

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACION

**INFLUENCIA DEL TIPO DE LACTANCIA UTILIZADA EN LA EXISTENCIA Y
NÚMERO DE EPISODIOS DE AFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN
NIÑOS DE UN MES A DOS AÑOS DE EDAD USUARIOS DEL EQUIPO
COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR EL PASTOR Y LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIAS YAYANTIQUÉ, LA
UNIÓN Y JUCUAPA, USULUTÁN AÑO 2019**

PRESENTADO POR:

**SANDRA FIDELINA HERNÁNDEZ DE HERNÁNDEZ
CARMEN ALICIA MERINO ROMERO
BLANCA NATALY OCHOA PORTILLO**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTORA EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH

NOVIEMBRE 2019

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DOCTOR RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
VICERECTOR ACADÉMICO

MAESTRO JUAN ROSA QUINTANILLA
VICERECTOR ADMINISTRATIVO

MSC. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES

LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
DECANO

LICENCIADO OSCAR VILLALOBOS
VICEDECANO

LICENCIADO ISRAEL LÓPEZ MIRANDA
SECRETARIO INTERNO

MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

MSC. ROXANA MARGARITA CANALES ROBLES
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DOCENTES ASESORES

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH
DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
ASESORA METODOLÓGICA

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTOR HORACIO GARCÍA ZARCO
PRESIDENTE

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO
SECRETARIA

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH
VOCAL

- | | |
|--|----------------|
| 1. Hernández De Hernández, Sandra Fidelina | Carné: HS07014 |
| 2. Merino Romero, Carmen Alicia | Carné: MR11061 |
| 3. Ochoa Portillo, Blanca Nataly | Carné: OP07002 |

INFLUENCIA DEL TIPO DE LACTANCIA UTILIZADA EN LA EXISTENCIA Y NÚMERO DE EPISODIOS DE AFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS DE UN MES A DOS AÑOS DE EDAD USUARIOS DEL EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR EL PASTOR Y LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIAS YAYANTIQUE, LA UNIÓN Y JUCUAPA, USULUTÁN AÑO 2019.

Este trabajo de investigación **fue revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor(a) en medicina por la Universidad de El Salvador.

Dr. Horacio García Zarco
Tribunal Calificador

Dra. Ana Judith Guatemala de Castro
Tribunal Calificador

Dra. Patricia Roxana Saade Stech
Docente Asesor

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo
Coordinadora General De Procesos De Graduación

Msc. Roxana Margarita Canales Robles
Jefa del Departamento de Medicina

San Miguel, El Salvador, Centro América, diciembre del 2019.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO

Por la vida, la paciencia, tolerancia, fortaleza y salud para llegar a coronar mi carrera profesional.

A MI MADRE Y A MI PADRE

Por brindarme todo su apoyo y sus recursos, en todos los sentidos, gracias porque nunca me han abandonado y han estado conmigo a lo largo de la carrera, son un regalo de Dios.

A MIS HERMANAS:

Vanessa y Judith porque por apoyarme siempre.

A MI ESPOSO

Manuel por todo el apoyo, amor y consejos brindados en cada momento de mi carrera.

A MIS HIJAS

Valery y Sophía por ser la fuerza que me empuja día a día para luchar y salir adelante principalmente en los momentos más difíciles.

A MI FAMILIA

Principalmente mis tíos y tía por su apoyo y buenos deseos.

MIS AMIGAS Y AMIGOS

Que conocí a lo largo de mi carrera a todos los tengo presentes en mi corazón. Gracias a mis maestros, tutores, docentes, a cada uno que ha brindado su granito de arena para guiarme en mi formación.

A NUESTRA ASESORA DE TESIS

Dra. Roxana Saade por la paciencia y apoyo para la elaboración de nuestro trabajo final.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS

Blanca y Carmen por apoyarnos y luchar juntas para lograr culminar con éxito nuestra meta.

SANDRA FIDELINA HERNÁNDEZ DE HERNÁNDEZ

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO

Porque me demuestra su amor y su bondad permitiendo culminar mi formación profesional, por darme fortaleza y la sabiduría necesaria a lo largo de mi camino.

A MIS ABUELOS

Perfecto y Maura por todo el amor que han brindado en mi vida y sobre todo por creer siempre en mí.

A MI PAPÁ

Jesús Merino por ser siempre mi ángel terrenal, por cada sacrificio, apoyo incondicional y confianza que me brindo a lo largo de la carrera.

A MIS MADRES

Nicol, Alicia, Lisseth y Magdy por su amor incondicional, por los buenos valores que han inculcado en mí, por sus consejos y por ayudarme siempre a salir adelante ante cualquier situación.

A MIS HERMANAS Y FAMILIA

Por su apoyo y por motivarme siempre cuando sentía que no podía. Por ser una parte muy importante en mi vida.

A MIS AMIGOS/AS

Por siempre tener palabras de aliento y motivación para llegar a cumplir una de mis metas.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS

Nataly y Pily. Me resta decirles ¡Lo logramos! Porque a pesar de los tropiezos y dificultades supimos trabajar en equipo y formar nuevos lazos de amistad. Pero en especial culminamos con nuestra carrera con la ayuda de Dios

A NUESTRA ASESORA

Dra. Saade, por su paciencia y palabras de apoyo, por brindarnos su conocimiento.

CARMEN ALICIA MERINO ROMERO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO

Por haberme permitido llegar hasta donde estoy.

A MI PADRE

Porque siempre luchó sin descanso para poder dejarme la mejor herencia que un padre puede dar a un hijo, por darme el mejor ejemplo de perseverancia. Este logro personal va dedicado a él y que donde esté, se sienta orgulloso de ver su más grande sueño cumplido.

A MI MADRE Y A MIS HERMANOS

Porque siempre me dieron palabras de aliento cuando estaba a punto de darme por vencida y por apoyarme incondicionalmente durante este proceso.

A MIS AMIGOS

Porque nos ofrecieron una mano en la realización de este estudio.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS

Carmencita y Pily, por haber concluido de manera satisfactoria todo este proceso, aunque los resultados fueron una sorpresa para nosotras, en definitiva, fue una gran experiencia y fue un gusto compartirla con ustedes.

A LA DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH

Por ser guía y por compartir su conocimiento, por su paciencia al corregirnos y por recibirnos en su hogar.

A RODRIGO

Por encontrar soluciones donde yo veía dificultades, por acompañarme siempre y por su invaluable ayuda durante la defensa de este estudio.

BLANCA NATALY OCHOA PORTILLO

TABLA DE CONTENIDO

PAG

LISTADO DE TABLAS	xii
LISTADO DE GRÁFICOS.....	xiv
LISTADO DE FIGURAS	xv
LISTADO DE ANEXOS	xvi
RESUMEN	xvii
INTRODUCCIÓN.....	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2. MARCO REFERENCIAL	7
3. MARCO TEÓRICO.	12
4. SISTEMA DE HIPÓTESIS.	21
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
6. RESULTADOS.	27
7. DISCUSIÓN	58
8. CONCLUSIONES.....	60
9. RECOMENDACIONES.....	62
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

LISTADO DE TABLAS

	PAG
Tabla 1. Distribución de la población según UCSF	23
Tabla 2. Distribución de la población según UCSF	24
Tabla 3. Características sociodemográficas de la madre.....	27
Tabla 4. Características sociodemográficas del niño.	30
Tabla 5. ¿Usted está dando de mamar?	31
Tabla 6. En caso de estar amamantando ¿Quién le recomendó dar seno materno a su hijo?.....	32
Tabla 7. ¿Qué tipo de leche le da a su hijo?	33
Tabla 8. ¿Qué tipo de alimentación recibe su hijo?	34
Tabla 9. ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?	35
Tabla 10. ¿Cuál es el motivo para dar leche de bote a un niño?	36
Tabla 11. ¿Qué cree que necesita para que el pecho produzca más leche?.....	38
Tabla 12. ¿Ha recibido información sobre lactancia materna?	39
Tabla 13. ¿De quién recibió información sobre lactancia materna?.....	39
Tabla 14. ¿Cuál cree que es la consecuencia de no dar pecho al niño pequeño?	40
Tabla 15. Podría decir a qué edad se le debe de comenzar a darle comida a un niño?	41
Tabla 16. ¿Sabe a qué edad se le debe dar agua al niño?	42
Tabla 17. ¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?	43
Tabla 18. ¿Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas?	45
Tabla 19. ¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?	46
Tabla 20. ¿A qué edad fue ingresado el niño?	47
Tabla 21. ¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía después de haber presentado gripe?	48
Tabla 22. Número de consultas durante el evento.....	49
Tabla 23. ¿Existe alguna muerte infantil en la familia por infección de vías respiratorias?	50
Tabla 24. Lugar de procedencia* ¿Qué tipo de leche da a su hijo?	51

Tabla 25. Edad de la madre*¿Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas?	51
Tabla 26. Edad de la madre*¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía despues de haber presentado gripe?.....	52
Tabla 27. Edad de la madre*¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?.....	53
Tabla 28. ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?*¿Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas?.....	54
Tabla 29. ¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias? *¿Qué tipo de leche recibe su hijo?	54
Tabla 30. ¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año??*¿Qué tipo de leche recibe su hijo?.....	55
Tabla 31. ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?* ¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?	56
Tabla 32. ¿Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas?*¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?	57

LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características sociodemográficas del niño.....	30
Gráfico 2. ¿Usted está dando de mamar?	31
Gráfico 3. En caso de estar amamantando ¿Quién le recomiendo dar seno materno a su hijo?.....	32
Gráfico 4. ¿Qué tipo de leche da a su hijo?	33
Gráfico 5. ¿Qué tipo de alimentación recibe su hijo?	35
Gráfico 6. ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?	36
Gráfico 7. ¿Cuál es el motivo para dar leche de bote a un niño?	37
Gráfico 8. ¿Qué cree que necesita para que el pecho produzca más leche?	38
Gráfico 9. ¿Ha recibido información sobre lactancia materna?	39
Gráfico 10. ¿De quién recibió información sobre lactancia materna?	40
Gráfico 11. ¿Cuál cree que es la consecuencia de no dar pecho al niño pequeño?.....	41
Gráfico 12. Podría decir a qué edad se le debe de comenzar a darle comida a un niño?	42
Gráfico 13. ¿Sabe a que edad se le debe dar agua al niño?	43
Gráfico 14. ¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?	44
Gráfico 15. ¿Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas?.....	45
Gráfico 16. ¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias? ..	46
Gráfico 17. ¿A qué edad fue ingresado el niño?	47
Gráfico 18. ¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía después de haber presentado gripe?	48
Gráfico 19. Número de consultas durante el evento	49
Gráfico 20. ¿Existe alguna muerte infantil en la familia por infección de vías respiratorias?	50

LISTADO DE FIGURAS

Fig 1. Entrada principal de ECOSF El Pastor.....	66
Fig 2. Promotora de salud de ECOSF El Pastor en visita de campo.....	66
Fig 3. Calle de Cantón Anchico.....	67
Fig 4. Inmueble UCSFI Yyantique, La Unión.....	67
Fig 5. Entrada principal de UCSFI Jucuapa, Usulután.	68
Fig 6. UCSFI Jucuapa, Vista lateral.	68
Fig 7. Cálculo de consumo mensual de leche artificial del menor de 1 año.....	69
Fig 8. Validación de instrumento en UCSF Milagro de la Paz, San Miguel.....	69
Fig 9. Validación de instrumento en UCSF Milagro de la Paz, San Miguel.....	70
Fig 10. Validación de instrumento en UCSF Milagro de la Paz, San Miguel.....	70

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Marco referencial comunidad El Pastor, Yayantique, La Unión	66
Anexo 2. Marco Referencial Comunidad de Yayantique, La Unión.....	67
Anexo 3. Marco referencial comunidad de Jucuapa Usulután.	68
Anexo 4. Abreviaturas y siglas.	71
Anexo 5. Glosario.....	72
Anexo 6. 10 pasos para una feliz lactancia materna.	76
Anexo 7. Consentimiento informado.	77
Anexo 8. Cuestionario dirigido a la poblacion de estudio.	78
Anexo 9. Presupuesto y financiamiento	83
Anexo 10. Tabla de distribución de chi cuadrado.....	84
Anexo 11. Cronograma de actividades a desarrollar en el proceso de graduación ciclo I y II año 2019.	85

RESUMEN

Las infecciones respiratorias agudas constituyen las enfermedades más infecciosas y más frecuentes del ser humano. En los menores de dos años, estas infecciones suponen una de las causas más frecuentes de hospitalización, originando numerosas consultas médicas tanto a nivel de atención primaria como de los servicios de urgencia hospitalaria además pueden presentar complicaciones y llevar a la muerte. El **objetivo** de esta investigación fue determinar cómo influye el tipo de lactancia utilizada en la existencia y número de episodios de afecciones respiratorias agudas en niños de un mes a dos años en la zona oriente de El Salvador. **Metodología:** el estudio que se realizó tenía un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal; en cuanto la población se tomó muestra no probabilística a conveniencia debido que la población de Yayantique es pequeña, fue constituida por 150 lactantes de un mes a dos años de edad que asistieron a sus controles infantiles normales o por morbilidad y que cumplían con los criterios de inclusión. **Resultados:** El 78% de los niños recibieron algún tipo de lactancia materna; mientras que 22% restante no y fue el grupo de infantes que fue ingresado por infecciones respiratorias ya que un 14.7% de ellos se complicó por neumonía y 8.7% fue ingresado más de dos veces. **Conclusión:** A pesar de que la lactancia materna no evita el apareamiento de infecciones respiratorias si le confiere protección al niño disminuyendo el número de episodios, evitando ingresos al hacer menos grave su sintomatología.

Palabras claves: Infecciones respiratorias agudas, lactancia materna, alimentación complementaria, mortalidad infantil.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas constituyen las enfermedades infecciosas más frecuentes del ser humano. Los niños pueden presentar entre seis y ocho infecciones respiratorias al año, muchas de las cuales, sobre todo las que ocurren en el periodo de lactante, afectan a las vías respiratorias inferiores.¹

En los menores de dos años, estas infecciones suponen una de las causas más frecuentes de hospitalización, originando numerosas consultas médicas tanto a nivel de Atención Primaria como de los servicios de urgencias hospitalarios, además pueden conllevar a la muerte.¹

Los niños menores de un año son más vulnerables a las afecciones respiratorias, porque tienen una vía aérea realmente estrecha, fácilmente colapsable; las fosas nasales son pequeñas. Con lo que, ante la presencia de secreciones o inflamación, la vía aérea de los pequeños se puede bloquear con mucha más facilidad que la del adulto o niños mayores.²

Se sabe que la lactancia materna aporta múltiples beneficios de largo probados por la evidencia científica, desde un mejor estado del sistema inmune, reduce la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas, hasta mejor estado nutricional, etc.

La lactancia forma parte de un evolucionado sistema de alimentación y crianza, que en el ser humano ha sido esencial para su supervivencia como especie y su alto desarrollo alcanzado. Proporciona una adecuada nutrición, y asegura protección en este período crítico del desarrollo de los inicios de la vida. Favorece la adaptación y el aprendizaje en las conductas iniciales de la vida, y el desarrollo de los sistemas vinculares, esenciales para la supervivencia y convivencia de los individuos y la cohesión de sus grupos sociales.

A pesar de las mejoras constantes que la industria alimentaria infantil ha incorporado en las fórmulas de lactancia artificial, estas últimas aún distan mucho de ser similares a la leche humana.

Con los avances de la industria química y el desarrollo de la pasteurización durante el siglo 19, lentamente se consiguieron modificaciones más o menos aceptables de adaptación de la leche de vaca para la alimentación infantil, con productos químicamente similares a ella, y que, administrados en condiciones adecuadas, comenzaron a dar resultados nutricionales aparentemente satisfactorios.³

La sociedad se beneficia económicamente del menor consumo de leches de alto costo, del desarrollo de individuos más sanos, y de mejor desarrollo vincular, elementos importantes en los países en desarrollo y en una sociedad convulsionada por la violencia.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes del fenómeno en estudio

Desde el año 1992 en que se implementó por parte del fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) y la Organización mundial de la salud (OMS) la Iniciativa de hospitales amigo de los niños (IHAN) con el objetivo de aumentar los porcentajes de lactancia materna exclusiva a través de la humanización del parto contando por ello con el cumplimiento de los diez pasos para una feliz lactancia materna exitosa (ver anexo).

La lactancia materna es un escudo protector contra las enfermedades específicamente contra las infecciones respiratorias agudas pues se considera que el calostro es la primera vacuna natural que recibe el bebé, pues contiene diversas sustancias antimicrobianas, componentes antiinflamatorios y factores que promueven el desarrollo inmunológico que refuerzan los mecanismos de defensa del niño contra los agentes infecciosos.

Sin embargo, la ausencia o lactancia limitada ocasionan que el niño no reciba estos beneficios. A nivel mundial se han hecho esfuerzos por rescatar las practicas del amamantamiento y el país no es la excepción porque la lactancia materna es dejada de lado muchas veces por el consumismo de fórmulas infantiles o de ciertas prácticas tradicionales (como el dar agua o atoles). Esta fuerte evidencia genera que la Organización mundial de la salud recomiende el amamantamiento al seno materno en la primera media hora de vida, así como la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses y luego a partir de esa edad introducir alimentos complementarios y continuar con la lactancia hasta los dos años o más.

El Salvador ha tenido logros positivos en cuanto a la iniciativa mundial sobre tendencia de lactancia materna (LUBTI) ya que el informe del 2018 revela que el 47% de los niños de cero a 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, el 48% de los bebes amamantados de 0 a 12 meses recibe otros alimentos o bebidas incluyendo leche materna en biberón. El 42% de los niños son amamantados durante la primera hora de vida. El 90% de los niños amamantados reciben alimentos complementarios a los 6-8 meses.

Las IRA constituyen una de las enfermedades más frecuentes en la infancia, fundamentalmente en el primer año de vida, y son las responsables del 50 % de las consultas pediátricas. Las tasas de infecciones de vías respiratorias, así como las defunciones causadas por estas, son menores en los lactantes amamantados de forma exclusiva, que entre los que se amamantan de forma parcial²

Las enfermedades respiratorias imponen una inmensa carga sanitaria a nivel mundial, y cinco enfermedades respiratorias figuran entre las causas más comunes de muerte en todo el mundo.⁴

Durante décadas, las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas se encontraron entre las tres principales causas de muerte y discapacidad entre niños y

adultos. Aunque la carga es difícil de cuantificar, se estima que las infecciones respiratorias bajas causan casi 4 millones de muertes al año y es la causa principal de muertes entre niños menores de 5 años de edad.⁴

En la mayoría de los países en desarrollo de la Región de las Américas, las IRA se encuentran entre las 3 primeras causas de muerte de niños menores de 1 año y entre las 2 primeras de niños de 1 a 4 años. La neumonía es la responsable de entre el 85% y el 90% de estas muertes, lo que representa aproximadamente 150.000 muertes anuales de menores de 5 años en la Región, de las cuales el 95% ocurren en los países en desarrollo de América.

Además de su importancia como causa de mortalidad, las IRA son la principal causa de enfermedad infantil, con una incidencia de entre 4 y 6 episodios anuales en las zonas urbanas y entre 5 y 8 en la zona rural.⁵

Las infecciones del tracto respiratorio inferior continúan siendo las enfermedades transmisibles más letal ya que en el año 2016 causó más de 3 millones de muertes en todo el mundo y de estas 650,000 estuvieron relacionados con gripe estacional, el 14% de todos los niños alrededor del mundo se ven afectados mortalmente por infecciones respiratorias.

En un estudio realizado en 2008 en el municipio Playa, La Habana, Cuba por Tatiana de la Vega, Víctor de Girón y Lenia Bezos Martínez el cual fue denominado “Sobre La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas” demostró que las IRAS resultaron más frecuentes en los niños alimentados de forma mixta y representaron el 33% y en los niños que recibieron lactancia materna exclusiva menos de 3 meses predominaron las infecciones respiratorias.⁶

Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño

Creada en 2003 por UNICEF y OMS con el fin de reavivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, en suma, en la propia supervivencia de los lactantes y los niños pequeños.⁷

Ventajas para la madre: Se invierte menos tiempo de la madre o responsable en el cuidado del infante

Ventajas económicas para la familia: Los estudios analizados indican claramente que, además de ser el método de alimentación infantil más seguro y saludable, la lactancia materna es además el menos costoso de los métodos. Para muchas familias pobres, el alto costo de los sucedáneos de la leche materna los torna inaccesibles. Para otros, el impacto de la compra de fórmulas en el presupuesto familiar puede resultar agobiante. La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura.⁸

El Salvador ha tenido logros significativos con tendencias positivas y crecientes en la práctica de la lactancia materna: En el 2008 la encuesta FESAL reveló una

prevalencia de 31.4% de lactancia materna exclusiva, mientras que la Encuesta Nacional de Salud 2014 estimó la prevalencia en 47%; el informe sobre tendencias mundiales de lactancia materna El Salvador 2018, ubica a El Salvador entre los primeros en la región en implementar programas y políticas de lactancia materna, ocupando la primera posición, junto a Cuba.⁹

Respecto a los costos directos asociados para el personal a cargo del cuidado del infante independientemente sea esta persona la madre, un familiar o una empleada, se ha calculado el valor diario y por hora de un salario mínimo

A partir de las consideraciones indicadas el ahorro total anual estimado para las familias en que se brindó LME es de US\$ 2422.65, valor que corresponde al costo del consumo de sucedáneos de leche materna no ingeridos por el infante (31.7%), el costo del cuidado del infante que incluye la preparación y esterilización de las pachas, así como el cuidado del bebé cuando está enfermo (64.82%), el costo de biberones (0.90%), costo del gas utilizado para preparar pachas y esterilizarlas (2.01%) y el costo del agua potable utilizada (0.56%), cabe mencionar que los costos de agua y gas son a precios de mercado y no consideran el valor del subsidio.

En términos sociales el total de ahorros para las familias que brindaron LME, la cual para los fines del estudio corresponde a 57 días (1.9 meses) durante los primeros 6 meses de vida del bebé; y lactancia materna mixta hasta el mes 12 de vida; asciende a US\$ 131,444,539.88.¹⁰

1.2. Enunciado del problema

¿Cuál es la influencia del tipo de lactancia utilizada en la existencia y número de episodios de afecciones respiratorias agudas en niños de un mes a dos años de edad usuarios del equipo comunitario de salud familiar el pastor, y las unidades comunitarias de salud familiar intermedias Yayantique, La Unión y Jucuapa, Usulután en el año 2019?

1.3. Justificación

La ausencia o corta duración de la lactancia materna es actualmente reconocida como uno de los más importantes factores de riesgo de enfermedad y agravamiento de los niños durante los primeros años de vida. En los últimos años se ha reconocido internacionalmente que los niños pueden ser alimentados adecuadamente con leche materna de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad y que la lactancia materna puede continuarse hasta los 2 años de edad complementariamente a la administración de otros alimentos.

La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad le proporciona al niño las defensas necesarias para hacerlos más resistentes a las infecciones garantizando una menor incidencia de las mismas y mejores condiciones para la recuperación de la salud. La incidencia y la de las infecciones respiratorias agudas es mucho menor en los niños alimentados exclusivamente al pecho.

Sin embargo, a pesar de los múltiples beneficios que la lactancia materna conlleva tanto para el binomio madre-hijo como para la sociedad. Aún existe una prevalencia del 53% de la población infantil del país que no se beneficia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y reciben innecesariamente sucedáneos de la leche o alimentos complementarios inadecuados, por desconocimiento; por presiones familiares o por costumbre.

El uso de sucedáneos de la leche materna conlleva un riesgo pues muchas de ellas no son adecuadas para el lactante ya que los padres suelen comprar uno que tiene más contenido, pero no apto para la edad, pero económicamente le es accesible al bolsillo; por otro lado, las condiciones de preparación pueden ser inadecuadas y llevar a la predisposición de cuadros de diarreas, IRAS, malnutrición, alergias, etc. La falta de agua limpia para la preparación es otro factor negativo para la salud del lactante.

Con el presente trabajo se pretende beneficiar al Ministerio de salud (MINSAL) para el desarrollo de nuevas estrategias y recomendaciones para el inicio adecuado de la alimentación complementaria y para el sostenimiento de la lactancia materna sobre todo en el segundo año de vida.

A las unidades comunitarias de salud familiar promover recomendaciones para continuar la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria. A los estudiantes de medicina el presente trabajo les ayuda como fuente de información para futuras investigaciones.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la influencia del tipo de lactancia utilizada en la existencia y número de episodios de afecciones respiratorias agudas en niños de un mes a dos años de edad usuarios del Equipo Comunitario de Salud Familiar El Pastor y las Unidades de Salud Familiar Intermedias Yayantique, La Unión y Jucuapa, Usulután en el año 2019.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Identificar la influencia de la lactancia materna tanto exclusiva como complementaria, como factor de defensa en el padecimiento de infecciones respiratorias agudas en los niños de un mes de edad a menores de dos años que consultan en las unidades de atención comunitaria en salud.
2. Conocer las características sociodemográficas de las madres de los niños menores de dos años.
3. Determinar el motivo por el que se usan sucedáneos de la leche materna.

2 MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco referencial de Equipo Comunitario de Salud Familiar Cantón El Pastor, Yayantique, La Unión

2.1.1. Situación Geográfica

El Municipio de Yayantique se encuentra a una distancia de 20 kilómetros de la ciudad de San Miguel. Sus coordenadas son: Latitud 13.45o N, longitud 88.0166o O, presenta una superficie territorial de 41,85 kms², y a una altura de 300 metros sobre el nivel del mar, es de relieve montañoso deforestado.

2.1.2. Clima

Su clima es cálido y agradable con una temperatura media que oscila los 30 grados centígrados en el día y 19 grados centígrados de noche.

2.1.3. Límites

Yayantique limita al norte: con el municipio de Yucuaiquín y Uluazapa. Al sur: con el Municipio de El Carmen. Al este: con el departamento de San miguel. Al oeste: con el municipio de San Alejo.

2.1.4. Recursos Naturales

Cuencas Hidrográficas: Cuenta con recursos hídricos tales como: Río El Pastor, y Río el bastón que atraviesan el municipio de norte a sur a unirse con el río San Antonio. Hay una laguna artificial en cantón socorro donde cultivan alevines.

Cerros: Se encuentra, además: Cerro Yayantique y los tres cerritos, con áreas semiboscosas las cuales están siendo deforestadas para realizar cultivo tradicional.

2.1.5. Aspecto Socio Histórico

2.1.5.1. Etimología y Toponimia

Yayantique proviene del Potón, y significa “Cerro de los Capulines”. Está formado por las raíces Yayan o Yayah; capulín y Tique; Cerro, desinencia de lugar.

2.1.5.2. Distribución de la Población

La UCSF Básica El Pastor, Yayantique Cuenta con una población de 2205 habitantes. Población de niños de uno mes a dos años es de 71.

2.1.6. Servicios de la Comunidad

4 Centros Escolares: 1 en Caserío El Tejar, 1 en Caserío El Pastor, 1 en Caserío La Joya y 1 en Caserío El Socorro; Unidad de Salud (UCSF Básica); Casa Comunal en Colonia El Paraíso; Iglesia católica y 3 iglesias evangélicas en caserío El Tejar. 2 iglesias evangélicas en Caserío El Pastor y Caserío Las Lomitas, 1 iglesia evangélica en Caserío Las Cuevitas. 2 iglesias evangélicas en Caserío La Joya y Colonia Nueva Esperanza. 4 Iglesias Evangélicas y 1 Iglesia Católica en Caserío El Socorro; 1 Estadio municipal en Caserío El Tejar, 1 Estadio municipal en Caserío El Pastor, 3 Estadio municipal en Caserío La Joya, 1 Estadio municipal en Caserío El Socorro; Comunidades solidarias; 1 Transporte Privado de Caserío La Joya – El Tejar – San Miguel y viceversa; Taller de mecánica y Venta de materiales de la construcción en

caserío El Tejar; Varias tiendas en las diferentes zonas; Reparación de motos y bicicletas en caserío el Tejar.

2.1.7. Características de los Servicios Básicos de la Comunidad

2.1.7.1. Transporte

Los Cantones cuentan con dos autobuses que trabajan de lunes a domingo, con un aproximado de 3 viajes el día, no así por la noche, el costo del pasaje es de 60 a 75 centavos de dólar hasta San Miguel y viceversa ambos buses hacen su recorrido hasta Cantón San Jerónimo. Se cuenta con transporte exclusivo para personal que trabaja en empresa Calvo, de lunes a viernes, con un aproximado de 2 viajes al día, el cual realiza un recorrido de Cantón El Socorro hacia La Tunera Calvo Conservas de La Unión y viceversa.

2.1.7.2. Calles

Las calles de los cantones se encuentran sin asfalto hay 3 porciones con asfalto 2 en caserío El Tejar 1 en caserío El Socorro de aproximadamente 100 metros cada una, se accede a los cantones por la calle principal que esta sin asfalto y se La calle principal se encuentra en mal estado lo que hace que en verano haya demasiado polvo y en invierno se vuelva intransitable.

2.1.7.3. Comercio

No existe, solo hay 1 taller de mecánica y venta de materiales de la construcción en caserío El Tejar y tiendas en pequeña escala en los diferentes cantones.

2.1.7.4. Recolección de basura

Tren de aseo una vez por semana los días viernes por caserío El Pastor y caserío El Tejar. Los demás caseríos no tienen este servicio.

2.1.7.5. Servicios de energía eléctrica y agua potable

Energía eléctrica suministrada por la empresa EEO. Agua potable es brindada por alcaldía del municipio y ANDA cuya cañería madre se encuentran en el pastor.

2.1.8. Economía

Está sustentada en la producción agrícola a pequeña escala, producción mínima de productos lácteos y en el comercio local a pequeña escala.

Está clasificado en el mapa nacional de pobreza extrema.

(Ver Anexo 3)

2.2. Marco referencial Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Yayantique, La Unión

2.2.1. Situación demográfica

El Municipio de Yayantique se encuentra a una distancia de 20 kilómetros de la ciudad de San Miguel.

Ubicada en las coordenadas: Latitud 13.45° N, longitud 88.0166° O.

Con una superficie territorial de 41,85 kms², y se encuentra a una altura de 300 metros sobre el nivel del mar, su relieve es montañoso, en alto grado deforestado.

2.2.2. Clima

Su clima es cálido y agradable, con una temperatura promedio que oscila los 30 grados centígrados en el día y los 19 grados centígrados durante la noche, presión atmosférica de 1013 mb. Precipitación fluvial en invierno de 100 mm, promedio de humedad relativa; arriba del 50 %

2.2.3. Límites

Yayantique limita al norte: con el municipio de Yucuayquín y Uluazapa. Al sur: con el Municipio de el Carmen. Al este: con el departamento de San miguel Al oeste: con el municipio de San Alejo.

2.2.4. Organización político-administrativa

Yayantique pertenece al departamento de la unión, Es un municipio-pueblo y está integrado por 4 cantones, 8 Caseríos y 3 Barrios

2.2.5. Distribución de la población

La UCSF Intermedia Yayantique cuenta con una población de 1678 habitantes distribuidos así: área urbana 1304 hab. Área rural (cantón Centeno y caserío la Peña) 374 hab.

El area Urbana está organizado en cuatro barrios El barrio calvario, barrio la cruz en donde se localiza la colonia la cruz y el barrio san Jacinto.

2.2.6. Recursos y servicios de la comunidad

2.2.6.1. Actividades Culturales

Sus costumbres y tradiciones se enmarcan en las fiestas titulares que se celebran del 30 de enero al 2 de febrero en honor a la virgen de candelaria y las fiestas patronales se celebran desde el 23 y 24 de junio en honor a San Juan Bautista.

2.2.7. Características de los servicios básicos de la comunidad

2.2.7.1. Transporte

El Pueblo cuenta con tres autobuses que trabajan de lunes a domingo, con el limitante que entra al municipio por la mañana a las 7 a.m. y luego otra entrada hasta las 11:30.am Con un aproximado de 6 viajes el día, no así por la noche, el costo del pasaje es de 80 centavos de dólar hasta San Miguel y viceversa y hay un solo bus que llega hasta cantón Centeno.

2.2.7.2. Calles

En el área urbana se encuentran calles adoquinado en un 80 % en buen estado, no así la carretera de acceso al municipio ya que es una vía de difícil acceso por falta de pavimento y se conecta a la calle de Anchico (San Miguel) donde se llega hasta la carretera panamericana. Hay derrumbes ocasionales y eventualmente ocurren accidentes de tránsito.

El cantón Centeno también tiene su vía principal adoquinada y camino rústicos, hay una vereda a través de una loma hacia el caserío la Peña y el Tunó.

2.2.7.3. Comercio

No existe, hay una sola farmacia comercial en el pueblo y tiendas en pequeña escala.

2.2.7.4. Seguridad

No existe puesto policial permanente, pero eventualmente se cuenta con la presencia de la policía rural.

2.2.7.5. Recolección de basura

Tren de aseo una vez por semana los días viernes.

2.2.7.6. Servicios de energía eléctrica y agua potable

Energía eléctrica suministrada por la empresa EEO.

2.2.7.7. Servicios agua potable

El servicio de agua potable es administrado por la alcaldía municipal, la administración nacional de acueductos y alcantarillado y una Adesco. El área urbana del municipio cuenta con el servicio de agua potable por Anda así mismo la alcaldía Municipal que clora eventualmente.

2.2.7.8. Economía

Está sustentada en la producción agrícola a pequeña escala, producción mínima de productos lácteos y en el comercio local a pequeña escala.

2.3. Marco referencial Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Jucuapa, Usulután

2.3.1. Situación demográfica

Jucuapa es uno de los 23 municipios pertenecientes al departamento de Usulután. Está localizado 118 km al este de la capital y a 26 km. de la cabecera departamental. Limita al norte con el municipio de San Buenaventura, al sur con el municipio de Santa Elena, al este con los municipios de Nueva Guadalupe y Chinameca y al oeste con el municipio de Alegría (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2009). Su jurisdicción territorial comprende una de 36.11km². Se divide administrativamente en 9 cantones, 10 caseríos y 6 barrios, los cuales a su vez comprenden colonias, urbanizaciones y algunas lotificaciones. Altitud 492 metros sobre el nivel del mar. Población: para el 2017 se contaba con una población de 18442 habitantes.

2.3.2. Clima

El clima de Jucuapa está clasificado como tropical. En comparación con el invierno, los veranos tienen mucha más lluvia. El clima aquí se clasifica como Aw por el sistema Köppen-Geiger. La temperatura promedio en Jucuapa es 23.7 ° C. La precipitación media aproximada es de 1989 mm.

2.3.3. Recursos Naturales

2.3.3.1. Recursos hídricos

Dentro del relieve del área urbana se identifican dos afluentes: las quebradas El Diluvio y Zapotillo. La primera atraviesa el área urbana en el sentido Norte – Sur, creando una división en el territorio urbano, y la quebrada Zapotillo la cual inicia dentro del barrio La Cruz.

2.3.4. Conectividad

El municipio de Jucuapa cuenta con un total de 78.58 Km. de carretera. De éstos, 4 Km son caminos pavimentados principales; 40.8 Km son caminos mejorados que conectan al municipio con la principal carretera pavimentada o con municipios entre sí; 27.35 Km son caminos de tránsito en verano, es decir, caminos vecinales, que debido a las condiciones de la superficie de rodaje son intransitables durante la estación lluviosa; y, 6.43 Km. son camino tipo herradura, que son caminos vecinales en los que solo puede circularse a pie, o en animales de tracción o montura (Sistema de Asesoría y Capacitación para el Desarrollo Local, SACDEL, 2004 (a)): La accesibilidad por medio del transporte en autobús hacia el área urbana del municipio de Jucuapa, está asegurada por un sistema regional que comunica a Jucuapa con las ciudades de San Miguel, Santiago de María, Estanzuelas, Usulután, Santa Elena, y Chinameca (ver tabla 7) (Alcaldía Municipal de Jucuapa, 2010). El área urbana no cuenta con un sistema formal de transporte interno (microbuses o pickup), aunque de manera informal se desarrollan algunos recorridos hacia el desvío de la carretera Panamericana, El Triunfo y hacia el área rural.

2.3.5. Recursos y servicios de la comunidad

2.3.5.1. Actividades Culturales

Sus costumbres y tradiciones se enmarcan en las fiestas titulares que se celebran del 19 de octubre en honor a San Simón apóstol hasta el 28 de octubre.

2.3.6. Características de los servicios básicos de la comunidad

2.3.6.1. Transporte

Las rutas de acceso a la ciudad desde los diferentes cantones son la ruta: 333 que transporta de Jucuapa a San Miguel que circula de 5:00 am a 8:00 pm, ruta 335 de Usulután – Santiago de María – Jucuapa de 4:30 am a 5:00pm, se cuenta con tres buses que dan acceso a diferentes cantones como la loma de la Cruz que transporta cada 3 horas.

2.3.6.2. Comercio

Perfil del sector comercio En este sector se concentra la mayor parte de los negocios censados en el 2005. De 680 establecimientos registrados, 509 es decir, el

75%, se concentraban en este sector, cuyas actividades son muy diversas, a tal punto que se identificaron 77 diferentes rubros.

2.3.6.3. Seguridad

Existe puesto policial permanente, el cual cuenta con la presencia de agentes policiales de servicio y vigilancia las 24 horas.

2.3.6.4. Recolección de basura

Tren de aseo transita las diferentes calles principales cada día de la semana.

2.3.6.5. Servicios de energía eléctrica y agua potable

Energía eléctrica suministrada por la empresa EEO.

2.3.6.6. Servicios agua potable

El servicio de agua potable es administrado por administradora microregional del valle la esperanza.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Lactancia Materna

Leche materna: tejido vivo y cambiante de consistencia líquida secretada por la glándula mamaria de la mujer, y que para los niños de cero a seis meses llena todos los requerimientos nutricionales, enzimáticos, inmunológicos y emocionales que le aseguran un óptimo crecimiento y desarrollo.

1. Lactancia materna exclusiva: alimentación del lactante a base de leche materna, sin incluir ningún otro alimento o líquido. La lactancia materna exclusiva debe iniciarse desde el nacimiento hasta que el niño cumpla los seis meses de edad.
2. Lactancia materna prolongada, continuada o extendida: es la prolongación de la lactancia materna después de los seis meses hasta los dos años de edad o más.
3. Lactancia materna predominante: El bebé es amamantado, pero también recibe pequeñas cantidades de agua o de otras bebidas como té.
4. Lactancia materna Complementaria: Es la introducción de otros alimentos además de la leche materna, la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses de edad.¹²

La guía norteamericana reafirma la recomendación del amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses de vida y hasta el primer año con la incorporación de alimentos complementarios, como medio para preservar tanto la salud del niño como de la madre. Las últimas evidencias científicas confirman que los niños amamantados con leche materna por más de cuatro meses tienen un 72% menos de riesgos de hospitalización por infecciones respiratorias y un 64% de infecciones gastrointestinales.¹³

3.1.1 Ventajas y beneficios para el bebé

Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.

Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, infecciones respiratorias (catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, etc.).

La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos.

Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias (dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales.

Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.

Se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional. Dar de mamar transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro.

Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad celíaca (intolerancia al gluten), de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil.

La leche materna está siempre preparada y a la temperatura adecuada, presentando en todo momento perfectas condiciones higiénicas.

Estos beneficios son aún más importantes en el caso de bebés que nazcan prematuros o afectados de algún problema (S. de Down, fenilcetonuria, malformaciones, etc.).

3.1.2 Para la madre

Ayuda a la recuperación tras el parto. El estímulo hormonal hace que el útero se contraiga más rápidamente (entuerzos), disminuye la pérdida de sangre en los días posteriores al parto y mejora la posible anemia. Favorece la recuperación del peso y la silueta.

Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.

Disminuye el riesgo de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovario y fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la postmenopausia.

3.1.3 Para ambos

El amamantamiento desarrolla un estrecho vínculo afectivo materno filial, proporcionando al bebé consuelo, cariño, compañía y seguridad, y ayudando a la madre en su crecimiento personal.

La elección de la lactancia materna supone un considerable ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo derivado del precio que no se habrá de pagar por la leche artificial y accesorios como biberones, sino también del menor consumo en consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos que se ha demostrado en los bebés alimentados con leche materna.

Contribuye al cuidado del planeta disminuyendo la huella ecológica: no genera residuos y es sostenible.¹⁴

3.1.4 Tipos de leche

a.) **El calostro** propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen.

En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml.

Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc.

El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido

- 1) Facilita la eliminación del meconio.
- 2) Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido
- 3) Los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica
- 4) Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos
- 5) El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplico funcional, succión-deglución-respiración.
- 6) Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
- 7) Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido.

El calostro, como la leche que lo sucede, actúa como moderador del desarrollo del recién nacido. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrual antes y después del nuevo nacimiento.

b.) **La leche de transición** es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto.

La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos.

Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento. Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado. La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella.

C.) **Leche humana madura** Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas. Agua La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lactoalbúmina (de alto valor biológico para el niño), seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas.

Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La IgG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA. La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto.

La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente. La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferodependientes (E. Coli), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño.

La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico. Tiene efecto bacteriolítico contra Enterobacteriaceae y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias. Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y

proviene del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales. La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar.

La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2:1, específica para la leche humana. Hidratos de carbono El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa.

Las grasas La grasa es el componente más variable de la leche humana. Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto.

La leche humana es rica en colesterol. Aún no se sabe la importancia que esto puede tener para el metabolismo en el adulto; tampoco se sabe si la presencia o no de colesterol en los sustitutos es una ventaja para los niños alimentados artificialmente.

Vitaminas

Las vitaminas presentes en la leche materna cubren las necesidades del bebé pero son variables según el estado nutricional y el aporte de vitaminas que recibe la mamá. Es decir, que existe una estrecha relación entre la alimentación de la mamá y la concentración de vitaminas en la leche materna.

a) Vitamina A La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura.

b) Vitamina K La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal. Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento.

c) Vitamina E El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

d) Vitamina D El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml. Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D.

Se puede decir que sólo tienen riesgo de deficiencia de vitamina D las mujeres y niños que no consumen aceites marinos y que están totalmente cubiertos y no expuestos a la luz del día. Vitaminas hidrosolubles En estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna.

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta

materna. Los mecanismos compensatorios, como una disminución en la excreción urinaria del calcio comienzan a actuar, y sólo en casos extremos se alterarán significativamente las reservas de los tejidos propios de la madre.

El zinc es esencial para la estructura de las enzimas y su funcionamiento y para el crecimiento y la inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre.

La leche materna es terapéutica en caso de acrodermatitis enteropática, una enfermedad producida por deficiencia de zinc, que ocasionalmente ocurre en los niños alimentados con fórmula.

En general se puede decir que en los minerales y otros nutrientes hay muchas diferencias significativas entre la leche humana y las fórmulas. En la última década hay considerables avances en el conocimiento de las interacciones entre los minerales y su biodisponibilidad (OMS - IAEA Collaborative Study).¹⁵

3.2 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) según la OMS constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas.

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen uno de los principales problemas de salud a nivel mundial en niños menores de 5 años por ser una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Los niños suelen padecer de 4 a 8 episodios de IRA en un año.

Anualmente las infecciones respiratorias causan cerca de 3,6 millones de fallecidos entre niños menores de 5 años y son la principal causa de muerte en este grupo de edad. Según han revelado estudios casi el 1% de los casos que padecen afecciones respiratorias finalmente queda con secuelas, las cuales aumentan el riesgo de infecciones recurrentes.¹¹

Las infecciones respiratorias agudas (IRAS) se clasifican en dos tipos:

3.2.1 Las infecciones de vías respiratorias superiores incluyen:

- a. Rinitis (resfriado común)
- b. Infecciones del oído
- c. Faringitis aguda o faringoamigdalitis
- d. Epiglotitis
- e. Laringitis.

3.2.2 Las infecciones respiratorias inferiores más comunes incluyen:

- a. Bronquiolitis
- b. Neumonía.

Las IRAs son las causas más comunes de enfermedad y la mortalidad en niños menores de cinco años, que promedian de tres a seis episodios de IRAs anualmente, independientemente de dónde vivan o de cuál sea su situación económica.¹⁶

3.2.2.1 Resfriado común

Los patógenos que con mayor frecuencia son responsables del resfriado común son más de 200 tipos de rinovirus humanos, aunque este síndrome se puede deber a muchas familias de virus distintas.

Los resfriados se producen en cualquier momento del año, pero la incidencia es mayor desde principios del otoño hasta finales de la primavera, lo que refleja la prevalencia estacional de los patógenos víricos asociados a los síntomas del resfriado. Los niños pequeños presentan un promedio de 6-8 resfriados cada año, pero el 10-15% tiene al menos 12 infecciones al año.

Los virus responsables del resfriado común se diseminan por tres mecanismos: contacto directo con las manos (autoinoculación de la propia mucosa nasal o de las conjuntivas después de tocar a una persona o un objeto contaminado), inhalación de aerosoles de partículas pequeñas transportadas por el aire y debidas a la tos, o depósito de aerosoles de partículas grandes que se expulsan durante un estornudo y aterrizan sobre la mucosa nasal o conjuntival.

En los lactantes puede predominar la fiebre y la secreción nasal. La fiebre es infrecuente en niños mayores y adultos. Los síntomas del resfriado común suelen empezar 1-3 días después de la infección vírica. El primer síntoma que se percibe es con frecuencia dolor o «picor» de garganta, al que siguen pronto rinorrea y obstrucción nasal.

La complicación más frecuente del resfriado común es la otitis media aguda, que puede venir indicada por la nueva aparición de fiebre y dolor de oído después de los primeros días de síntomas del resfriado.¹⁷

3.2.2.2 Faringitis aguda

Faringitis se refiere a la inflamación de la faringe, y puede producir eritema, edema, exudados o un enantema (úlceras, vesículas). La inflamación faríngea se puede relacionar con la exposición a factores ambientales, como humo de tabaco, contaminación ambiental y alérgenos; contacto con sustancias cáusticas y alimentos y líquidos calientes; y microorganismos infecciosos. Las infecciones víricas del tracto respiratorio superior habitualmente se diseminan mediante contacto con las

secreciones bucales o respiratorias y se producen la mayoría de las veces en otoño, invierno y primavera, es decir, la «estación respiratoria».

La faringe está enrojecida, y las amígdalas están aumentadas de tamaño y a menudo cubiertas por un exudado blanco, grisáceo o amarillento que puede estar teñido de sangre. Puede haber petequias o lesiones en «rosquilla» en el velo del paladar y en la faringe posterior, y la úvula puede estar enrojecida y tumefacta.

Complicaciones y pronóstico Las infecciones víricas del tracto respiratorio pueden predisponer a las infecciones bacterianas del oído medio y a la sinusitis bacteriana.¹⁸

3.2.2.3 Obstrucción inflamatoria aguda de las vías superiores (crup, epiglotitis, laringitis y traqueítis bacteriana)

El término crup alude a un grupo heterogéneo de procesos infecciosos, en su mayoría agudos, caracterizados por tos metálica a modo de ladrillo y se puede acompañar de ronquera, estridor inspiratorio y dificultad respiratoria. El crup es un diagnóstico clínico y no es necesario hacer una radiografía del cuello. Ésta puede mostrar la típica estenosis subglótica o signo de la aguja en una radiografía posteroanterior.

Complicaciones se producen complicaciones en aproximadamente el 15% de los pacientes con crup vírico. La más frecuente es la extensión del proceso infeccioso, que puede afectar a otras regiones de la vía respiratoria, como el oído medio, los bronquiolos terminales y el parénquima pulmonar. La epiglotitis también se puede complicar con neumonía, linfadenitis cervical, otitis media o, con menos frecuencia, meningitis o artritis séptica. Las complicaciones más frecuentes de la traqueotomía son el neumotórax y el neumomediastino.¹⁹

3.2.2.4 Traqueítis bacteriana

La traqueítis bacteriana es una infección bacteriana aguda de las vías respiratorias superiores que es potencialmente mortal. La media de edad está entre 5 y 7 años. Hay un ligero predominio masculino. La traqueítis bacteriana suele seguir a una infección respiratoria vírica (sobre todo laringotraqueítis), por lo que se puede considerar una complicación bacteriana de una enfermedad vírica más que un proceso bacteriano primario. Esta entidad es más frecuente que la epiglotitis en las poblaciones vacunadas.

El niño habitualmente tiene tos metálica, aparentemente en el contexto de una laringotraqueobronquitis vírica. Se puede producir fiebre alta y «toxicidad» con dificultad respiratoria, inmediatamente o después de varios días de mejoría aparente. Puede ser necesaria la intubación o la traqueostomía.²⁰

3.2.2.5 Bronquiolitis

3.2.2.5.1 Bronquiolitis aguda e inflamación de la vía respiratoria

La bronquiolitis aguda es una enfermedad de etiología predominantemente vírica.

La bronquiolitis es más frecuente en varones, en aquellos que no han recibido lactancia materna y en los que viven en condiciones de hacinamiento. El riesgo es mayor en lactantes de madres jóvenes o de madres que han fumado durante la gestación. Los familiares de mayor edad son una fuente frecuente de infección, aunque éstos pueden presentar sólo síntomas respiratorios superiores leves (resfriados).

El diagnóstico de bronquiolitis aguda es clínico, particularmente en un lactante previamente sano que consulta con un primer episodio de sibilancias durante un brote comunitario. La radiografía de tórax puede mostrar hiperinsuflación pulmonar con atelectasias parcheadas, pero no está indicada en todos los casos de bronquiolitis.

Los lactantes con bronquiolitis aguda tienen el máximo riesgo de presentar deterioro respiratorio adicional en las primeras 48-72 horas tras el inicio de la tos y la disnea; el niño está muy grave, con disnea intensa, apnea y acidosis respiratoria.²¹

3.2.2.6 Bronquitis

La bronquitis aguda es un síndrome, en general de origen vírico, que se caracteriza por tos como síntoma principal.

Manifestaciones clínicas La bronquitis aguda con frecuencia se produce después de una infección vírica del aparato respiratorio superior. Es más frecuente en invierno, momento en el que se producen la mayoría de las infecciones respiratorias víricas.²²

3.2.2.7 Neumonía Adquirida En La Comunidad

La neumonía, que se define como la inflamación del parénquima pulmonar.

Aunque la mayoría de los casos de neumonía están producidos por microorganismos, entre las causas no infecciosas se encuentran: aspiración (de alimento o ácido gástrico, cuerpo extraño, hidrocarburos y sustancias lipóideas), reacciones de hipersensibilidad y neumonitis inducida por fármacos o por radiación.

Los patógenos víricos son una causa importante de infecciones respiratorias inferiores en lactantes y niños mayores de 1 mes, pero menores de 5 años. Se pueden detectar virus en el 40-80% de los niños utilizando métodos diagnósticos moleculares.

Normalmente se mantiene la esterilidad del aparato respiratorio inferior por unos mecanismos de defensa fisiológicos, como depuración mucociliar, propiedades de las

secreciones normales (como la inmunoglobulina A [IgA] secretora) y limpieza de la vía respiratoria por la tos.

Entre los mecanismos inmunitarios de defensa pulmonar que limitan la invasión por patógenos destacan los macrófagos alveolares y bronquiolares, la IgA secretora y otras inmunoglobulinas.

La neumonía bacteriana se produce la mayoría de las veces cuando microorganismos del aparato respiratorio colonizan la tráquea y posteriormente llegan hasta los pulmones, aunque también se puede producir una neumonía por siembra directa del tejido pulmonar después de una bacteriemia.

4 SISTEMA DE HIPÓTESIS

4.1 Hi: Hipótesis de trabajo

¿Influye el tipo de lactancia utilizada en la existencia y número de afecciones respiratorias agudas en niños de un mes a dos años que consultan a equipo comunitario de salud familiar El Pastor, Yayantique y las unidades comunitarias de salud familiar intermedias Yayantique, La Unión y Jucuapa, Usulután en el año 2019?

4.2 Ho: Hipótesis nula

¿No influye el tipo de lactancia utilizada en la existencia y número de afecciones respiratorias agudas en niños de un mes a dos años que consultan a equipo comunitario de salud familiar El Pastor, Yayantique y las unidades comunitarias de salud familiar intermedias Yayantique, La Unión y Jucuapa, Usulután en el año 2019?

4.3 Variables

VI: La lactancia materna.

VD: Las infecciones respiratorias agudas.

4.4 Unidad de información

Madres de niños de 1 mes a menores de 2 años.

4.5 Unidad de análisis

Lactantes de 1 mes a menores de 2 años.

4.6 Operacionalización de variables

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
<p>Hi</p> <p>¿Influye el tipo de lactancia utilizada en la existencia y numero de afecciones respiratorias agudas en niños de un mes a dos años que consultan a equipo comunitario de salud familiar El Pastor, Yayantique y las unidades comunitarias de salud familiar intermedias Yayantique, La Unión y Jucuapa, Usulután en el año 2019?</p>	<p>VD</p> <p>Tipos de Lactancia</p> <p>VI</p> <p>Infecciones respiratorias</p>	<p>Son las distintas formas de alimentación del lactante</p> <p>Conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o mas síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre</p>	<p>Características sociodemográficas de madre</p> <p>Características sociodemográficas del niño</p> <p>Tipo de alimentación</p> <p>Factores de Riesgo</p>	<p>Edad de la Madre</p> <p>Escolaridad</p> <p>Ocupación</p> <p>Estado Familiar</p> <p>Procedencia</p> <p>Paridad</p> <p>Sexo</p> <p>Edad</p> <p>-Lactancia Materna Exclusiva.</p> <p>-Lactancia Materna Predominante.</p> <p>-Lactancia Materna Complementaria.</p> <p>-Sin Lactancia</p> <p>-Número de veces que ha enfermado de IRAs</p> <p>-Ingresos por IRA</p> <p>-Complicaciones</p> <p>-Número de consultas durante evento</p> <p>-Muerte infantil previa</p>

5 DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudio

Cuantitativo ya que se investigó que tipo de conocimiento tiene las madres acerca de la temática de estudio, basado en la información aportada y resolución de los datos.

5.1.1 Según el tiempo de ocurrencia o y registro de información el estudio se caracterizó por:

Prospectivo ya que la información se registró al momento del pasar el cuestionario a madres de los niños de un mes a menor de dos años.

5.1.2 Según el periodo o secuencia del estudio será de corte:

Transversal porque se obtuvo en un corto período de tiempo.

5.1.3 Según el análisis y alcance de los resultados de la investigación fue:

Descriptivo porque fue dirigida a determinar el conocimiento de las madres sobre las temáticas en estudio y describieron la situación actual de las variables.

5.2 Universo y Muestra

5.2.1 Universo

Con una población de 1297 niños de un mes a dos años de edad. A continuación, se describe la distribución geográfica:

Unidades Comunitarias de Salud Familiar	Población infantil
UCSFI Yayantique	52
UCSFI Jucuapa	1174
ECOSF El Pastor	71
Total	1297

Tabla 1. Distribución de la población según UCSF

Tabla 1. Distribución de la población según UCSF

Fuente: Ficha familiar de unidades de salud en estudio

5.2.2 Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia.

*Debido a que la población de niños de un mes a dos años en UCSF Yayantique y ECOSF El Pastor son pequeñas en comparación con UCSF Jucuapa se decidió tomar muestra de 50 pacientes por establecimiento de salud quedando un total de 150 niños.

Tabla 2. Distribución de la población según UCSF

Unidades Comunitarias de Salud Familiar	Población infantil
UCSFI Yayantique	50
UCSFI Jucuapa	50
ECOSF El Pastor	50
Total	150

Fuente: Ficha familiar de unidades de salud en estudio.

5.2.2.1 Criterios para establecer la muestra

5.2.2.1.1 Criterios de inclusión:

- Madres de niños de 1 mes a 2 años.
- Madres que deseen participar en el estudio.
- Madres de niños de 1 mes a 2 años que pertenezcan al área geográfica de influencia.
- Niños de 1 mes a 2 años que consulten por control infantil o morbilidad.

5.2.2.1.2 Criterios de exclusión:

- Madre con discapacidad intelectual, física, auditiva y visual.
- Madre con adicción a sustancias prohibidas.
- Madres de niños con VIH/SIDA.

- Niños con errores congénitos del metabolismo (galactosemia, enfermedad de jarabe de arce, fenilcetonuria).
- Madres con patologías psiquiátricas.
- Niños y niñas de 1 mes a 2 años con parálisis infantil.
- Niños con deficiencia o insuficiencia de lactasa

Unidad de información: La madre o responsable y el expediente clínico.

Unidad de estudio: Niños/as que cumplen con criterios de inclusión.

5.2.2.2 Tipo de muestreo

5.2.3 Técnicas de Recolección de Información

5.2.3.1 Técnicas Documentales

Para obtener información acerca del tema en estudio se hizo uso de bibliografía como libros de medicina, artículos, tesis.

5.2.3.2 Técnicas de Campo

La encuesta: es una técnica o método de recolección de datos en donde se interrogó de manera verbal o escrita a un grupo de personas con el fin de obtener determinada información necesaria para la investigación.

5.3 Procedimiento

5.3.1 Planificación

En el Departamento de Medicina de La Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la Carrera Doctorado en Medicina y los coordinadores de proceso de Graduación, con el fin de conocer los lineamientos a

seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor con el cual posteriormente en una reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en el que se realizó la investigación. Además, se inició la búsqueda de información sobre el tema a investigar. Para luego elaborar el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuado para su desarrollo y fue presentado de forma escrita al cual se le realizaron correcciones por asesora y coordinador de proceso de graduación. Se realizó la elaboración del presente protocolo de investigación contando con asesor metodológico y estadístico.

5.3.2 Ejecución

La población estudiada fue de 150 madres de niños de un mes a dos años distribuido según UCSF: Jucuapa: 50, Yayantique: 50; ECOSF El Pastor: 50, esto se llevó a cabo en el período agosto y septiembre del 2019.

La investigación se realizó cuando el niño de un mes a dos años fue llevado a control infantil o consulta por morbilidad a las distintas Unidades Comunitarias de Salud Familiar donde se esté realizo el estudio, previamente se le explico a la madre en qué consistía el estudio y si estaba dispuesta a participar en él, posteriormente se le pedio el consentimiento informado y se procedió a pasar la encuesta, la cual fue leída para que pudiera brindar su respuesta y a la vez se fue contestando cada una de las interrogantes.

5.3.3 Validación del instrumento

Previa a la ejecución de la investigación se realizó la validación del instrumento en el equipo comunitario familiar de la colonia Milagro de la Paz a 15 madres que cumplían con los criterios de inclusión con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas.

5.3.4 Recolección de datos

La población estudiada fue de 150 niños de un mes a dos años que asistieron a las unidades de estudio distribuidos de la siguiente manera: 50 del ECOSF El Pastor, 50 de UCSF Yayantique, 50 de UCSF Jucuapa, que se llevó acabo en 2019.

5.3.5 Plan de análisis

Una vez recolectada la información se procedió a la codificación de datos obtenidos en el instrumento, utilizando el último programa S. P. S. S Versión 24, de esta manera se realizaron tablas y gráficas que permitieron el análisis de los resultados de cada una de las respuestas.

5.4 Consideraciones éticas

Se explicó a las madres de la población infantil de un mes a dos años durante el control infantil la importancia de la investigación, se les informo sobre la confidencialidad de los

datos proporcionados, y se les pedirá colaboración para la respuesta a las interrogantes necesarias, a la vez se le solicito firmar el consentimiento informado.

6 RESULTADOS

6.1 Tabulación, análisis e interpretación de los resultados de la cedula de entrevista realizadas a las madres en estudio

Este apartado se divide en cuatro partes, la primera corresponde a las características sociodemográficas de la madre, la segunda correspondiente a las características sociodemográficas del niño, la tercera que corresponde al tipo de alimentación que recibe el niño y, por último, la cuarta parte que corresponde a los factores de riesgo del niño.

6.2 Características sociodemográficas de la madre: procedencia de la madre, edad materna, paridad de la madre, alfabetización, escolaridad materna, ocupación de la madre y estado familiar.

6.3 Características sociodemográficas del niño: género y edad del niño.

6.4 Tipo de alimentación del niño: lactancia materna, quien recomendó dar seno materno, tipo de leche que recibe el niño, edad de inicio de ablactación, tipo de alimentación que recibe el niño, razones para administrar formulas, medidas para una mayor producción de leche materna, conocimiento general sobre lactancia materna y consecuencias para un niño que no recibe seno materno

6.5 Factores de riesgo: enfermedades más frecuentes de las vías respiratorias, número de ocasiones que se ha enfermado el niño en un año, consultas durante el evento, ingresos, frecuencia, edad a la que fue ingresado y antecedentes familiares de mortalidad infantil por infecciones respiratorias agudas.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la madre

Variable	Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Procedencia	Urbana	61	40.7%
	Rural	89	59.3%
	Total	150	100%
Edad de la madre	< de 15 años	4	2.7%
	15-20 años	41	27.3%
	21-25 años	50	33.3%
	26-35 años	41	27.3%
	> de 35 años	14	9.3%
	Total	150	100%
Paridad	Primípara	67	44.7%
	Secundigesta	42	28.0%
	Múltipara	26	17.3%
	Gran múltipara	15	10.0%

	Total	150	100%
Sabe leer y escribir	Si	128	85.3%
	No	20	13.3%
	Sabe solo leer	2	1.3%
	Total	150	100%
Escolaridad	Primaria	47	31.3%
	Secundaria	44	29.3%
	Bachillerato	33	22.0%
	Técnico	3	2.0%
	Universitaria	9	6.0%
	Ninguno	14	9.3%
	Total	150	100%
Ocupación	Ama de casa	105	70.0%
	Trabajo formal	20	13.3%
	Trabajo informal	17	10.3%
	Estudiante	8	5.3%
	Total	150	100%
Estado familiar	Soltera	24	16.0%
	Acompañada	91	60.7%
	Casada	35	22.7%
	Viuda	1	0.7%
	Total	150	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: en la tabla anterior se observa que un 40.7% de las madres es de procedencia urbana y un 59.3% son de procedencia rural. En cuanto a la edad de la madre se refleja que la mayoría de las madres ronda entre los 21 y 25 años con un 33.3%, seguido por los grupos de 15 a 20 años y de 26 a 35 años ambos con el 27.3%, el 9.3% son madres mayores de 35 años y el 2.7% son madres menores de 15 años. Referente a la paridad de la madre se puede observar que un 44.7% son madres primíparas, un 28% son secundigestas, seguido de un 17.3% que corresponde a madres múltiparas y un pequeño porcentaje de gran múltiparas, con un 10%. Se encuentra, además, que un 85.3% de las madres saben leer y escribir, el 13.3% que no sabe leer ni escribir y un 1.3% solo sabe leer. Se observa que la escolaridad de un 31.3% de las madres es educación primaria, seguido por un 29.3% de madres que cursaron hasta educación secundaria, un 22% cursaron bachillerato, un 6% de educación superior, un pequeño porcentaje cuenta con un técnico en un 2% y un 9.3% que no cuenta con ningún grado de escolaridad. La ocupación de las madres es en un 70% ama de casa, 13.3 % poseen trabajo formal, 11.3% posee trabajo informal y un 5.3% se encuentran estudiando. La mayoría de las madres se encuentran acompañadas con un 60.7%, seguido de madres casadas en un 22.7%, mientras que las madres solteras representan un 16% de la población total y un pequeño porcentaje de 0.7% son madres viudas.

Interpretación: se determinó que la mayoría de las madres son de procedencia rural y eso podría representar dificultad al acceso de los servicios de salud y a la información ya que el camino hacia el centro de salud puede estar en pésimas condiciones que

dificultan la llegada de los pacientes sobre todo en época de invierno, otro aspecto a tomar en cuenta es la lejanía que puede existir hacia el servicio de salud y en la cual se tenga que pagar medio de transporte para ir a consultar y la madre y la madre no puede tener dinero para hacerlo. Se observó además que más de la mitad de las madres participantes se encuentran en la edad adecuada para procrear y probablemente tienen experiencia con el amamantamiento de algún hijo. Un buen grupo de madres son adolescentes que generalmente no tienen la experiencia ni el conocimiento apropiado de como alimentar a un niño y son influenciadas adecuadamente o no por otras personas para hacerlo en este caso es la persona que le ayuda con el niño, como la abuela o la suegra. Una minoría de mujeres mayores de 35 años ya tienen muy probablemente la experiencia con la alimentación de su hijo. Se observa que la mayoría de las madres son primíparas que posiblemente no cuentan con el conocimiento suficiente para dar seno materno de forma correcta y expone al lactante a problemas de alimentación, como el uso de fórmulas mal preparadas, otro grupo importante fue el de las madres secundigestas que cuentan con la experiencia de un primer hijo en cuanto a cuidado y alimentación, seguido de las madres múltiparas.

La mayoría de las madres están alfabetizadas lo que le facilita el acceso a la información fuera de los establecimientos de salud y la toma de decisiones favorables tanto para ellas como para sus hijos, mientras que un pequeño porcentaje no sabe leer ni escribir que dificulta un poco más la comprensión de material de promoción de la lactancia materna y las madres que solo saben leer posiblemente debido a deserción escolar en los primeros años son la minoría. La mayoría de las madres curso la primaria y no continuo su preparación académica por alguno de los motivos como no tener quien le ayudara económicamente, tenía que trabajar para ajustar al hogar, salió embarazada o deserto de la escuela por problemas sociales o delincuencia. Otro grupo de madres llevo a cursar la secundaria, pero posiblemente por las mismas causas expuestas anteriormente no continuaron estudiando. Un pequeño porcentaje de madres logro estudiar hasta el bachillerato porque tal vez ya no tuvo el apoyo de la familia, se acompañó o caso; o por trabajar y no haber un lugar para continuar sus estudios superiores.

Un grupo de madres logro sacar un técnico probablemente porque ya tenían una fuente de ingresos o continuaba teniendo el apoyo familiar. Solo un pequeño porcentaje de las madres tuvo acceso a la universidad probablemente por los motivos ya mencionados en el porcentaje anterior. La mayoría de madres se dedican a los cuidados del hogar y de los lactantes lo que beneficia la lactancia materna exclusiva a sus hijos debido a que poseen el tiempo suficiente para la alimentación necesaria y así obtener desarrollo óptimo del niño, mientras que una parte poseen trabajo formal e informal lo que puede generar una desventaja para la alimentación en los niños ya que en el área de trabajo se carece de un espacio donde las madres puedan acudir para brindar seno materno. Podemos notar que la mayoría de madres se encuentran en estado de unión libre, lo cual no brinda seguridad legal ni económica en caso de separación, seguido por madres en unión legal, lo que les brinda más estabilidad social, económica y legal. Un grupo considerable de las madres se encuentran solteras lo que predispone a vulneraciones constantes de los derechos de los niños, por ejemplo: a la lactancia materna y a la salud esto porque frecuentemente las madres deben delegar cuidados y

atenciones del menor para buscar una fuente de ingresos que puedan cubrir las necesidades del hogar y únicamente una madre se encuentra viuda.

Tabla 4. Características sociodemográficas del niño

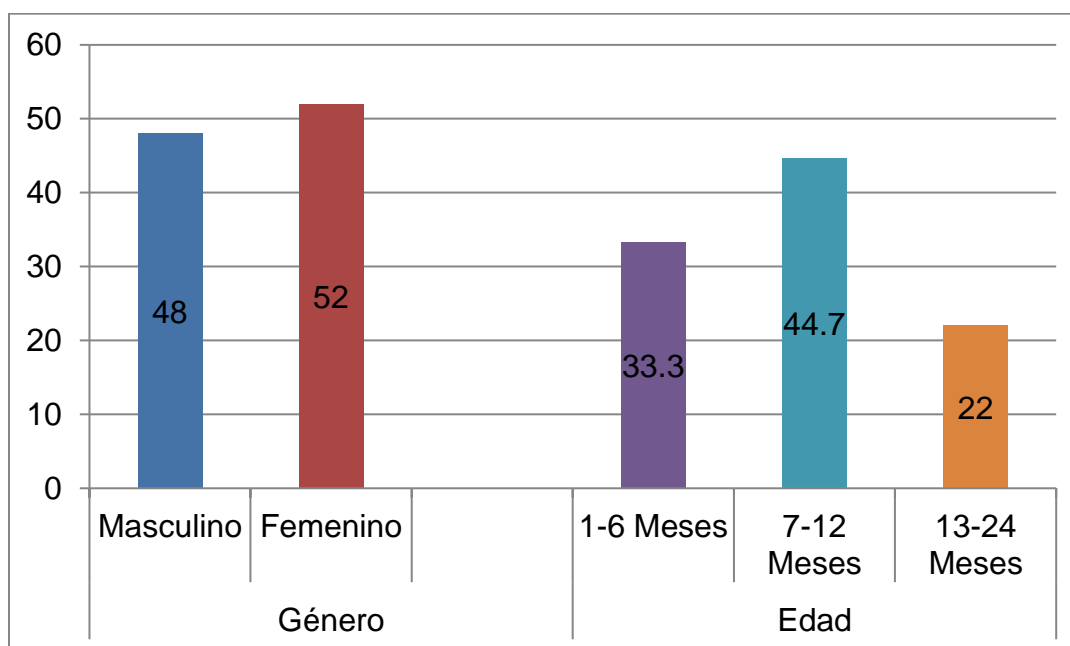
Variable	Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	72	48.0%
	Femenino	78	52.0%
	Total	150	100%
Edad	1-6 Meses	50	33.3%
	7-12 Meses	67	44.7%
	13-24 Meses	33	22.0%
	Total	150	100%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se observa que el 48% de los lactantes son masculinos y el 52% son femeninos, además el 33.3% de los niños tiene de 1- 6 meses de edad, 44.7% de 7 a 12 meses y el 22% representan infantes de 13 a 24 meses.

Interpretación: Se observa que la mayor parte de lactantes en estudio son femeninos y una minoría son del género masculino. Un periodo bastante importante en los niños es la edad de 1-6 meses ya que constituye un grupo vulnerable para adolecer infecciones por lo que es importante una alimentación adecuada que les proporcione nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo. Lo que se puede observar que el grupo predominante es de 7-12 meses, seguido de lactantes de 1-6 meses de edad y en menor porcentaje de 13-24 meses.

Gráfico 1. Características sociodemográficas del niño



Fuente: tabla 4

Tabla 5. ¿Usted está dando de mamar?

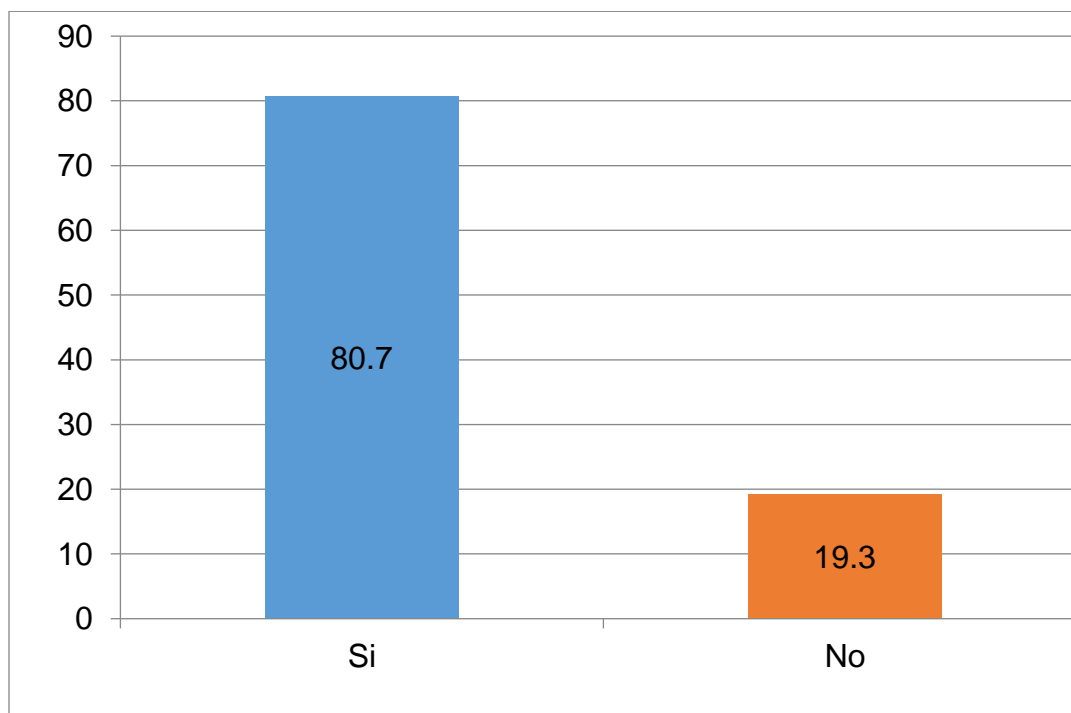
Usted está dando de mamar	Frecuencia	Porcentaje
Si	121	80.7%
No	29	19.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se refleja que el 80.7% de las madres dan seno materno a sus hijos, mientras un 19.3% no da lactancia materna a sus hijos.

Interpretación: La mayoría de las madres de los lactantes en estudio dan seno materno a sus hijos, ya sea de forma exclusiva, predominante o complementaria proporcionando de esta manera alimentación adecuada según el grupo de edad. Un pequeño grupo de madres no dan lactancia materna a sus hijos, probablemente por problemas de técnica, falta de información sobre los beneficios de esta, enfermedades infecto-contagiosas, adicciones y condiciones laborales poco favorables.

Gráfico 2. ¿Usted está dando de mamar?



Fuente: Tabla 5

Tabla 6. En caso de estar amamantando ¿Quién le recomendó dar seno materno a su hijo?

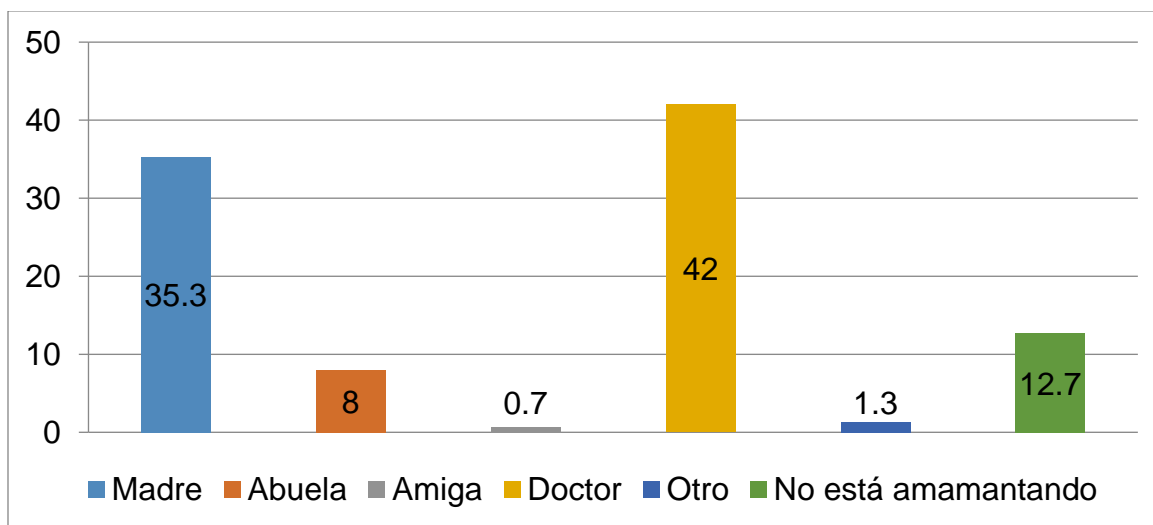
¿Quién le recomendó dar seno materno a su hijo?	Frecuencia	Porcentaje
Madre	53	35.3%
Abuela	12	8.0%
Amiga	1	0.7%
Doctor	63	42.0%
Otro	2	1.3%
No está amamantando	19	12.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio.

Análisis: En la tabla anterior se observa las madres recibieron recomendaciones de dar seno materno el 35.3% por la mamá, el 8% por la abuela, el 0.7% le recomendó su amiga, el 42% por el doctor, 1.3% por otros y el 12.7% son madres que manifiestan no estar amamantando a sus hijos.

Interpretación: En una mayoría las madres han recibido información por parte del personal de salud que en mayor proporción es el médico, lo que permite observar el desarrollo de la promoción y educación sobre lactancia materna asegurando que esta información sea adecuada, un porcentaje ha sido recomendado por la mamá y abuela lo que incide en que la información que se da no es adecuada y no pueda resolver dudas que la madre pueda tener al momento de amamantar y de esta forma decida no hacerlo.

Gráfico 3. En caso de estar amamantando ¿Quién le recomendó dar seno materno a su hijo?



Fuente: Tabla 6

Tabla 7. ¿Qué tipo de leche le da a su hijo?

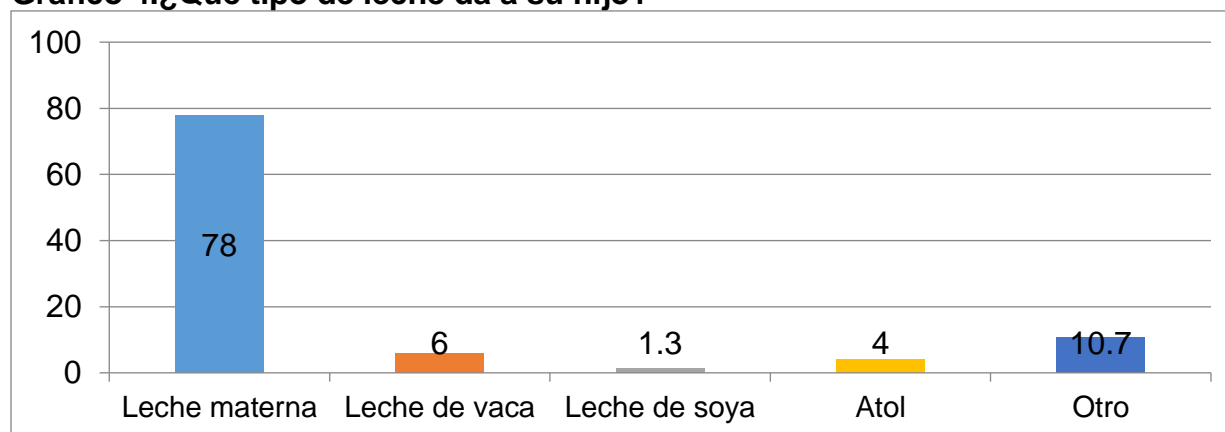
¿Qué tipo de leche da a su hijo?	Frecuencia	Porcentaje
Leche materna	117	78.0%
Leche de vaca	9	6.0%
Leche de soya	2	1.3%
Atol	6	4.0%
Otro	16	10.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se puede observar que el 78% de las madres de familia brindan lactancia materna ya sea exclusiva o complementaria mientras que un 6% de estas alimentan a los menores con leche de vaca, un 1.3% usan productos lácteos a base de soya, el 4% de las madres brindan atoles y un 10.7% alimenta a base de otros productos lácteos.

Interpretación: Se puede concluir que la mayoría de los lactantes en estudio reciben lactancia materna en las diferentes etapas de crecimiento con lo cual se brinda protección nutricional e inmunológica a través de los innumerables beneficios que esta proporciona, seguida por un pequeño grupo el cual es alimentado a base de otros alimentos en los que se mencionan fórmulas lácteas que se elaboran y recomiendan según edad y leches enteras de diferentes marcas comerciales y costos bajos, un grupo de madres refirió brindar leche derivada directamente de la vaca la cual predispone a infecciones gastrointestinales por no contar con procesos de extracción y pasteurización adecuado, mientras que otro grupo refirió alimentar a base de atoles caseros y leches vegetales ya que estos tienen costos bajos y buena aceptación gastrointestinal por parte de los lactantes.

Gráfico 4. ¿Qué tipo de leche da a su hijo?



Fuente: Tabla 7

Tabla 8. ¿Qué tipo de alimentación recibe su hijo?

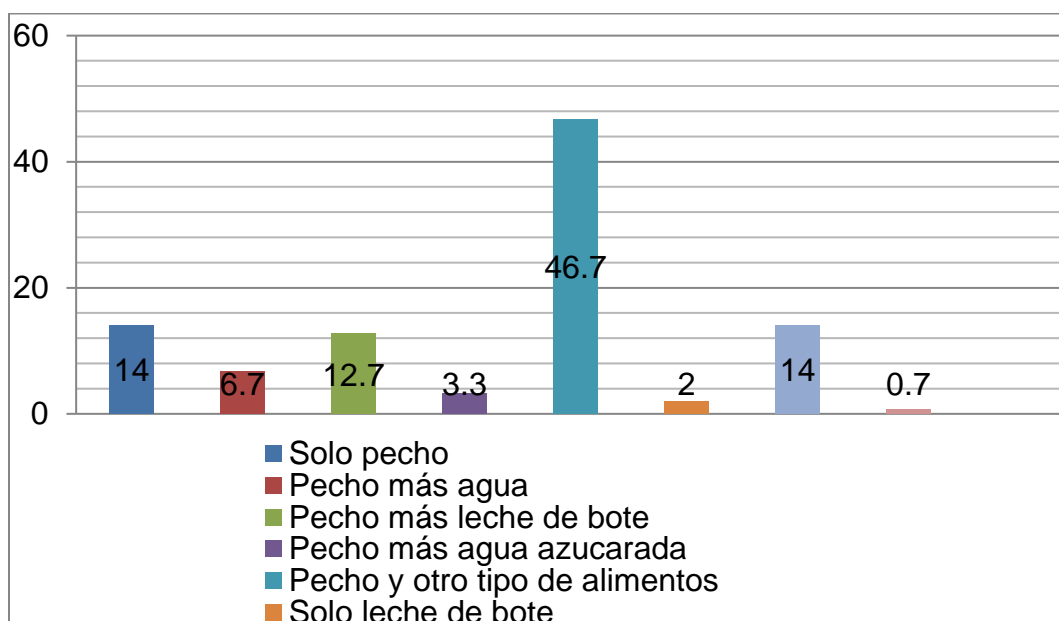
¿Qué tipo de alimentación recibe su hijo?	Frecuencia	Porcentaje
Solo pecho	21	14.0%
Pecho más agua	10	6.7%
Pecho más leche de bote	19	12.7%
Pecho más agua azucarada	5	3.3%
Pecho y otro tipo de alimentos	70	46.7%
Solo leche de bote	3	2.0%
Leche de bote y otro tipo de alimentos	21	14.0%
Otros	1	0.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior podemos observar que el 46.7% de las madres de familia brindan lactancia materna complementaria mientras que el 14% de estas alimenta a base de lactancia exclusiva, otro 14% de estas alimenta a base de leche de bote y otros tipos de alimentos, un 12.7% es alimentado con pecho más leche de bote, un 6.7% con pecho más agua, un 3.3% con pecho más agua azucarada y un pequeño 2% es alimentado exclusivamente con leche de bote.

Interpretación: Se interpreta que la mayoría de las madres de familia brindan lactancia materna la cual complementan con otro tipo de alimentación como pastas, sopas, purés ya sea verduras o frutas teniendo como principal factor la edad de ablactación del lactante, un grupo de madres se encuentra alimentando exclusivamente al seno materno gozando de esta manera múltiples beneficios ya que esta no representa costo económico a la familia y mejorando de esta manera la maduración gastrointestinal ya que es adaptada según edad y necesidad del lactante, otro grupo considerable de madres retiro la lactancia materna por fórmulas lácteas y otros alimentos alegando rechazo de los menores al seno materno o por situaciones laborales, un pequeño porcentaje afirma no proporcionar la suficiente cantidad de leche para satisfacer la necesidad del menor por lo que complementan con otro tipo de productos lácteos, un grupo menor menciona brindar agua sola o azucarada desde los primeros meses de edad factor derivado del poco conocimiento de las mismas sobre la alimentación ideal de los menores de edad.

Gráfico 5. ¿Qué tipo de alimentación recibe su hijo?



Fuente: tabla 8.

Tabla 9. ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?

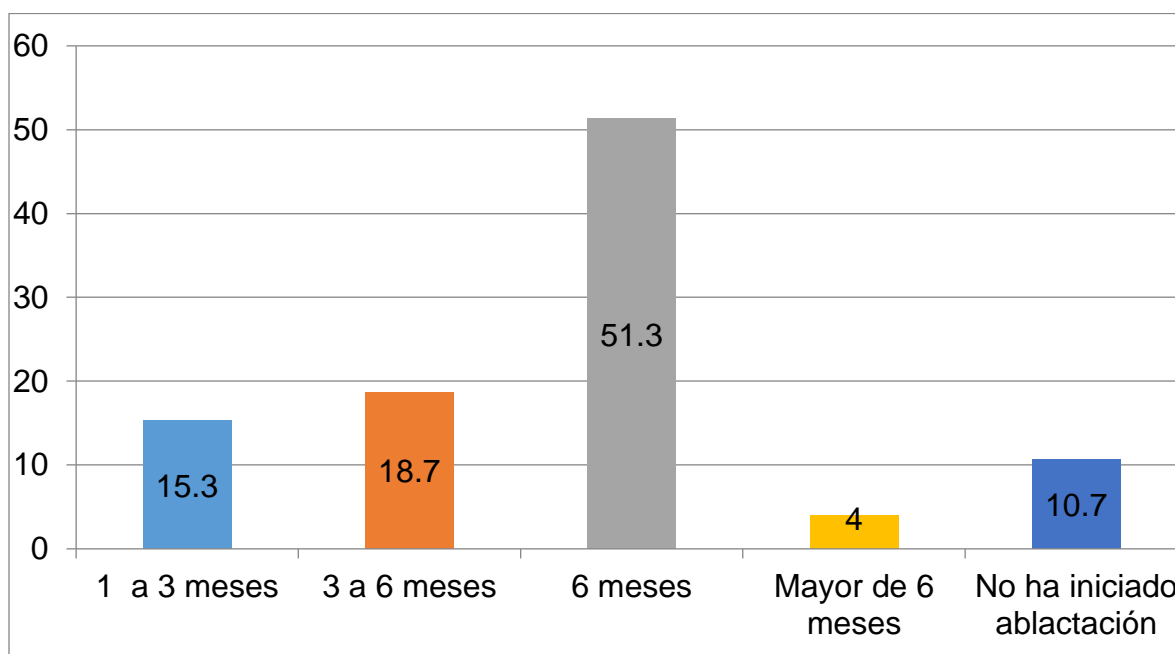
¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 meses	23	15.3%
3 a 6 meses	28	18.7%
6 meses	77	51.3%
Mayor de 6 meses	6	4.0%
No ha iniciado ablactación	16	10.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se observa que la edad que comenzaron las madres a dar alimentos es del 15.3% de 1-3 meses, el 18.7% de 3-6 meses, el 51.3% de 6 meses, un 4% mayor de 6 meses y un porcentaje del 10.7% de madres no han iniciado ablactación a sus hijos.

Interpretación: La Organización Mundial de la Salud recomienda que los niños deban recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. A partir de entonces, a fin de satisfacer la evolución de sus necesidades nutricionales, deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados donde se observa que la mayoría de madres tienen conocimiento del inicio de la ablactación mientras que un porcentaje inicio a dar otros alimentos en edad de 1 a menos de 6 meses que probablemente sean madres que han recibido información inapropiada ya sea por parte de familiares y el acceso a datos erróneos.

Gráfico 6. ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?



Fuente: Tabla 9

Tabla 10. ¿Cuál es el motivo para dar leche de bote a un niño?

¿Cuál es el motivo para dar leche de bote a un niño?	Frecuencia	Porcentaje
Porque llora mucho el niño	11	7.3%
No sube de peso	13	8.7%
No se llena con el pecho	58	38.7%
Madre trabaja	66	44.0%
Otra	2	1.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se observa que el motivo que las madres consideran para dar leche de bote a un niño es porque la madre trabaja con un 44%, en un 38.7% porque el niño no se llena con el pecho, un 7.3% de las madres encuestadas consideran que el motivo es porque el niño llora mucho, un 8.7% asegura que el motivo es porque no hay ganancia de peso y otros que representa el 1.3%.

Interpretación: La mayoría de las madres consideran que la razón más frecuente por la que se administran formulas es por razones laborales, ya que en sus trabajos no hay horarios para poder amamantar a sus hijos, además de la distancia de su trabajo al hogar. Otro motivo que las madres consideran tienen que ver con la saciedad del lactante, madres refieren que en algunas ocasiones no se produce la cantidad adecuada para alimentarlos adecuadamente. Otras razones como una ganancia inadecuada de peso e irritabilidad del lactante fueron consideradas en pequeños

porcentajes. En otros casos no producía suficiente leche materna esto debido a la creencia popular de que durante el puerperio la madre debe alimentarse de chocolate y quesos curados, en lugar de tener una dieta adecuada, además de variaciones anatómicas de la glándula mamaria como pezón invertido o poco desarrollado.

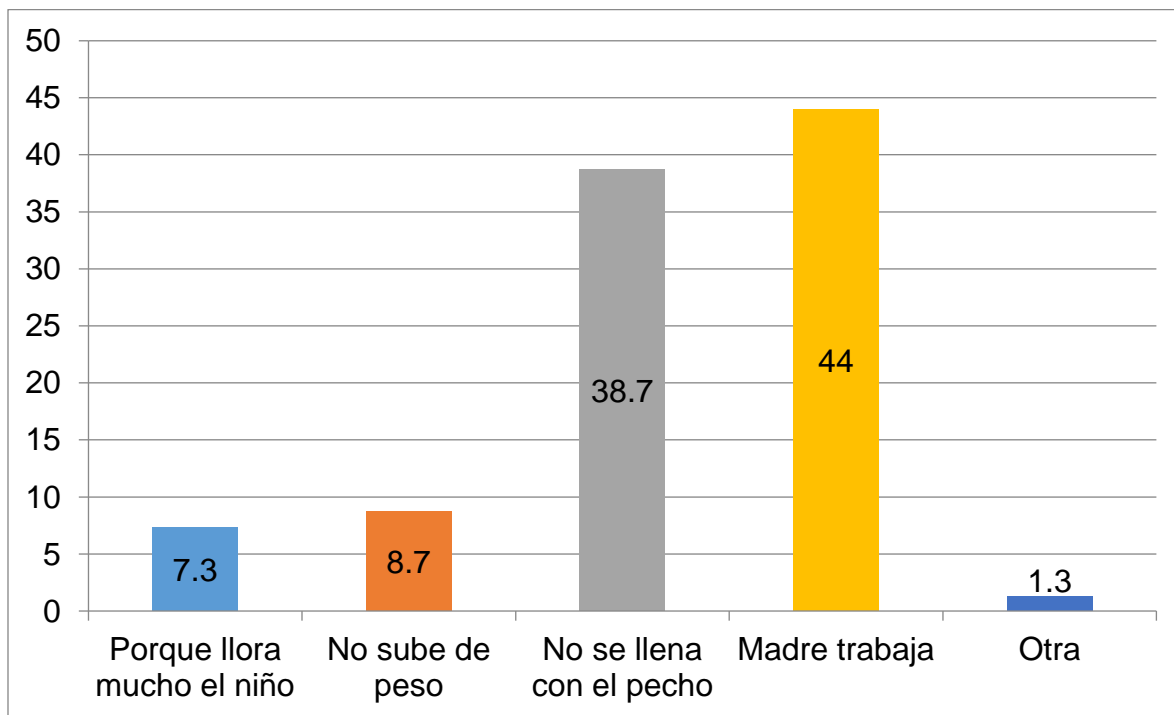
Los motivos para dar fórmula son variados y muchos de ellos se deben a la falta de información adecuada de la madre o por influencia de creencias y costumbres y entre los más frecuentes está el hecho más importante que la madre trabaja y no tiene en su lugar de trabajo un área para poder extraer la leche materna (lactancia) o una guardería, sin embargo, si la madre se extrae frecuentemente su leche va a mantener la producción.

Otro de los motivos es que no se llena con el pecho y esto es debido a que la madre da al bebe solo la leche de inicio de la mamada que sirve para quitar la sed y no deja que tome la del final que tiene mayor cantidad de grasa y quita el hambre.

El llanto no es sinónimo de hambre, pero la madre lo suele interpretar de esa manera cuando el niño puede llorar por múltiples causas.

El niño que no sube de peso puede ser por que toma solo leche de inicio de la mamada, le dan agua, tienen alguna infección asintomática como una infección de vías urinarias que no le permite ganar peso.

Gráfico 7. ¿Cuál es el motivo para dar leche de bote a un niño?



Fuente: tabla 10

Tabla 11. ¿Qué cree que necesita para que el pecho produzca más leche?

¿Qué cree que necesita para que el pecho produzca más leche?	Frecuencia	Porcentaje
Tomar abundante líquido	30	20.0%
Tomar chocolate	21	14.0%
Dar de mamar cada vez que el niño o niña pida *	38	25.3%
Tener una buena alimentación	61	40.7%
Total	150	100.0%

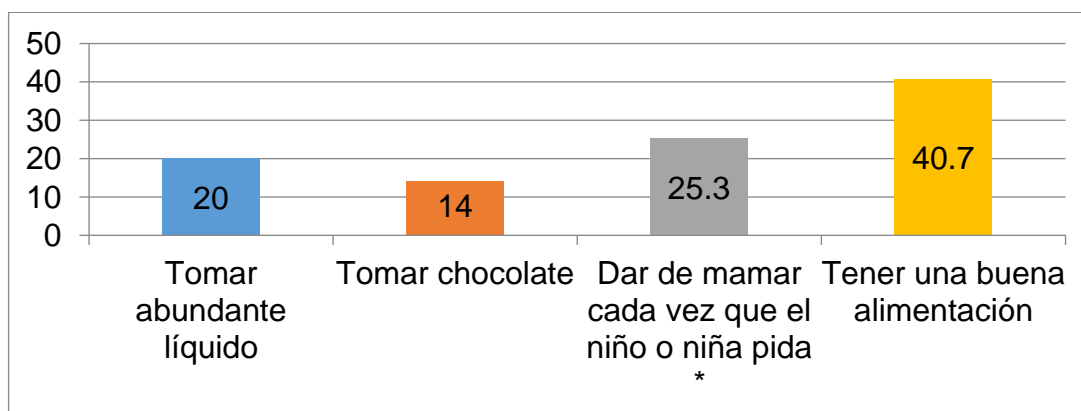
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

*Respuesta Correcta

Análisis: En la tabla se refleja que un 40.7% de las madres creen que tener una buena alimentación es lo que el seno necesita para producir más leche, mientras que un 25.3% cree que el factor más importante es dar de mamar frecuentemente, un 20% que tomar abundante líquido y un menor porcentaje del 14% opina que tomar chocolate.

Interpretación: La succión frecuente del seno materno es lo que hace que se produzca leche materna, ya que el niño al succionar el pecho produce un impulso nervioso a través de los nervios intercostales que va a llegar al cerebro donde este órgano enviara una señal al hipotálamo para que libere factores hormonales que van a ir a estimular a la hipófisis posterior y anterior donde se liberara oxitocina y prolactina. La prolactina que va a ir actuar a nivel de los alveolos mamarios para que se produzca la leche, mientras que la oxitocina actúa en las células que rodean el alveolo mamario para poder eyectar la leche (es decir para que pueda salir). El tomar líquidos hará que la madre se hidrate, pero no producirá leche porque carece de la estimulación del pecho, lo mismo sucede con el chocolate el cual ayuda a mejorar la producción, pero esta será ineficaz si no se pone a succionar el bebé. La buena alimentación produce mayor cantidad de grasa y proteínas en la leche, pero no aumenta la producción por falta de succión.

Gráfico 8. ¿Qué cree que necesita para que el pecho produzca más leche?



Fuente: tabla 11

Tabla 12.¿Ha recibido información sobre lactancia materna?

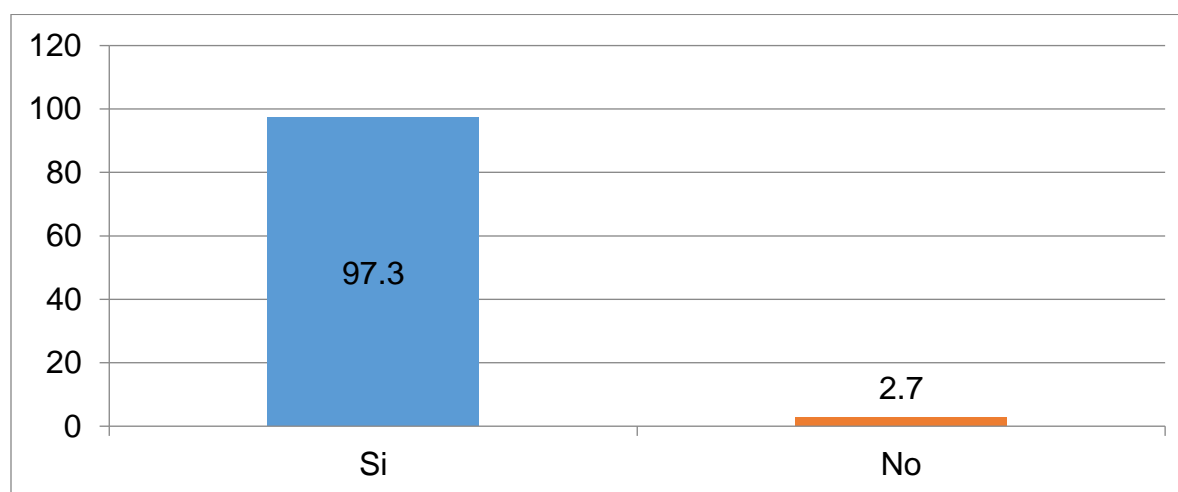
¿Ha recibido información sobre lactancia materna?	Frecuencia	Porcentaje
Si	146	97.3%
No	4	2.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: Se observa en la tabla anterior que las madres han recibido información sobre lactancia materna en un 97.3% y el 2.7% no han recibido información.

Interpretación: Se puede analizar que la mayoría de madres han recibido información sobre lactancia materna probablemente mediante los servicios de salud y una minoría no tiene conocimiento de lactancia materna debido a la actitud negativa por parte de las madres en el cuidado adecuado de sus hijos.

Gráfico 9.¿Ha recibido información sobre lactancia materna?



Fuente: Tabla 12

Tabla 13.¿De quién recibió información sobre lactancia materna?

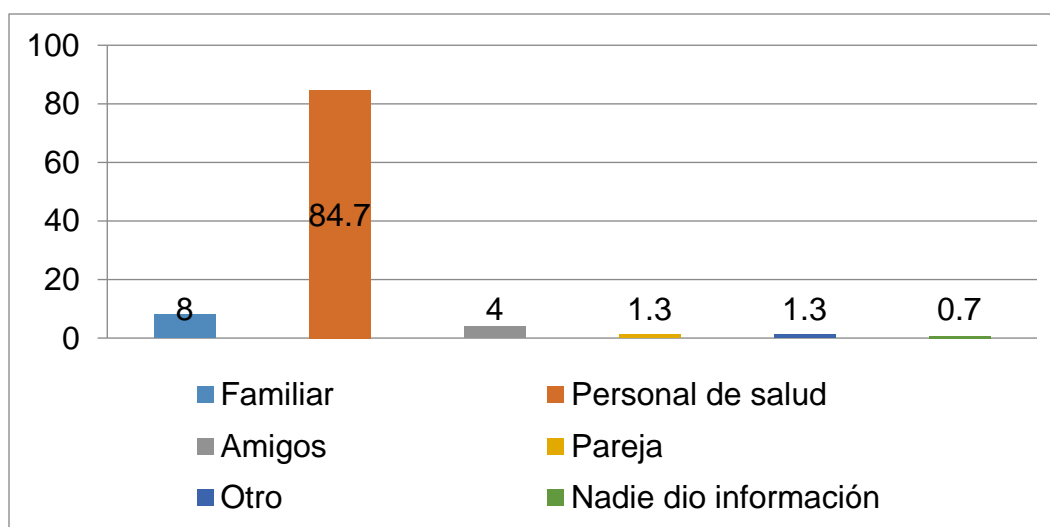
¿De quién recibió información sobre lactancia materna?	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	12	8.0%
Personal de salud	127	84.7%
Amigos	6	4.0%
Pareja	2	1.3%
Otro	2	1.3%
Nadie dio información	1	0.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: Se puede observar en la tabla anterior la fuente de información sobre lactancia materna a las madres donde el 8% ha sido el familiar, el 84.7% por parte del personal de salud, el 4% la fuente de información han sido amigos, pareja y otros el 1.3% y el 0.7% de madres no han recibido información.

Interpretación: Promocionar la lactancia materna desde todos los ámbitos asistenciales favorece mejores resultados en cuanto a la salud y desarrollo adecuado del infante por lo que se observa que el personal de salud se encuentra promoviendo en la mayoría de madres la información adecuada y una minoría han recibido información por otras fuentes que probablemente sea errónea y no solvente dudas o problemas que las madres puedan tener y de esta forma perjudicar la alimentación adecuada para su hijo.

Gráfico 10. ¿De quién recibió información sobre lactancia materna?



Fuente: Tabla 13

Tabla 14. ¿Cuál cree que es la consecuencia de no dar pecho al niño pequeño?

¿Cuál cree que es la consecuencia de no dar pecho al niño pequeño?	Frecuencia	Porcentaje
Se malnutren	6	4.0%
Se enferma mas	41	27.3%
Puede presentar alergia	8	5.3%
Todas las anteriores *	90	60.0%
Ninguno	5	3.3%
Total	150	100.0%

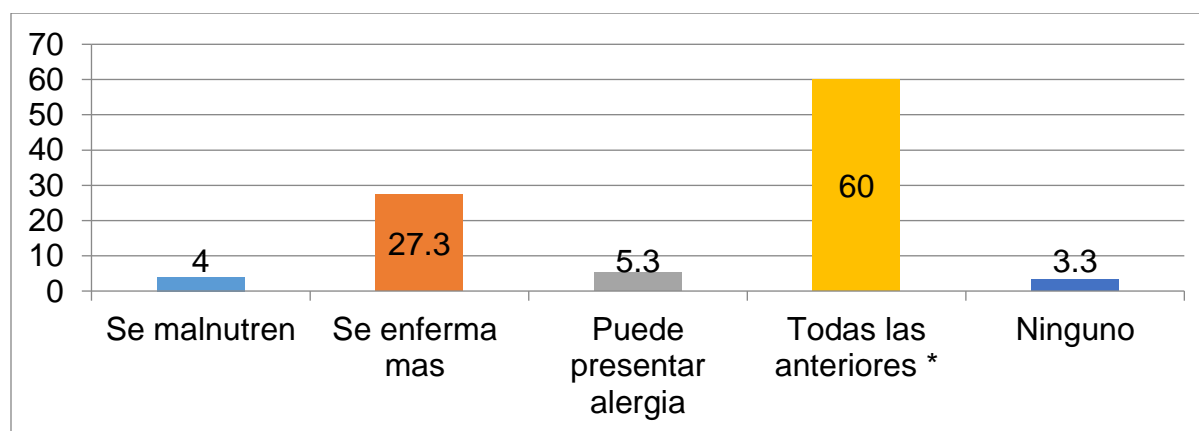
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

*Respuesta Correcta

Análisis: En la tabla anterior se puede evidenciar que la mayoría de madres correspondiente al 60% tienen conocimiento de las consecuencias de no alimentar al seno materno como factor causal de malnutrición, alergias y recurrencia de algún tipo de enfermedad, mientras que 27.3% considera no dar lactancia solamente predispone a padecer algún tipo de enfermedad, el 5.3% que pueden presentar algún tipo de alergia, 4% se mal nutren y solo un 3.3% considera que no se presenta ninguna complicación a la salud que se relacione con lactancia materna.

Interpretación: La educación y promoción de la lactancia materna por parte del personal de salud y organizaciones nacionales e internacionales han garantizado el conocimiento a la mayoría de madres sobre los efectos negativos que se presentan a la salud de los menores de dos años de edad cuando se niega el beneficio de la alimentación al seno materno, siendo un grupo menor de las madres que no conocen las complicaciones potenciales de alimentar con otros productos lácteos. La mala nutrición (como sobrepeso/obesidad y desnutrición) son causas importantes de no amamantar y que conllevan un grave problema de salud.

Gráfico 11. ¿Cuál cree que es la consecuencia de no dar pecho al niño pequeño?



Fuente: Tabla 14

Tabla 15. Podría decir a qué edad se le debe de comenzar a darle comida a un niño?

Edad se le debe comenzar a dar comida a un niño	Frecuencia	Porcentaje
3 Meses	3	2.0%
4 Meses	9	6.0%
5 Meses	12	8.0%
6 Meses *	124	82.7%
Otro	2	1.3%
Total	150	100.0%

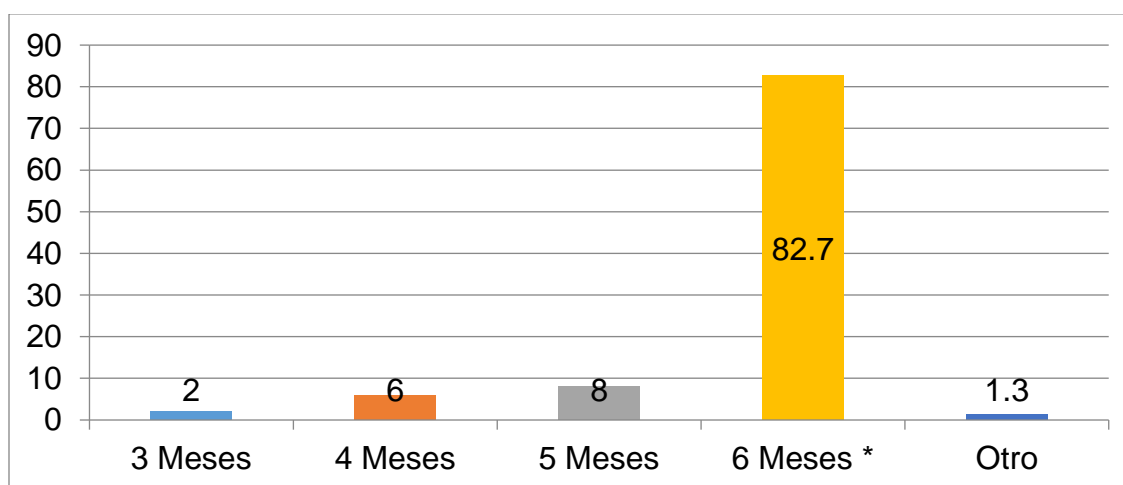
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

*Respuesta Correcta

Análisis: En la tabla anterior se puede observar que el 82.7% de las madres de familia reconocen como la edad recomendada para la ablactación 6 meses, seguido de un 8% que indica que la edad recomendada para la introducción de otros alimentos es a los 5 meses, el 6% considera que se debe de iniciar a los 4 meses, un 2% a los 3 meses y un 1.3% en otras edades.

Interpretación: La Organización Mundial de la Salud recomienda la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de vida ya que a esta edad hay madurez del sistema digestivo, el desarrollo motor le permite al niño además de mantener la cabeza, ya se sienta, ya tiene cantidad de enzimas digestivas y ya hay mejor coordinación entre la succión y deglución; si la alimentación complementaria se inicia antes de los 6 meses puede provocar diarrea, sobrepeso u obesidad, alergias entre los problemas más frecuentes; y si se inicia la ablactación muy tardíamente la desnutrición se va a presentar al igual que la anemia, además el niño va a presentar problemas como no querer alimentos que tengan otra consistencia.

Gráfico 12. Podría decir a qué edad se le debe de comenzar a darle comida a un niño?



Fuente: Tabla 15

Tabla 16. ¿Sabe a qué edad se le debe dar agua al niño?

¿Sabe a qué edad se le debe dar agua al niño?	Frecuencia	Porcentaje
Desde que nace	11	7.3%
Al mes	15	10.0%
3 Meses	36	24.0%
6 Meses *	88	58.7%
Total	150	100.0%

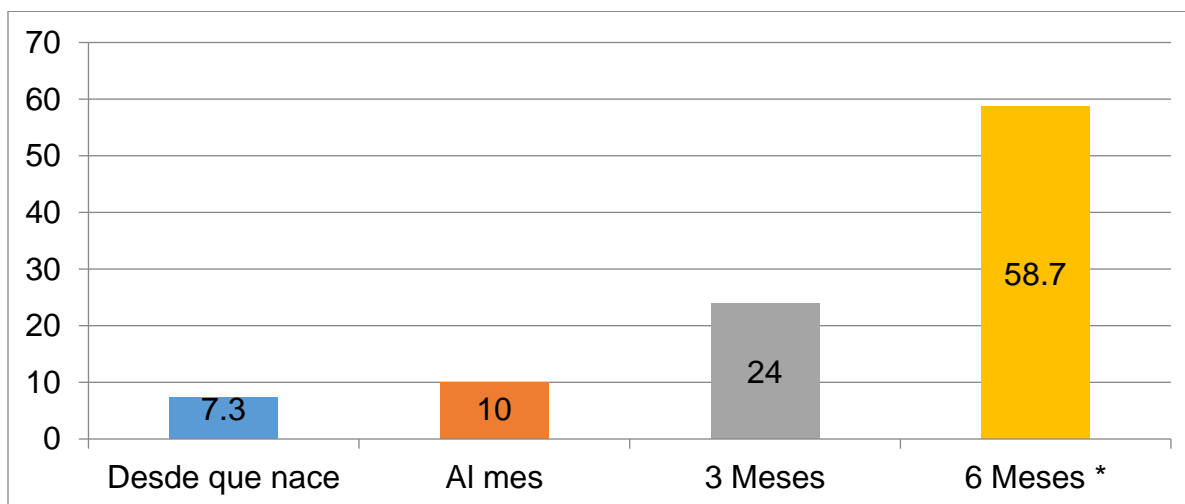
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

*Respuesta Correcta

Análisis: En la tabla anterior se puede observar que el 58.7% de las madres consideran que la edad recomendada para ingerir agua en el lactante corresponde a los 6 meses de edad, el 24% considera que la edad ideal es a los 3 meses de edad, un 10% al mes de edad y un 7.3% que debe iniciar la administración de agua desde el momento del nacimiento.

Interpretación: La OMS recomienda la alimentación al seno materno exclusivo hasta los 6 meses de edad con lo que se busca garantizar el fortalecimiento y desarrollo nutricional. La leche materna en un 85% es agua lo que le calma la sed por lo cual debe de darse a partir de los 6 meses junto al inicio de la alimentación complementaria.

Gráfico 13. ¿Sabe a qué edad se le debe dar agua al niño?



Fuente: Tabla 16

Tabla 17. ¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?

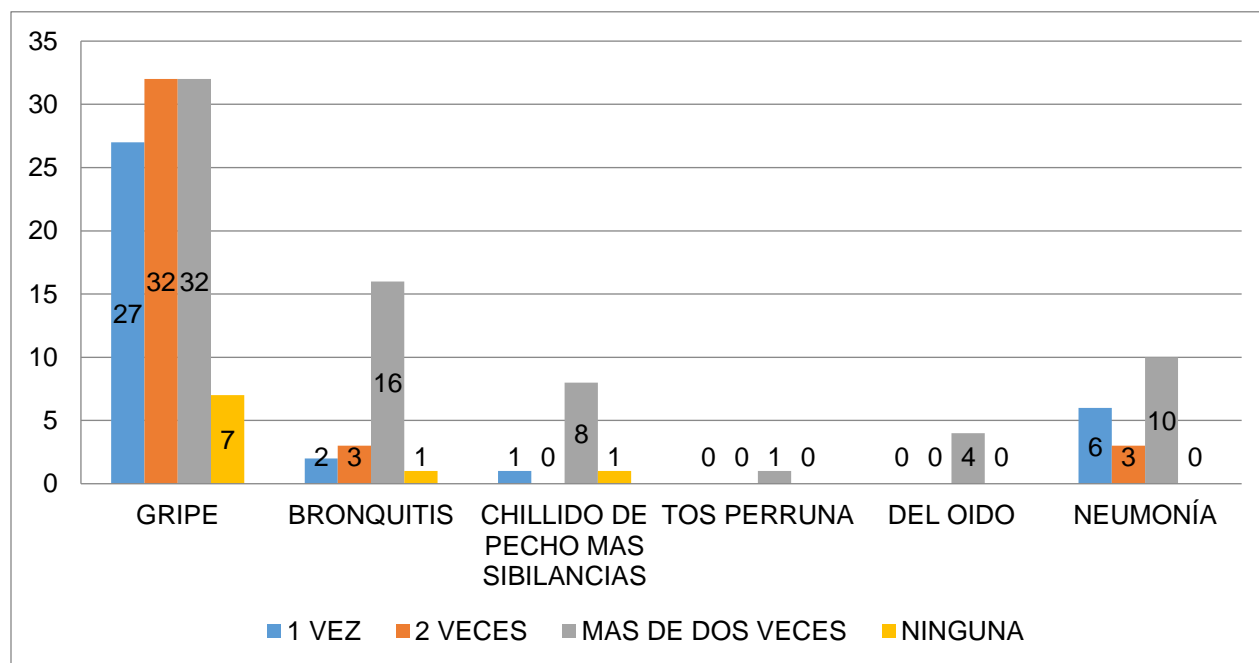
		Se ha enfermado su hijo alguna vez de					
		Gripe	Bronquitis	Chillido de pecho más sibilancias	Tos perruna	Del oído	Neumonía
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?	1 Vez	27	2	1	0	0	6
	2 Veces	32	3	0	0	0	3
	Más de dos veces	32	16	8	1	4	10
	Ninguna	7	1	1	0	0	0

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior observamos que las enfermedades gripales encabezan como cuadro clínico prevalente en la lactancia habiéndose presentado en la mayoría de lactantes en estudio y teniendo múltiples recurrencias del mismo, seguido por bronquitis que se presentan en un grupo menor y cuyas recurrencias son poco frecuentes, las sibilancias en los lactantes se presentaron en un grupo más reducido siendo estas un hallazgo infrecuente en los mismo, la tos perruna se encontró en un escaso grupo siendo esta la patología respiratoria menos frecuente como causa de consulta, las enfermedades del oído tienen una presencia limitada y en este grupo de edad se encontró concomitante con otro cuadro respiratorio, la neumonías se mantienen como una causa poco frecuente de los cuadros clínicos respiratorios que se presentan en los primeros dos años de vida.

Interpretación: Las enfermedades gripales se presenta con más frecuencia durante los primeros meses de vida siendo esta la principal causa de consulta en los diferentes establecimientos de salud en estudios, el mismo cuadro clínico persiste y prevalece en este grupo de edad pueden depender factores causales como alimentación inadecuada, cambios climáticos, factores económicos, culturales, sociales e inmunológicos propios del lactante, la bronquitis, sibilancias y neumonías se encontraron como causa secundaria a infecciones respiratorias altas en las que se puede mencionar el mal apego a las dosificaciones y horarios de administración de medicamento por los padres de familia, consultas tardías, factores nutricionales e inmunológicos inadecuados, poca respuesta a los antibióticos administrados.

Gráfico 14. ¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?



Fuente: tabla 17

Tabla 18. ¿Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas?

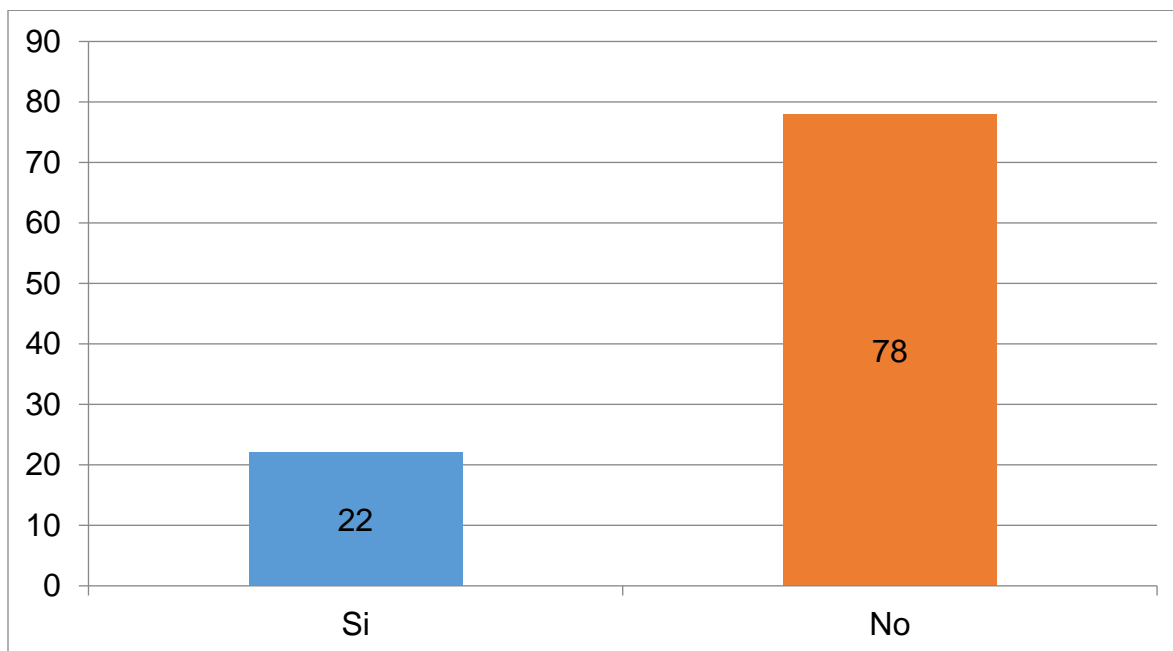
Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	22.0%
No	117	78.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se observa que un 22% de niños han sido ingresados por infecciones respiratorias agudas y un 78% no ha sido ingresado.

Interpretación: Los niños pueden presentar de manera frecuente infecciones respiratorias sobretodo en el periodo de lactante donde predomina el factor etiológico viral, estas infecciones suponen una de las causas más frecuentes de hospitalización, originando numerosas consultas médicas tanto a nivel de Atención Primaria como de los servicios de urgencias hospitalarios por tanto una minoría de lactantes han sido ingresados y la mayoría no ha sido hospitalizado debido a que no acuden a los servicios de salud por utilizar medicación dada por los padres y remedios caseros.

Gráfico 15. ¿Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas?



Fuente: tabla 18

Tabla 19. ¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?

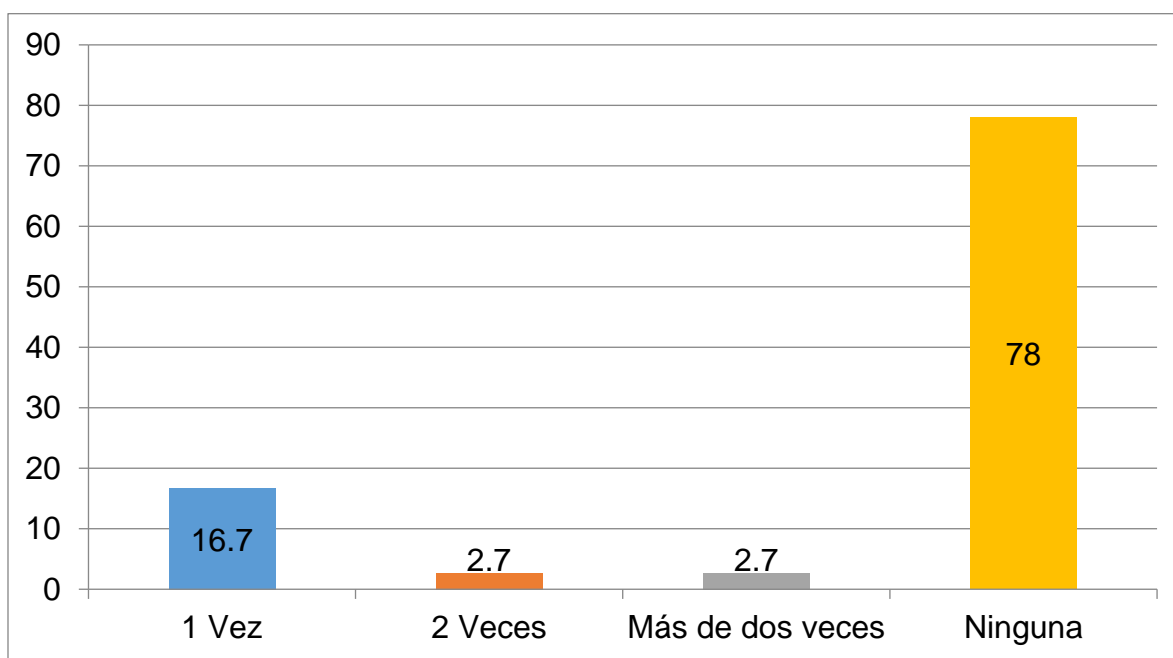
¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?	Frecuencia	Porcentaje
1 Vez	25	16.7%
2 Veces	4	2.7%
Más de dos veces	4	2.7%
Ninguna	117	78.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: Se observa en la tabla anterior la frecuencia de ingresos de los niños por infecciones respiratorias donde el 16.7% ha sido hospitalizado 1 vez, el 2.7% representa 2 veces, 2.7% más de dos veces y el 78% de niños no han sido hospitalizados.

Interpretación: A pesar de la incidencia de las infecciones respiratorias en el periodo de lactante se observa que un gran porcentaje ninguna vez han sido hospitalizados y una minoría si debido a la poca recurrencia a los servicios de salud cuando las afecciones se presentan.

Gráfico 16. ¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?



Fuente: tabla 19

Tabla 20. ¿A qué edad fue ingresado e niño?

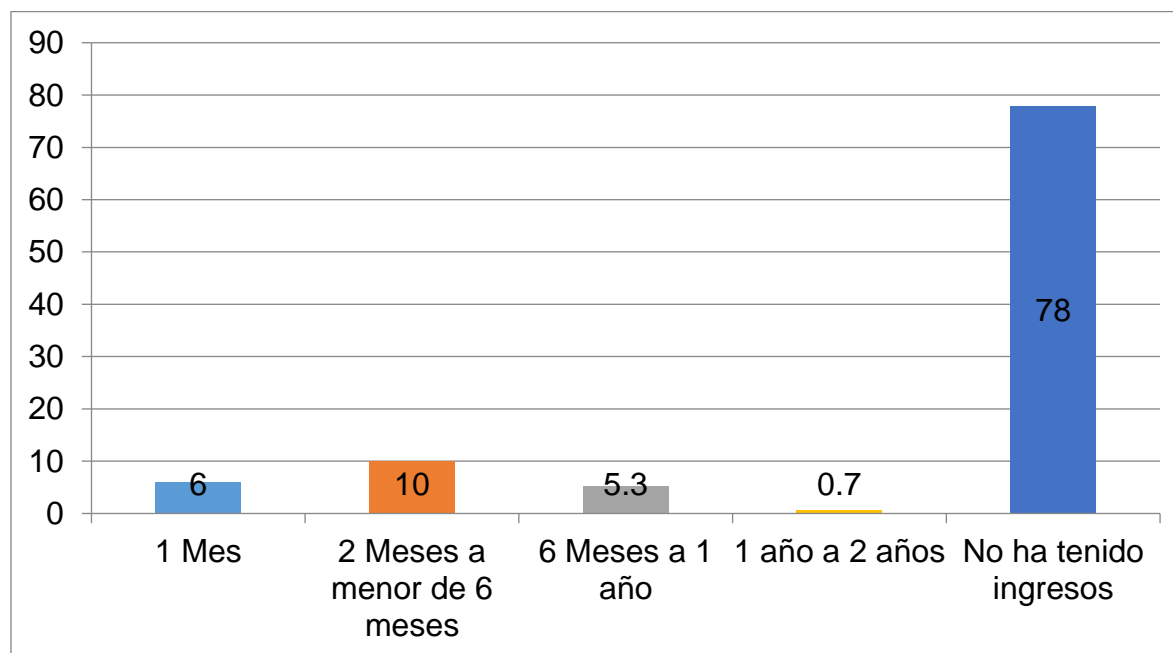
¿A qué edad fue ingresado el niño?	Frecuencia	Porcentaje
1 Mes	9	6.0%
2 Meses a menor de 6 meses	15	10.0%
6 Meses a 1 año	8	5.3%
1 año a 2 años	1	0.7%
No ha tenido ingresos	117	78.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se observa que la edad en que han sido ingresado los niños es en un 6% de 1 mes, el 10% de 2 meses a menor de 6 meses, 5.3% de 6 meses a un año, 0.7% de 1 a 2 años y el 78% que representa los niños que no han tenido ingresos al momento.

Interpretación: Se observa que en gran mayoría de niños no han tenido ingresos en el periodo de lactante y un porcentaje ha sido ingresado a la edad de 2 meses a menor de 6 meses encontrándose en la etapa más vulnerable durante la infancia ya que el sistema inmunológico del niño se encuentra en desarrollo.

Gráfico 17. ¿A qué edad fue ingresado el niño?



Fuente: tabla 20

Tabla 21. ¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía después de haber presentado gripe?

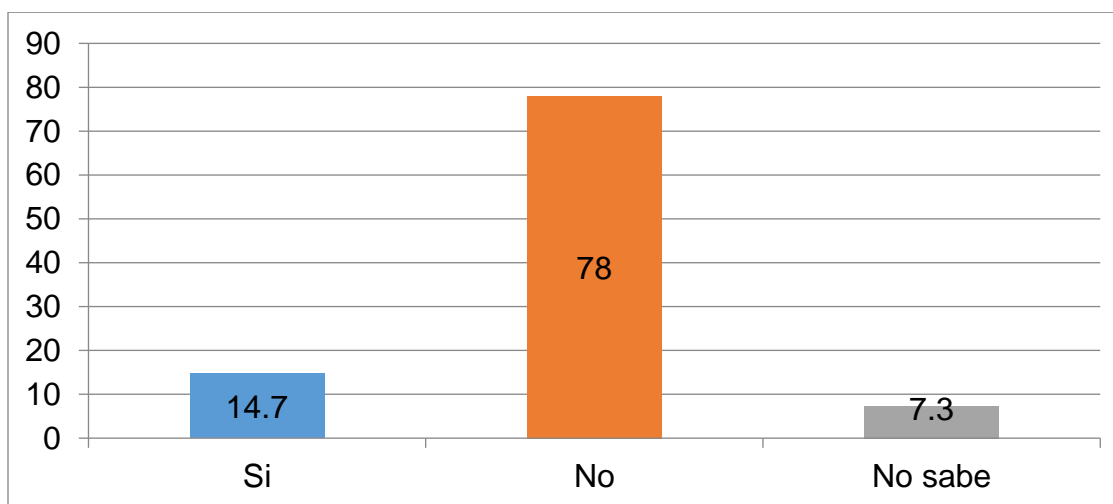
¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía después de haber presentado gripe?	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	14.7%
No	117	78.0%
No sabe	11	7.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: La tabla anterior refleja que el 78% de las madres encuestadas refieren que sus hijos nunca se han complicado con una neumonía después de un cuadro gripal, un 14.7% refiere que, si han presentado neumonía posterior a un proceso gripal, mientras que un 7.3% no sabe.

Interpretación: La mayoría de los lactantes en estudio no han presentado neumonía como complicación de un cuadro gripal esto probablemente porque la mayoría ha recibido lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y esta ha resultado ser muy beneficioso para el fortalecimiento del sistema inmune, mientras que hay una pequeña parte que ha presentado neumonía como complicación, posiblemente por ser destetados a temprana edad, ser alimentados con fórmulas o recibir lactancia materna predominante y no exclusiva antes de los seis meses de edad. Una minoría de las madres encuestadas no saben identificar complicaciones en sus hijos, esto posiblemente por dificultad para comprender la información brindada por el personal de salud o mostrar una actitud negativa a las indicaciones médicas.

Gráfico 18. ¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía después de haber presentado gripe?



Fuente: Tabla 21

Tabla 22. Número de consultas durante el evento

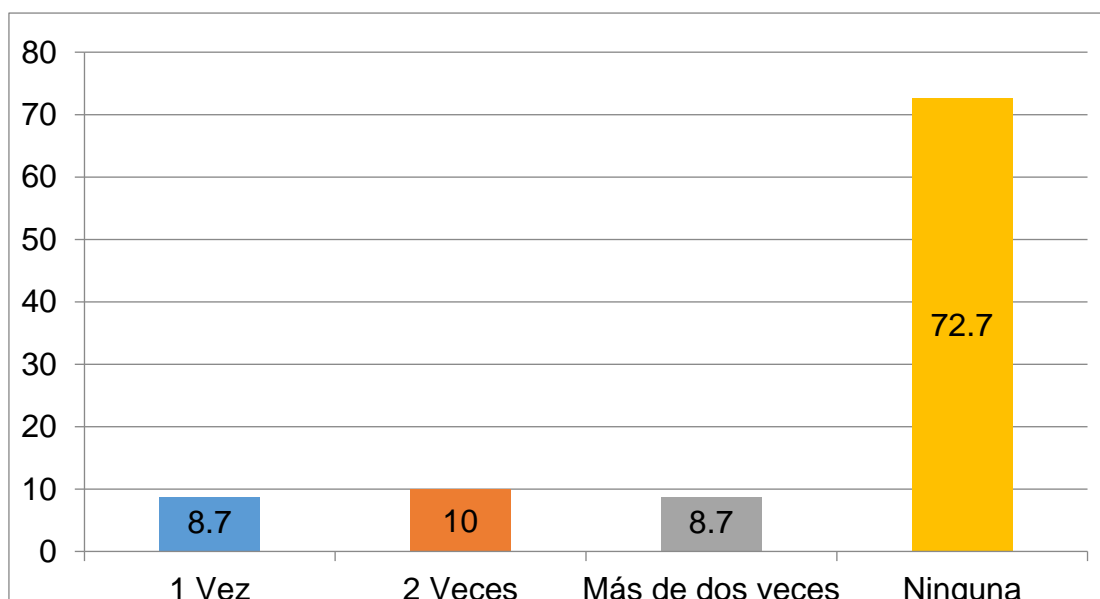
Número de consultas durante el evento	Frecuencia	Porcentaje
1 Vez	13	8.7%
2 Veces	15	10.0%
Más de dos veces	13	8.7%
Ninguna	109	72.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior se observa que el 8.7% de lactantes ha consultado una vez por un episodio de neumonía posterior a un proceso gripal, un 10% ha consultado 2 veces, mientras que el 8.7% ha consultado más de dos veces y por último el 72.7% de las madres encuestadas refiere que no ha consultado ninguna vez.

Interpretación: Una gran mayoría de las madres refiere que no ha consultado ninguna vez esto debido a que nunca han presentado neumonía como complicación, mientras que los que si la han presentado consultaron dos veces o más durante el cuadro de gripe y posteriormente por neumonía.

Gráfico 19. Número de consultas durante el evento



Fuente: tabla 22

Tabla 23. ¿Existe alguna muerte infantil en la familia por infección de vías respiratorias?

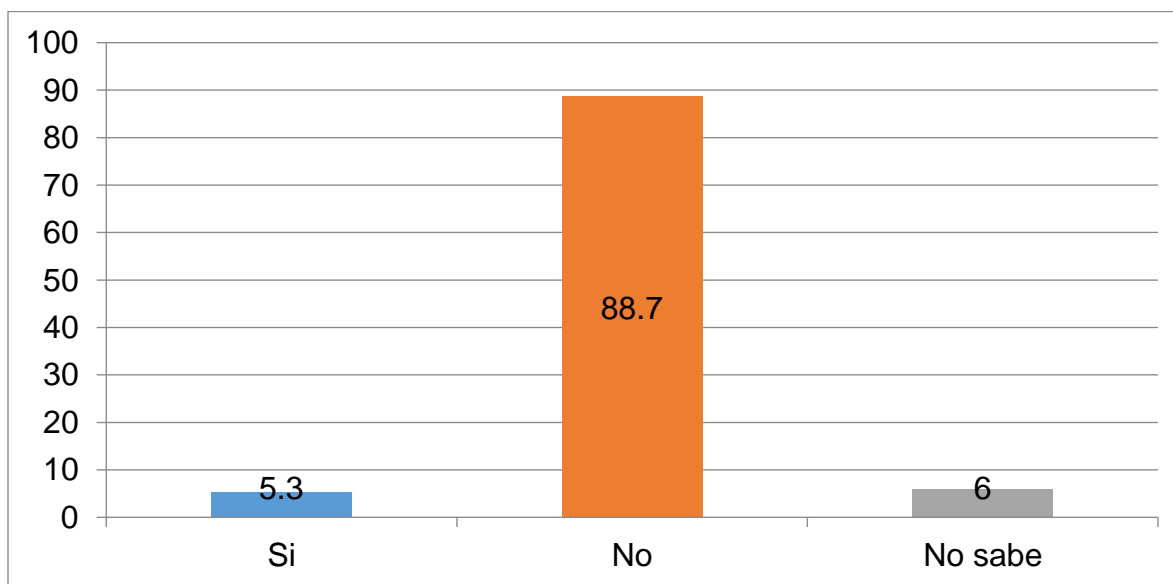
¿Existe alguna muerte infantil en la familia por infección de vías respiratorias?	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	5.3%
No	133	88.7%
No sabe	9	6.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población de estudio

Análisis: En la tabla anterior el 5.3% refiere que en la familia hay antecedentes de muerte infantil por infecciones de vías respiratorias agudas, un 88.7% refiere que no hay antecedentes familiares y un 6% lo desconocen.

Interpretación: En la información recolectada se refleja que la mayoría de los niños no tienen antecedentes familiares de muerte infantil por infecciones respiratorias agudas a pesar de la alta incidencia de estas, esto refleja que la atención medica ha sido oportuna y pertinente en cada caso, y que la población esta concientizada sobre la importancia cumplimiento adecuado de esquemas antibióticos y de los seguimientos por morbilidades respiratorias.

Gráfico 20. ¿Existe alguna muerte infantil en la familia por infección de vías respiratorias?



Fuente: tabla 2

7 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

En el estudio se utiliza Prueba de Kruskal-Wallis para la comprobación de hipótesis.

Tabla 24. Lugar de procedencia*¿Qué tipo de leche da a su hijo?

Prueba de Kruskal-Wallis

Rangos			
	¿Qué tipo de leche da a su hijo?	N	Rango promedio
Lugar de procedencia	Leche materna	117	73.31
	Leche de vaca	9	72.67
	Leche de soya	2	31.00
	Atol	6	106.00
	Otro	16	87.25
	Total	150	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	Lugar de procedencia
Chi-cuadrado	9.065
Gl	4
Sig. Asintótica	.060

a. Prueba de Kruskal Wallis; b. Variable de agrupación: ¿Qué tipo de leche da a su hijo?

Interpretación: En la tabla titulada Rangos se analizaron 150 usuarios, 117 reciben leche materna, 9 leche de vaca, 2 leche de soya, 6 atol y 16 reciben otro tipo de leche. El Rango promedio mayor fue para los que recibieron Atol y el menor los que reciben leche de soya.

En Estadísticos de Prueba se observa el valor del estadístico H, que para 4 grados de libertad fue de 9.065. Se observa Significancia asintótica y su valor de 0.60.

Se puede decir que como el valor de Significancia asintótica es mayor que 0.05 entonces no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existen evidencias suficientes para plantear que la mediana del lugar de procedencia no difiere entre los grupos, con un nivel de significación del 5%.

Tabla 25. Edad de la madre*Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas

Rangos			
	Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas	N	Rango promedio
Edad de la madre	Si	33	81.42
	No	117	73.83
	Total	150	

Estadísticos de prueba ^{a,b}	
	Edad de la madre
Chi-cuadrado	.854
GI	1
Sig. Asintótica	.355

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas

Interpretación: En la tabla titulada Rangos se analizaron 150 usuarios, 33 si fueron ingresados por infecciones respiratorias agudas y 117 no fueron ingresados. El Rango promedio mayor fue para los que fueron ingresados y el menor los que no fueron ingresados.

En estadísticos de Prueba se observa el valor del estadístico H, que para 1 grado de libertad fue de 0.854. Se observa Significancia asintótica y su valor de 0.355.

Se puede decir que como el valor de Significancia asintótica es mayor que 0.05 entonces no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existen evidencias suficientes para plantear que la mediana de la edad de la madre no difiere entre los grupos, con un nivel de significación del 5%.

Tabla 26. Edad de la madre* ¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía después de haber presentado gripe?

Prueba de Kruskal-Wallis

Rangos			
	¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía después de haber presentado gripe?	N	Rango promedio
Edad de la madre	Si	22	84.59
	No	117	75.04
	No sabe	11	62.23
	Total	150	

Estadísticos de prueba ^{a,b}	
	Edad de la madre
Chi-cuadrado	2.174
GI	2
Sig. asintótica	.337

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía después de haber presentado gripe?

Interpretación: En la tabla titulada Rangos se analizaron 150 usuarios, 22 presentaron neumonía como complicación después de gripe, 117 no se complicaron y 6 no saben si presentaron neumonía. El Rango promedio mayor fue para los que presentaron neumonía como complicación y el menor los que no saben

En Estadísticos de Prueba se observa el valor del estadístico H, que para 2 grados de libertad fue de 2.174. Se observa Significancia asintótica y su valor de 0.337

Se puede decir que como el valor de Significancia asintótica es mayor que 0.05 entonces no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existen evidencias suficientes para plantear que la mediana de la edad de la madre no difiere con los grupos, con un nivel de significación del 5%.

Tabla 27. Edad de la madre*¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?

Prueba de Kruskal-Wallis

Rangos			
	¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?	N	Rango promedio
Edad de la madre	1 Vez	23	75.87
	2 Veces	4	95.63
	Más de dos veces	4	104.63
	Ninguna	119	73.77
	Total	150	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	Edad de la madre
Chi-cuadrado	3.089
Gl	3
Sig. Asintótica	.378

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?

Interpretación: En la tabla titulada Rangos se analizaron 150 usuarios. El Rango promedio mayor fue para los que fueron ingresados más de dos veces y el menor los que no fueron ingresados.

En Estadísticos de Prueba se observa el valor del estadístico H, que para 3 grados de libertad fue de 3.089. Se observa Significancia asintótica y su valor de 0.378.

Se puede decir que como el valor de Significancia asintótica es mayor que 0.05 entonces no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existen evidencias suficientes para plantear que la mediana de la edad de la madre no difiere entre los grupos, con un nivel de significación del 5%.

Tabla 28. ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?*Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas

Prueba de Kruskal-Wallis

Rangos			
	Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas	N	Rango promedio
¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?	Si	33	70.26
	No	117	76.98
	Total	150	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?
Chi-cuadrado	.717
GI	1
Sig. Asintótica	.397

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas

Interpretación: En la tabla titulada Rangos se analizaron 150 usuarios, 33 fueron ingresados por infecciones respiratorias y 117 no fueron ingresados. El Rango promedio mayor fue para los que no fueron ingresados y el menor para los que fueron ingresados.

En Estadísticos de Prueba se observa el valor del estadístico H, que para 1 grado de libertad fue de 0.717. Se observa Significancia asintótica y su valor de 0.397.

Se puede decir que como el valor de Significancia asintótica es mayor que 0.05 entonces se acepta la hipótesis nula y se concluye que existen evidencias suficientes para plantear que la mediana de la edad que el niño recibió otros alimentos no difiere entre los grupos, con un nivel de significación del 5%.

Tabla 29. ¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?* ¿Qué tipo de leche recibe su hijo?

Prueba de Kruskal-Wallis

Rangos			
	Tipo de lactancia	N	Rango promedio
¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?	Exclusiva	21	80.36
	Complementaria	104	77.75
	Sin lactancia	25	62.04
	Total	150	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?
Chi-cuadrado	5.919
Gl	2
Sig. asintótica	.052

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Tipo de lactancia

Interpretación: En la tabla titulada Rangos se analizaron 150 usuarios, 21 recibieron lactancia materna exclusiva, 104 lactancia materna complementaria y 25 no reciben lactancia materna. El Rango promedio mayor fue para los que reciben lactancia materna exclusiva y el menor los que no reciben lactancia materna.

En Estadísticos de Prueba se observa el valor del estadístico H, que para 2 grados de libertad fue de 5.919. Se observa Significancia asintótica y su valor de 0.052.

Se puede decir que como el valor de Significancia asintótica es mayor que 0.05 entonces no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existen evidencias suficientes para plantear que la mediana de las veces que ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias no difiere entre los grupos, con un nivel de significación del 5%.

Tabla 30. ¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año? * ¿Qué tipo de leche recibe su hijo?

Rangos			
	Tipo de lactancia	N	Rango promedio
¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?	Exclusiva	21	72.60
	Complementaria	104	79.10
	Sin Lactancia	25	62.96
	Total	150	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?
Chi-cuadrado	3.123
Gl	2
Sig. Asintótica	.210

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Tipo de lactancia

Interpretación: En la tabla titulada Rangos se analizaron 150 usuarios, 21 recibieron lactancia materna exclusiva, 104 lactancia materna complementaria y 25 no reciben lactancia materna. El Rango promedio mayor fue para los que reciben lactancia materna complementaria y el menor los que no reciben lactancia materna.

En Estadísticos de Prueba se observa el valor del estadístico H, que para 2 grados de libertad fue de 3.123. Se observa Significancia asintótica y su valor de 0.210.

Se puede decir que como el valor de Significancia asintótica es mayor que 0.05 entonces se acepta la hipótesis nula y se concluye que existen evidencias suficientes para plantear que la mediana de las veces que se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias no difiere entre los grupos, con un nivel de significación del 5%.

Tabla 31. ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?* Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?

Rangos			
	¿Cuántas veces se ha enfermado el niño por infecciones respiratorias en un año?	N	Rango promedio
¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?	1 Vez	30	64.45
	2 Veces	33	77.88
	Más de dos veces	34	78.09
	Ninguna	53	78.61
	Total	150	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?
Chi-cuadrado	3.407
GI	3
Sig. Asintótica	.333

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?

Interpretación: En la tabla titulada Rangos se analizaron 150 usuarios, 30 fueron ingresados 1 vez, 33 fueron ingresados 2 veces, 34 fueron ingresados más de dos veces y 53 no fueron ingresados. El Rango promedio mayor fue los que no fueron ingresados y el menor los que fueron ingresados 1 vez.

En Estadísticos de Prueba se observa el valor del estadístico H, que para 3 grados de libertad fue de 3.407. Se observa Significancia asintótica y su valor de 0.333.

Se puede decir que como el valor de Significancia asintótica es mayor que 0.05 entonces se acepta la hipótesis nula y se concluye que existen evidencias suficientes para plantear que la mediana de la edad que comenzó a dar otros alimentos a los niños no difiere entre los grupos, con un nivel de significación del 5%.

Tabla 32. Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas* ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?

Prueba de Kruskal-Wallis

Rangos			
	¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos?	N	Rango promedio
Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas	1 a 3 Meses	23	78.96
	3 a 6 Meses	27	64.22
	6 MESES	76	77.20
	Mayor de 6 meses	6	67.00
	No ha iniciado ablactación	17	83.18
	Total	150	

Estadísticos de prueba^{a,b}	
	Ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias agudas
Chi-cuadrado	5.799
GI	5
Sig. Asintótica	.326

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿ A qué edad comenzó a dar otros alimentos?

Interpretación: En la tabla titulada Rangos se analizaron 150 usuarios,23 iniciaron a dar alimentos de 1 a 3 meses, 27 de 3 a 6 meses,76 iniciaron a los 6 meses, 6 iniciaron mayor de 6 meses y 17 no han iniciado ablactación. El Rango promedio mayor fue los que no han iniciado ablactación y el menor de los que iniciaron de 3 a 6 meses. En Estadísticos de Prueba se observa el valor del estadístico H, que para 5 grados de libertad fue de 5.799. Se observa Significancia asintótica y su valor de 0.326.

Se puede decir que como el valor de Significancia asintótica es mayor que 0.05 entonces se acepta la hipótesis nula y se concluye que existen evidencias suficientes para plantear que la mediana de la edad que comenzó a dar otros alimentos a los niños no difiere entre los grupos, con un nivel de significación del 5%.

8 DISCUSION

Las infecciones respiratorias agudas son un grupo de patologías que se adquieren al entrar en contacto con las secreciones del enfermo y por la transmisión aérea de los patógenos cuando se estornuda o tose, lo cual se ve favorecido durante los cambios de clima, la vacunación inadecuada, el hacinamiento y la falta de hábitos higiénicos especialmente el lavado de manos y el no uso de mascarillas.

En el presente estudio se trata de conocer cómo influye el tipo de lactancia materna en la existencia y número de episodios de afecciones respiratorias agudas en niños de 1 mes a 2 años de edad usuarios del equipo comunitario de salud familiar El Pastor y la unidades comunitarias de salud familiar intermedias Yayantique, La Unión y Jucuapa, Usulután, para lo que se realizaron entrevistas a través de encuestas dirigidas a las madres de los lactantes en estudio que cumplieran los criterios de inclusión, con la finalidad de establecer qué porcentaje recibía lactancia materna exclusiva y quienes recibían sucedáneos; el número de veces que los lactantes han enfermado de infecciones respiratorias agudas y si habían presentado complicaciones posteriormente, encontrando que el 78% de los niños se alimenta al seno materno ya sea de forma exclusiva o complementaria, mientras que el 7.3 % recibe sucedáneos de la leche materna a base de leche de vaca o leche de soya. Además, que la patología respiratoria más frecuente es la gripe, ya que de 150 niños sometidos al estudio 27 presentaron un episodio, 32 presentaron dos episodios y 32 más de dos episodios en un año; en cuando a las complicaciones, el 78% de los niños no presentaron complicaciones posteriores a un cuadro gripal, mientras que el 14.7% presento complicaciones, de los cuales solo el 27.4% necesito ingreso hospitalario.

Se pudo observar que independientemente del tipo de lactancia que reciba el niño siempre ´presentara infecciones respiratorias agudas, pero que al ser alimentado con leche materna de forma exclusiva o complementaria la frecuencia y las complicaciones de los episodios disminuirán considerablemente, ya que el mismo porcentaje de niños que recibe leche materna es el mismo porcentaje de niños que no presento complicaciones posteriores a un cuadro gripal, ambos con el 78%.

En el estudio “Influencia del tipo de lactancia sobre la incidencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales en lactantes atendidos en un centro de atención primaria”, realizado en la Universidad de Coruña en el año 2015, por la Dra. Gabina Mayra O’Farril Ordoñez. Refiere que los niños alimentados con leche materna presentan menos afecciones respiratorias, ya que de 310 lactantes que fueron sujeto de estudio 186 recibieron lactancia materna y solo 48 lactantes las presentaron, mientras que de 124 niños que fueron alimentados con fórmulas artificiales 117 de ellos presentaron patologías respiratorias. En cuanto a las hospitalizaciones, la autora del estudio, encontró que los niños que reciben leche materna necesitan con menos

frecuencia ser hospitalizados ya que de 186 lactantes ninguno fue ingresado, mientras que de 124 niños que reciben sucedáneos, 3 de ellos fueron hospitalizados. Es decir, los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva tienen menos episodios de afecciones respiratorias agudas, así como un menor número de hospitalizaciones que los alimentados con lactancia materna artificial.

Además, en el estudio realizado en la Universidad de Coruña se encontró que no existía relación entre la edad de la madre con el tipo de lactancia utilizada en el apareamiento y prevalencia de infecciones respiratorias agudas.

En otro estudio titulado “Impacto de la lactancia materna en niños de 6 meses a 2 años de edad, en las unidades comunitarias de salud familiar Meanguera, La Laguna Joateca, departamento de Morazán y Joya de Ventura San Jorge, departamento de San Miguel, periodo de agosto a diciembre de 2012” realizado en Universidad de El Salvador en el año 2012, por Dr. Julio Cesar Aguilar Rosa, Dra. Lilibian Margarita Alvarado Moya y Dr. Josué Baldomero León Andrade, los autores refieren que la mayoría de los niños alimentados con lactancia materna, así como los que se alimentaron con sucedáneos presentaron infecciones respiratorias agudas, representando el 54.5% de la consulta por morbilidad, no obstante, los niños que se alimentaron al seno materno de manera exclusiva, predominante o complementaria, solo el 12% necesitó ser ingresado a un centro hospitalario, no así los niños que reciben lactancia artificial con un 55.6% lo que sugiere que la lactancia materna produce un impacto positivo en la salud de los lactantes, fortaleciendo el sistema inmunitario del mismo, disminuyendo las complicaciones y el número de ingresos.

Es importante reconocer el efecto que tiene la leche materna en el fortalecimiento de los mecanismos inmunitarios del lactante, si bien no evita que el niño se enferme por infecciones respiratorias agudas en el presente estudio y los dos que se sometieron a discusión concluyen que la leche materna confiere protección frente al desarrollo de complicaciones posteriores a cuadros gripales y disminuye el número de consultas y episodios.

9 CONCLUSIONES

Sobre lo anterior el grupo de investigación concluye:

1. Al evaluar la interpretación de los datos se encontró que los niños que consultaron por morbilidad presentaron mayormente gripe y en menor proporción neumonía. Sin embargo, la mayoría no necesito ingreso en un establecimiento de salud, lo que demuestra que el tipo de lactancia utilizada no repercute en el apareamiento de infecciones respiratorias agudas, pero si tiene un impacto positivo en la gravedad y frecuencia de los episodios esto se debe a que el sistema inmunitario de los niños que reciben leche materna tienen una mejor capacidad de respuesta. Cabe mencionar que, a pesar de haber recibido leche materna los niños en estudio presentaron enfermedad, esto se puede deber a factores externos; tales como: cambios climáticos que favorecen la transmisión de partículas patógenas, los hábitos higiénicos por parte de las madres y niños que presentan esquema de vacunación incompleto.
2. Acerca de la influencia de los factores sociodemográficos de las madres y los niños de 1 mes a 2 años en el apareamiento y prevalencia de las infecciones respiratorias agudas, se observa que, no existe relación entre ellos ya que en los grupos de madres que consultaron con sus hijos, a pesar de los extremos de edad, sexo del niño, estado civil y ocupación de la madre, no tuvieron incidencia en la frecuencia del apareamiento de las infecciones respiratorias agudas ya que depende del conocimiento que tenga la madre frente a la prevención, cuando asistir al centro de salud mediante el reconocimiento de signos y síntomas de alarma, administrar el tratamiento de la forma prescrita y de esta manera evitar complicaciones en la supervivencia del niño.
3. Se determinó, que la principal razón por la cual las madres recurren al uso de sucedáneos de la leche materna es por motivos laborales en un 44% ya que en sus trabajos no cuentan con horarios, ni espacios para poder amamantar a sus hijos. Un 38.7% de las madres concordaron que el abandono precoz de la lactancia materna tiene que ver con la saciedad del lactante, al no producir suficiente leche materna y el no tener conocimiento sobre prácticas para aumentar la producción de la misma.
4. Se comprobó que el tipo de lactancia utilizada en los niños en estudio no influye en el apareamiento de episodios de infecciones respiratorias agudas pero si provee un factor protector para los niños alimentados con lactancia materna exclusiva ya que se encontró que de los niños alimentados con leche materna no presentaron complicaciones un 78% mientras que el 14.7% se complicó posterior a una infección respiratoria aguda, también se observó que los niños alimentados con fórmula un 37.5% presento neumonía como complicación y un 62.5% no presento complicaciones; este estudio se realizó en niños de un mes a dos años de edad del equipo comunitario de salud familiar El Pastor y las unidades comunitarias de salud familiar Yayantique, La Unión y Jucuapa,

Usulután, según los resultados de estadística a través de la prueba Kruskal Wallis que ha presentado un resultado mayor de 0.05 en el cruce de variables, rechazando la hipótesis de trabajo y aceptando la hipótesis nula de la investigación.

10 RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud.

- 1) Verificar en los establecimientos de salud si se realizan actividades de promoción y apoyo a la lactancia materna por lo menos durante los primeros seis meses de forma exclusiva y complementaria hasta los dos años.
- 2) Realizar campañas de promoción de medidas de bioseguridad como el correcto lavado de manos posterior al contacto con secreciones de pacientes que presenten infecciones respiratorias agudas y el uso de mascarillas en los pacientes durante el transcurso de la enfermedad.

Al Ministerio de Trabajo.

- 1) Supervisar el cumplimiento de los patronos de proporcionar las condiciones adecuadas a las mujeres para lactar en los trabajos y la existencia de salas cuna en los mismos.

Al Ministerio de Educación.

- 1) Incluir en el programa educativo desde los primeros años de escolaridad temas sobre la práctica de la lactancia materna con la finalidad de involucrar a todos los sectores de la población en la promoción y apoyo a la lactancia materna.

Al Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).

- 1) Realizar evaluaciones periódicas del programa “Atención Integral de Nutrición Comunitaria” en los establecimientos de salud para verificar el desarrollo adecuado de la estrategia de promoción y apoyo a nivel comunitario para la lactancia materna.

A los Equipos de Salud Comunitarios.

- 1) Brindar adecuada y completa información sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y lactancia materna complementaria hasta los dos años durante la atención de controles infantiles y verificar si la información ha sido comprendida por los padres.
- 2) Organizar a la población mediante la formación de clubes de salud en los que se pretenda educar continuamente sobre temas que incluyan nutrición, cuidados y lactancia materna en niños menores de dos años en comunidades donde no existan comités de salud.

A las madres.

- 1) Acatar recomendaciones del personal de salud sobre practicar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida con el fin de evitar morbilidades.

11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. C. Calvo Rey, M.L. García García. Casas Flecha, P. Pérez Breña. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría (AEP): Infectología pediátrica, Capítulo 19: Infecciones respiratorias virales. Pág. 189.
2. Guiainfantil.com(internet), Lactancia y enfermedades respiratorias en bebe, polegar Medios S.L © 2000-2019. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.guiainfantil.com/articulos/alimentacion/lactancia/lactancia-y-enfermedades-respiratorias-en-el-bebe>.
3. Manual de lactancia materna. Ministerio de salud de Chile, Contenidos biológico evolutivo e histórico de la lactancia materna en la supervivencia de especies. Contenido técnico, UNICEF - 2a edición 2010. Pág. 12. Disponible en https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf.
4. Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales. El Impacto Mundial de la Enfermedad Respiratoria — Segunda edición. México, Asociación Latinoamericana de Tórax, 2017. Pág. 9.
5. Control de las Infecciones Respiratorias Agudas. Publicaciones OPS/OMS sobre el control de las IRA/ED. Edición 70 / Mayo del 2000. Disponible en: <http://www.ambiente-ecologico.com/ediciones/070-05-2000/070-cepis.html>.
6. Tatiana de la Vega Pažitková; Víctor T. Pérez Martínez. Lenia Bezos Martínez la lactancia y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas. Revista cubana Medica General Integral.26 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2010. Disponible en el siguiente enlace: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300005.
7. Ana Josefa Blanco Noyola, Ana Leisy Calderón, Flor Artiga. Análisis de las ventajas económicas de la lactancia materna para El Salvador: documento de estudio / ed. UNICEF; revisión y edición. -- 1ª ed. -- San Salvador, El Salvador. Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), 2013. Pág. 16.
8. Ana Josefa Blanco Noyola, Ana Leisy Calderón, Flor Artiga. Análisis de las ventajas económicas de la lactancia materna para El Salvador: documento de estudio / ed. UNICEF; revisión y edición. -- 1ª ed. -- San Salvador, El Salvador. Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), 2013. Pág. 19.
9. Dra. Violeta Menjívar, Licda. Ana Josefa Blanco, Boletín de prensa. Avances de El Salvador en Lactancia Materna. San Salvador, 31 de enero de 2018. Pág. 1.
10. Ana Josefa Blanco Noyola, Ana Leisy Calderón, Flor Artiga. Análisis de las ventajas económicas de la lactancia materna para El Salvador: documento de

estudio / ed. UNICEF; revisión y edición. -- 1ª ed. -- San Salvador, El Salvador. Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA), 2013. Pág. 30.

11. Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. capítulo único San Salvador, 26 de junio del año 2013. Pag.3. Disponible. <http://www.ibfan-alc.org/noticias/Decreto-404-Ley-LM-SALVADOR.pdf>.
12. Doctor Jairo Osorno, Doctora Antonieta Hernández, Doctor Luis Ruiz, Edición revisada: Agosto, 1998. Consejería en Lactancia Materna. Con la participación activa del “Programa de Alimentación y Nutrición” (HPP/HPN) de la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana, Washington DC. Pag.10. Disponible en el siguiente enlace: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf.
13. rima.org [Internet] Lactancia materna: nueva guía americana. Available from <https://www.rima.org/Noticia.aspx?IdNota=2972>.
14. Guía de lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ed. Panamericana, 2008.pag. 4. Pag.5. Available from https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf.
15. C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995. “La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca”. páginas. 1-2-3-4-5-6. Disponible en el siguiente enlace: <https://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>.
16. Roxana Rodríguez Tamayo, Nancy Sánchez Tarragó. Infecciones respiratorias agudas: aspectos clínicos y epidemiológicos. abril 09, 2001. Pág. 1 Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/rtv0700.pdf>.
17. Robert M. Kliegman, MD, Bonita, MD, Stanton, MD, Joseph St, Geme, MD and Nina F. Schor, MD, PhD. Tratado de pediatría de Nelson. 20 ed. Barcelona. Elsevier. Año 2016. Resfriado común capítulo 379 pagina 2106 - 2107.
18. Robert M. Kliegman, MD, Bonita, MD, Stanton, MD, Joseph St, Geme, MD and Nina F. Schor, MD, PhD. Tratado de pediatría de Nelson. 20 ed. Barcelona. Elsevier. Año 2016. Faringitis aguda capítulo, capítulo 381 pagina 2113 – 2114.
19. Robert M. Kliegman, MD, Bonita, MD, Stanton, MD, Joseph St, Geme, MD and Nina F. Schor, MD, PhD. Tratado de pediatría de Nelson. 20 ed. Barcelona. Elsevier. Año 2016 Obstrucción inflamatoria aguda de las vías superiores (crup, epiglotitis, laringitis y traqueítis bacteriana) capítulo, capítulo 385 página 2127.

20. Robert M. Kliegman, MD, Bonita, MD, Stanton, MD, Joseph St, Geme, MD and Nina F. Schor, MD, PhD. Tratado de pediatría de Nelson. 20 ed. Barcelona. Elsevier. Año 2016. Traqueítis bacteriana capítulo 385.2, página 2131.
21. Robert M. Kliegman, MD, Bonita, MD, Stanton, MD, Joseph St, Geme, MD and Nina F. Schor, MD, PhD. Tratado de pediatría de Nelson. 20 ed. Barcelona. Elsevier. Año 2016. Bronquiolitis. 391. Tomo 2, página 2141.
22. Robert M. Kliegman, MD, Bonita, MD, Stanton, MD, Joseph St, Geme, MD and Nina F. Schor, MD, PhD. Tratado de pediatría de Nelson. 20 ed. Barcelona. Elsevier. Año 2016. Bronquitis. capítulo 391. Tomo 2, página 2145.
23. Robert M. Kliegman, MD, Bonita, MD, Stanton, MD, Joseph St, Geme, MD and Nina F. Schor, MD, PhD. Tratado de pediatría de Nelson. 20 ed. Barcelona. Elsevier. Año 2016. Neumonía. Capítulo 400. Tomo 2, página 2186.

3. LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Marco referencial comunidad El Pastor, Yayantique, La Unión



Fig. 1. Entrada principal de ECOSF El Pastor



Fig. 2. Promotora de salud de ECOSF El Pastor en visita de campo



Fig. 3. Calle de Cantón Anchico

Anexo 2. Marco Referencial Comunidad de Yayantique, La Unión



Fig. 4. Inmueble UCSFI Yayantique, La Unión

Anexo 3. Marco referencial comunidad de Jucuapa, Usulután.



Fig. 5. Entrada principal de UCSFI Jucuapa, Usulután



Fig. 6. UCSFI Jucuapa, Vista lateral

Tabla 9. Cálculo del consumo mensual de leche artificial fórmula del menor de 1 año

Edad en meses	Números de tomas por día	Cantidad en ml	Consumo diario en mililitros	Consumo mensual de leche en mililitros
1 mes	7	120	840	25200
2 meses	6	120	720	21600
3 meses	5	150	750	22500
4 meses	5	180	900	27000
5 a 6 meses	5	210	1050	31500
7 a 8 meses	3	210	630	18900
9 meses	2	250	500	15000
10 a 12 meses	2	250	500	15000

Fuente: información proporcionada por CALMA

Fig. 7. Cálculo de consumo mensual de leche artificial del menor de 1 año



Fig. 8. Validación de instrumento en UCSF Milagro de la Paz, San Miguel



Fig. 9. Validación de instrumento en UCSF Milagro de la Paz, San Miguel



Fig. 10. Validación de instrumento en UCSF Milagro de la Paz, San Miguel

ANEXO 4. ABREVIATURAS Y SIGLAS

1. **UNICEF:** Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
2. **OMS:** Organización Mundial para la salud
3. **OPS:** Organización Panamericana de la salud
4. **IBFAN:** Red mundial de grupos Pro alimentación infantil
5. **CALMA:** Centro de Apoyo de Lactancia Materna
6. **LME:** Lactancia materna exclusiva
7. **LA:** Lactancia artificial
8. **VRS:** Virus sincitial respiratorio.
9. **FESAL:** Encuesta Nacional de Salud Familiar
10. **ECOS:** Equipo comunitario de salud
11. **UCSF:** Unidad comunitaria de salud familiar
12. **FISDL:** Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local
13. **SIBASI:** Sistema Básico de Salud Integral.

ANEXO 5. GLOSARIO

ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL: La alimentación de lactantes únicamente con un sustituto de la leche materna.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: Alimentos que complementan la Lactancia Materna Exclusiva.

AMAMANTAR Alimentar al bebé con leche materna, muy importante durante los primeros meses de vida.

AMINOACIDO: Compuesto químico orgánico formado por uno o más grupos amino básicos y uno o más grupos carboxilos ácidos.

ANTIOXIDANTE: Es una sustancia que forma parte de los alimentos de consumo cotidiano y que puede prevenir los efectos adversos de especies reactivas sobre las funciones fisiológicas normales de los seres humanos.

APEGO PRECOZ: Es una práctica que crea un vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido. Consiste en colocar al recién nacido piel a piel con la madre al terminar el trabajo de parto con el objetivo de darle de mamar.

BETACAROTENO: Filtro ultravioleta.

BIBERÓN: Botella provista de un dispositivo de goma para la lactancia artificial.

CALOSTRO: Líquido blanco-amarillento producido por las mamas en los primeros días después del nacimiento.

CONTACTO TEMPRANO: Inicio del vínculo afectivo madre-hijo durante la primera media hora de su nacimiento.

DERMATITIS ATOPICA: Inflamación maculopapulosa, intensamente pruriginosa y con frecuencia escoriada que se observa en la cara y en las zonas antecubital y poplítea en individuos con tendencia alérgica. Aunque puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente en los recién nacidos y desaparece completamente en la mitad de los casos a los 18 meses de edad.

DESINFECCIÓN Esta consiste en un procedimiento que elimina todos los microorganismos patógenos viables de los objetos inanimados.

DESTETE: Paso de la Lactancia Materna Exclusiva a la complementación con otros alimentos. Suele iniciarse gradualmente a partir del sexto mes cuando el niño no puede continuar su crecimiento con una alimentación exclusivamente láctea.

ENFERMEDAD CELIACA: Consiste en una intolerancia a las proteínas del gluten (gliadinas, secalinas, hordeínas y, posiblemente, aveninas) que cursa con una atrofia severa de la mucosa del intestino delgado.

ENTEROBACTERIA: Familia de bacterias aerobias y anaerobias que incluyen microorganismos entéricos normales y patológicos.

ESTADO NUTRICIONAL: Grado de adecuación de las características anatómica y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetros considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes.

FENILCETONURIA: Presencia anormal en la orina de fenilcetona y otros metabolitos de la fenilalanina, característica de un error congénito del metabolismo producido por la ausencia o deficiencia de la hidroxilasa de la fenilalanina, enzima responsable de la conversión del aminoácido fenilalanina en tiroxina

FLORA INTESTINAL: Colectividad de comunidades microbianas que pueblan superficies mucosas.

FÓRMULA DE SEGUIMIENTO - es toda leche o producto lácteo de origen animal o vegetal fabricado industrialmente de conformidad a las normas del Codex Alimentarias, presentado como adecuado para la alimentación de lactantes mayores de seis meses.

FÓRMULA INFANTIL: es toda leche o producto lácteo de origen animal o vegetal fabricado industrialmente de conformidad a las normas del Codex Alimentarias, destinado a satisfacer las necesidades nutricionales de los lactantes desde su nacimiento hasta los primeros seis meses de vida.

GLUTEN: Proteína insoluble que forma parte del trigo y otros cereales. Se obtiene de la harina por eliminación del almidón y se utiliza como aglutinante; da a la masa su carácter elástico y resistente.

GRAM POSITIVO: Que conserva el color violeta de la tinción que se utiliza en el método de Gram para teñir microorganismos. Esta propiedad es un método fundamental de caracterización de los microorganismos en microbiología.

GRASA POLISATURADA: Ester de glicerina de ciertos ácidos orgánicos en el que algunos átomos tienen uniones de doble o triple valencia. Dichas uniones se rompen fácilmente en las reacciones químicas, uniéndose a otras sustancias.

HIDRATO DE CARBONO: Grupo de compuestos orgánicos entre los que destacan por su importancia el azúcar, el almidón, la celulosa y el caucho.

HIPERCOLESTEROLEMIA: Elevación de la cifra de colesterol sanguíneo por encima de lo normal.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS: Son afecciones agudas de las vías respiratorias superiores o inferiores, que suelen ser de origen infeccioso y pueden dar lugar a una variedad de trastornos que va desde las infecciones asintomáticas o leves hasta las enfermedades graves o mortales.

LACTAGOGOS: Sustancia que estimulan la secreción láctea.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: Cuando un lactante recibe solo leche materna, y ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de sales de rehidratación oral o gotas o jarabes con vitaminas, suplementos minerales o medicamentos. UNICEF recomienda la lactancia materna exclusiva para los bebés de 0 a 6 meses de edad.

LACTACIÓN: El proceso de producción de la leche materna.

LACTANTE: es todo niño hasta la edad de 12 meses cumplidos.

LACTOBACILO BIFIDO: Grupo de bacilos no patógenos grampositivos que producen ácido láctico a partir de los carbohidratos. Varias especies pertenecientes a este género se encuentran en el tracto intestinal y vaginas humanas.

LACTOFERRINA: Es una glicoproteína multifuncional que presenta la capacidad de unir hierro.

LACTOSA: El azúcar especial presente en todas las leches.

LISOZIMA: Enzima lítica existente en las lágrimas, moco nasal y en la mayoría de los tejidos y secreciones.

PASTEURIZACIÓN: Calentamiento de la leche durante 15- 20 minutos, a 70 grados centígrados y enfriamiento rápido. Con ello se destruyen gérmenes patógenos sin que modifiquen las sustancias protéicas, como ocurre en la ebullición.

PETEQUIA: Manchas diminutas de la piel, en forma de punto pequeño, de color rojo o violáceo, que aparecen como consecuencia de unas mínimas hemorragias intradérmicas o submucosas.

POSPARTO: Después del parto.

PROMOCIÓN: es cualquier actividad para publicitar un producto designado o para hacer sentir la necesidad de un producto designado o para estimular, directa o indirectamente, a una persona a comprar o utilizar un producto designado.

PROSTAGLANDINA: Uno de los ácidos grasos, con potente acción hormonal, que, aun estando en cantidades mínimas, actúan localmente sobre los órganos diana.

QUINONAS: Son compuestos presentes en la naturaleza, se forma de la oxidación de compuestos aromáticos para dar la correspondiente dicetona.

RINORREA: Secreción de una fina mucosidad nasal.

SINDROME DE DOWN: Trastorno congénito caracterizado por distintos grados de retraso mental y defectos múltiples. Es la anomalía cromosómica más frecuente que determina un síndrome generalizado. Se debe a la existencia de un cromosoma 21 adicional en el grupo G o, en un pequeño porcentaje de casos la traslocación de los cromosomas 14 o 15 en el grupo D o los cromosomas 21 y 22.

ANEXO 6. 10 PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA MATERNA

10 PASOS

para una

FELIZ LACTANCIA MATERNA

1. Disponer, por escrito, de una política relativa a la lactancia natural que, sistemáticamente, se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.

2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

5. Enseñar a las madres cómo dar de mamar al bebé y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de él.

6. No dar a recién nacidos/as más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.

7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día.

8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.

9. No dar a los niños/as alimentados al pecho tetinas o chupetes.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Comité de Lactancia

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil



ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: _____ Fecha: _____

Yo: _____ de _____

Años, por medio del presente acepto participar en el estudio sobre la influencia del tipo de lactancia en el apareamiento e incidencia de las infecciones respiratorias agudas, haciendo constar que se me explico los riesgos y beneficios de dicho estudio.

Firma _____

O

Huella: _____

ANEXO 8. CUESTIONARIO DIRIGIDO A LA POBLACION DE ESTUDIO



Universidad de El Salvador
Facultad multidisciplinaria oriental
Departamento de medicina

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la influencia del tipo de lactancia utilizada en la existencia y número de episodios de afecciones respiratorias agudas en niños de un mes a dos años de edad usuarios del Equipo Comunitario de Salud Familiar El Pastor y las Unidades de Salud Familiar Intermedias Yayantique, La Unión y Jucuapa, Usulután año 2019.

INDICACIONES DEL LLENADO DE ENCUESTA:

Lea detenidamente cada una de las preguntas a la madre y luego proceda a escribir su respectiva respuesta.

No. De cuestionario _____ UCSF _____

I. Características sociodemográficas de la madre.

1. Lugar de procedencia:

- a) Urbano
- b) Rural

2. Edad de la madre:

- a) Menor de 15 años
- b) De 15 años a 20 años
- c) De 21 años a 25 años
- d) De 25 años a 35 años
- e) Mayor de 35 años

3. Paridad:

- a) Primípara
- b) Secundigesta
- c) Multípara
- d) Gran multípara

4. ¿Sabe leer y escribir?
- a) Si
 - b) No
 - c) Solo leer
5. ¿Cuál es el último año de escolaridad de la madre?: _____
6. Ocupación de la madre:
- a) Ama de casa
 - b) Trabajo formal
 - c) Trabajo informal
 - d) Estudiante
7. Estado familiar:
- a) Soltera
 - b) Acompañada
 - c) Viuda
 - d) Casada
 - e) Divorciada

II. Características sociodemográficas del niño.

8. Genero
- a) Masculino
 - b) Femenino
9. Edad: _____

III. Tipo de alimentación

10. ¿Usted está dando de mamar?
- a) Si
 - b) No
11. En caso de estar amamantando ¿Quién le recomendó dar seno materno a su hijo?
- a) Madre
 - b) Abuela
 - c) Amiga
 - d) Doctor
 - e) Otro. Especifique _____

12. ¿Qué tipo de leche da a su hijo?
- a) Leche Materna
 - b) Leche de vaca
 - c) Leche de soya
 - d) Atol
13. ¿Qué tipo de alimentación recibe su hijo?
- a) Solo pecho
 - b) Pecho más agua
 - c) Pecho más leche de bote
 - d) Pecho más agua azucarada
 - e) Pecho y otro tipo de alimentos. Especifique_____
14. ¿A qué edad comenzó a dar otros alimentos al niño?
- a) 1 a 3 meses
 - b) 3 a 6 meses
 - c) 6 meses
 - d) Mayor de 6 meses
15. ¿Cuál es el motivo para dar leche de bote a un niño?
- a) Porque llora mucho el niño
 - b) No sube de peso
 - c) No se llena con el pecho
 - d) Madre trabaja
 - e) Otra. Especifique_____
16. ¿Qué cree usted que necesita para que el pecho produzca más leche?
- a) Tomar abundante liquido
 - b) Tomar chocolate
 - c) Dar de mamar cada vez que el niño o niña pida*
 - d) Tener una buena alimentación
 - e) Otra. Especifique_____
17. ¿Ha recibido información acerca de la lactancia materna?
- a) Si
 - b) No
18. ¿De quién recibió información sobre lactancia materna?
- a) Familiar
 - b) Personal de salud
 - c) Amigos
 - d) Pareja
 - e) Otro. Especifique_____

19. ¿Cuál cree usted que es la consecuencia de no dar pecho al niño pequeño?

- a) Se malnutren
- b) Se enferman mas
- c) Pueden presentar alergias
- d) Todas las anteriores*
- e) Ninguno

20. Podría decir a qué edad se le debe de comenzar a darle comida a un niño

- a) 3 meses
- b) 4 meses
- c) 5 meses
- d) 6 meses*
- e) Otro. Especifique_____

21. ¿Sabe a qué edad se le debe dar agua al niño?

- a) Desde que nace
- b) Al mes
- c) 3 meses
- d) 6 meses*
- e) Otro. Especifique_____

IV. Factores de riesgo

22. Se ha enfermado su hijo alguna vez de:

	No	Si	No. De veces
a) Gripe	_____	_____	_____
b) Bronquitis	_____	_____	_____
c) Chillido de pecho más Sibilancias	_____	_____	_____
d) Tos perruna	_____	_____	_____
e) Del Oído	_____	_____	_____
f) Neumonía	_____	_____	_____

23. ¿Cuántas veces se ha enfermado el niño se ha enfermado por Infecciones respiratorias en un año?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) Más de dos veces
- d) Ninguna

24. Ha sido ingresado el niño por Infecciones respiratorias agudas
- a) Si
 - b) No
25. ¿Cuántas veces ha sido ingresado el niño por infecciones respiratorias?
- a) 1 vez
 - b) 2 veces
 - c) Más de dos veces
 - d) Ninguna
26. ¿A qué edad fue ingresado el niño?
- a) 1 mes
 - b) 2 meses a menos de 6 meses
 - c) 6 meses a 1 año
 - d) 1 año a 2 años
 - e) No ha tenido ingresos
27. ¿Alguna vez el niño se ha complicado con una neumonía después de haber presentado gripe?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
28. Número de consultas durante el evento
- a) 1 vez
 - b) 2 veces
 - c) Más de 2 veces
 - d) Ninguna
29. ¿existe alguna muerte infantil en la familia por infección de vías respiratorias?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe

ANEXO 9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
RECURSOS HUMANOS	3	00.00	00.00
MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA			
Resma papel bond tamaño carta.	3	\$4	\$12
Lápices	10	\$0,20	\$2
Bolígrafos color azul	10	\$0.25	\$2.50
Fotocopias blanco y negro	200	\$0.05	\$10
Bolígrafos color negro	10	\$0.25	\$2.50
Caja de fastener	1	\$3	\$3
Anillado plastificado	5	\$1.50	\$7.50
Folder de papel tamaño carta	10	\$0.20	\$2
MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMATICOS			
Botella de Tinta color negro	1	\$17	\$17
Botella de Tinta color amarillo	1	\$20	\$20
Botella de Tinta color magenta	1	\$20	\$20
Botella de Tinta color cyan	1	\$20	\$20
CDs RWE	4	\$1	\$4
EQUIPO			
Laptop	1	\$400	\$400
Impresora de tinta continua (multifuncional)	1	\$75	\$75
TOTAL			\$597.5

El presente trabajo será autofinanciado por miembros de la investigación:

Br. Sandra Fidelina Hernández Sánchez \$199.17

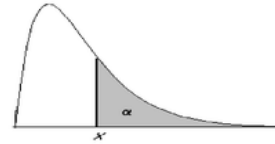
Br. Carmen Alicia Merino Romero \$199.17

Br. Blanca Nataly Ochoa Portillo \$199.17

ANEXO 10. TABLA DE DISTRIBUCIÓN DE CHI CUADRADO

Tabla de la distribución chi-cuadrado.

La tabla contiene los valores x tales que $p[\chi_n^2 \geq x] = \alpha$ en función de los grados de libertad (n).



n	0,99	0,98	0,975	0,95	0,90	0,80	0,50	0,20	0,10	0,05	0,025	0,02	0,01	0,001
1	0,0002	0,0006	0,0010	0,0039	0,0158	0,0642	0,4549	1,6424	2,7055	3,8415	5,0239	5,4119	6,6349	10,8274
2	0,0201	0,0404	0,0506	0,1026	0,2107	0,4463	1,3863	3,2189	4,6052	5,9915	7,3778	7,8241	9,2104	13,8150
3	0,1148	0,1848	0,2158	0,3518	0,5844	1,0052	2,3660	4,6416	6,2514	7,8147	9,3484	9,8374	11,3449	16,2660
4	0,2971	0,4294	0,4844	0,7107	1,0636	1,6488	3,3567	5,9886	7,7794	9,4877	11,1433	11,6678	13,2767	18,4662
5	0,5543	0,7519	0,8312	1,1455	1,6103	2,3425	4,3515	7,2893	9,2363	11,0705	12,8325	13,3882	15,0863	20,5147
6	0,8721	1,1344	1,2373	1,6354	2,2041	3,0701	5,3481	8,5581	10,6446	12,5916	14,4494	15,0332	16,8119	22,4575
7	1,2390	1,5643	1,6899	2,1673	2,8331	3,8223	6,3458	9,8032	12,0170	14,0671	16,0128	16,6224	18,4753	24,3213
8	1,6465	2,0325	2,1797	2,7326	3,4895	4,5936	7,3441	11,0301	13,3616	15,5073	17,5345	18,1682	20,0902	26,1239
9	2,0879	2,5324	2,7004	3,3251	4,1682	5,3801	8,3428	12,2421	14,6837	16,9190	19,0228	19,6790	21,6660	27,8767
10	2,5582	3,0591	3,2470	3,9403	4,8652	6,1791	9,3418	13,4420	15,9872	18,3070	20,4832	21,1608	23,2093	29,5879
11	3,0535	3,6087	3,8157	4,5748	5,5778	6,9887	10,3410	14,6314	17,2750	19,6752	21,9200	22,6179	24,7250	31,2635
12	3,5706	4,1783	4,4038	5,2260	6,3038	7,8073	11,3403	15,8120	18,5493	21,0261	23,3367	24,0539	26,2170	32,9092
13	4,1069	4,7654	5,0087	5,8919	7,0415	8,6339	12,3398	16,9848	19,8119	22,3620	24,7356	25,4715	27,6882	34,5274
14	4,6604	5,3682	5,6287	6,5706	7,7895	9,4673	13,3393	18,1508	21,0641	23,6848	26,1189	26,8727	29,1412	36,1239
15	5,2294	5,9849	6,2621	7,2609	8,5468	10,3070	14,3389	19,3107	22,3071	24,9958	27,4884	28,2595	30,5780	37,6978
16	5,8122	6,6142	6,9077	7,9616	9,3122	11,1521	15,3385	20,4651	23,5418	26,2962	28,8453	29,6332	31,9999	39,2518
17	6,4077	7,2550	7,5642	8,6718	10,0852	12,0023	16,3382	21,6146	24,7690	27,5871	30,1910	30,9950	33,4087	40,7911
18	7,0149	7,9062	8,2307	9,3904	10,8649	12,8570	17,3379	22,7595	25,9894	28,8693	31,5264	32,3462	34,8052	42,3119
19	7,6327	8,5670	8,9065	10,1170	11,6509	13,7158	18,3376	23,9004	27,2036	30,1435	32,8523	33,6874	36,1908	43,8194
20	8,2604	9,2367	9,5908	10,8508	12,4426	14,5784	19,3374	25,0375	28,4120	31,4104	34,1696	35,0196	37,5663	45,3142
21	8,8972	9,9145	10,2829	11,5913	13,2396	15,4446	20,3372	26,1711	29,6151	32,6706	35,4789	36,3434	38,9322	46,7963
22	9,5425	10,6000	10,9823	12,3380	14,0415	16,3140	21,3370	27,3015	30,8133	33,9245	36,7807	37,6595	40,2894	48,2676
23	10,1957	11,2926	11,6885	13,0905	14,8480	17,1865	22,3369	28,4288	32,0069	35,1725	38,0756	38,9683	41,6383	49,7276
24	10,8563	11,9918	12,4011	13,8484	15,6587	18,0618	23,3367	29,5533	33,1962	36,4150	39,3641	40,2703	42,9798	51,1790
25	11,5240	12,6973	13,1197	14,6114	16,4734	18,9397	24,3366	30,6752	34,3816	37,6525	40,6465	41,5660	44,3140	52,6187
26	12,1982	13,4086	13,8439	15,3792	17,2919	19,8202	25,3365	31,7946	35,5632	38,8851	41,9231	42,8558	45,6416	54,0511
27	12,8785	14,1254	14,5734	16,1514	18,1139	20,7030	26,3363	32,9117	36,7412	40,1133	43,1945	44,1399	46,9628	55,4751
28	13,5647	14,8475	15,3079	16,9279	18,9392	21,5880	27,3362	34,0266	37,9159	41,3372	44,4608	45,4188	48,2782	56,8918
29	14,2564	15,5745	16,0471	17,7084	19,7677	22,4751	28,3361	35,1394	39,0875	42,5569	45,7223	46,6926	49,5878	58,3006
30	14,9535	16,3062	16,7908	18,4927	20,5992	23,3641	29,3360	36,2502	40,2560	43,7730	46,9792	47,9618	50,8922	59,7022

ANEXO 11. Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Proceso de Graduación Ciclo I y II Año 2019

Carrera de Doctorado en Medicina

Meses	FEB/2019				MARZ/2019				ABRIL/2019				MAY/2019				JUN/2019				JUL2019				AGOST/2019				SEPT/2019				OCT/2019				NOV/2019				DIC/2019			
	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
Actividades																																												
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías		■		■	■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■	
2. Inscripción del proceso de graduación.	■																																											
3. Aprobación del tema de investigación			■																																									
4. Elaboración del Protocolo de Investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación									Entrega 26 de abril de 2019																																			
6. Ejecución de la Investigación													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																				
7. Procesamiento de los datos																					■	■	■	■																				
8. Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis																									■	■	■	■																
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																													■	■	■	■												
10. Redacción del Informe Final																																	■	■	■	■								
11. Entrega del Informe Final																																					■	■	■	■				
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																					■	■	■	■				