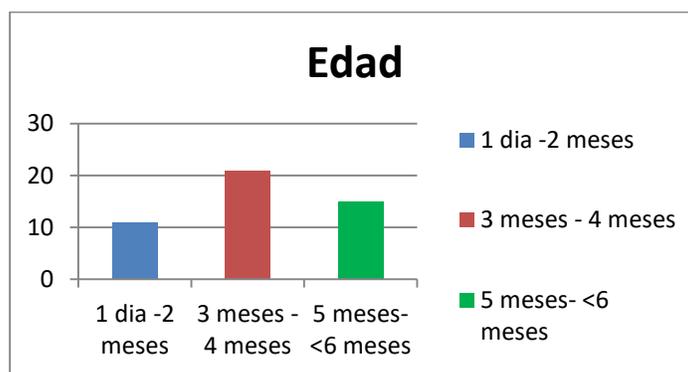


GRÁFICO 1.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

La edad en rangos de los niños que consultaron por IRA con más frecuencia es entre los 3 a 4 meses, con un total de 21 lactantes, seguido de los de 5 a <6 meses 15 lactantes, en menor proporción los menores de 2 meses con solo 11 lactantes.

Análisis

Los rangos de edades que más llevaron a consultar las madres fueron entre los 3 y 4 meses, se toma en cuenta que durante ese tiempo los niños ya llevan cierto tiempo siendo alimentados con lactancia materna exclusiva y/o complementaria. Aún así el rango de edad de consulta es variado, por ser los primeros 6 meses un tiempo en donde los niños se están adaptando al medio ambiente, alimentación y desarrollando su sistema inmunitario.

TABLA No 2.

SEXO DE LOS LACTANTES

<i>Sexo del niño</i>	<i>Número de niños</i>
Femenino	24
Masculino	23
Total	47

Fuente: pregunta 2 de encuesta.

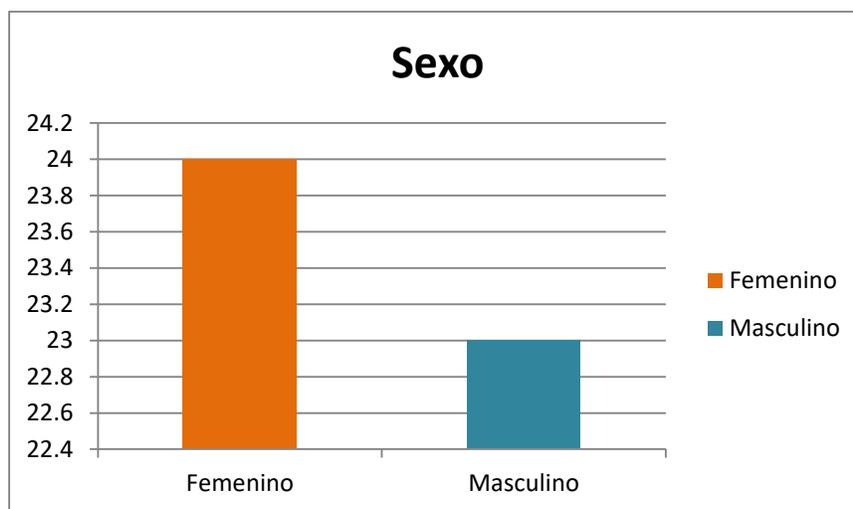


GRÁFICO 2.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación: según el sexo de los niños que consultaron, por una mínima diferencia las pacientes de sexo femenino son las que más consultaron por IRA.

Análisis: según los datos, a pesar que el sexo femenino es el que predomina más en cuanto a la consultas por IRA, no hay mayor diferencia entre el número de pacientes masculinos que consultaron durante el estudio.

TABLA No 3.

ÁREA GEOGRÁFICA DE DOMICILIO

<i>Área</i>	<i>Número de niños</i>
Urbano	19
Rural	28
Total	47

Fuente: Pregunta 3 de encuesta.

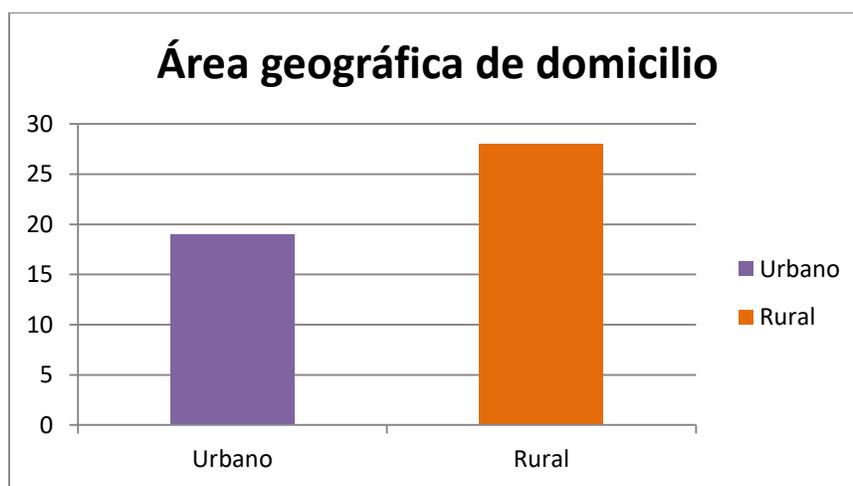


GRÁFICO 3

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación: en relación a la procedencia, se obtuvo que 19 niños provenían del área urbana y 28 del área rural.

Análisis: es importante hacer notar que la mayor parte de consultas de niños con IRA provienen del área rural, cabe mencionar que la mayor parte de la población que atiende la UCSFI El Congo es de dicha zona. Además que hay muchos factores que afectan a los niños de las áreas rurales como lo es el medio ambiente o la zona donde habitan así como las condiciones en que se encuentran, ya que se desconoce si tienen lo necesario y adecuado en su vivienda y entorno.

TABLA No 4.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS LACTANTES

<i>Peso</i>	<i>Número de niños</i>
Normal	47
Desnutrición	0
Desnutrición severa	0
Total	47

Fuente: Pregunta 4 de encuesta.

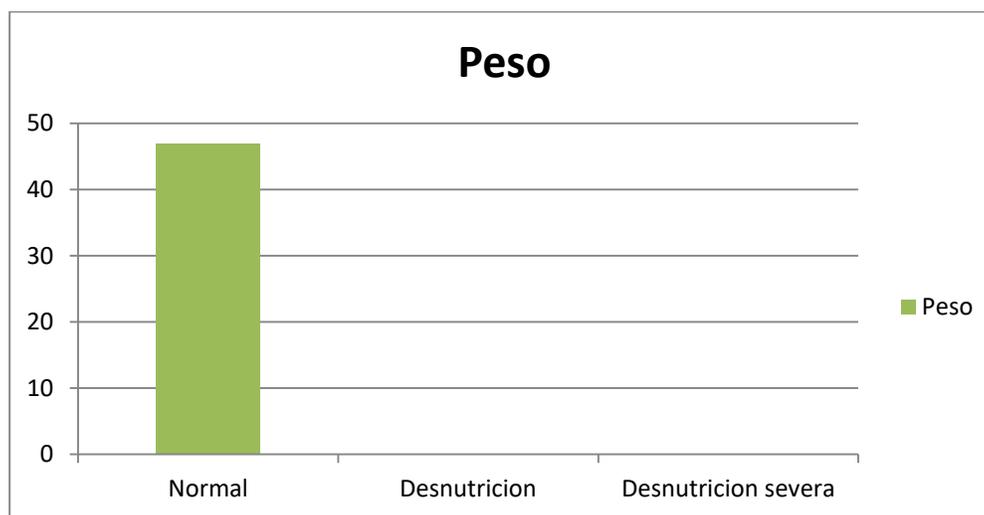


GRÁFICO 4.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

Todos los lactantes en el estudio se encontraban con un adecuado estado nutricional.

Análisis: en base a los datos del índice nutricional, se pudo observar, que todos los niños que representaron la muestra de estudio, se encontraron con un nivel de nutrición dentro de parámetros normales, factor que contribuye a un buen crecimiento y desarrollo infantil.

Independientemente del tipo de alimentación que reciben los niños, no presentan desnutrición, sobrepeso u otro estado nutricional fuera de lo normal.

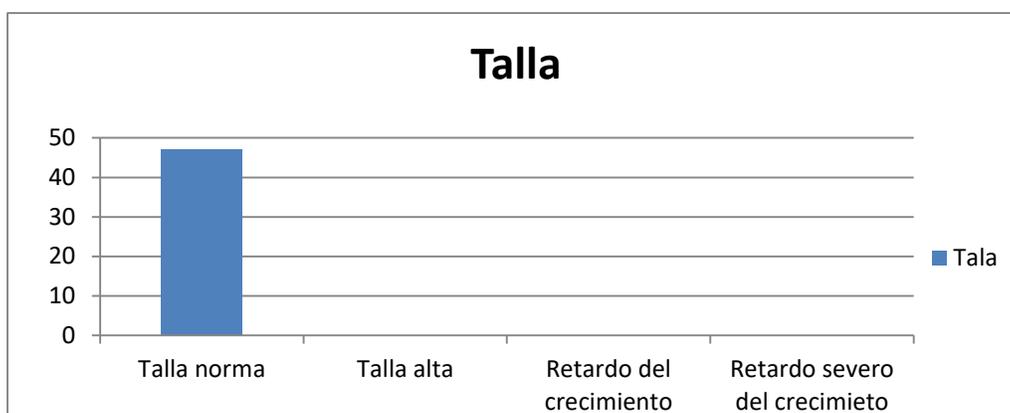
TABLA No 5.

TALLA DE LOS LACTANTES

<i>Talla</i>	<i>Número de niños</i>
Talla normal	47
Talla alta	0
Retardo del crecimiento	0
Retardo severo del crecimiento	0
Total	47

Fuente: Pregunta 5 de encuesta.

GRÁFICO 5.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

Todos los lactantes se encontraron con una talla adecuada para la edad.

Análisis

No se encontraron niños con retraso del crecimiento ni con aumento fuera de lo normal. Siendo una de las preocupaciones más comunes por las madres, si sus hijos se encuentran desarrollándose bien, independientemente del tipo de alimentación que estas les estén dando.

TABLA No 6.

EDAD DE LA MADRE

<i>Edad</i>	<i>Número de madres</i>
Menor de 18 años	2
18-20 años	19
21-25 años	20
26- 30 años	6
Total	47

Fuente: Pregunta 6 de encuesta.

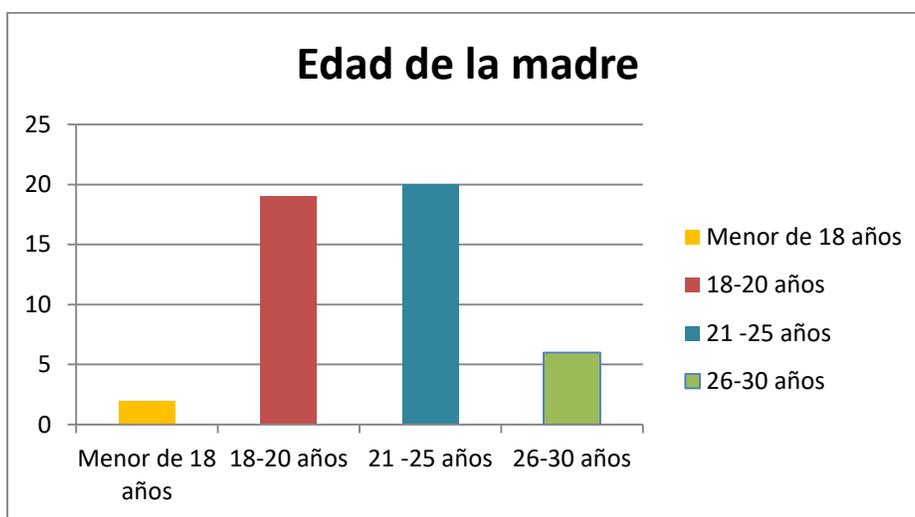


GRÁFICO 6.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

La mayor proporción de madres se encuentra entre los 18 a 25 años de edad, seguido por las de 26 a 30 años y por último las menores de 18 años.

Análisis: en base a los resultados de esta pregunta se pudo observar que la mayor cantidad de madres que llevaron a consultar a los niños durante el estudio, se ubicaron en el rango de 18 a 25 años. Ya sea dejando de lado su trabajo y sus actividades deciden acudir por ayuda debido a la enfermedad de sus hijos, es decir, que están conscientes de la responsabilidad del cuidado de la salud de los lactantes.

TABLA No 7

GRADO DE EDUCACIÓN DE LA MADRE

<i>Grado de educación</i>	<i>Número de madres</i>
Alfabeta	37
Analfabeta	10
Total	47

Fuente: Pregunta 7 de encuesta.

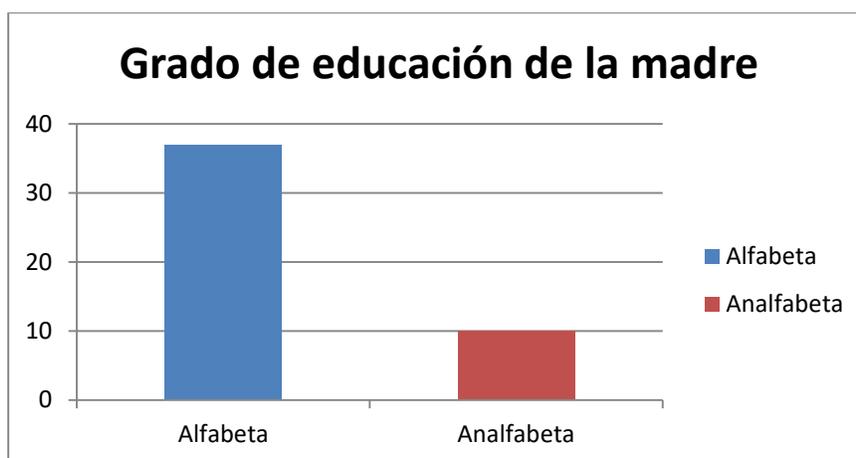


GRÁFICO 7.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación:

En relación al nivel educativo 37 de las madres de los lactantes poseen algún grado de estudio y el resto no lo tienen.

Es predominante el alfabetismo con 37 madres sobre el analfabetismo de 10 de ellas.

Análisis

Se observa importancia actual que se tiene al poseer cierto grado académico, lo cual influye en la vida de los niños y las madres debido a que actualmente las madres se informa, y toman más aspectos al momento de dar algo a sus hijos, se pudo observar madres que en el momento de la consulta hacían comentarios sobre algo que habían leído o investigado.

TABLA No 8.

SÍNTOMAS PREDOMINANTES

<i>Síntomas</i>	<i>Número de niños</i>
Tos	14
Fiebre	13
Rinorrea	13
Cansancio	5
Otros	2
Total	47

Fuente: Pregunta 8 de encuesta.

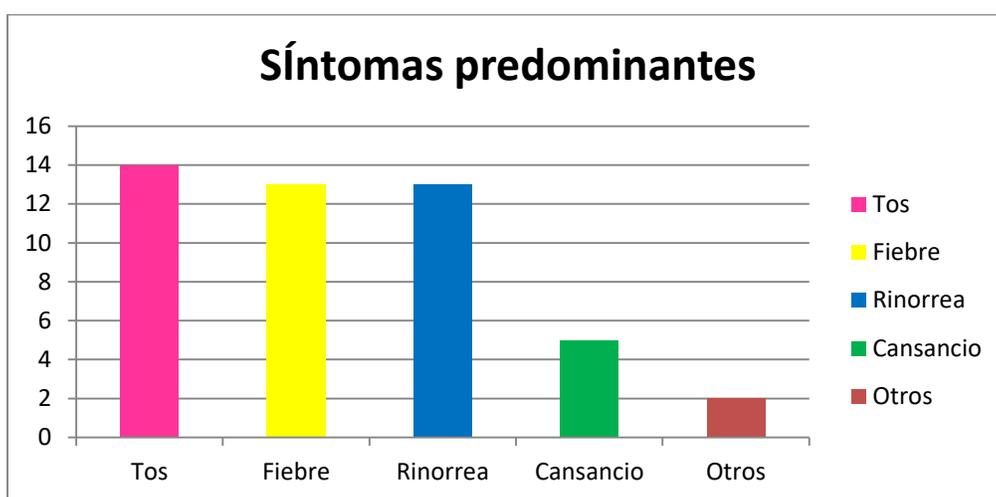


GRÁFICO 8.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

Los síntomas destacados fueron variables, teniendo en primer lugar la tos con un total de 14 lactantes, seguido de igual número entre fiebre y rinorrea con 13 de ellos. El resto se observaron en menor frecuencia.

Análisis: en relación a los síntomas, los más comunes como en todas IRAS, se encuentra la tos, fiebre y rinorrea, por lo que es importante explorar en los niños menores de 6 meses otra sintomatología como cansancio (disnea), pérdida del apetito, dificultad respiratoria, estertores, entre otros. Así mismo un adecuado y minucioso examen físico completo, como complemento para la obtención de un buen diagnóstico y evitar complicaciones posteriores.

TABLA No 9. DIAGNÓSTICOS

<i>Diagnóstico</i>	<i>Número de niños</i>
Bronquitis	2
Otitis media aguda	3
Resfriado común	21
Bronquiolitis	4
Amigdalitis aguda	5
Faringitis aguda	3
CRUP	1
Neumonía	8
Total	47

Fuente: pregunta 9 de encuesta.

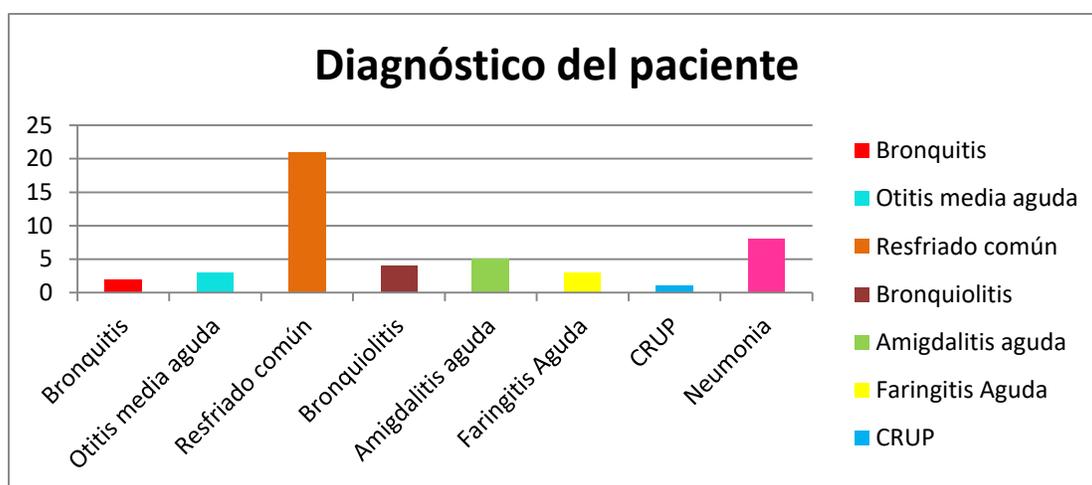


GRÁFICO 9.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación: en relación al diagnóstico que se realizó al lactante que consultó durante el periodo de estudio, se encontró que 21 fueron diagnosticados con de resfriado común, 8 con neumonía, 5 con amigdalitis aguda, 4 con bronquiolitis, 3 con otitis media aguda, 3 con faringitis aguda, 2 con bronquitis y solo 1 con CRUP.

Análisis: Dato importante aportado en la investigación es la prevalencia de catarros comunes como mayor infección respiratoria aguda relacionada con la lactancia materna o alimentación complementaria, a pesar de encontrar 8 casos de neumonía, se pudo observar que dichos casos de resfriado común los presentaron pacientes que son alimentados exclusivamente con lactancia materna. Cabe destacar que el único caso de CRUP fue en un lactante el cual tenía alimentación complementaria con jugos artificiales y bebidas gaseosas.

TABLA No 10.
ANTIBIOTICOTERAPIA

<i>Tratamiento con antibióticos</i>	<i>Número de niños</i>
Si	16
No	31
Total	47

Fuente: Pregunta 10 de encuesta.

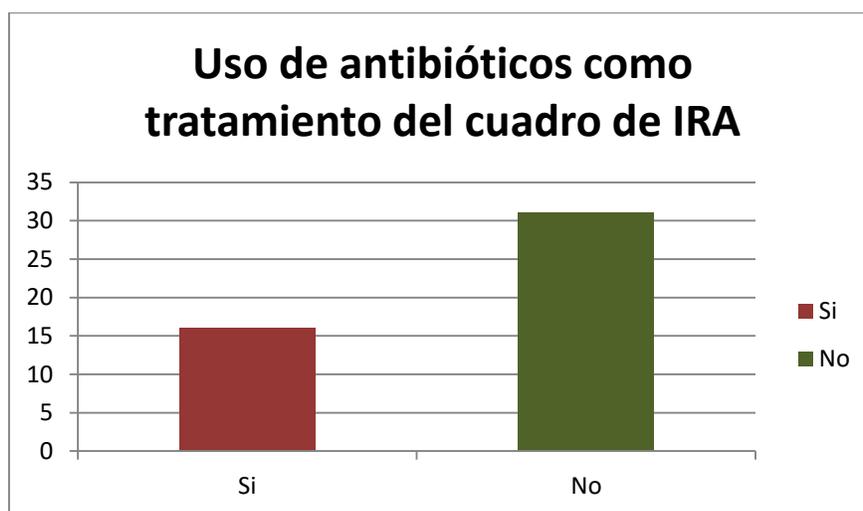


GRÁFICO 10.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

En relación al uso de antibióticos, solo a 16 lactantes se les trató con antibioticoterapia dependiendo del tipo de IRA con la que fueron diagnosticados, el resto recibieron otro tipo de tratamiento médico.

Análisis

Es importante mencionar que los 16 pacientes con tratamiento a base de antibióticos 8 de ellos presentaron un cuadro de neumonía, 3 amigdalitis agudas, 3 otitis media y 2 bronquitis, patologías relacionadas con microorganismos bacterianos para los cuales es necesario dicho tratamiento.

TABLA No 11.

PRIMERA VEZ DEL CUADRO CLÍNICO

<i>Primera vez</i>	<i>Número de niños</i>
Si	44
No	3
Total	47

Fuente: Pregunta 11 de encuesta.

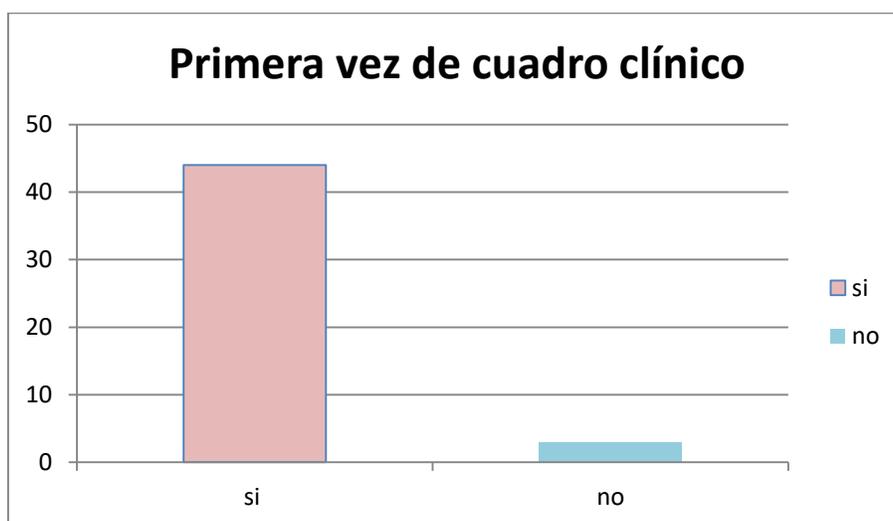


GRÁFICO 11.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

La aparición de cuadros de IRAS en los lactantes de la investigación en su mayoría se trataba de un cuadro clínico de primera vez de padecimiento, con un total de 3 lactantes que no eran primera vez.

Análisis

Las IRAS son cuadros prevalentes en los primeros meses de vida, a pesar de ello los lactantes que consultaron en la unidad de salud donde se llevó a cabo la investigación en su mayoría fueron por primera vez, dato positivo para la investigación, pero cabe mencionar que aunque se tratase de dicho cuadro por primera vez, no se descarta que haya padecido otro cuadro de IRAS previamente.

TABLA No 12.

ANTECEDENTES DE INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS AGUDAS

<i>Antecedentes de IRA previa</i>	<i>Número de niños</i>
Si	10
No	37
Total	47

Fuente: Pregunta 12 de encuesta.

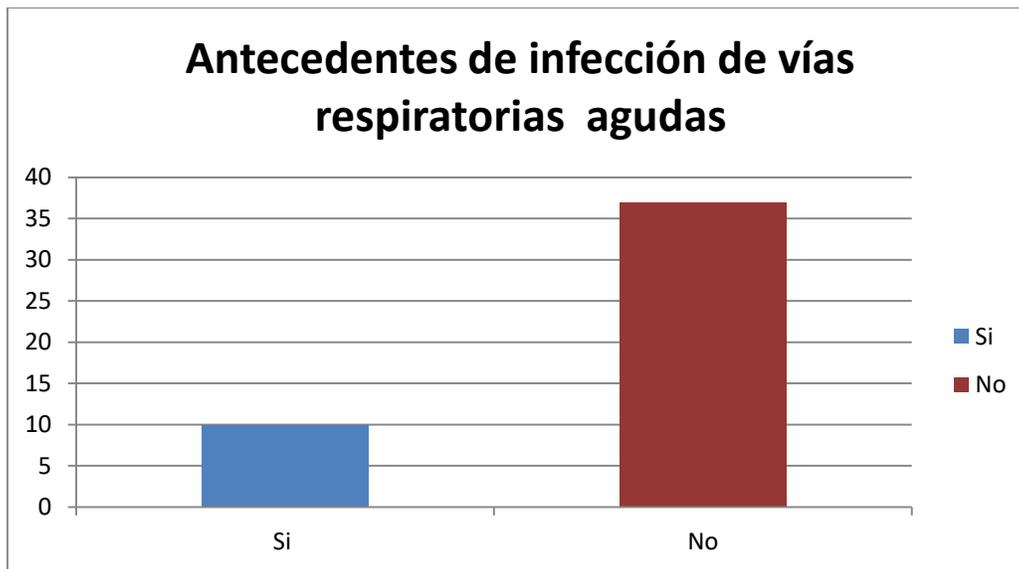


GRÁFICO 12.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

Durante la investigación se encontraron 10 lactantes que anteriormente habían presentado un cuadro clínico de IRA.

Análisis

A pesar de la prevalencia de las IRAS, no encontramos mayor porcentaje de padecimientos previos con algún tipo de IRAS en lactantes durante la investigación, en su mayor porcentaje son primera vez del cuadro clínico.

TABLA No 13.

ANTECEDENTE DE REFERENCIA HOSPITALARIA POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

<i>Antecedentes de Referencia</i>	<i>Número de niños</i>
Si	3
No	44
Total	47

Fuente: Pregunta 13 de encuesta.

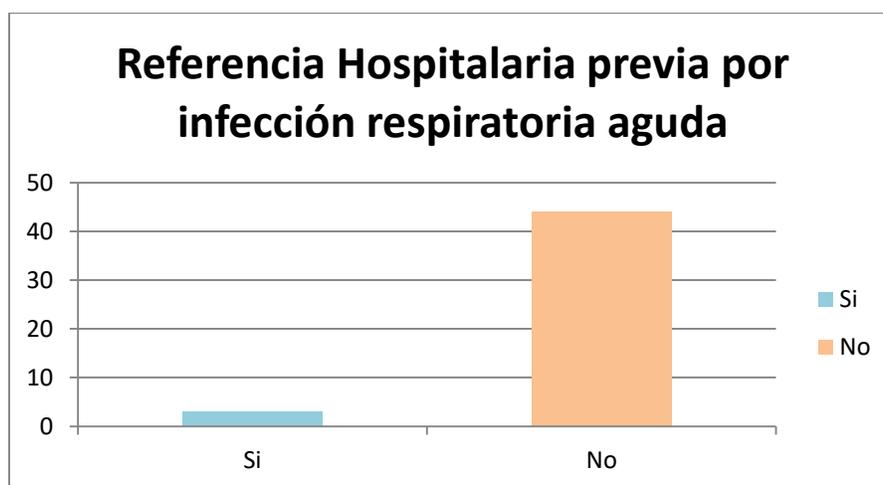


GRÁFICO 13.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

Las referencias hospitalarias no predominaron en los lactantes de la investigación, en su mayoría recibieron tratamiento ambulatorio. Solamente 3 de ellos fueron referidos anteriormente por una infección respiratoria aguda.

Análisis

En los antecedentes de referencia a nivel hospitalario por IRA, encontramos que solo 3 lactantes habían sido referidos por un cuadro clínico de IRA previo, las madres hicieron referencia que habían sido ingresados por presentar neumonía grave. Los demás que tenían antecedentes de haber padecido IRAS, no necesitaron ser referidos en el momento de haber padecido el cuadro clínico.

TABLA No 14.

**ANTECEDENTES DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS**

<i>Ingreso previo</i>	<i>Número de niños</i>
Si	3
No	44
Total	47

Fuente: Pregunta 14 de encuesta.



GRÁFICO 14.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación: en los antecedentes de ingresos hospitalarios previos fueron solo los 3 lactantes que habían sido referidos con anterioridad, el resto de lactantes recibió tratamiento en el primer nivel de atención, en el momento que habían presentaron el cuadro clínico de IRA.

Análisis: de los 3 lactantes con antecedentes de referencia, los 3 fueron ingresados al tratarse de cuadros graves de neumonía según nos dijeron las madres, ya que les tomaron exámenes de gabinete y laboratorio, así como soportes terapéuticos que necesitaban para su mejoría.

TABLA No 15.

TIPO DE ALIMENTACIÓN

<i>Tipo de alimentación</i>	<i>Número de niños</i>
Lactancia materna exclusiva	30
Alimentación complementaria	5
Lactancia materna y alimentación complementaria	12
Total	47

Fuente: pregunta 15 de encuesta.

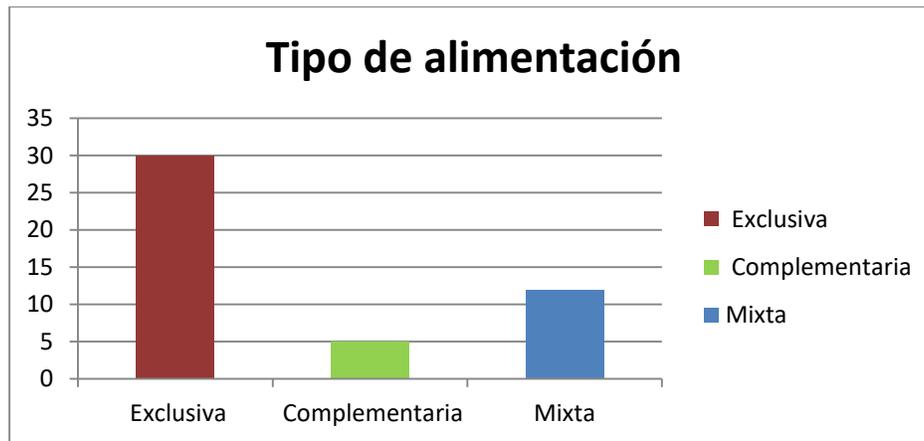


GRÁFICO 15.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Interpretación:

El tipo de alimentación que más predominó en la muestra de estudio fue la lactancia materna exclusiva ya que 30 niños menores de 6 meses son alimentados de esa manera, 12 una alimentación mixta y 5 recibían solo alimentación complementaria.

Análisis

La lactancia materna exclusiva es un pilar para el desarrollo del sistema inmune del niño en los primeros meses de vida, debido a los anticuerpos encontrados en la leche materna, lo cual se debe traducir a lenguaje común para que las madres capten dicha importancia y alimenten únicamente con lactancia materna a sus hijos, ya que hay un porcentaje considerable que combina los dos tipos de alimentación o incluso algunas optan solo por la alimentación complementaria.

TABLA No 16.

FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN DIARIA

<i>Frecuencia de alimentación</i>	<i>Número de niños</i>
Libre demanda	36
Otros	11
Total	47

Fuente: Pregunta 16 de encuesta.

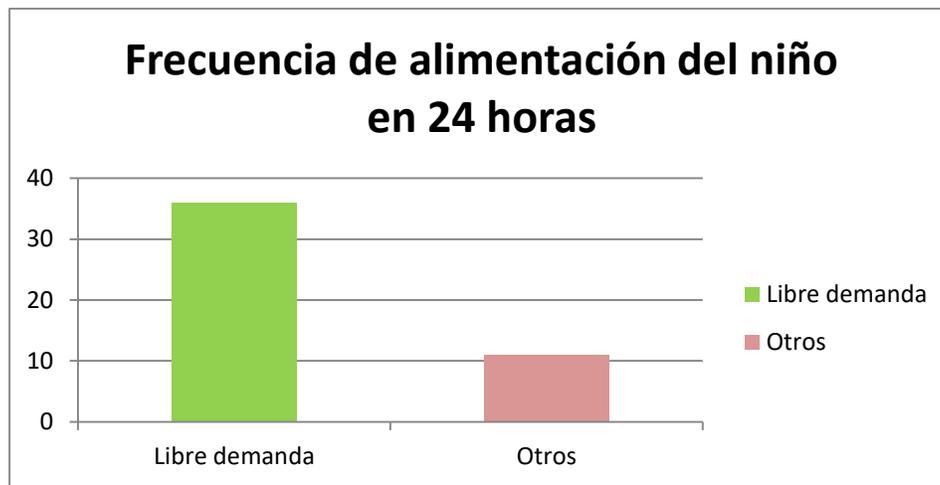


GRÁFICO 16.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

La alimentación en su mayoría de los lactantes era a libre demanda con un total de 36 a los cuales alimentaban en cada ocasión que el lactante quería.

Análisis

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida está indicada a libre demanda, debido a que es lo único que deben de recibir en este período de tiempo los lactantes. Indicación que siguen las madres relacionadas en la investigación.

TABLA No 17.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

<i>Alimentación Complementaria</i>	<i>Número de niños</i>
Si	17
No	30
Total	47

Fuente: Pregunta 17 de encuesta.

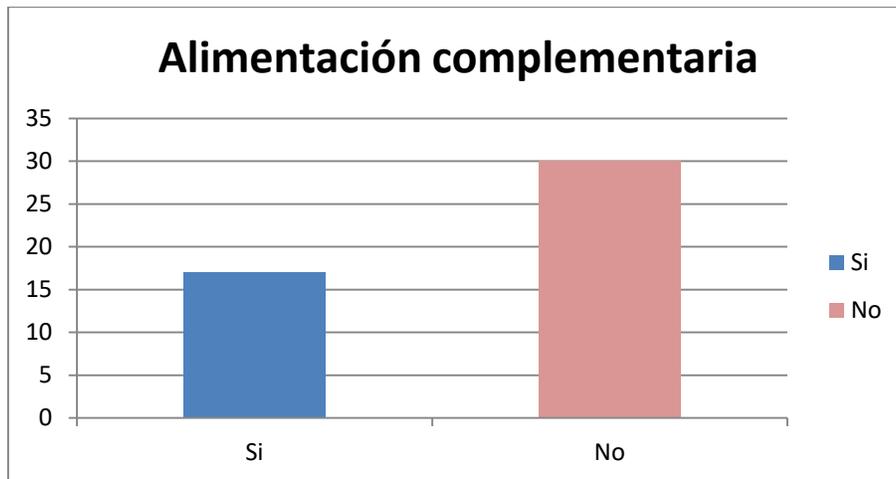


GRÁFICO 17.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación: según el tipo de alimentación, 30 niños son alimentados con lactancia materna exclusiva y 17 niños son alimentados con alimentación complementaria de cualquier otro tipo.

Análisis

Por una pequeña parte de las madres prefieren alimentar a sus hijos con lactancia materna exclusiva. A pesar de ser que la alimentación es libre demanda, encontramos que algunas madres dicen “es que se queda con hambre”, “quiero que aumente de peso” entre otras, razones suficientes para dar alimentación complementaria a sus hijos según ellas. En esta parte de la investigación encontramos alimentación complementaria con fórmulas lácteas, atoles de harinas fortificadas y alimentación a base de jugos naturales, bebidas gaseosas o alimentos un poco más sólidos.

Los siguientes datos fueron obtenidos a partir de preguntas de la encuesta que solo iban dirigidas a las madres cuyos hijos recibían alimentación complementaria.

TABLA No 18. EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

<i>Edad</i>	<i>Número de niños</i>
Menor de 1 mes	3
3 meses	8
5 meses	6
<6 meses	0
Lactancia Materna Exclusiva	30
Total	47

Fuente: Pregunta 18 de encuesta.

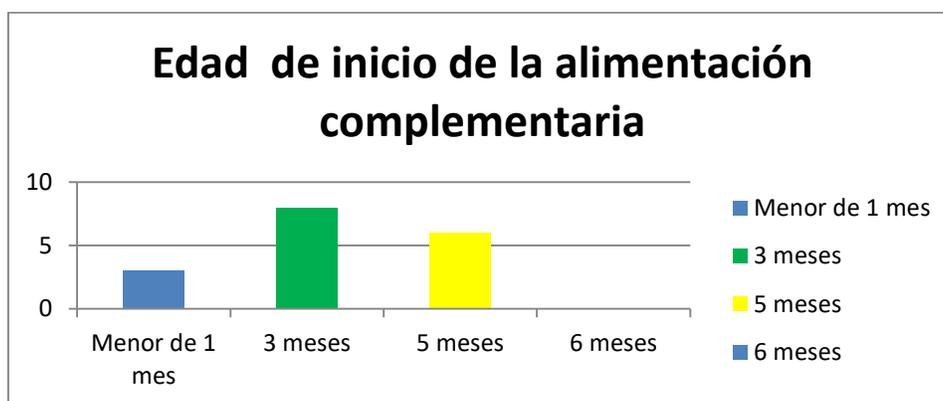


GRÁFICO 18.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación: La edad de inicio de la alimentación complementaria, en los pacientes que la tenían en orden descendente tenemos: 8 a los 3 meses de edad, 6 a los 5 meses y 3 menores de 1 mes. Con un total de 17 niños que eran alimentados con alimentación complementaria.

Análisis: la mayoría de niños se les inició la alimentación complementaria a partir de los 3 meses de edad, ya que es un período en que el niño se alimenta más veces al día, así como también las madres necesitan incorporarse a sus trabajos y ya sea que opten por dar una alimentación mixta o incluso solo alimentación complementaria. Además en algunos lactantes con alimentación complementaria sobre todo menores de 1 mes, encontramos diferentes factores predisponentes, entre ellos madres con patologías maternas las cuales fueron hospitalizadas y sus hijos se encontraban de igual manera en hospitalización en el servicio de neonatos, pero que no tuvieron un apego precoz, o recién nacidos con problemas al momento de nacer a los cuales fue necesario dejar en observación o cumpliendo tratamientos y se alimentaron desde sus primeros días con fórmulas lácteas.

TABLA No 19.

FRECUENCIA DE FÓRMULAS AL DÍA

Número de fórmulas/día	Número de niños
2- 4 fórmulas	5
5-6 fórmulas	9
Más de 6 fórmulas	3
Lactancia Materna Exclusiva	30
Total	47

Fuente: Pregunta 19 de encuesta.

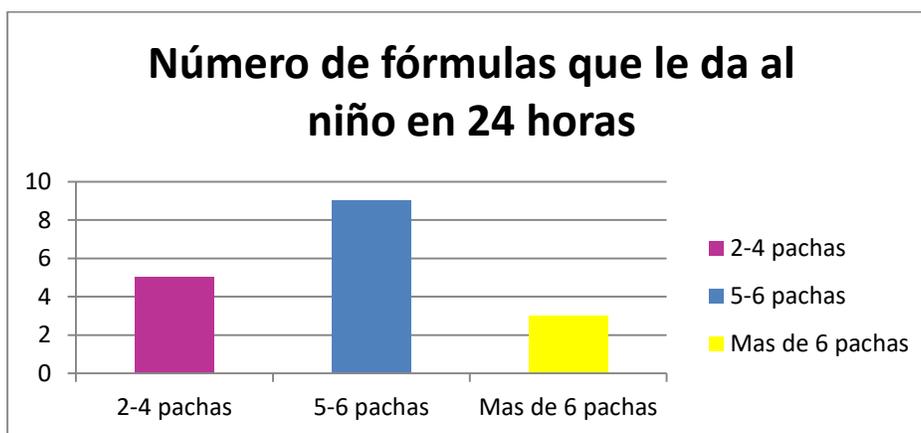


GRÁFICO 19.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación

En relación con la frecuencia de pachas en los niños encontramos que los datos son compartidos, de 2-4 fórmulas con 5 lactantes, de 5-6 fórmulas 9 niños y más de 6 fórmulas otros 3 niños.

Análisis

La frecuencia de pachas al día con fórmulas lácteas o atoles de harinas fortificadas es variables, debido a que algunos de los pacientes eran alimentados también con lactancia materna, de acuerdo a la frecuencia de alimentación con leche materna así era la frecuencia de fórmulas durante el día que las madres le daban a los niños, cabe mencionar que algunas madres utilizaban diferentes tamaños de pachas y diferentes medidas al preparar la fórmula.

Tabla No 20. FÓRMULAS LÁCTEAS.

<i>Nombre de la fórmula</i>	<i>Número de niños</i>
Bebelac	5
Nestogen	1
Australian	1
NIDO	1
NAN	2
Similac	5
Incaparina	2
Lactancia Materna Exclusiva	30
Total	47

Fuente: Pregunta 20 de encuesta.

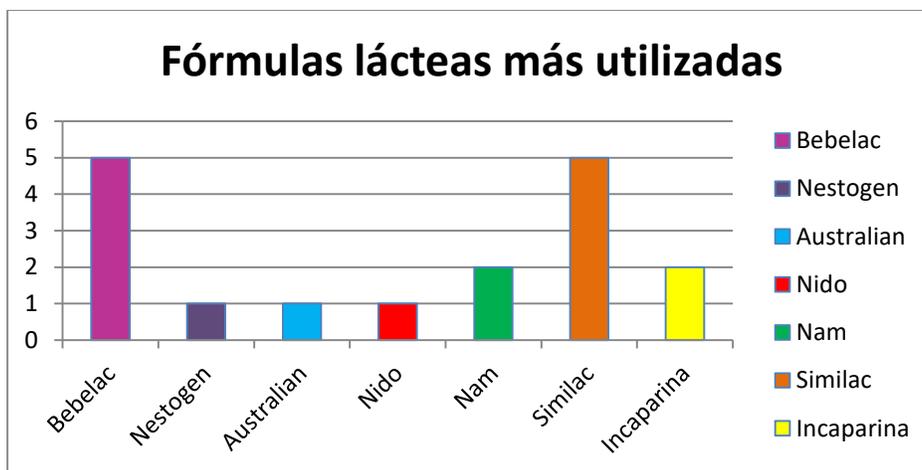


GRAFICO 20.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Interpretación: en relación al tipo de fórmulas consumida o utilizada por los niños menores de 6 meses, están la Similac y Bebelac con un total de niños, leches enteras como Australian y Nido son utilizadas en menor proporción.

Análisis: a pesar de la educación que se brinda en el primer nivel de atención tanto como médico, enfermeras y resto del personal de salud, se le sigue brindando al niño menor de 6 meses diferentes tipos de formula e incluso leche entera, acá juega un papel importante los medios de comunicación que promueven por diversas vías el consumo de este producto, así como también los consejos que se les brindan a las madres, ya sean familiares y conocidos sobre qué tipo de producto le pueden dar a sus hijos.

Tabla No.21. TABLA COMPARATIVA SEGÚN DIAGNÓSTICO Y TIPO DE ALIMENTACIÓN

DIAGNÓSTICO	Tipo de Alimentación	
	Lactancia Materna Exclusiva	Alimentación Complementaria
• Bronquitis		2
• Otitis media aguda	1	2
• Resfriado común	21	
• Bronquiolitis	3	1
• Amigdalitis aguda	3	2
• Faringitis	2	1
• CRUP		1
• Neumonía		8
Total	30	17

Interpretación: según los datos obtenidos, podemos decir que 21 niños que recibían lactancia materna exclusiva fueron diagnosticados con resfriado común, 8 que recibían alimentación complementaria fueron diagnosticados con neumonía uno de los cuadros más complicados de infecciones respiratorias agudas. En cuanto a los demás diagnósticos, variaban entre lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.

Análisis: dicha tabla es de suma importancia ya que en ella se refleja el diagnóstico que tenían los niños que participaron en el estudio, así como el tipo de alimentación que estaban recibiendo lo que nos permite compararlos e identificar el tipo de alimentación que recibían los niños con infecciones respiratorias más complicadas como es el caso de neumonía en el cual los 8 niños que se diagnosticaron recibían alimentación complementaria. La mayoría de niños con un total de 21, eran alimentados con lactancia materna exclusiva solo consultaron por resfriado común, es decir no era un tipo de cuadro clínico complicado. Por lo que podemos decir que la lactancia materna por la cantidad de nutrientes en proporciones adecuadas, los requerimientos así como la formación y desarrollo del sistema inmunitario ayudan a que los niños menores de 6 meses no presenten cuadros clínicos de infecciones respiratorias agudas complicadas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. En la UCSFI El Congo se identificó que la infección respiratoria aguda más frecuente fue el resfriado común, cuadro clínico por el que hubo más consultas; seguido por neumonía, bronquiolitis, amigdalitis aguda, bronquitis, otitis media aguda, faringitis y el cuadro menos frecuente fue el Crup. Neumonía siendo un cuadro clínico complicado por su sintomatología y evolución, debido a que se pueden presentar otras complicaciones, es el segundo tipo de infección respiratoria aguda que se identificó, por lo que se debe realizar de manera adecuada y minuciosa la historia clínica dada por la madre o el familiar que acude con el paciente, para poder evitar complicaciones de los cuadros clínicos de infecciones respiratorias agudas.

2. Al analizar los datos sobre las características epidemiológicas de los niños y niñas, se observó que la mayoría se encontraban entre los 3 y 4 meses de edad, además a pesar que fueron más niñas que niños, la diferencia solo fue uno de diferencia, por tanto ambos están expuestos de la misma manera a presentar algún tipo de IRA. Así como la mayoría eran de la zona rural, donde se encuentran aún más expuestos a adquirir IRAS, dependiendo de las condiciones en que vivan.

3. Se identificó que la mayoría de niños que fueron llevados a consulta eran alimentados con lactancia materna exclusiva, por lo que la mayoría de madres son conocedoras de la importancia de dar lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida de sus hijos. Pero aun así hay algunas madres que optaban ya sea por una alimentación mixta en donde incluyen lactancia materna junto con alimentación complementaria; u otras que solo decidían por darles a sus hijos alimentación complementaria.

4. Se concluye que si existe incidencia y relación entre el tipo de alimentación que se les da a los menores de 6 meses, porque a pesar que se obtuvo que la mayoría de niños que consultaron recibían lactancia materna exclusiva, estos solo fueron diagnosticados con infecciones respiratorias agudas no complicadas (leve) que corresponden a un 82.9% y un 17.1% que presentaron cuadros de IRAS complicadas (neumonía según clasificación de OMS). Entre el 82.9% de IRAS leves un 44.6% fueron resfriados comunes donde todos eran alimentados con lactancia materna exclusiva; se obtuvo un 10.6% por amigdalitis

agudas, 8.5% por bronquiolitis, 6.4% con faringitis aguda y con igual porcentaje se obtuvo con otitis media aguda, 4.3% por bronquitis agudas, 2.1% por CRUP.

Por no recibir los diferentes nutrientes y requerimientos que contiene la leche materna así como la ayuda que esta ejerce al buen desarrollo del sistema inmunitario, al ser alimentados con alimentación complementaria estos no tienen todos esos beneficios lo que los hace más vulnerables a las infecciones respiratorias agudas más complicadas, así como también llegan a necesitar y tratamiento más complicado, de larga duración, incluso pueden necesitar ser referidos a otro centro de mayor nivel e incluso ser ingresados. Ya que los diferentes microorganismos que las producen son más atraídas por los niños que sus sistemas inmunitarios están menos desarrollados ya que pueden propagarse más fácilmente.

Además se debe tomar en cuenta la importancia de los factores epidemiológicos, como el área geográfica de vivienda, además del cuidado que la madre le esté dando a sus hijos, que también pueden contribuir a que los niños adquieran infecciones respiratorias agudas y se encuentren vulnerables no solo a ellas sino a otras enfermedades respiratorias u otros tipos. Debido a esto se debe realizar una buena historia clínica, adecuado y completo examen físico e interrogatorio de los antecedentes de los niños que puedan ayudar a identificar el foco de infección, medio por el que la adquirieron y los factores que influyeron en ello, así como se debe de realizar promoción y prevención de las infecciones respiratorias agudas, promover el cuidado adecuado de los menores de 6 meses por las madres y la promoción de la importancia de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida de los niños.

Ya que la alimentación de los menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva es de gran importancia por todos los nutrientes y componentes balanceados que presenta la leche materna, a comparación de la alimentación complementaria ya sea fórmulas, incaparina, entre otros tipos de alimentos, teniendo en cuenta que todos los tipos de alimentación complementaria jamás serán iguales a la leche materna.

5.2 RECOMENDACIONES

Promover en la UCSFI El Congo sobre la prevención de las infecciones respiratorias agudas más frecuentes que afectan a los menores de 6 meses, así como informar a las madres acerca de la sintomatología que pueden presentar los niños, que conozcan en qué momento consultar, y que si desconocen o si tan solo observan algún comportamiento anormal en los niños incitarlas a que consulten, así como también si tiene alguna duda acerca de cómo se encuentra el estado de salud del niño, que consulten para evitar posibles exacerbaciones de cuadros o complicaciones.

Promover durante los controles de niño sano la importancia del uso de vacunas, sus ventajas sobre las diferentes enfermedades que abarcan y beneficios a largo plazo para la prevención de enfermedades.

Enseñar a las madres o familiares encargados de los niños y niñas menores de 6 meses, signos de alarma o sintomatología de las infecciones respiratorias agudas que nos hagan pensar en que el estado de salud del niño no se encuentre bien o que posiblemente este presentando una complicación de dichas enfermedades.

Dar a conocer a las madres y familiares encargados de la importancia de vivir en un entorno y ambiente adecuado para poder mantener una buena salud del menor, así como de la familia en general, evitando sobre todo el humo de leña, contaminación del suelo, uso de fertilizantes de humo cerca del menor, para evitar complicaciones respiratorias a corto o largo plazo ya sean infecciones respiratorias agudas, otros tipos de enfermedades respiratorias u otras enfermedades.

Indagar adecuadamente durante la historia clínica todos los síntomas que presentan los menores de 6 meses así como el tiempo de evolución que presentan, para poder llevar a cabo un análisis minucioso, adecuado y completo del cuadro clínico que presentan los niños, para poder dar un tratamiento, manejo y control adecuado; y así poder evitar complicaciones o incluso ingresos hospitalarios.

Educar a las madres el uso exclusivo de la lactancia materna exclusiva, desde los controles de embarazo, cuando llevan a su hijo menor de 6 meses, en la inscripción de

recién nacido, así como en cada control de niño sano y cuando son llevados por patologías al centro asistencial.

Informar a las madres, todas las veces que sean necesarias, las complicaciones ocasionadas por el uso de sucedáneos, fórmulas lácteas y otros tipos de alimentos complementarios en los niños menores de 6 meses.

Realizar charlas para educar y hacer de conocimiento a las madres o familiares encargados de los menores de 6 meses, acerca de las infecciones respiratorias agudas más frecuentes y cómo evitar la exacerbación y complicación de los diferentes cuadros clínicos ocasionados por las infecciones respiratorias agudas.

Entregar a las embarazadas, puérperas y madres de lactantes panfletos o volantes informativos con información sobre los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de enfermedades respiratorias entre otras por el uso de sucedáneos, fórmulas u otros tipos de alimentación, así como las complicaciones que estos pueden tener por su uso.

Colocar carteles dentro del consultorio que promuevan la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses.

No tener en el consultorio nada que promueva el uso de pajas, fórmulas o alimentación complementaria.

Cambiar la ideología de las madres, cuando ellas pregunta sobre una recomendación de cual leche en polvo es mejor para los niños menores de 6 meses y promover la lactancia materna exclusiva así como sus beneficios para el menor e incluso para la salud de la madre, así como mencionar y enseñar acerca de la adecuada extracción y conservación de la leche materna.

Promover la donación de leche materna para los hospitales y centros de salud amigos de los niños, informando los beneficios acerca de la extracción de la leche materna y cómo ellas pueden ayudar a otros niños que necesitan ser alimentados, así como los grandes beneficios y la importancia del consumo de leche materna.

BIBLIOGRAFÍA

- MINSALUD. Infecciones Respiratorias Agudas. Gobierno de Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co>
- MINSAL. El Salvador principales causas de muerte infantil por sexo según clasificación internacional del 2005. Gobierno de El Salvador. Recuperado de: <http://www.salud.gob.sv/>
- UNICEF. Análisis del Módulo de Lactancia Materna. UNICEF Costa Rica, Noviembre de 2011. Recuperado de: <http://www.unicef.org>
- iHan. El código internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. UNICEF. Recuperado de: <https://www.ihan.es>
- Nutrition. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. UNICEF. Recuperado de: www.unicef.org.
- Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño, módulo 3. Zulma Ortiz. Especialista en Salud e UNICEF Argentina. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_lactancia_2014
- Perfil de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en El Salvador, 2016. CALMA. Recuperado de: <http://www.calma.org.sv/investigaciones/>
- Los objetivos del desarrollo del milenio. Naciones Unidas República Dominicana 2018. ONU. Recuperado de: <http://portal.onu.org.do>
- OPS, 1988, Estados Unidos, Washington DC. Infecciones respiratorias agudas: Guía para la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de control dentro de

la atención primaria de salud. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana. Páginas 1-5.

- Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. Revista Cubana Enfermería v.16 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2000. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu>
- MINSAL. Guías Clínicas de Pediatría. Bronquiolitis. San Salvador, El Salvador, 2012. Página 77.
- Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Tratado de Pediatría 18° edición, Volumen I. Editorial Elsevier Saunders, Barcelona, España. 2008. Inmunología. Páginas 867-873.
- Arias SJ, Benguigui Y, Bossio JC. Infecciones Respiratorias Agudas en las Americas. Organización Panamericana de la Salud. Páginas 1-20.
- Calvo C, García ML, Casas I, Pérez P. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Infectología Pediátrica 3° edición. Editorial ERGON. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. 2011. Páginas 189-201.
- Organización Panamericana de la Salud. Infecciones Respiratorias Agudas, Guía para la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de control dentro de la atención primaria de salud. Editorial PALTEX. Washington DC, EEUU, 1989. Páginas 4-7.
- Morales J, Acosta D, Anaya F. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia, Infección Respiratoria Aguda. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Cartagena, Colombia. 2011. Página 17.

ANEXOS

ANEXO 1

CUADRO 3. ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN 2018

<p>Recién nacido</p> <p>BCG Previene formas invasoras de tuberculosis</p> <p>Hepatitis B al nacimiento</p>		<p>2,4,6 meses</p> <p>3 dosis (2,4 y 6 meses) Pentavalente: *Difteria, Tosferina y Tétanos *Hepatitis B *Haemophilus influenza tipo B</p> <p>Polio *Poliomielitis</p>	<p>2 dosis (2 y 4 meses) Rotavirus Neumococo Infantil 13 Valente: *Meningitis *Neumonía *Otitis Media</p> <p>2 meses intramuscular 4 y 6 meses orales</p> 	
<p>12 meses</p> <p>1 Dosis de Triple Viral SPR: *Sarampión *Paperas *Rubéola</p>	<p>1 Refuerzo de Neumococo Infantil 13 Valente: *Meningitis *Neumonía *Otitis Media</p>		<p>15-18 meses</p> <p>1 Refuerzo de Pentavalente: *Difteria, Tosferina y Tétanos *Hepatitis B *Haemophilus influenza tipo B</p>	<p>Polio oral *Poliomielitis</p> 
<p>4 años</p> <p>2º Refuerzo de DPT: *Difteria, Tosferina y Tétanos</p> <p>Polio Oral: *Poliomielitis</p>	<p>2º Dosis de Triple Viral SPR: *Sarampión *Paperas *Rubéola</p>		<p>Adolescentes, adultos y adultos mayores</p> <p>Td: *Tétanos y Difteria</p> <p>Toda persona debe recibir 1 dosis cada 10 años de edad</p>	
<p>Mujeres embarazadas</p> <p>Tdpa: *Tétanos, difteria y tosferina acelular</p> <p>Aplicar una dosis a partir de las 27 semanas de gestación</p>	<p>Influenza: En su primer control de embarazo, no importando la edad gestacional</p> <p>Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Comité Asesor de Prácticas de Inmunizaciones (CAPI)</p>	<p>Grupos en riesgo y personas con enfermedades crónicas</p> <p>Td: *Tétanos y Difteria</p> <p>HB: *Hepatitis B</p> <p>SR: *Sarampión y Rubéola</p> <p>Influenza: *Mujeres embarazadas, niños de 6 meses a 4 años de edad, adultos mayores de 60 años, personal de salud</p>	<p>Neumococo: En adultos y niños mayores de 2 años con factores de riesgo, adultos de 60 años y personal de salud</p>  <p>Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud</p>	

Fuente: Esquema de vacunación 2018, Ministerio de Salud, El Salvador.

ANEXO 2

ENCUESTA



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DOCTORADO EN MEDICINA

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Objetivo: Recolectar información acerca de las características epidemiológicas y de la alimentación, así como los cuadros clínicos de los niños menores de 6 meses que se someterán a la investigación.

TEMA: “Incidencia de infecciones respiratorias agudas en niños y niñas menores de 6 meses y su relación con la lactancia materna exclusiva y/o complementaria en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia el Congo de Marzo a Agosto de 2018”.

Indicaciones: la encuesta será realizada por el médico que otorga la consulta, la cual consta de 20 preguntas, a las cuales se deberá encerrar con un círculo el literal de la respuesta dada por la madre al interrogarla, así como se deberá llenar con la información de los datos que se piden a continuación.

ENCUESTA

1. Edad: a. 0-2 meses b. 3-4 meses c. 5 a <6 meses

2. a. Femenino b. Masculino

3. a. Urbano b. Rural

4. Peso (según gráfica peso para la edad):
 - a. Normal
 - b. Desnutrición
 - c. Desnutrición severa

5. Talla (según gráfica longitud para la edad):
 - a. Normal
 - b. Retardo del crecimiento
 - c. Talla alta
 - d. Retardo severo del crecimiento

6. Edad de la madre:

- a. <18 años
- b. 21 a 25 años
- c. 18- 20 años
- d. 26 a 30 años

7. ¿Cuál es el grado de educación de la madre?

- a. Alfabeta
- b. Analfabeta

8. ¿Cuál de los siguientes síntomas ha sido el más predominante?

- a) Tos
- b) Fiebre
- c) Rinorrea
- d) Cansancio
- e) Otros:

9. Diagnóstico del paciente:

10. ¿Le brindaron tratamiento con antibióticos?

- Si
- b. No

11. ¿Es la primera vez del cuadro clínico del paciente con este diagnóstico?

- a. Si
- b. No

12. ¿Ya ha presentado algún otro tipo de infección de vías respiratorias agudas en los primeros 6 meses de vida?

- a. Si
- b. No

13. ¿Ya ha sido referido el niño al centro Hospitalario por algún tipo de infección respiratoria aguda?

- a. Si
- b. No

14. ¿Ya ha estado ingresado el niño en el centro hospitalario por infección respiratoria aguda?

- a. Si
- b. No

15. ¿Cuál ha sido el tipo de alimentación hasta el momento?

- a. Lactancia materna exclusiva
- b. Alimentación complementaria
- c. Lactancia materna y alimentación complementaria

16. ¿Cuántas veces al día alimenta al niño?

- a. A libre demanda
- b. Otros: _____ veces

17. ¿Le da otra clase de alimento o bebida al niño?

- a. Si
- b. No

**SI LA MADRE DA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL PACIENTE
DEBERÁ REALIZAR LAS SIGUIENTES INTERROGANTES:**

18. ¿Desde qué edad le dan alimentación complementaria?

Otros: _____ días _____ meses

19. ¿Cuántas fórmulas al día le dan al niño? _____ al día

20. ¿Cuál es la marca de la fórmula que le dan al niño?

ANEXO 3. CRONOGRAMA

CUADRO 4. CRONOGRAMA

	ACTIVIDAD	MARZ O				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOST O				SEPTIEMB RE				OCTUBR E			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Inscripción de tema de investigación																																
2.	Reuniones con Equipo de investigación																																
3.	Reuniones con Asesora de proyecto de investigación																																
4.	Clases Magistrales y Reunión con Coordinador de Tesis																																
5.	Entrega de Primer Perfil de Investigación																																
6.	Entrega de Protocolo de Investigación																																
7.	Recolección de datos con Instrumento de Investigación																																
8.	Recolección de datos epidemiológicos de la muestra a investigar																																
9.	Entrega de Informe Final de Investigación																																
10.	Defensa de tema de investigación																																

ANEXO 4

TABLA 22. PRESUPUESTO

TABLA DE GASTOS QUE SE TENDRAN DURANTE EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	
▪ Impresión de Primer Perfil de Investigación	\$ 5
▪ Impresión de Protocolo	\$6
▪ Impresión de Trabajo Final	\$20
▪ Copias del Instrumento de investigación	\$5
▪ Anillados de los trabajos a presentar	\$10
▪ Gastos en transporte a las reuniones y clases magisteriales durante el proyecto	\$30
▪ Copias de cartas de asistencia a día de tesis	\$4
▪ Gastos de alimentación debido a que se vive en lugares lejanos a la ciudad	\$50
<u>TOTAL:</u>	\$130

ANEXO 5

GLOSARIO

- **AIEPI:** Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
- **Anemia microcítica hipocrómica:** tipo de anemia caracterizada por glóbulos rojos pequeños.
- **Bacteria:** Las bacterias son microorganismos unicelulares de tipo procariótico, es decir, son organismos que solo se pueden observar al microscopio, constituidos por una sola célula autónoma que además no tiene membrana nuclear. Dependiendo de su tipo pueden llegar a producir ciertas enfermedades.
- **Bajo peso:** se refiere a un humano cuyo peso se encuentra por debajo de un valor saludable.
- **Bronquiolitis:** es una enfermedad frecuente del aparato respiratorio, provocada por una infección que afecta a las vías respiratorias diminutas, denominadas "bronquiolos", que desembocan en los pulmones.
- **CALMA:** Centro de Apoyo de Lactancia Materna.
- **Calostro:** líquido color amarillento claro, que segregan las glándulas mamarias de la mujer, unos meses antes y unos días después del parto; compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas y carbohidratos; con una escasa proporción de lactosa.
- **Control del niño sano:** El control de niño sano o supervisión de salud incluye todas las actividades destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación al niño y su familia, con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento.
- **Desnutrición:** Pérdida de reservas o debilitación de un organismo por recibir poca o mala alimentación.

- **Dificultad respiratoria:** respiración difícil, respiración incómoda, sentirse como si no estuviera recibiendo suficiente aire.
- **Eosinofila:** aumento de eosinófilos en sangre; relacionado con enfermedades autoinmunes, alergias o parásitos.
- **Etiología:** Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades.
- **Infección:** Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo.
- **Febril:** que tiene fiebre.
- **Fiebre:** es el aumento temporal en la temperatura del cuerpo en respuesta a alguna enfermedad o padecimiento. Un niño tiene fiebre cuando su temperatura está en o por encima de estos niveles: 38°C
- **Gripe:** o influenza, comúnmente conocida como gripe, es una enfermedad respiratoria contagiosa provocada por virus que infectan la nariz, la garganta y los pulmones. Puede variar de ser leve a grave.
- **HBoV:** Bocavirus
- **Hmpv:** Metapneumovirus humano
- **Inmunoglobulinas:** son glicoproteínas que actúan como anticuerpos, pueden encontrarse circulando en sangre, en las secreciones o unidas a las superficies de las membranas de los linfocitos B.
- **Lactante:** periodo que se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses.
- **Lactoferrina:** es una proteína de defensa contra microorganismos presente en el lactosuero de la leche humana
- **Lactoglobulina:** es una proteína que se encuentra en el suero de la leche de vaca y de otras especies rumiantes..
- **Laringitis:** Inflamación de la laringe.

- **Laringotraqueítis:** es una enfermedad respiratoria aguda, de inicio súbito, de presentación en edad pediátrica. Se caracteriza por tos traqueal, estridor laríngeo inspiratorio y disfonía.
- **Macrófagos:** son células del sistema inmunitario, que fagocitan los cuerpos extraños que se introducen en el organismo, como bacterias o sustancias de desecho de los tejidos.
- **Meconio:** primer excremento de los recién nacidos, color verdoso y viscoso; compuesto por moco, bilis y restos de la capa superficial de la piel.
- **Modo de transmisión:** es el mecanismo por el que una enfermedad transmisible pasa de un hospedero a otro.
- **Neumonía:** Inflamación de los pulmones, causada por la infección de un virus o una bacteria, que se caracteriza por la presencia de fiebre alta, escalofríos, dolor intenso en el costado afectado del tórax, tos y expectoración.
- **Nutrición:** es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación que existe entre los alimentos, la salud y especialmente en la determinación de una dieta.
- **Osmolaridad:** concentración de partículas osmóticamente activas, contenidas en una disolución, expresadas en osmoles por litro de disolvente.
- **PIV:** Parainfluenza Virus
- **Resfriado común:** en la mayoría de los casos causa rinorrea o secreción nasal, congestión nasal y estornudo. Asimismo, es posible que se presente dolor de garganta, tos, dolor de cabeza u otros síntomas.
- **RV:** virus respiratorio
- **Sibilancias:** Ruido inspiratorio o espiratorio, que puede ser un signo que proviene frecuentemente de los conductos respiratorios pequeños o bronquiales y puede deberse a la obstrucción de las vías respiratorias.
- **Tabaquismo:** Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.

- **Tripsina:** enzima segregada por el páncreas e interviene en la digestión de proteínas.
- **Vacuna:** Sustancia compuesta por una suspensión de microorganismos atenuados o muertos que se introduce en el organismo para prevenir y tratar determinadas enfermedades infecciosas; estimula la formación de anticuerpos con lo que se consigue una inmunización contra estas enfermedades.
- **Virus:** Microorganismo compuesto de material genético protegido por un envoltorio proteico, que causa diversas enfermedades introduciéndose como parásito en una célula para reproducirse en ella.
- **VRS:** El virus respiratorio sincitial (VRS).