

La lactancia materna en infantes ecuatorianos.

Caso de estudio

Brenda Yesqueny Urgilés Carrión
Juan Alberto Chérrez Sánchez
Sonia Alexandra Alvarez Carrión

Marcos Vinicio Caiza Ruiz
Ana María Viteri Jaramillo
John Alberto Chérrez Urgilés



La lactancia materna en infantes ecuatorianos. Caso de estudio

La lactancia materna en infantes ecuatorianos. Caso de estudio

Autores

Brenda Yesqueny Urgilés Carrión

Juan Alberto Chérrez Sánchez

Sonia Alexandra Alvarez Carrión

Marcos Vinicio Caiza Ruiz

Ana María Viteri Jaramillo

John Alberto Chérrez Urgilés

La lactancia materna en infantes ecuatorianos. Caso de estudio.

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquiera otro, sin la autorización previa por escrito al Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador (CIDE).

DERECHOS RESERVADOS

Copyright © 2022
Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador
Guayaquil, Ecuador
Tel.: + (593) 04 2037524
<http://www.cidecuador.com>

ISBN 978-9942-616-02-9
Impreso y hecho en Ecuador

Dirección editorial: Lic. Pedro Misacc Naranjo, Msc.
Coordinación técnica: Lic. María J. Delgado
Diseño gráfico: Lic. Danissa Colmenares
Diagramación: Lic. Alba Gil
Fecha de publicación: septiembre, 2022



CIDE
EDITORIAL

**La presente obra fue evaluada por pares académicos
experimentados en el área**

Catalogación en la fuente

La lactancia materna en infantes ecuatorianos. Caso de estudio / Brenda Yesqueny Urgilés Carrión, Juan Alberto Chérrez Sánchez, Sonia Alexandra Alvarez Carrión, Marcos Vinicio Caiza Ruiz, Ana María Viteri Jaramillo y John Alberto Chérrez Urgilés. -- Ecuador: Editorial CIDE, 2022

101 p.: incluye tablas, gráficos; 21 x 29, 7 cm.

ISBN 978-9942-616-02-9

1. Lactancia materna 2. Medicina Familiar y Comunitaria 3. Salud

SEMBLANZA DE LOS AUTORES

Brenda Yesqueny Urgilés Carrión



Doctora en Medicina y Cirugía graduada en la Universidad Estatal de Guayaquil en el año 1997; laboró por 10 años en Santiago de Chile en un Centro de Salud Familiar. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria titulada en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el año 2017. Con gran experiencia en la tutoría comenzó en la formación de Técnicos en Atención Primaria de Salud en Guayas durante el año 2012 al 2013, y como Tutora asistencial del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria tercera cohorte en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil desde el año 2018 al 2021. Actualmente labora en un Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública, en donde aplica la medicina familiar con un enfoque integral y preventivo. Con gran interés en la investigación de campo participa activamente en la enseñanza para la aplicación de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Juan Alberto Chérrez Sánchez



Doctor en Medicina y Cirugía graduado en la Universidad Estatal de Guayaquil en el año 1999; laboró por 10 años en Santiago de Chile en un Centro de Salud Familiar. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria titulado en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil en el año 2017. Fue tutor en la formación de Técnicos en Atención Primaria de Salud en Guayas durante el año 2012 al 2013. Tiene experiencia en ecografía obstétrica y eco Doppler. Actualmente labora en un Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública, en donde presta atención integral a las familias, teniendo en cuenta los componentes psicológicos, biológicos, laborales, familiares y sociales y participa activamente en todos los programas de prevención y promoción de la Salud.

Sonia Alexandra Alvarez Carrión



Lcda. en Ciencias de la Salud en Terapia Física y Deportiva, Diploma Superior en Docencia Universitaria, Magíster en Gerencia de los Servicios de la Salud, Magíster en Fisioterapia y Rehabilitación mención Neuromusculoesquelético. Gerente propietaria y Fisioterapeuta de Physcal-Med en la ciudad de Riobamba, con años de experiencia en atención a deportistas profesionales de diferentes clubes. Se he desempeñado como docente en varios centros de educación superior, ejerciendo actualmente la docencia en la carrera de Fisioterapia en la Universidad Nacional de Chimborazo. Autora y coautora de varios artículos científicos.

Marcos Vinicio Caiza Ruiz



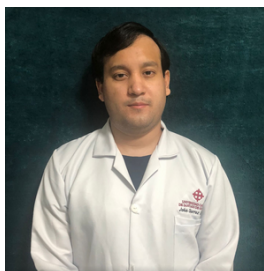
Profesional en Medicina y Cirugía, con especialidad en Medicina Deportiva con más de 30 años de experiencia en diferentes clubes deportivos a nivel nacional. Diploma Superior en Docencia Universitaria, Director Médico de Clinider en la ciudad de Riobamba, Director de la carrera de Fisioterapia en la Universidad Nacional de Chimborazo.

Ana María Viteri Jaramillo



Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica de Salud. Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local. Actualmente labora en un Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública.

John Alberto Chérrez Urgilés



Estudiante de Medicina en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, con gran interés en la investigación clínica. Destaca por su nivel de inglés muy avanzado. Actualmente es presidente de curso, y participa activamente en todas las actividades académicas y sociales de su entidad educativa.

Brenda Yesqueny Urgilés Carrión

Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública

Juan Alberto Chérrez Sánchez

Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública

Ana María Viteri Jaramillo

Centro de Salud del Ministerio de Salud Pública



Sonia Alexandra Alvarez Carrión

Docente de la carrera de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Marcos Vinicio Caiza Ruiz

Director de la carrera de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Chimborazo.



John Alberto Chérrez Urgilés

Estudiante de Medicina en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil



DEDICATORIA

Nuestra sincera gratitud a la familia de cada uno de nosotros que han hecho posible culminar este trabajo, en especial las personas que partieron dejándonos una enseñanza valiosa de gratitud, alegría para vivir, para luchar y ser mejores cada día.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por darnos día a día la oportunidad de continuar compartiendo nuestras vidas con nuestras lindas familias, para quienes han sido fuente de inspiración y esfuerzo en todo momento para ellos todo nuestro amor y gratitud.

Un especial agradecimiento a todos los que han permitido desarrollarnos profesionalmente y ponernos al servicio de la comunidad.

Los autores

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ALNP	<i>Alimentación del Lactante y Niño Pequeño</i>
CNNA	<i>Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia</i>
IHAN	<i>Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia</i>
LM	<i>Lactancia Materna</i>
MAIS	<i>Modelo de Atención Integral de Salud</i>
MSP	<i>Ministerio de Salud Pública de Ecuador</i>
ODS	<i>Objetivos de Desarrollo Sostenible</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
OPS	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
PNUD	<i>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo</i>
UNICEF	<i>Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia</i>
PAI	<i>Programa Ampliado de Inmunizaciones</i>
INEC	<i>Instituto Nacional de Estadística y Censos</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

La familia es la célula principal de la sociedad donde se cultivan los valores y la puesta en práctica de estos, constituye la base para el desarrollo y evolución de la misma. También se puede aseverar que la familia es el único espacio donde el ser humano se siente confiado, pleno, a gusto y en paz; es el refugio donde el individuo es aceptado de manera auténtica y genuina, en donde son festejados los logros, los retos, los aciertos y además es el núcleo en el que apoya con entereza la superación de las desavenencias e infortunios sin importar la condición económica, cultural, intelectual, religiosa a profesar o preferencia sexual. La familia es sinónimo de cobijo, resguardo, unión, respeto y amor.

En el mismo orden de ideas, el rol de las madres es fundamental en la familia, ya que llevan en sus hombros la responsabilidad primordial de resguardar la vida de sus hijos desde el momento de su gestación, brindando a su bebé seguridad y custodiando que su desarrollo emocional se dé en las mejores condiciones, ya que será la base de todo el desarrollo posterior, tanto emocional como intelectual e incluso físico.

El desarrollo psíquico del niño se inicia in-útero. Entre el primer y segundo año de vida los niños son únicamente de la madre, el padre no existe para los bebés. El papel de la madre es cuidar del niño, el bebé solo necesita de mamá, y el papel del padre es cuidar de la mamá.

En el momento del nacimiento entre la madre y su hijo se da una separación física pero no emocional. A ese nivel, mamá y bebé todavía son uno, es lo que se conoce comúnmente como fusión emocional y a partir de allí se hace evidente que el niño está depositando toda su confianza en las decisiones y los actos de su protectora.

Haciendo un análisis de todo lo antes expuesto, nos conlleva a pensar que el mayor acto de amor, así como la mejor opción que puede hacer una progenitora hacia sus descendencias, es la ingesta de la lactancia materna exclusiva por lo menos desde los cero hasta los seis meses de edad.

Es innegable la cantidad de literatura disponible al público que hable de este tema, además existen organizaciones internacionales que respaldan esta idea, enseñando diariamente a las familias en el mundo para que tomen la decisión correcta en pro a la salud de sus bebés; igualmente se han creado políticas internas en cada país para respaldar la importancia de una alimentación sana y confiable para los infantes de una sociedad, pero nada es más evidente que la demostración científica que demuestran estas afirmaciones.

En encuesta de salud y nutrición realizada en Ecuador evidencia que la lactancia materna exclusiva entre los niños de cuatro a cinco meses de edad es muy baja en relación a lo que se recomienda a nivel mundial, debido a que no alcanza ni el 40% de los infantes de la nación, cuando en ese período de tiempo la totalidad de los niños deberían consumirla.

Otros estudios relacionados con las condiciones salubres de los infantes, reflejaron que mantener la lactancia materna exclusiva reduce la incidencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias y diarreas infecciosas en los niños, sobre todo cuando existe una buena higiene en el hogar; es por ello que surge el interés de conocer cuál es el patrón de la lactancia materna e identificar las infecciones de las vías respiratorias y enfermedades diarreicas infecciosas en los niños de cero a seis meses.

Para llevar a cabo este estudio se decide realizarlo en la Parroquia Pascuales específicamente en cuatro de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Pascuales-Ecuador, ya que hasta el momento no existen estudios anteriores que demuestren estos datos.

Para finalizar se puede decir que los hallazgos de dicha investigación son muy interesantes debido a que no se trabajó solamente al niño, sino a su entorno familiar y también se abordó tópicos como la situación sociodemográfica de Pascuales que al final pasa a ser un factor decisivo en las condiciones salubres de los infantes que moran en él, demostrando de una manera científica toda la realidad que se viene suscitando y que si es atendida de la manera correcta, el estándar de vida de los pobladores de esta zona mejoraría notablemente.

Semblanza de los autores	6
Afiliación.....	9
Dedicatoria	10
Agradecimiento	11
Siglas de acrónimos	12
Prólogo	13
Introducción	18

Capítulo 1

Basamentos legales que amparan la lactancia materna como alimentación primordial para el infante

Basamentos legales que amparan la lactancia materna como alimentación primordial para el infante.....	21
---	----

Capítulo 2

Aspectos relacionados a la lactancia materna y la epidemiología infantil

Lactancia materna	28
Lactancia materna precoz	29
Beneficios de la lactancia materna	30
Factores sociodemográficos que influyen en la lactancia materna	32
Motivos de abandono de la lactancia materna	33
Relactación	34
Causas para no amamantar con leche materna	35
Esquema de vacunación infantil en el Ecuador	37
Enfermedad diarreica infecciosa	38
Infecciones de las vías respiratorias agudas	39
Condiciones higiénico sanitarias en el hogar	39

Capítulo 3

Caso de estudio. Aspectos epidemiológicos de la lactancia materna en cuatro consultorios médicos en el Centro de Salud Pascuales 2015-2016

Diseño de la investigación	43
Criterios y procedimientos de selección de los participantes en el estudio	44
Criterios de inclusión	44
Criterios de exclusión	44
Procedimiento de recolección de la información	45
Características de la Parroquia Pascuales de Guayaquil	45
Nivel sociodemográfico de las familias de los niños en estudio	46

Características de la salud y la alimentación del infante en estudio	52
Condiciones especiales para llevar a cabo el estudio	53
Técnicas de análisis estadístico	54
Hitos de la investigación	54

Capítulo 4

Presunciones científicas de la relación entre la lactancia materna con la inmunidad del niño

Características más resaltantes de Pascuales- Guayaquil	56
Nivel sociodemográfico	57
Características del niño relacionados a la lactancia materna	60
Aspectos epidemiológicos infantiles	65
Reflexiones finales	71
Referencias bibliográficas	73
Glosario de términos	80
Anexos	90

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el mejor alimento que una madre entrega a su hijo desde que nace. En la literatura se habla que la lactancia materna ha constituido el modo de alimentar a los niños, garantizando la supervivencia de los seres humanos, además de todas las ventajas que ella proporciona representando, además, uno de los temas más apasionantes de la práctica médica (1).

Es por ello que los Organismos de Salud a nivel mundial se han propuesto como meta promocionar la lactancia materna mediante la implementación de normas y protocolos, esto ha pretendido aumentar exitosamente su práctica desde el momento mismo del nacimiento, es decir, la lactancia materna precoz (2).

Así mismo, se recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del niño, y posteriormente iniciar la alimentación complementaria, pero sin abandonar la leche materna, al menos hasta los dos años de vida indicando el uso de leches maternizadas o leche de fórmula por alguna condición de salud del niño o de la madre.

Ahora bien, la mayoría de los recién nacidos inician su vida con la lactancia materna, el tiempo cronológico en que es amamantado el niño varía en los países; en algunos se estima que sólo alrededor del 8% de los menores de 6 meses son amamantados exclusivamente con leche materna, en otros, ese porcentaje supera el 68%, reflejando las grandes diferencias en las políticas y programas de promoción de la lactancia materna (3).

En el Ecuador, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición muestran que la lactancia materna exclusiva entre los niños de cuatro a cinco meses es baja y alcanza sólo un 34,7% (4); lo que refleja un desconocimiento por

parte de las madres sobre las bondades que aportan al bebé. Mantener la lactancia materna exclusiva reduce la incidencia y gravedad de las infecciones de las vías respiratorias y diarreas infecciosas en los niños, sobre todo cuando existe una buena higiene en el hogar (5-6).

Por todo lo antes expuesto surge el interés de conocer cuál es el patrón de la lactancia materna e identificar las infecciones de las vías respiratorias y enfermedades diarreicas infecciosas en los niños de cero a seis meses, ya que hasta al momento no existen estudios anteriores en la región que demuestren esta relación en la Parroquia Pascuales.

Uno de los resultados esperados por los investigadores en el área, es que dicha investigación suministre una información rica en el abordaje de la importancia de la lactancia materna en Pascuales y a su vez sirva de insumo para implementar futuros estudios sobre los beneficios de la misma en los infantes.

Además, se considera que los hallazgos del estudio apoyarán el fortalecimiento del objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir, que acuerda ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas (7), contribuyendo de esta manera a las acciones integrales descritas en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ecuador (8) donde se promueve la lactancia materna.

Capítulo 1

Basamentos legales que amparan la lactancia materna como alimentación primordial para el infante



Capítulo 1

Basamentos legales que amparan la lactancia materna como alimentación primordial para el infante

La lactancia materna es un derecho universal de madres y bebés; protegerla, promoverla y apoyarla es una de las estrategias de alto impacto y bajo costo que contribuye con la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal, infantil y materna. Múltiples evidencias científicas (9) la respaldan de manera contundente, ya que ha garantizado la permanencia de la especie humana en el planeta por sus múltiples e incomparables beneficios para madres, bebés, familias, comunidad, economía de recursos, medio ambiente y la sociedad en general.

Alimentar con leche materna es mucho más que dar de comer, ya que facilita el establecimiento de un sólido vínculo entre madre y bebé como producto del contacto íntimo al amamantar. La leche materna es una sustancia viva y cambiante, con propiedades adaptativas que se produce durante el amamantamiento. Es la mejor leche del mundo para bebés humanos, constituye el alimento más completo que les aporta nutrientes, agua, defensas y amor. Representa máxima seguridad alimentaria, garantiza la supervivencia infantil, es gratuita, 100% ecológica, no tiene competencia y es imposible imitar (10).

Existen basamentos legales que respaldan la ingesta de la leche materna entre la madre a sus hijos, debido a que se reconoce su importancia en diversos escenarios nacionales e internacionales, por ejemplo, el caso de la UNICEF y la OMS consideran la leche materna (LM) como un Derecho Universal de niños/as y madres (Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, 2011; Asamblea General de Naciones Unidas, 2006) y su promoción a la población mundial ha sido divulgado por muchos años.

No obstante, pese a todas las medidas promocionales, aún existen deficiencias en la práctica de lactancia, por tanto, es fundamental generar conciencia en nuestra comunidad y personal de salud con relación a la gran relevancia que conlleva esta práctica (Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, 2011).

Además, una invocación ampliamente reconocida por la opinión pública es la existencia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, también conocidos como Objetivos Globales, los cuales fueron adoptados por el PNUD en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad.

Entre los 17 objetivos a alcanzar durante 3 lustros, se tiene que la lactancia materna fue tomada en consideración en 15 de ellos, debido a que es una forma natural de alimentación que no supone ningún costo al presupuesto familiar a diferencia de lo que puede suponer la alimentación artificial.

En el mismo orden de ideas, se expone en el objetivo 2 que la LM exclusiva y durante dos años o más, proporcionan nutrientes de alta calidad y una adecuada energía, y puede ayudar a prevenir el hambre, la desnutrición y la obesidad. Asimismo, mejora significativamente la salud, el desarrollo y la supervivencia de lactantes bien sean niñas y niños, incluyendo los prematuros y los recién nacidos enfermos.

Los lactantes están expuestos a menor riesgo de diarreas severas, neumonías, otitis, muerte súbita, enfermedad celíaca o alergias, además de promover el correcto desarrollo cognitivo de los bebés y las madres están más protegidas frente a enfermedades como osteoporosis, cáncer de pecho y útero.

De acuerdo al objetivo 3 el acto de amamantar crea un vínculo especial, una increíble sensación de bienestar de amor. Crea un fuerte deseo de proteger al bebé que no se puede evitar, siendo un instinto biológico que garantiza la supervivencia y la protección de las especies. El bebé es capaz de construir su

capacidad para establecer relaciones emocionales sanas a través del contacto, el alimento, la seguridad que proporciona el pecho de su madre y esto es así gracias a un neurotransmisor segregado en el momento de amamantar, como lo es la oxitocina o también conocido como la hormona del amor.

Entre otros beneficios contemplados en los objetivos están que la LM evita el gasto de agua y la contaminación medioambiental que se derivan de la producción de leche en polvo para las fórmulas, de su envasado, etiquetado, distribución y administración, así como también evita el elevado consumo energético que impone la producción de los sucedáneos de leche materna en cuya producción se consume y contamina el agua, se generan gases de efecto invernadero y se consumen energías fósiles para su elaboración.

Las mujeres lactantes que reciben apoyo en el trabajo por parte de la empresa, de sus jefes y compañeros, desarrollan mayor productividad en sus trabajos. La protección de la maternidad y otras políticas en el trabajo, permiten a las mujeres combinar la lactancia materna con sus cargos, y esto los convierte en empleos dignos, capaces de atender las necesidades de las mujeres que amamantan, especialmente aquellas que viven situaciones precarias.

Se reclama la participación de las mujeres en el mundo laboral como una solución hacia el crecimiento económico y la igualdad de género. Las actividades de cuidado no-remunerado que realizan las mujeres en el hogar son importantes para la salud, el desarrollo y el bienestar de toda la familia y deben ser reconocidas como tales en las estrategias de desarrollo económico y social.

La estrategia mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño (ALNP) fomenta la colaboración multisectorial y una diversidad de alianzas para apoyar el desarrollo a través de programas e iniciativas de lactancia materna como son: el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y los diez pasos para una Lactancia Feliz de la OMS y UNICEF y, es a través de Iniciativa para la Humanización de la

Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) como podemos aplicarlo en todos los ámbitos gubernamentales, sanitarios y sociales.

Las Convenciones Internacionales definen normas globales, pero hay que conformar alianzas de lucha a nivel comunitario, nacional y superior para exigir que las convenciones que protegen los derechos de los niños y niñas, los derechos de las mujeres y la protección de su maternidad, se plasmen en las leyes de cada país y que se cumplan adecuadamente.

A nivel de Ecuador, las bases legales que favorecen la lactancia materna se declaran en las siguientes leyes que se encuentran publicadas (42).

Ley Orgánica de Salud en el Art .17 (2006): La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

El Código de la Niñez y Adolescencia Art. 24 (2013): Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

De acuerdo a la Política Nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud Pública (2009) se debe:

1.- Fomentar la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de niños y niñas.

2.- Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna mediante:

A.-El cumplimiento obligatorio del apego precoz dentro de los primeros 30 minutos de vida en todas las unidades de Salud Pública, y de la red complementaria que atiende los partos.

B.- El cumplimiento obligatorio del alojamiento conjunto en todas las unidades de Salud Pública y de la red complementaria que atiende partos y recién nacidos.

También en Ecuador, el Registro Oficial número 381. Ley Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita, Quito, Registro Oficial; agosto, diez de 1998 menciona que:

La lactancia materna debe ser precoz, exclusiva, mandatoria y a libre demanda. Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Manual Técnico Operativo, Administrativo y Financiero, Protocolos, Quito, MSP, 2002.

Asimismo, se tiene la Ley de Fomento Apoyo y Protección a la Lactancia Materna (1995). Art. 1.- La lactancia materna es un derecho natural de los niños y niñas y constituye el medio más idóneo para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo.

En este mismo sentido, se presenta el Reglamento número 1469, de la Ley de Fomento, Protección y Promoción de la Lactancia Materna, Registro Oficial número 321, del 18 de noviembre de 1999 y el Ministerio de Salud Pública, Normas de Atención Integral a la Niñez, Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Normatización Técnica, Salud de la Niñez, Quito, MSP, 2010.

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

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

10.-El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y posnatal apropiadas.

Por último, se tiene el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia, Quito, CNNA, mayo, 2004, cuyas políticas son las siguientes:

- Política 1: protección y cuidado de la salud de la mujer en edad reproductiva mediante la atención gratuita y universal durante el embarazo, parto y posparto.
- Política 2: garantizar una vida saludable a los niños y niñas menores de seis años.
- Política 4: asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.

Capítulo 2

**Aspectos relacionados a la lactancia
materna y la epidemiología infantil**



Capítulo 2

Aspectos relacionados a la lactancia materna y la epidemiología infantil

En virtud de la realización de la investigación de tesis denominada “*Aspectos Epidemiológicos de la Lactancia Materna en Cuatro Consultorios Médicos en el Centro de Salud Pascuales 2015-2016*”, se plantea la existencia de una relación directa entre la ausencia o suministro parcial de la lactancia materna por parte de la madre a su bebé y la vinculación del surgimiento de episodios de enfermedades infecciosas y/o diarreicas en el infante durante los cero y seis meses de edad en los niños de Pascuales.

Para ello se estableció unos parámetros de estudio a fines de formular las hipótesis apropiadas de investigación y así obtener los resultados que respondan a la realidad en Pascuales-Ecuador en aras de aportar a la ciencia y a la resolución de problemas de la sociedad.

Lactancia materna

La lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad y por siglos se ha plasmado sus beneficios en todas las culturas (11). La lactancia materna, se describe como la alimentación del recién nacido y lactante a través del seno materno, este es un término genérico usado y puede ser de dos tipos completa exclusiva y completa casi exclusiva:

- la lactancia completa exclusiva materna, es la alimentación al seno materno sin agregar otro tipo de líquido o sólido, con fines nutricionales o no;

- casi exclusiva es la alimentación al seno materno, pero se le brinda agua o té entre las tetadas, o bien, una vez al día, un complemento alimenticio por necesidades de la madre (12).

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud “La lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes” (13).

En este sentido, para evitar la mortalidad infantil debido a la mala nutrición en el niño y las infecciones, el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, en el año 2002 durante la Asamblea Mundial de la Salud adoptaron la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño; la estrategia recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida (180 días) y luego iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, y siempre mantener la lactancia materna hasta los dos años de edad o más, a la vez recomienda que para asegurar la producción y el flujo de la leche materna, se requiere que el niño lacte el tiempo que quiera durante el día o la noche, esto se lo conoce como lactancia materna a demanda o lactancia conducida por el lactante (14).

Lactancia materna precoz

Una de las prácticas que ayuda a la lactancia materna es el apego precoz que es el acercamiento piel a piel e inmediatamente después del nacimiento, entre el recién nacido y su madre y el alojamiento conjunto, el apego precoz hace que el olor materno sea llamativo para el recién nacido; esto facilita el vínculo afectivo con la madre y se adapta mejor a su nuevo ambiente fuera del útero, además facilita que el niño logre amamantar con más facilidad, ya que se estimulan los reflejos de succión y búsqueda; el recién nacido luego del parto se lo debe

colocar en el abdomen de la madre desnudo siempre y cuando este se mantenga activo y reactivo.

Luego de realizar el pinzamiento oportuno del cordón umbilical y cubrir al niño para mantener el calor, se le indica a la madre que acaricie y le hable a su hijo, luego que estimule la lactancia materna, todo esto durante la primera hora postparto; este proceso se llama *lactancia materna precoz*. Una de las grandes ventajas es que el recién nacido recibe el calostro que es considerada un agente bacteriostático, bactericida, antiviral, antifúngico y antiparasitario, por lo que cumple una función de protección contra las infecciones, por esta razón se le conoce como “oro blanco” (15).

Beneficios de la lactancia materna

La lactancia materna es reconocida como el mejor inductor de la maduración inmunológica después del nacimiento, es por esto que brinda muchos beneficios; “la lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal a lactantes...reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, y disminuye la morbimortalidad infantil” (16).

En la literatura se encontraron datos valiosos sobre el valor nutricional y el gran aporte que brinda el calostro, que es un líquido amarillo que contiene betacarotenos, tiene el 87% de agua, por cada 100ml contiene 57 o 58 Kcal; 2,9 g de grasa, 5,3 o 5,7 g de lactosa y de 2,3 g de proteína casi tres veces más que la leche madura, contiene alta concentración de Ig A, lactoferrina y es gracias a los linfocitos y macrófagos que le otorga la condición protectora, ya al cuarto y el décimo día postparto se produce la llamada “leche de transición”, que contiene en relación con el calostro más contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles, y menos cantidad de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles.

La leche madura se forma al décimo día, esta contiene el 90 % de agua y el 7,3 % de carbohidratos, y fructosa, y son las limosinas que se considera como un

factor antimicrobiano no específicos, las inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM; la principal es la IgA secretora, que protege las mucosas y al intestino contra poliovirus, *Echerichia coli* y *Vibrión cholerae*, la inmunoglobulina G e inmunoglobulina M lo hacen contra el virus sincitial respiratorio, la lactoferrina contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño y tiene efecto bacteriostático importante contra el *Estafilococo*, *Echerichia coli* y *Cándida albicans*, mediante privación del hierro que requiere para su crecimiento.

Los lactantes alimentados al seno materno absorben hasta el 49% del hierro, cifra alta en comparación con el 10% que se absorbe de la leche de vaca y del 4 % de las fórmulas maternizadas, además el zinc presente en la leche materna tiene mejor absorción comparada con la leche de vaca (17).

En el estudio que realiza De la Vega et al (16), sobre la leche materna y la influencia en las infecciones respiratorias agudas, concluyen que:

Mientras más breve es el período de lactancia materna, mayor es el riesgo de infección y su severidad. Las dos terceras partes de las otitis medias y la totalidad de las neumonías ocurren en casos con lactancia materna mixta breve o artificial.

Entre las ventajas de la lactancia materna, se incluye su papel preservador ante infecciones respiratorias, prolongar la leche materna exclusiva más de 90 días resultó un factor protector (5). Se ha demostrado que los niños que no reciben leche materna, tienen una probabilidad de 6 a 10 veces de morir dentro de los primeros meses de vida comparados con los niños que, si tienen leche materna, también describen que las enfermedades más frecuentes son las diarreas y neumonías (15).

En este sentido, durante la infección activa del lactante se produce un aumento de las células inmunológicas en la leche materna, los niños alimentados con lactancia artificial tenían un mayor riesgo de morbimortalidad en comparación con los que habían sido amamantados; así mismo los niños sin lactancia materna exclusiva en las primeras 6-8 semanas de vida tienen mayor riesgo de hospitalización, y permanecían más tiempo ingresados; a largo plazo

los beneficios encontrados fueron que si la leche materna dura por 4 meses o más, los niños presentaban una función pulmonar mejor a los 8 años y se asoció a un menor riesgo de asma si los niños lactaron exclusivamente (17).

Por otra parte, el papel que juega la lactancia materna exclusiva en la vacunación en el niño es que potencia las respuestas inmunitarias de la mayoría de los inmunógenos vacunales aplicados en los programas de inmunización infantil, asimismo influye en la respuesta inmunitaria humoral y celular a las vacunas, ya que contiene componentes que favorecen la maduración del sistema inmune del lactante pues permite amplificar las respuestas humoral y cerebral, después de la vacunación. Debido a lo anteriormente expuesto, se podría considerar que las respuestas inmunitarias inducidas por la vacunación se correlacionarían con el tiempo de lactancia materna recibida (18-19).

En cuanto a la relación de la lactancia materna e infección por rotavirus, el riesgo de agravamiento o morir es casi nulo en los niños que toman leche materna (20). Según Chía et al, los niños menores de seis meses en Perú, alimentados con la lactancia materna exclusiva estuvo asociada a menor probabilidad de enfermedad diarreica aguda, y tuvieron 63% menos de probabilidad de enfermar y es un factor protector para infecciones del tracto respiratorio cuando dura más de 90 días (21).

Sobre los beneficios a las madres, la lactancia materna proporciona recuperación del parto, reduce el riesgo de padecer cáncer de mama, beneficios económicos, satisfacción emocional, sentimientos de utilidad y aumento del vínculo afectivo (22).

Factores sociodemográficos que influyen en la lactancia materna

La práctica de la lactancia materna se ve influenciada en forma favorable o desfavorable por algunos factores; según Gorrita et al, las familias mantienen un dilema sobre la utilización de la misma, debido a deseos aptitudes y

conocimientos, sobre todo por parte de la madre, y relacionada por diferentes factores socioeconómicos y familiares, y concluyen que los niños con familias nucleares logran mejores resultados de la lactancia materna exclusiva al 4° y al 6° mes (23).

Chía et al, refieren que las madres con un nivel educativo bajo amamantan más a sus hijos (21), pero según Oliver et al, refieren que las madres con un bajo nivel de estudios amamantan menos que las que tiene un nivel superior (24).

En cambio, Niño et al, encuentran que las variables asociadas a una lactancia materna exitosa fueron una experiencia previa positiva (lactancia materna anterior), una menor escolaridad materna, ser dueña de casa y sexo femenino del lactante (25).

Respecto al estado civil, según Pino et al, fueron las madres casadas que presentaron mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva, tal vez por el apoyo familiar; en el mismo estudio, la edad influye en la mantención de la lactancia materna, las mujeres mayores lactan por más tiempo a sus niños pues tienen mayor madurez y preparación psicológica, así como el deseo de tener un hijo (26).

Motivos de abandono de la lactancia materna

Según Martín et al (27), entre los motivos por lo que las madres abandonan la leche materna, la más frecuente es la hipogalactia con un 29,7% seguida de la escasa ganancia de peso que representa el 20,5%, la necesidad de incorporarse al trabajo ocupó un tercer lugar con un 11,8%, y menos frecuentes la enfermedad materna 5,1% o del niño 5,7%, la incomodidad para la madre 2,7% y motivos estéticos en seis madres (0,3%).

Existe evidencia que la promoción y apoyo en la lactancia materna mejora el tiempo de inicio y duración, pero aún es necesario contar con más estudios controlados que afirmen que el abandono de la lactancia materna disminuye

cuando se realiza una educación prenatal, comparada con la educación que recibe la madre en el postnatal (28).

Como refiere Londoño et al, son las creencias y prácticas erróneas de las madres que causan el abandono de la lactancia materna; entre los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva, la más frecuente tuvo que ver con la cantidad de leche materna, las respuestas como que la leche era insuficiente “se secó” o “no salió”, pueden corresponder a una mala técnica, o al desconocimiento de la madre en la frecuencia, toma y cantidad de leche que requiere su hijo, además la angustia que genera a la madre que el niño queda con hambre o que se va a desnutrir (29).

Según Niño et al, encontraron en su estudio, que, según lo referido por las madres, los principales motivos de abandono de la lactancia fueron “decisión propia” y percepción materna que el niño “quedaba con hambre”, en una proporción significativa, el abandono de la lactancia materna se vinculó a problemas de estética y en menor frecuencia a la salud del niño, trabajo o estudio materno (25).

Relactación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (30) manifiesta que:

“Una mujer que ha interrumpido la lactancia de su hijo, recientemente o en el pasado, puede volver a producir leche para su propio hijo o para uno adoptado, incluso sin un embarazo adicional. Esta medida potencialmente salvadora se llama relactación. Una mujer que nunca ha estado embarazada puede también establecer la lactancia, aunque la cantidad de leche producida es con menor frecuencia adecuada para lograr una lactancia exclusiva. Esto se conoce como lactancia inducida”.

También la OMS recomienda considerar la posibilidad de relactación para el manejo de algunos lactantes enfermos, en los menores de 6 meses de edad con diarrea aguda o persistente, aquellos que han suspendido la leche materna antes o durante una enfermedad, y aquellos que han sido alimentados artificialmente pero no toleran las leches artificiales.

Causas para no amamantar con leche materna

Existe algunas condiciones en que el niño no puede alimentarse con leche materna ya sea de forma permanente o temporal, por lo que requiere de complementar su alimentación con leche de fórmula o artificial. En las Normas y Protocolos de Alimentación para niños menores de dos años en el Ecuador (31), se detallan estas condiciones de la siguiente manera:

1. Algunas afecciones infantiles precisan la suspensión total y permanente:

- a) “Lactantes con galactosemia clásica requieren una fórmula especial libre de galactosa...”
- b) “Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce requieren una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.”
- c) “Lactantes con fenilcetonuria requieren una fórmula especial libre de fenilalanina...”
- d) “Deficiencia primaria congénita de lactasa...”.

2. Afecciones maternas que se recomienda evitar la lactancia materna:

- a) “Infección por VIH...”
- b) “Infección por el virus de la leucemia humana de células T...”.

3. Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un período limitado además de leche materna son:

- a) “Lactantes de muy bajo peso al nacer menor a 1500 gramos.”
- b) “Lactantes muy prematuros con menos de 32 semanas.”
- c) “Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia...”.

4. *Las afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente son:*

- a) “Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo, septicemia.”
- b) “Medicación materna: los medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones...”
- c) “Es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131...”
- d) “El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé.”
- e) “La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia...”.

5. *Las afecciones maternas durante las cuales puede continuar la lactancia, aunque representen problemas de salud preocupantes son:*

- a) “Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento...”
- b) “Hepatitis B: los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después...”
- c) “Hepatitis C: Recientes estudios han demostrado que no se transmite por la lactancia materna esta enfermedad. La tasa de transmisión madre-hijo de la hepatitis C es similar en los niños alimentados al pecho y en los que reciben lactancia artificial...”
- d) “Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección...y amamantar del pecho no afectado.”
- e) “Tuberculosis: el manejo de la madre y el bebé debe hacerse de acuerdo a las normas nacionales de tuberculosis...”

- f) “Uso de sustancias: Se ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los bebés amamantados...”
- g) “La suspensión temporal de la leche materna se debe realizar en aquellos lactantes nacidos con bajo peso y muy bajo peso al nacer. Un recién nacido que pesa menos de 2500 gramos, se lo considera con bajo peso al nacer y uno que pesa menos de 1500 gramos se lo considera de muy bajo peso al nacer”.

Esquema de vacunación infantil en el Ecuador

La vacunación infantil protege de las enfermedades que causan mortalidad, y además de la leche materna para garantizar una buena salud, se debe aplicar el esquema de vacunación completo según la edad del niño, el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI en el Ecuador, tiene como objetivo evitar las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación, tiene como meta vacunar al 100% de los niños, con las siguientes vacunas:

- BCG en dosis única al recién nacido, previene las formas de tuberculosis meníngea y miliar;
- HB para prevenir la infección de la hepatitis B, se la aplica en las primeras 24 horas del recién nacido;
- OPV se aplica en tres dosis a los dos, cuatro y seis meses previene la poliomielitis;
- Pentavalente (DPT+Hib+HB) se aplica en tres dosis a los dos, cuatro y seis meses, es una vacuna contra la difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B;
- Haemophilus influenzae tipo b, la vacuna contra el rotavirus se aplica en dos dosis, a los dos, cuatro meses;
- Neumococo conjugado se aplica en tres dosis a los dos, cuatro y seis meses (32-33).

Enfermedad diarreica infecciosa

Según la Organización Mundial de la Salud (34), detalla lo siguiente:

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces firmes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Las diarreas se clasifican en: *diarreas agudas* que es aquella que dura menos de 14 días, y si se prolonga más de este tiempo se la llama *diarrea persistente* y aunque puede extenderse más de 30 días sigue siendo persistente, y la *diarrea crónica* es la que dura más de 30 días y se la vincula con otras enfermedades como la enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca y otras. Existen otras clasificaciones, la diarrea aguda se la clasifica en osmótica y secretoria, y diarrea aguda con sangre invasiva y no invasiva.

Los agentes infeccioso causantes de diarrea se transmiten por la vía fecal-oral (ano-boca- mano) que incluyen la ingesta de agua contaminada no hervida y de alimentos contaminados fecalmente, así como con el contacto directo de heces; el comportamiento de las personas contribuyen a la propagación de los agentes infecciosos y aumentan el riesgo de contraer diarrea, como la ausencia de la lactancia materna exclusiva durante los 4 a 6 meses de vida, uso de biberones, no hervir el agua de consumo, no lavarse las manos luego de defecar o limpiar las heces del niño, y antes de servir o manipular los alimentos (35).

Para prevenir y/o tratar la deshidratación de la diarrea, se recomienda el

uso de las sales de hidratación oral o suero oral, independiente cual fuera la causa o la edad del paciente además que se recomienda en niños con lactancia materna continuar amamantando, y sobre todo acudir siempre a personal de salud médico o enfermera, para evaluar el estado de deshidratación y el plan de tratamiento a seguir (36).

Infecciones de las vías respiratorias agudas

Según Ochoa et al, (37) precisan el concepto de infección respiratoria aguda o infección de las vías respiratorias como el proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias; puede afectar la nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones, debido a la posibilidad de afectar una o varias partes de las vías respiratorias; es posible encontrar signos y síntomas de infección variables, a saber: tos, fiebre diferentes grados de dificultad para respirar, dolor de garganta, secreción nasal, dolor de oídos, y según la clasificación, son infecciones de las vías respiratorias superiores: rinofaringitis (resfrío común), otitis, faringitis incluyendo la faringitis estreptocócica, laringotraqueítis, epiglotitis y traqueítis (causadas por virus o bacterias), y la infección de las vías respiratorias inferiores como la neumonía bronconeumonía, bronquiolitis (frecuente en los menores de dos años).

Los factores de riesgo de las infecciones de las vías respiratorias de mortalidad por sus complicaciones y sobre todo neumonía están: niño menor de 2 meses, no lactancia materna o desnutrición, falta de inmunizaciones exposición al humo de cigarrillo, entre otras.

Condiciones higiénico sanitarias en el hogar

El poco acceso a agua potable y la disposición de excretas junto con las limitaciones educativas en el aseo y la higiene son aspectos importantes a considerar, ya que se estima que anualmente por diarreas mueren de 1.8 millones de personas, en donde el 90% son niños menores de 5 años; para prevención se recomiendan intervenciones higiénicas adecuadas como, por

ejemplo:

- almacenar agua salubre en el hogar (y tratarla en el hogar cuando su calidad es dudosa);
- la desinfección del agua por ebullición, consiste en elevar la temperatura del agua a 100° C y mantener esa condición por espacio de uno a cinco minutos, el resultado es la eliminación de la mayoría, sino de todos, los microorganismos presentes;
- es importante filtrar el agua o clorarla;
- son considerados métodos eficientes, lavarse las manos con jabón antes de preparar la comida, antes de comer y después de defecar reduce considerablemente el riesgo de enfermedades diarreicas;
- el ambiente en donde se preparan los alimentos debe ser ventilado y libre de vectores y animales domésticos;
- los desperdicios deben colocarse en bolsas plásticas y luego depositarlos en espacios apropiados fuera del área de la preparación de los alimentos;
- eliminar diariamente los desperdicios o basura, ubicar los desperdicios o basura en lugares apropiados y en recipientes tapados (38-39-40-41).

Una buena ventilación de la vivienda, la utilización de combustibles limpios y cocinas en buen estado reducen la contaminación en los locales cerrados y limitan el recrudecimiento y el desarrollo de infecciones respiratorias agudas, y la contaminación del aire por exposición en lugares cerrados por el humo de tabaco, aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias en el niño (40).

Capítulo 3

**Caso de estudio. Aspectos
epidemiológicos de la lactancia
materna en cuatro consultorios
médicos en el Centro de Salud
Pascuales 2015-2016**



CAPÍTULO 3

Caso de estudio. Aspectos epidemiológicos de la lactancia materna en cuatro consultorios médicos en el Centro de Salud Pascuales 2015-2016

De acuerdo al trabajo de investigación de Ixta RO, Lugo FG, Rodríguez GG, Barrios PM, así como la publicación de Black RE, Morris SS, Bryce J, ambas aseveran que en la actualidad más de 10 millones de infantes mueren cada año principalmente en países en desarrollo y las tres primeras causas son la diarrea aguda, las infecciones respiratorias agudas y las afecciones perinatales (43-44).

Según Kosek et al, afirman que específicamente las patologías antes mencionadas son las responsables de la ocurrencia desde 1.6 hasta 2.5 millones de muertes anuales causadas por las enfermedades diarreicas en niños menores de 6 meses de edad (45).

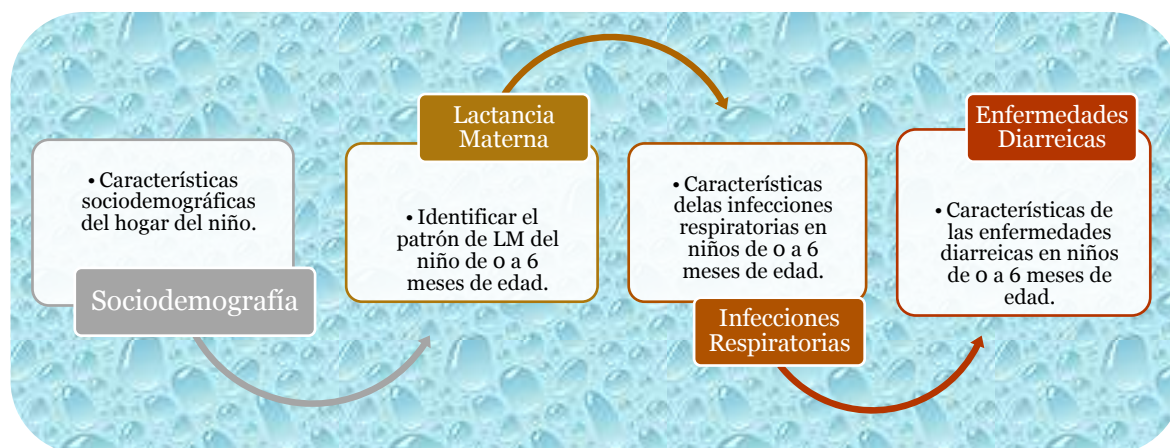
En el área urbana del Ecuador, un estudio publicado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2013 (4), refieren que solo el 35,9 % de los niños entre cero a cinco meses accedieron a la lactancia materna exclusiva. Durante el año 2014 se determinó mediante una investigación exploratoria de campo que en el consultorio de Medicina Familiar y Comunitaria N° 13 en el Centro de Salud Pascuales, el 91% de los lactantes menores de seis meses ya complementaban la leche materna con otros alimentos. Los niños con este patrón de lactancia materna presentaban infecciones de las vías respiratorias y/o enfermedad diarreica infecciosa con cierta frecuencia.

Hasta el momento, las características del patrón de la lactancia materna y las características de la infección de las vías respiratorias y enfermedad diarreica infecciosa, no habían sido investigadas en los niños de cero a seis meses en Pascuales, es por ello que la investigación estuvo basada en cuatro ejes

principales orientados para la identificación de los aspectos epidemiológicos en infantes las cuales son:

Gráfico 1.

Ejes principales en estudio de los aspectos epidemiológicos de la lactancia materna en cuatro consultorios médicos en el Centro de Salud Pascuales 2015-2016



Diseño de la investigación

De acuerdo a la naturaleza de la investigación, se realizó la pesquisa en dos etapas. En la primera de ellas se recopiló la información necesaria para conocer las características sociodemográficas de los habitantes de Ecuador, utilizando como referencia la información suministrada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Ecuador, a través de su publicación denominada “Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico”. Y para determinar las características sociodemográficas de las familias de los niños en estudio, se hizo uso de un instrumento de medición cuyas respuestas se obtuvieron por las propias personas involucradas en la investigación.

En la segunda fase se pretendió conocer los tópicos de lactancia materna, presentación de infecciones en las vías respiratorias y enfermedades diarreicas en los infantes a partir de la información suministrada por las familias involucradas, en el período comprendido entre mayo del 2015 a mayo del 2016.

Para la elaboración del estudio se decidió realizarlo con los pacientes infantiles del Centro de Salud Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales.

Criterios y procedimientos de selección de los participantes en el estudio

La realización de la investigación estuvo conformada por 28 niños que nacieron desde mayo del 2015 a noviembre del 2015 en el Centro de Salud Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Pascuales y cuya revisión mensual pediátrica se distribuyen entre los cuatro consultorios del Centro de Atención Integral Infantil.

Criterios de inclusión

Todos los niños de cero a seis meses de los cuatro consultorios de Medicina Familiar y comunitaria del Centro Salud Pascuales.

Criterios de exclusión

- 1) Los lactantes que por alguna condición de salud se recomienda no amamantar de manera temporal o permanente:
 - ✓ Lactantes con madres VIH.
 - ✓ Lactantes con galactosemia.
 - ✓ Lactantes con fenilcetonuria.
 - ✓ Lactantes con enfermedad con orina en jarabe de arce.
 - ✓ Lactantes con virus de leucemia humana T.

- 2) Para los recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un período limitado además de leche materna son:

- ✓ Lactantes de muy bajo peso al nacer menor a 1500 gramos.
 - ✓ Lactantes muy prematuros con menos de 32 semanas.
 - ✓ Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia.
- 3) Fallecimiento de la madre.
 - 4) Lactantes cuyas madres no den el consentimiento informado.
 - 5) Cambio de domicilio del lactante fuera del sector de Pascuales.

Procedimiento de recolección de la información

Características de la Parroquia Pascuales de Guayaquil

Al norte de Guayaquil, viajando por carretera se llega al cantón Daule, su nombre recuerda a San Pascual Bailón quien se cree, apareció en el sitio en donde hoy se levanta la iglesia parroquial. El 28 de agosto se celebra la parroquialización y en homenaje a sus fiestas participan las bandas de música, bastoneras y alumnos de las escuelas y colegios de la zona. En las calles y desde los balcones de las viviendas, los moradores y sus visitantes disfrutan del pregón y de las acrobacias de las cheerleaders. Los propietarios de comedores son los más entusiastas.

Ofrecen a sus comensales un menú variado, en el cual el cerdo es el ingrediente principal: caldo de salchicha, arroz con menestra y chuleta y la infaltable fritada. También se incluyen zonas del Noroeste de la ciudad de Guayaquil como Bastión Popular, Paraíso de La Flor, El Fortín de La Flor, Flor de Bastión, San Francisco, Guerreros del Fortín, Balerio Estacio, Sergio Toral, Nueva Jerusalén y Cooperativas aledañas a la parroquia urbana Pascuales. Es una parroquia muy poblada, hay muchos platos típicos, en el centro de Pascuales hay centros comerciales y restaurantes de comida típica. También en esta parroquia está "El Parque California" que cuenta con locales comerciales, entre ellos: Mi Comisariato, Adrianita, Carnes Fernández, Pastelería California, Almacén El Tuko, Almacenes Japón y muchos más.

Además, cerca del Parque California se encuentran sucursales del Banco Pichincha, Banco Internacional y Banco Guayaquil. Actualmente en la zona "El Fortín de la Flor" está ubicado "Mall el Fortín".

Nivel sociodemográfico de las familias de los niños en estudio

Como se mencionó anteriormente, para la obtención del nivel sociodemográfico de los habitantes de Ecuador, se referenció la información a las cifras divulgadas por el INEC a través de la Estrategia de Estratificación del Índice de Nivel Socioeconómico de Ecuador y cuya información está desagregada de la siguiente manera:

Grupos Socioeconómicos	Descripción
A	<p data-bbox="491 293 903 322">Características de las viviendas</p> <ul data-bbox="497 353 1337 474" style="list-style-type: none"> • El material predominante del piso de estas viviendas es de duela, parquet, tablón o piso flotante • En promedio tienen dos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo para el hogar. <p data-bbox="491 504 580 533">Bienes</p> <ul data-bbox="497 564 1337 779" style="list-style-type: none"> • Todos los hogares disponen de servicio de teléfono convencional. • Todos los hogares de este estrato cuentan con refrigeradora. • Más del 95% de los hogares dispone de cocina con horno, lavadora, equipo de sonido y/o mini componente. • En promedio, los hogares de este estrato tienen dos televisores a color. • Más del 80% de los hogares tiene hasta dos vehículos de uso exclusivo para el hogar. <p data-bbox="491 808 635 837">Tecnología</p> <ul data-bbox="497 869 1337 967" style="list-style-type: none"> • El 99% de los hogares de este nivel cuentan con servicio de internet. • La mayoría de los hogares tiene computadora de escritorio y/o portátil. • En promedio disponen de cuatro celulares en el hogar. <p data-bbox="491 996 762 1025">Hábitos de consumo</p> <ul data-bbox="497 1057 1337 1294" style="list-style-type: none"> • Los miembros de los hogares de estrato alto compran la mayor parte de su vestimenta en centros comerciales. • Los hogares de este nivel utilizan internet. • El 99% de los hogares utiliza correo electrónico personal (no del trabajo). • El 92% de los hogares utiliza alguna página social en internet. • El 76% de los hogares de este nivel ha leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos tres meses. <p data-bbox="491 1323 635 1352">Educación</p> <ul data-bbox="497 1384 1337 1442" style="list-style-type: none"> • El jefe de hogar tiene un nivel de instrucción superior y un número considerable alcanza estudios de post grado. <p data-bbox="491 1471 628 1500">Economía</p> <ul data-bbox="497 1509 1337 1832" style="list-style-type: none"> • Los jefes de hogar del nivel A se desempeñan como profesionales científicos, intelectuales, miembros del poder ejecutivo, de los cuerpos legislativos, personal del directivo de la Administración Pública y de empresas. • El 95% de los hogares está afiliado o cubierto por el Seguro del IESS (seguro general, seguro voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL. • El 79% de los hogares tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, AUS, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida.

Grupos Socioeconómicos	Descripción
------------------------	-------------

B

Características de las viviendas

- En el 46% de los hogares, el material predominante del piso de la vivienda es de duela, parquet, tablón o piso flotante.
- En promedio tienen dos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo para el hogar.

Bienes

- El 97% de los hogares dispone de servicio de teléfono convencional.
- El 99% de los hogares cuenta con refrigeradora.
- Más del 80% de los hogares dispone de cocina con horno, lavadora, equipo de sonido y/o minicomponente.
- En promedio los hogares tienen dos televisores a color.
- En promedio, los hogares tienen un vehículo de uso exclusivo para el hogar.

Tecnología

- El 81% de los hogares de este nivel cuenta con servicio de internet y computadora de escritorio.
- El 50% de los hogares tiene computadora portátil.
- En promedio disponen de tres celulares en el hogar.

Hábitos de consumo

- Las personas de estos hogares compran la mayor parte de la vestimenta en centros comerciales.
- El 98% de los hogares utiliza internet.
- El 90% de los hogares utiliza correo electrónico personal (no del trabajo).
- El 76% de los hogares está registrado en alguna página social en internet.
- El 69% de los hogares de este nivel han leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos tres meses.

Educación

- El jefe del hogar tiene un nivel de instrucción superior.

Economía

- El 26% de los jefes de hogar del nivel B se desempeñan como profesionales científicos, intelectuales, técnicos y profesionales del nivel medio.
- El 92% de los hogares está afiliado o cubierto por el Seguro del IESS (seguro general, seguro voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL.
- El 47% de los hogares tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización; seguro internacional, AUS, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida.

Grupos Socioeconómicos	Descripción
C+	<p data-bbox="491 293 903 322">Características de las viviendas</p> <ul data-bbox="501 353 1337 474" style="list-style-type: none"> • El material predominante del piso de estas viviendas es de cerámica, baldosa, vinil o marmetón. • En promedio tienen un cuarto de baño con ducha de uso exclusivo para el hogar. <p data-bbox="491 504 580 533">Bienes</p> <ul data-bbox="501 564 1337 719" style="list-style-type: none"> • El 83% de los hogares dispone de servicio de teléfono convencional. • El 96% de los hogares tiene refrigeradora. • Más del 67% de los hogares tiene cocina con horno, lavadora, equipo de sonido y/o mini componente. • En promedio tienen dos televisores a color. <p data-bbox="491 748 635 777">Tecnología</p> <ul data-bbox="501 808 1283 936" style="list-style-type: none"> • El 39% de los hogares de este nivel cuenta con servicio de internet. • El 62% de los hogares tiene computadora de escritorio. • El 21% de los hogares tiene computadora portátil. • En promedio disponen de dos celulares en el hogar. <p data-bbox="491 965 759 994">Hábitos de consumo</p> <ul data-bbox="501 1025 1337 1294" style="list-style-type: none"> • El 38% de los hogares compran la mayor parte de la vestimenta en centros comerciales. • El 90% de los hogares utiliza internet. • El 77% de los hogares tiene correo electrónico personal (no del trabajo). • El 63% de los hogares está registrado en alguna página social en internet. • El 46% de los hogares ha leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos tres meses. <p data-bbox="491 1323 632 1352">Educación</p> <ul data-bbox="501 1384 1321 1413" style="list-style-type: none"> • El jefe del hogar tiene un nivel de instrucción de secundaria completa. <p data-bbox="491 1442 625 1471">Economía</p> <ul data-bbox="501 1503 1337 1771" style="list-style-type: none"> • Los jefes de hogar del nivel C+ se desempeñan como trabajadores de los servicios, comerciantes y operadores de instalación de máquinas y montadores. • El 77% de los hogares está afiliado o cubierto por el Seguro del IESS (seguro general, seguro voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL. • El 20% de los hogares cuenta con seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, AUS, seguros municipales y de Consejos Provinciales.

Grupos Socioeconómicos	Descripción
C-	<p data-bbox="491 293 903 322">Características de las viviendas</p> <ul data-bbox="501 353 1340 479" style="list-style-type: none"> • El material predominante del piso de estas viviendas son ladrillo o cemento. • En promedio tienen un cuarto de baño con ducha de uso exclusivo para el hogar. <p data-bbox="491 515 580 544">Bienes</p> <ul data-bbox="501 584 1337 725" style="list-style-type: none"> • El 52% de los hogares dispone de servicio de teléfono convencional. • Más del 84% tiene refrigeradora y cocina con horno. • Menos del 48% tiene lavadora, equipo de sonido y/o mini componente. • En promedio tienen un televisor a color. <p data-bbox="491 761 638 790">Tecnología</p> <ul data-bbox="501 831 1114 898" style="list-style-type: none"> • El 11% de hogares tiene computadora de escritorio. • En promedio disponen de dos celulares en el hogar. <p data-bbox="491 934 762 963">Hábitos de consumo</p> <ul data-bbox="501 1003 1340 1312" style="list-style-type: none"> • El 14% de los hogares compran la mayor parte de la vestimenta en centros comerciales. • El 43% de los hogares utiliza internet. • El 25% de los hogares utiliza correo electrónico personal (no del trabajo). • El 19% de los hogares está registrado en alguna página social en internet. • El 22% de los hogares de este nivel ha leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos tres meses. <p data-bbox="491 1348 632 1377">Educación</p> <ul data-bbox="501 1417 1299 1447" style="list-style-type: none"> • El jefe del hogar tiene un nivel de instrucción de primaria completa. <p data-bbox="491 1482 625 1512">Economía</p> <ul data-bbox="501 1552 1340 1854" style="list-style-type: none"> • Los jefes de hogar del nivel C- se desempeñan como trabajadores de los servicios y comerciantes, operadores de instalación de máquinas y montadores y algunos se encuentran inactivos. • El 48% de los hogares está afiliado o cubierto por el Seguro del IESS (seguro general, seguro voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL. • El 6% de los hogares tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, AUS, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida.

Grupos Socioeconómicos	Descripción
D	<p data-bbox="491 293 903 322">Características de las viviendas</p> <ul data-bbox="501 353 1337 483" style="list-style-type: none"> • El material predominante del piso de estas viviendas es de ladrillo o cemento, tabla sin tratar o tierra. • El 31% de hogares tiene un cuarto de baño con ducha de uso exclusivo para el hogar. <p data-bbox="491 517 580 546">Bienes</p> <ul data-bbox="501 584 1289 752" style="list-style-type: none"> • El 12% de los hogares dispone de servicio de teléfono convencional. • Menos del 43% tiene refrigeradora y cocina con horno. • El 5% de los hogares tiene lavadora. • El 10% tiene equipo de sonido y/o mini componente. • En promedio tienen un televisor a color. <p data-bbox="491 786 635 815">Tecnología</p> <ul data-bbox="501 853 1082 882" style="list-style-type: none"> • En promedio disponen de un celular en el hogar. <p data-bbox="491 916 759 945">Hábitos de consumo</p> <ul data-bbox="501 983 1337 1077" style="list-style-type: none"> • El 9% de los hogares utiliza internet. • El 9% de los hogares ha leído libros diferentes a manuales de estudio y lectura de trabajo en los últimos tres meses. <p data-bbox="491 1111 632 1140">Educación</p> <ul data-bbox="501 1178 1295 1207" style="list-style-type: none"> • El jefe del hogar tiene un nivel de instrucción de primaria completa. <p data-bbox="491 1240 625 1270">Economía</p> <ul data-bbox="501 1308 1337 1532" style="list-style-type: none"> • Los jefes de hogar del nivel D se desempeñan como trabajadores no calificados, trabajadores de los servicios, comerciantes, operadores de instalación de máquinas y montadores y algunos se encuentran inactivos. • El 11% de los hogares está afiliado o cubierto por el Seguro del IESS (seguro general, seguro voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL.

En cuanto a la recolección de la información estadística de los familiares que cuidan a niños pertenecientes al estudio, se implementó la técnica de la encuesta directa a la madre del infante, el cual fue aplicada sólo una vez en el primer mes de nacimiento del niño; en ella se indagó los datos socioeconómicos del hogar en 23 preguntas cerradas y el patrón de lactancia materna en dos preguntas cerradas.

En cuanto a la confiabilidad de este primer instrumento de recolección de datos, cada una de las preguntas estuvo fundamentadas en el formulario utilizado por el INEC para la Encuesta del Nivel Socioeconómico del Hogar que se mide periódicamente en el país, se le invita al lector a detallar el Anexo N° 1. denominado *Cuestionario N° 1. Características sociodemográficas y patrón de lactancia materna.*

Características de la salud y la alimentación del infante en estudio

El tipo de técnica implementada en esta fase de la investigación fue la encuesta mediante un cuestionario repetido en dos períodos del estudio, es decir, en el tercer mes del niño y en el sexto mes de edad del infante Ver Anexo N° 2 denominado *Patrón de lactancia materna, enfermedad diarreica infecciosa e infección de las vías respiratorias.* De acuerdo a la estructura y al lenguaje utilizado fue sencillo y fácil de entender, ajustable al nivel de escolaridad de las madres y cuyo contenido estaba conformado por el patrón de lactancia materna, las características de la enfermedad diarreica infecciosa, e infección de las vías respiratorias, condiciones higiénicas sanitarias y estado de vacunación.

De acuerdo a la confiabilidad en el diseño de los instrumentos se puede decir que ambos fueron confeccionados y aprobados por tres expertos en el área de lactancia materna, dos especialistas en Pediatría y una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

En esta fase, las encuestas fueron aplicadas a las madres durante la consulta médica pediátrica de sus hijos y las visitas domiciliarias. También se realizó un seguimiento en cada uno de los casos en estudio en el primer mes, el tercer mes y por último el sexto mes de edad del niño.

Condiciones especiales para llevar a cabo el estudio

En el tipo de alimentación del bebé, se consideró como leche materna exclusiva aquel niño que desde la primera semana tenía como tipo de alimentación solo y exclusivamente leche materna, y se consideró como tipo de alimentación leche materna a los niños que habían abandonado la leche materna exclusiva en la primera semana, pero que en los meses siguientes volvieron a alimentarse solamente con leche materna. Cuando se indagó sobre leche de tarro fueron los sucedáneos o leche de fórmula o artificial de la leche materna.

El estado de inmunización del niño o vacunación (según esquema del Programa Ampliado de Inmunización PAI) se consideró completo cuando al momento de la encuesta, el niño presentaba completo el esquema de vacunación según su edad.

Para identificar la presencia de infección de las vías respiratorias, se tomó en cuenta como síntoma principal la tos, y otros síntomas como fiebre, dificultad para respirar o respiración rápida, secreción nasal, dificultad para alimentarse, quejido al respirar, dolor y/o secreción purulenta en los oídos, silbido o sonido en el pecho, ronquera.

El segundo cuestionario contenían las variables de las condiciones higiénico sanitarias; se indagó sobre la presencia de animales domésticos intradomicilio, humo de tabaco intradomicilio, y ventilación de la habitación del niño (ventana hacia el exterior); así mismo fueron consideradas adecuadas las variables si hervían el agua municipal (grifo) o la embotellada para consumo; el lavado de manos si se realizaba siempre antes de alimentar a sus hijos, y en cuanto a la recolección de basura, se consideró adecuada cuando se realizaba en un recipiente tapado dentro de la casa.

Técnicas de análisis estadístico

Los datos obtenidos de la investigación fueron procesados para su análisis estadístico en el programa Producto Estadístico y Soluciones de Servicio, con sus siglas en inglés SPSS versión 15.0 y por el método estadístico descriptivo y análisis univariado. Se utilizó para el resumen de los datos, las medidas número absoluto porcentaje, media y dispersión.

Hitos de la investigación

En el estudio se incluyeron 28 niños que mantenían un control pediátrico en cuatro consultorios del Centro de Salud Pascuales, sin embargo, para la evaluación de las características de lactancia materna y enfermedades respiratorias y diarreicas del infante en el sexto mes, hubo un niño que cambió de domicilio el cual imposibilitó la medición de sus condiciones salubres, es por ello que hubo una reducción en el estudio a 27 bebés.

Capítulo 4

**Presunciones científicas de la relación
entre la lactancia materna con la
inmunidad del niño**



CAPÍTULO 4

Presunciones científicas de la relación entre la lactancia materna con la inmunidad del niño

En este capítulo se expone de una manera detallada todos los resultados obtenidos a partir del planteamiento inicial de la investigación, en donde se evalúan factores relevantes traducidos en variables estadísticas que permiten conocer los aspectos epidemiológicos implícitos en la ausencia de la lactancia materna al bebé en una población ecuatoriana tan importante, en aras de contribuir a la implementación de futuros estudios sobre los beneficios de la lactancia materna y así apoyar al objetivo N° 3 del Plan Nacional del Buen Vivir y al Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS del Ecuador.

Características más resaltantes de Pascuales-Guayaquil

Uno de los patrimonios más significativos de Pascuales es el saber ancestral de la elaboración de ladrillos y tejas. Además, la producción económica de Pascuales se sostuvo históricamente con el arroz, el carbón y la fabricación de ladrillos. En la actualidad, casi no hay arrozales, la demanda de carbón prácticamente ha desaparecido y las ladrilleras son una industria artesanal en peligro de extinción, por la generalización del hormigón armado (46).

En 1950 era típico de Pascuales su medicinal jabón prieto para la tiña, herpes, tumores, úlceras y heridas, cataplasmas y maduraditos. El crecimiento de Pascuales en las últimas décadas del siglo XX se debió, en buena medida, a las industrias que se establecieron en la zona, como Durex, Agripac, La Perla, entre otras.

La percepción general de los pascualeños es que el crecimiento del parque industrial no ha redundado en beneficios para la comunidad. Pascuales ha sufrido el abandono y postergación de los gobiernos de turno, manteniéndose a la deriva en la toma de decisiones fundamentales que incluso han desconocido su historia e identidad, lo que ocurrió cuando en los años noventa la administración municipal socialcristiana dispuso que sea absorbida por la parroquia Tarqui.

Las aspiraciones de los pascualeños se sienten justas, sobre todo porque el Municipio de Guayaquil no ha logrado resolver la dotación de servicios básicos como el alcantarillado sanitario. Muchas obras que existen actualmente se construyeron por iniciativa de la comunidad.

Nivel sociodemográfico

En cuanto a la determinación del nivel socioeconómico de la población ecuatoriana a partir de la información suministrada por el INEC, se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 1.

Resultado de la proyección de estratificación de la muestra de hogares, Período Censal 2010.

Nivel Socioeconómico	Total Dominios
A	1,9%
B	11,2%
C ⁺	22,8%
C ⁻	49,3%
D	14,9%

Fuente: INEC- Ecuador (2010).

De acuerdo a los grupos definidos en la estrategia de estratificación y los puntajes resultantes en el índice de nivel socioeconómico (regresión), se procedió a clasificar los hogares de la muestra en cada uno de los estratos, evidenciándose que el mayor grupo lo obtuvo el nivel socioeconómico C⁻ con un 49% de la población ecuatoriana.

En el caso específico del estudio, se pudo conocer el nivel socioeconómico de los hogares de los infantes a través de las encuestas realizadas a las madres, obteniéndose los siguientes resultados:

En primer lugar, la edad mínima de la madre fue de 15 años, la media fue de 20 años y la máxima de 42 años.

Tabla 2.

Distribución del nivel de instrucción de las madres en estudio del Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Nivel de instrucción de la madre	Nº	%
Básica	12	42,9
Educación media/bachillerato	15	53,5
Superior y/postgrado	1	3,5
Total	28	100,0

El nivel de instrucción que predominó en las madres en estudio fue la educación media/bachillerato con un 53,5 %, que es equivalente a 15 mujeres; dicho resultado difiere del nivel formativo nacional de las mujeres ecuatorianas debido a que el 56,4% de las féminas han alcanzado el nivel educativo básico. INEC 2010 (46). Esta información podría significar que las madres participantes tuvieron mayores oportunidades académicas, el cual conlleva a la influencia en el éxito de la lactancia materna de sus hijos.

Tabla 3.

Distribución del estrato socioeconómico de las madres en estudio del Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Estrato socioeconómico de la madre	Nº	%
Medio bajo	16	57,1
Medio típico	11	39,3
Bajo	1	3,6
Total	28	100,0

Las familias con una formación académica media presentaron una preeminencia del nivel socioeconómico medio bajo (57,1), cifras coincidentes con los resultados de la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) que refleja que en los hogares ecuatorianos predomina el nivel socioeconómico medio bajo en el 49,3% (47).

Tabla 4.

Distribución la estructura familiar del infante en estudio del Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Estructura familiar del infante	Nº	%
Extensa	19	67,8
Nuclear	8	28,6
Monoparental	1	3,6
Total	28	100,0

El estudio demostró el predominio de las familias extensas, a diferencia de los datos que aporta el Análisis Situacional de Indicador de Salud en Pascuales en el año 2013, predominan las familias nucleares (48).

En opinión de los autores, las familias extensas pueden influenciar la conducta de la madre en cuanto a la práctica de la lactancia materna, ya que son los familiares los que aportarían en base a experiencia propia sus conocimientos sobre la alimentación del lactante, lo mismo refieren Vásquez et al (49) en su estudio, que entre las motivaciones que tienen las madres para amamantar está el apoyo familiar y de su pareja.

Tabla 5.

Distribución del tipo de ocupación de la madre del infante en estudio del Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Tipo de ocupación de la madre	Nº	%
Ama de casa	25	89,3
Estudiante	2	7,1
Trabaja fuera de casa	1	3,6
Total	28	100,0

La Tabla 5 refleja que la tendencia de las madres en estudio es que su ocupación se centra en ser amas de casa, debido a que más del 89% pertenecen a este sector de trabajo. Estos resultados pueden favorecer la lactancia materna en los infantes porque puede ser que tengan más disponibilidad de tiempo para amamantar a sus hijos.

Tabla 6.

Distribución del estado civil de los padres del infante en estudio del Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Estado civil de los padres del niño	Nº	%
Conviviente	16	57,2
Casada	6	21,4
Soltera	6	21,4
Total	28	100,0

El estado civil de las madres que predominó en el estudio fue el de tipo conviviente, diferente a las cifras que presenta el INEC en el año 2010, en la que el estado civil de las mujeres a nivel nacional, predomina la casada común 32,3% (46).

Características del niño relacionados a la lactancia materna

En cuanto a los niños seleccionados para el estudio, su totalidad fueron 28 en donde predominó el sexo masculino con un 64,2%, es decir, 18 niños y del femenino un 35,7%, que comprende 10 niñas.

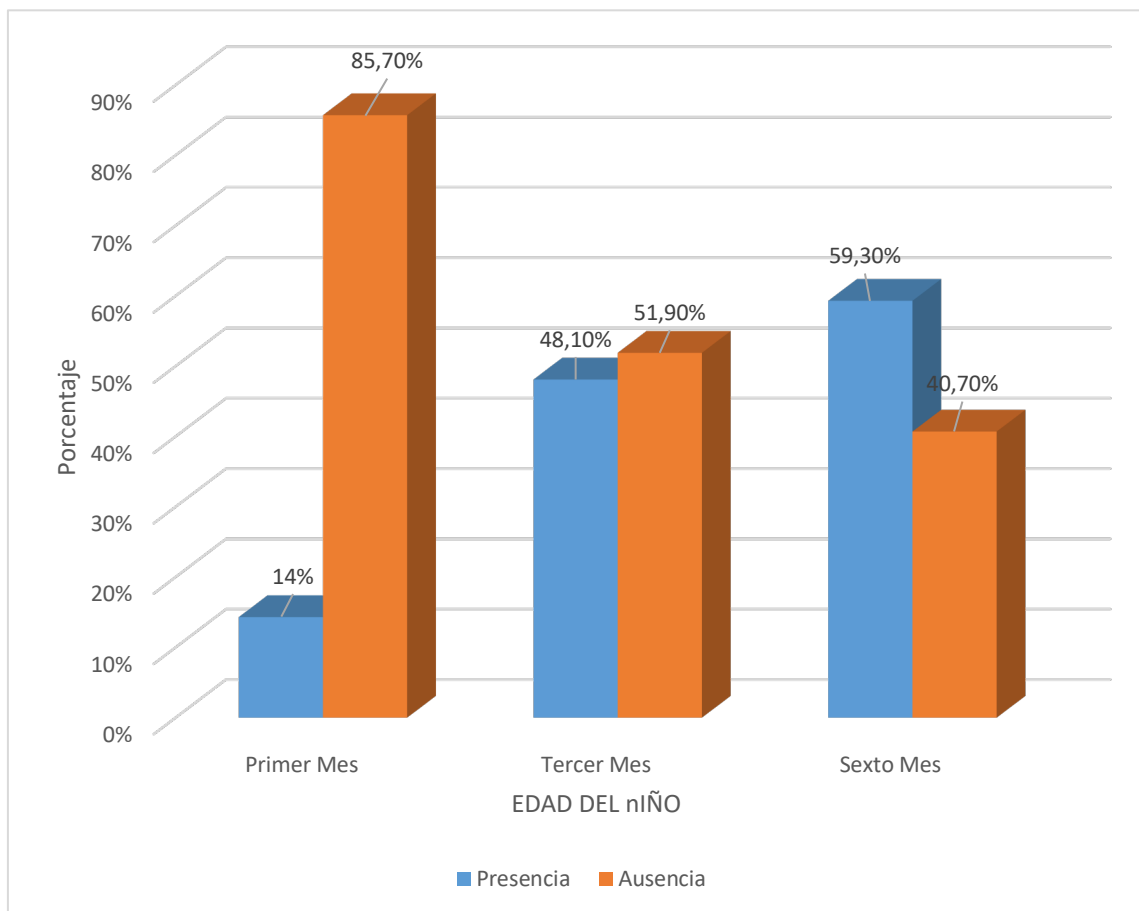
Tabla 7.

Distribución de la edad del niño según el suministro de lactancia materna recibida del Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Edad del niño	Lactancia Materna Exclusiva				Total	
	Presencia		Ausencia		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Primera semana	21	75,0	7	25,0	28	100,0
Primer mes	8	28,6	20	71,4	28	100,0
Tercer mes	4	14,8	23	85,2	27	100,0
Sexto mes	2	7,4	25	92,6	27	100,0

Gráfico 2.

Distribución porcentual de la edad del niño según el suministro de la lactancia materna recibida del Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016



Según la OMS a nivel mundial menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva (50), al igual en el estudio el 7,4 % de los niños de seis meses recibían lactancia materna exclusiva; esta cifra también se asemeja a la investigación que realizan Bedoya et al (51) en Colombia, la lactancia materna exclusiva se presenta en un 7,8%; en cambio en España, en un estudio que realiza Oribe et al (52), el 15,4 % de los niños tienen lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.

Por otra parte, de acuerdo a la investigación que realiza Niño et al (25) en Chile, las madres mantienen la lactancia materna exclusiva en un 45,8% en cambio, en el estudio al sexto mes la lactancia materna exclusiva fue de 7,4 %.

En Brasil, un estudio que realiza Ribeiro et al (48), las madres dejan de dar leche materna exclusiva en un 74% a sus hijos antes de los seis meses, y en Chile en el año 2013 Pino et al (26) demuestran que el 56,8 % de los niños están sin leche materna exclusiva, estos estudios reportan cifras distintas a la del estudio ya que el 92,6 % de los niños estaban sin lactancia materna exclusiva al llegar al sexto mes.

Si se comparan las cifras de lactancia materna exclusiva del estudio, con las del nivel Nacional, son claramente distintas, los niños del estudio lactan menos leche materna en forma exclusiva. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el Ecuador ENSANUT (4), demuestran que hasta el primer mes la lactancia materna exclusiva se presenta en el 52,4%, y en el estudio fue de 28,6% en cambio, en el grupo de 2 a 3 meses en el Ecuador la prevalencia es del 48%, mientras que el estudio fue de 14,8%, y en el grupo de 5 a 6 meses la presencia es de 34,7 %, y el estudio demostró que la cifra fue baja con un 7,4%.

Los investigadores del estudio enfatizan que la lactancia materna exclusiva en el estudio disminuyó considerablemente en el tiempo hasta llegar a los seis meses con cifras significativamente bajas, al igual que en las estadísticas nacionales en donde la lactancia materna exclusiva disminuye al pasar los meses (4), un hecho preocupante es que en todos los estudios encontrados en la literatura científica, las madres no cumplen con las recomendaciones de mantener exclusivamente la leche materna hasta los seis meses de edad, habría que continuar investigando otras variables relacionadas con el tema de abandono de la lactancia materna exclusiva.

Tabla 8.

Distribución de los motivos de abandono de la lactancia materna según la edad del niño en estudio del Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva	Edad del niño					
	Primer mes N=16		Tercer mes N=21		Sexto mes N=25	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hambre del niño	6	37,5	8	38,0	15	60,0
Sed del niño	4	25,0	4	19,0	3	12,0
Poca leche materna	3	18,7	5	23,8	1	4,0
Madre sale de casa	3	18,7	3	14,2	2	8,0
Niño no sube de peso	1	6,2	1	4,7	0	0
Enfermedad de la madre	1	6,2	0	0	0	0
Niño rechaza el pecho	0	0	1	4,7	1	4,0
Complementar alimentación	0	0	0	0	2	8,0
Criterio de la madre	0	0	1	4,7	1	4,0

Nota: *una madre puede haber respondido más de un motivo.

El estudio reveló que, en el primer mes de vida, el motivo por lo que las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva, fue el hambre del niño en 6 niños (37,5 %), seguido de la sed del niño en 4 niños (25 %) y al tercer mes predominó el hambre en 8 niños (38 %), seguido de la madre sale de casa (18,7 %) y al sexto mes predominó el hambre del niño en 15 niños (60 %) seguido de la sed en 3 niños (12%) y 2 niños (8 %) refirieron como motivo complementar alimentación.

Ahondando más en este tema con las madres de los niños en estudio, ellas revelan que el motivo principal por lo que abandonaron la ingesta de la leche materna exclusiva a sus hijos fue por la intuición de que el niño se quedaba con hambre, al igual que en Chile, en un estudio de Niño et al (25), encuentran que la causa de abandono más predominante es el hambre del niño en un 36,2%, al igual que en un estudio en Cuba por Broche et al (54), existe un franco predominio de las madres que referían que sus hijos se quedaban con hambre (44,8%). Según Pérez et al (55) en Cuba, el 82,1 % de las madres manifiestan que el motivo de abandono, es la poca leche o nada de secreción láctea, seguido de la sensación de que el niño queda insatisfecho en un 77,3%.

A pesar de que ninguna madre reportó durante el estudio que su hijo estuviera diagnosticado como bajo peso, la sensación de la madre que el niño quedaba con hambre era suficiente para justificar el uso inmediato de la leche de tarro, tal vez habría que indagar más sobre esta variable, para poder conocer el motivo por el cual la madre pensó que su hijo necesitaba otro tipo alimentación, quizás pudieran estar relacionada con el llanto excesivo del niño, que no siempre es hambre y se deben a otras causas como los cólicos por ejemplo, o simplemente podría ser una conducta determinada por la cultura del uso del biberón en las familias.

Tabla 9.

Distribución del tipo de alimentación del bebé según la edad del niño en el Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Tipo de alimentación del bebé	Edad del niño					
	Primer mes		Tercer mes		Sexto mes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leche materna exclusiva	8	28,6	4	14,3	2	7,1
Leche materna +agua en biberón	5	17,9	7	25,0	5	17,9
Leche materna + tarro	7	25,0	8	28,6	7	25,0
Leche materna +tarro +otros líquidos	4	14,3	5	17,9	1	3,6
Leche de tarro	0	0	1	3,6	1	3,6
Leche materna +tarro +alimentos sólidos	0	0	0	0	3	10,7
Leche materna	4	14,3	2	7,1	0	0
Leche materna + alimentos sólidos	0	0	0	0	6	21,4
Leche de tarro + alimentos sólidos	0	0	0	0	2	7,1
Total	28	100,0	27	100,0	27	100,0

El consumo de líquidos diferentes a la leche materna, durante el primer mes fue de 16 niños (57,1%), en el tercer mes 21 niños (77,7%), y al sexto 19 niños (70,3%), la leche de tarro o de fórmula fue el alimento que se introdujo frecuentemente, ya sea sola, o combinada con la leche materna, con otros líquidos y/o alimentos sólidos, durante el primer mes 10 niños (35,7%) al tercer mes 13 niños (48,1%) y al sexto mes 12 niños (44,4%). Los niños que abandonaron la leche materna ninguno logró relactar.

En virtud de los resultados de la tabla anterior, se puede decir que las cifras son muy similares a las correspondientes a nivel nacional, es decir, los niños entre cero y un mes están expuestos al consumo de otros líquidos distintos a la leche materna en un 50% y al quinto a sexto mes de vida esta cifra aumenta al 72 %, dicho dato se asemeja al estudio en donde los niños al sexto mes de vida el 70,3 % consumieron otros líquidos diferentes a la leche materna (4).

Entre los líquidos distintos a la leche materna, fue la leche de tarro o de fórmula que más predominó en el estudio, al igual que en el Ecuador ENSANUT reporta que la leche de tarro es el alimento que se introduce en mayor proporción en el menor de seis meses (4).

Aspectos epidemiológicos infantiles

Tabla 10.

Distribución de la edad del niño según la enfermedad diarreica infecciosa que presenta en el Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Edad del niño	Enfermedad diarreica infecciosa					Total	
	Si		No			Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº		
Primer mes	1	3,6	27	96,4	28	100,0	
Tercer mes	4	14,8	23	85,2	27	100,0	
Sexto mes	3	11,0	24	88,9	27	100,0	

Nota: *Un niño pudo tener más de un episodio.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, se identificaron 7 niños (25%) con enfermedad diarreica infecciosa, y un niño presentó dos episodios. Respecto a la lactancia materna exclusiva en los niños con enfermedad diarreica infecciosa, se pudo conocer que en los 8 casos (100%) no tuvieron lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la presencia de enfermedad diarreica infecciosa en los niños al sexto mes, se encontró que el 11 % de los niños enfermaron, cifra muy similar a la prevalencia a nivel nacional con un 11,3 % en los niños menores de 5 años, y la

presencia de infección de las vías respiratorias en los niños al tercer mes se presentó en un 48,1 %, cifra similar a la prevalencia a nivel nacional con un 45,5% en los niños menores de cinco años (56).

Tabla 11.

Distribución de los niños que presentaron una enfermedad diarreica infecciosa, según las condiciones higiénico-sanitarias de su hogar, en el Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Condiciones higiénico-sanitarias de los hogares	Niños con enfermedad diarreica infecciosa				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Hierven el agua municipal	6	85,7	1	14,3	7	100,0
Lavado de manos	4	57,1	3	42,9	7	100,0
Recolección de basura	2	28,6	5	71,4	7	100,0

El estudio reveló que a pesar de que los niños presentaran un cuadro diarreico en ese período de tiempo, el 85,7% de las madres manifestaron que hervían el agua municipal y un 57,1% de ellas se lavaban las manos al manipular los alimentos del bebé, así como en el momento de su aseo personal.

Sin embargo, no se puede dejar pasar por alto que un 42% de las madres de los niños en estudio no cumplen las normas salubres básicas de higiene de manos y el 71,4% no recolectaban la basura en forma adecuada, este tipo de eventualidades incide directamente en la salud del infante.

Tabla 12.

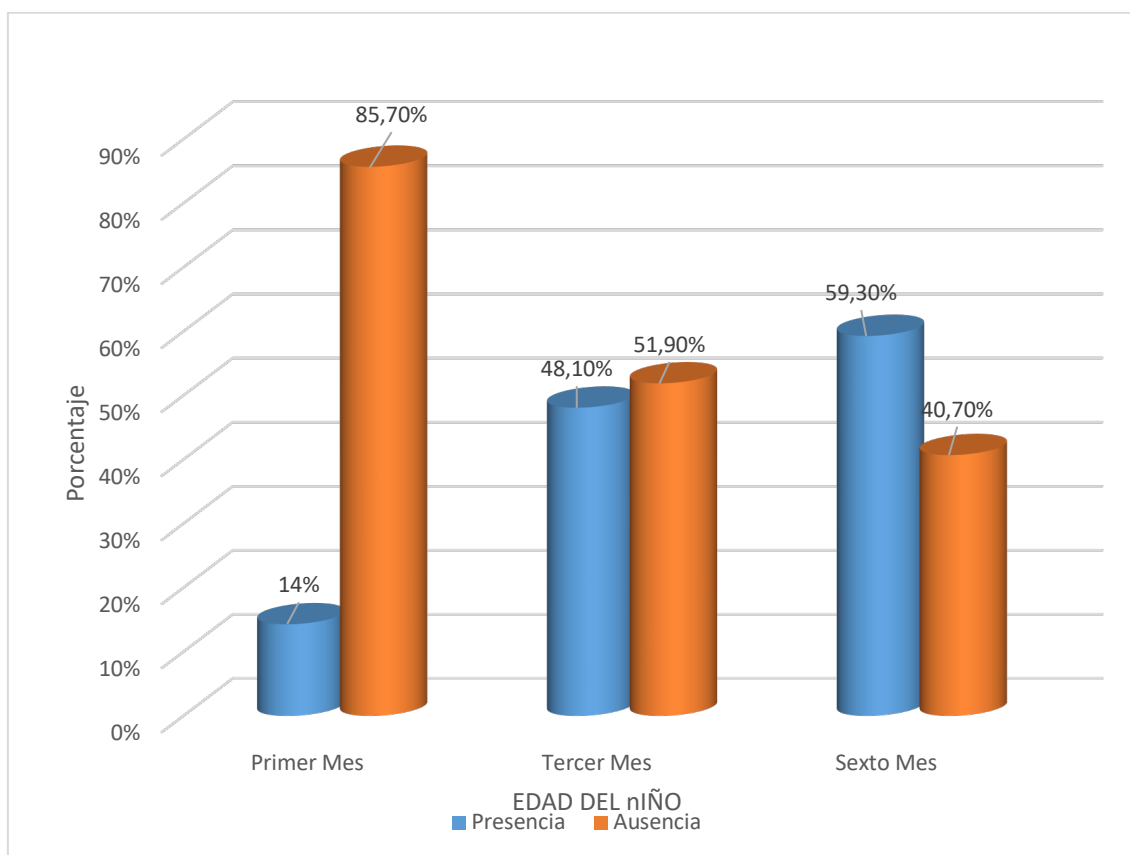
Distribución de la edad del niño según la presencia de infección de las vías respiratorias que presenta en el Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Edad del niño	Infección de las vías respiratorias				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Primer mes	4	14,3	24	85,7	28	100,0
Tercer mes	13	48,1	14	51,9	27	100,0
Sexto mes	16	59,3	11	40,7	27	100,0

Nota: *Un niño puede haber presentado más de 1 episodio durante los 6 meses.

Grafico 3.

Distribución porcentual de la edad del niño según la presencia de infección de las vías respiratorias que presenta en el Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016



La prevalencia de la infección de las vías respiratorias en el estudio fue de 25 niños (89,2%), asimismo el mayor número de casos se presentó al sexto mes con 16 bebés en el estudio (59,3%). En cuanto al número de patologías de tipo respiratoria, se tuvo que 6 niños presentaron 2 episodios y 1 caso presentó 3 episodios durante los seis meses del estudio.

Además, la presencia de infección de las vías respiratorias en los infantes al tercer mes se presentó en un 48,1 %, cifra similar a la prevalencia a nivel nacional que es de un 45,5% en los niños menores de cinco años (56).

Tabla 13.

Distribución del Diagnóstico de la Infección de las Vías Respiratorias del niño según su edad en el Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Diagnóstico de la infección de las vías respiratorias	Edad del Niño					
	Primer mes N=4		Tercer mes N=13		Sexto mes N=16	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Resfrío común	0	0	8	61,6	8	50,0
Bronquiolitis aguda	0	0	2	15,4	1	6,2
Faringitis	0	0	0	0	2	12,5
Otitis aguda	1	25,0	0	0	0	0
No se conoció el diagnóstico	3	75,0	3	23,0	5	31,3
Total	4	100,0	13	100,0	16	100,0

La forma clínica de las infecciones de las vías respiratorias que predominó en el estudio fue el resfrío común con 8 casos (61,6%) en el tercer mes, y 8 casos (50%) en el sexto mes. Igualmente, de los 25 niños que enfermaron con infección de las vías respiratorias durante los 6 meses, 2 niños (8 %) mantuvieron la lactancia materna exclusiva y 23 niños (92%) estuvieron sin lactancia materna exclusiva.

Tabla 14.

Distribución de las infecciones de las vías respiratorias desarrolladas en los niños, según las condiciones de higiénico-sanitarias en su hogar, atendidos en el Centro de Salud Pascuales, años 2015-2016.

Condiciones higiénico-sanitarias del hogar	Infección de las vías respiratorias				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Animales intradomicilio	16	64,0	9	36,0	25	100,0
Ventilación de la habitación	14	56,0	11	44,0	25	100,0
Humo de tabaco intradomicilio	3	12,0	22	88,0	25	100,0

En cuanto a las condiciones higiénico-sanitarias de los niños que presentaron los niños con infección de las vías respiratorias, predominó la presencia de animales domésticos intradomicilio en 16 casos (64%). El esquema de vacunación en el 100% (29) fue completo en los niños que completaron el estudio hasta el sexto mes.

En líneas generales, se puede aseverar que los niños que pertenecían al estudio y que padecieron una enfermedad diarreica infecciosa, no recibían lactancia materna exclusiva. Además se pudo constatar que un porcentaje alto de aquellos infantes que presentaron cuadros de infecciones de las vías respiratorias, tampoco fueron amamantados de manera única, esta realidad puede haber condicionado la aparición de estas padecimientos, así también lo describe Injante et al (6), en donde declaran que la presencia de lactancia materna exclusiva protege al niño menor de un año de enfermar por infecciones de las vías respiratorias o de diarreas; en otro estudio Paz et al (57) en Bolivia 2011, demuestran que las infecciones en los niños fueron menos prevalentes en el grupo con lactancia materna exclusiva vs el grupo con leche de fórmula, el factor protector de la lactancia materna exclusiva en el estudio de Cáceres et al (58).

En el mismo orden de ideas, en Cuba describen que aquellos lactantes que no tuvieron una lactancia materna de forma exclusiva se enfermaron más que los que tuvieron una lactancia materna exclusiva, siendo la infección respiratoria aguda, la que más se presenta. En Perú en el año 2013, según Chía et al (21), los niños que recibieron lactancia materna exclusiva tuvieron 63% menor probabilidad de presentar enfermedad diarreica aguda.

Otro de los hallazgos reflejados en el estudio es que se pudo determinar que el número de episodios de enfermedad diarreica infecciosa fue menor que las infecciones de las vías respiratorias; esto debido a las buenas condiciones higiénico-sanitarias en cada uno de los hogares en donde viven los infantes, entre las que se destacan: el frecuente lavado de manos y el hervir el agua, por lo tanto se puede decir que ambas conforman un factor protector relevante en la salubridad del bebé, así mismo lo publican Injante et al (6), en su estudio y hallan que la práctica del lavado de manos antes de preparar los alimentos, es un factor protector que reduce el riesgo de estas enfermedades, en el 92% para infecciones de las vías respiratorias y el 76% para enfermedad diarreica infecciosa, en el estudio citado anteriormente, el catarro de vías altas es el más frecuente con un 82% al igual que en la investigación realizada.

Reflexiones finales



En base a la investigación relacionada con las características epidemiológicas de la lactancia materna en los niños de cero a seis meses en el Centro de Salud Pascuales durante los años 2015 -2016, es posible ultimar que las madres de los bebés en estudio son en su mayoría amas de casa provenientes de familias extensas, con un nivel socioeconómico medio bajo, y con un escaso nivel educacional superior.

De acuerdo al ciclo de lactancia infantil que se logró determinar a raíz del estudio y que posee una alta frecuencia en los hogares, es que las madres se inician con el amamantamiento único de sus bebés al momento de nacer, pero posteriormente el patrón de lactancia materna cambia y disminuye la exclusividad de una manera drástica hasta llevar a una baja prevalencia a los seis meses de edad del niño, incumpliendo las normas establecidas sobre el tema; e incluso se puede resaltar que antes de los seis meses de edad del infante, las madres combinan la leche materna con otros alimentos, justificando que ellas tienen la apreciación de que sus hijos no quedan satisfechos sino con la alimentación complementaria.

Con mucho pesar se pudo conocer que la mayoría de los niños que no recibieron lactancia materna exclusiva quedaron expuestos a enfermarse con infecciones de las vías respiratorias y con cuadros diarreicos infecciosos en más de un episodio, debilitando significativamente la salud del bebé y comprometiendo su desarrollo humano.

Por otra parte se comprobó en la pesquisa que las condiciones higiénicas sanitarias no estaban acorde para asegurar la salud del niño en los primeros meses de vida, como la presencia de animales domésticos dentro de la casa, la mala ventilación de la vivienda, la exposición al humo de tabaco, la inadecuada recolección de desechos sólidos, además todo esto sumado a las características propias de Pascuales, debido a que este sector no cuenta con alcantarillado, ni pavimentación en sus calles y es preocupante la prevalencia de hacinamientos.

En líneas generales se puede decir que si el hogar del niño pascualeño pertenece a un estrato económico bajo, donde no hay medidas de higiene y salubridad, aunado a la ausencia de la lactancia materna exclusiva entre los cero y seis meses de edad del niño, con certeza el infante va a tener mayor posibilidad de presentar diarrea y presentar enfermedades respiratorias de tipo viral así como enfermedades gastrointestinales, porque cuando el niño está inmuno-comprometido él tiene una fuerte tendencia a adquirir cualquier tipo de virus, rinitis alérgicas, tos, entre otras patologías.

De acuerdo a lo antes mencionado, esta investigación aporta datos de interés para continuar promocionando a la lactancia materna exclusiva a las familias, explicando sus beneficios en los primeros seis meses de vida de un niño y que asegura una buena salud, la correcta nutrición, y el buen desarrollo infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Sena-Barrios A, Rivera R, Díaz E, Hernández B, Armas N. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 septiembre 4]; 18(4): pp. 584-89. Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/articulo/view/1816>.
- 2.- Organización Panamericana de la Salud/Oficina Mundial de la Salud. UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 1. Antecedentes e implementación. Washington; 2009. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s1_es.pdf?ua=.
- 3.- Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra: OMS, 2016 [citado el 1 de noviembre 2016]. La OPS / OMS urge a renovar los esfuerzos para promover la lactancia materna y que los niños tengan el mejor comienzo de la vida; [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1166:la-opsoms-urge-a-renovar-los-esfuerzos-para-promover-la-lactancia-materna-y-que-los-ninos-tengan-el-mejor-comienzo-en-la-vida&catid=687:par.05salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=255.
- 4.- Freire W, Ramírez M, Belmont Mendieta M, Silva M, Romero N, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT [internet]. 2013 (citado 1 de Junio del 2016); 1: pp. 22-23. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/ENSANUT_2011-2013_tomo_1.pdf.
- 5.- Bueno M, Calvo C, Jimeno S, Faustino M, Quevedo S, Martínez M. et al. Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida. Rev Pediatr Aten Primaria [revista Internet]. 2011; [citado 2015 abr. 27]; 13(50):213_224. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000200004&lng=es.
- 6.- Injante M, Huertas E, Curasí O. Lactancia materna exclusiva como factor protector de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica en niños de 6 a 11 meses en el Hospital General de Ica Perú. Rev Méd Panacea, (internet) 2014, (citado el 3 de junio del 2016); 4(2):51-55. Disponible en: <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>.
- 7.- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Buen vivir Plan Nacional 2013-2017. Quito-Ecuador; 2013. Disponible en:

<http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>.

8.-Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud –MAIS. Ecuador: Ministerio de Salud pública; 2013. 211 p.

9.- Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. OPS/OMS 1998; 112 p. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_ste_spa.pdf. Fecha de consulta: agosto 2013. [Links]

10.- Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral. Lactancia, Promoción y Apoyo en un Hospital Amigo del Niño. Curso de 20 horas para el Personal de la Maternidad. OMS/UNICEF 2008; 321 p. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/. Fecha de consulta: agosto 2013. [Links]

11.- Hernández E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Rev Enfermería Actual en Costa Rica [internet].2008 [citado 20 marzo 2015]; n° 14:1-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745761.pdf>

12.- Lemus E, Báez Lactancia Materna. En: Oliva A, Sánchez Valdés Medicina General Integral. Segunda edición. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. pp. 184-194.

13.- Organización Mundial de la Salud. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Lactancia materna exclusiva. Ginebra OMS; 2016. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/

14.- Organización Mundial de la Salud. La Alimentación del lactante y de niño pequeño. Washington; 2010. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf

15.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Coordinación Nacional de Nutrición. Normas, y Protocolos y Consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto. Quito, Ecuador; 2010. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D211.pdf

16.- De la Vega T, Pérez V, Bezos L. La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias aguda. Rev cubana Med Gen [internet] 2010 [citado en marzo 2016];26(3): pp. 483-489. Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_3_10/mgi05310.htm

17.- Aguilar M, Baena L, Sánchez A, Guisado R, Hermoso E, Mur N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño revisión sistemática. Nutr Hosp 2016 [internet].2016 [citado 2016 septiembre 20];33(2):482-493. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n2/46_revision3.pdf.

- 18.-La Rosa D, Gómez J. Impacto de la lactancia materna en la vacunación infantil. Rev. Cubana Pediatr [Internet]. 2013 [citado 2015 Mar 30]; 85(1): 76-88. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip>.
- 19.- La Rosa D, Montesino S, Bezos L, Gómez E, Valmaseda T, Alerm A, et al. Lactancia materna y respuesta humoral contra vacunas de toxoide tetánico y diftérico en niños de 2 años. Vaccimonitor [Internet]. 2011 diciembre [citado 2015 Oct 01]; 20(3):9-13.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-028X2011000300002&lng=es.
- 20.- Castel E, Reyes D, Reyes U, Ávila F, López G, Reyes K, et al. Gastroenteritis por rotavirus en el recién nacido, reporte de 12 casos adquiridos en la comunidad. Enf inf Microbiol [internet] 2012 [citado el 3 de septiembre del 2016];32(2):108-113. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=35074>.
- 21.- Chia A, Pariona R, Soto V, Cuipal J, Romani D, Diaz W, et al. Lactancia materna exclusiva y enfermedades prevalentes de la infancia en menores de seis meses. Revista Peruana de Epidemiología [internet]2013[citado el 9 de octubre del 2016];17(2):1-8. Disponible en : <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203129458009.pdf>
- 22.- Casado Pavón de la Maya Ma, Pazos García Beneficios de la lactancia Materna en relación al vínculo madre-hijo en una unidad de neonatología. Nutr Hosp [internet] 2012[citado 30 de mayo 2016];27(3): Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226796006>
- 23.- Gorrita R, Ortiz D, Alfonso L, Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. Rev cubana de Pediatr [internet] 2016 [citado 30 de septiembre del 2016];88(1):43-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000100006
- 24.- Oliver A, Richard M, Cabrero, Pérez S, Laguna G, Flores J, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. Rev Latino-Am Enfermagem [internet] 2010 [citado el 13 de agosto del 2016];18 (3):[9 pantallas].Disponible en : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf.
- 25.- Niño R, Silvia G, Athala E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatr [internet]2012 [citado el 28 de agosto del 2016]; 83 (2): 161-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370
- 26.- Pino J, López M, Medel A, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural en Chile. Rev Chil Nutr [internet]2013 [citado el 29 de agosto del 2016]; Vol. 40, N° 1, marzo 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182013000100008

- 27.- Sacristán A, Lozano J, Gil M, Vega A. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 Mar [citado 2016 Jun 12]; 13(49): 33-46. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es.
- 28.- Araya Z, Brenes G. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. Rev Enfermería Actual en Costa Rica [internet] octubre- marzo, 2012 [citado 30 de marzo 2016]; 23: pp. 1-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44824928008>.
<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/2967/2868>.
- 29.- Londoño A, Mejía M. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrado socioeconómico bajo. Calarcá –Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud [internet] julio-diciembre 2010 [citado el 3 de septiembre 2016]; 9(19):124-137. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54519045008>.
- 30.- Organización Mundial de la Salud. Relactación. Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. Ginebra OMS; 1998. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHS_CAH_98.14_spa.pdf
- 31.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Coordinación Nacional de Nutrición. Normas y Protocolos de Alimentación para niños y niñas menores de 2 años. Ecuador; 2013. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf
- 32.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública Programa Ampliado de Inmunizaciones. Manual De Normas Técnico-Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). [Internet]. Quito; 2005 [7 de agosto 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=inmunizaciones&alias=599-manual-de-normas-tecnico-administrativas-metodos-y-procedimientos-de-vacunacion-y-vigilancia-epid-1&Itemid=599&lang=en
- 33.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [Internet]. Ecuador: MSP [citado el 30 de agosto 2016]. Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI [aprox 2 pantallas]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/Esquema_de_vacunacion_2015_2.pdf
- 34.- Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2013 [citado el 9 de octubre 2016] Enfermedades diarreicas (aprox. 1 pantalla). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>

- 35.- Riverón R. Diarreas agudas y persistentes. En: De la Torre E, Pelayo E. *Pediatría Autores Cubanos*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006. pp. 479- 486.
- 36.- Riverón R. Hidratación oral. En: De la Torre E, Pelayo E. *Pediatría Autores Cubanos*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006. pp. 536-544.
- 37.- Ochoa, Posada Restrepo F, Aristizábal. *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI Guía de Bolsillo*. Colombia; 2000. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi.pdf>
- 38.- Mora D. Editorial: El agua en el hogar. *Rev. costarric. salud pública* [Internet]. 2008 [citado 24 de septiembre 2016]; 17(33):01-01. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292008000200001&lng=en.
- 39.- Solsona F, Méndez J. Desinfección del agua. [Internet]: Perú; Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (OPS/CEPIS); 2002. [citado 2 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacg/fulltext/libro.pdf>.
- 40.- Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS 2016 [citado 3 de octubre 2016]. *Ambientes saludables para los niños: OMS - Documento de antecedentes N° 3* [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2003/background/es/>.
- 41.- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Deportes, UNICEF. *Los Hábitos de higiene*. [Internet]. 1° ed. Venezuela; 2000 [citado 2 de octubre 2016]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/HIGIENE.pdf>
- 42.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Coordinación Nacional de Nutrición. *Normas, Protocolo y Consejería para programa de Atención nutricional durante el embarazo y parto*. Ecuador 201. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/unidad-de-nutricion-guias-y-manuales/>
- 43.- Ixta RO, Lugo FG, Rodríguez GG, Barrios PM. Frequency of intestinal and bacterial parasites producing diarrhea in children in a regional hospital. *Rev Latinoam Microbiol* 1993;35(2):137-142. [Links]
- 44.- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361: 2226-2234. [Links]
- 45.- Kosek M, Bern C, Guerrant-Richard L. The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bull World Health Organ* 2003; 81:197-204. [Links]
- 46.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). *Hombres y mujeres del Ecuador en cifras III*. Quito: INEC; 2010. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

- 47.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. Quito: INEC; 2011. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/111220_NSE_Presentacion.pdf
- 48.- Dirección Distrital de Salud N 99-Distrito 7 Ministerio de Salud Pública. Análisis Situacional de Indicadores de Salud “Centro Salud Pascuales”. Pascuales: MSP; 2013.
- 49.- Vásquez M, Romeo Á, Rivas A. Motivación de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escuchar. Duazary [internet] 2012 [citado 20 de octubre 2016]; 2:116-122. Disponible:<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/17>
- 50.- Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna, Julio 2015, una pantalla. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
- 51.- Bedoya J, Benítez P, Castaño J, Mejía O, Moncada V; Ocampo H. La lactancia materna y su relación con patologías prevalentes en la infancia en jardines infantiles de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Archivos de Medicina (Col) (Internet) 2014(citado el 30 de septiembre del 2016);14(1):29-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273832164004>
- 52.- Oribe M, Lertxundia A, Basterrechea M, Begiristaina H, Marina L, Villara M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanitaria (internet) 2015 (citado el 30 de septiembre del 2016); 29(1):4-9. Disponible en: <http://articulo-prevalencia-factores-asociados-con-duracion-S0213911114002143?referer=buscador>
- 53.- Ribeiro P, Alvarenga A, Silveira L, Cardoso R, Nascimento M, Vieira E. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Minas Gerais, Brasil. Aten Primaria (internet) 2013 (citado el 21 de septiembre del 2016); 45(3):174-175. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-lactancia-materna-exclusiva-una-S0212656712004271?referer=buscador>
- 54.- Broche R, Sánchez O, Rodríguez D, Pérez L. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 jun (citado 2016 Oct 08); 27(2): 254-260. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200013&lng=es
- 55.- Pérez M, Hernández Y, González D. Comportamiento de la lactancia materna exclusiva en el municipio de Jaruco. Rev Cien Med la Habana [internet] 2013 [citado el 3 de octubre del 2016];19(1):63-71. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=45335>

56.- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva. Quito: INEC; 2012.

Disponible [:http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/2015/04/Presentaci%C3%B3n-Ensanut-TOMO-II-INEC-2015.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/2015/04/Presentaci%C3%B3n-Ensanut-TOMO-II-INEC-2015.pdf)

57.- Paz R, Zalles Santa Cruz W. Lactancia Materna vs Nuevas Fórmulas Lácteas Artificiales: Evaluación del Impacto en el Desarrollo, Inmunidad, Composición Corporal en el Par Madre/Niño. Gac Med Bol [internet]2011[citado el 2 de septiembre del 2016]; 34 (1): 6-10.

Discusión:http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662011000100002.

58.- Cáceres W, Reyes M, Malpica E, Álvarez L, Solís I. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Rev cubana Med Gen [internet] 2013 [citado el 3 de octubre del 2016];29(3):245-252. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol29_3_13/mgi03313.htm.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

A

Alergias: es una reacción de su sistema inmunitario hacia algo que no molesta a la mayoría de las demás personas. Quienes tienen alergias suelen ser sensibles a más de una cosa. Las alergias pueden provocar una serie de síntomas como goteos nasales, estornudos, picazón, sarpullidos, edema (hinchazón) o asma. Las alergias van de leves a severas. Una reacción severa llamada anafilaxia puede resultar fatal. Los médicos usan pruebas de piel y sangre para diagnosticar las alergias. Los tratamientos incluyen medicinas, inyecciones y evitar las sustancias que causan las alergias. (MedlinesPlus, 2019).

Alimentación Complementaria: la alimentación complementaria (AC) se considera un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta. (Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría, 2018).

Asma: es una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas, caracterizada desde el punto de vista clínico por episodios de disnea (dificultad respiratoria), sibilancias (silbidos o pitos en el pecho) o tos, especialmente matutinos o vespertinos que desaparecen durante las remisiones. Existe un aumento de la reactividad bronquial (hiperreactividad) de las vías aéreas frente a estímulos específicos (alérgenos) o inespecíficos (ejercicio, metacolina, etc.) y que se manifiesta por una obstrucción al flujo aéreo. (Clínica Universidad de Navarra, 2020).

E

Enfermedad diarreica infecciosa: las enfermedades diarreicas son infecciones del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, cuyo principal síntoma es la diarrea. Esto es, la deposición 3 o más veces al día de heces sueltas o líquidas. La diarrea suele durar varios días y de acuerdo a su frecuencia puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia.

La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. De hecho, las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa a nivel mundial de muerte de niños menores de cinco años (OMS, 2021).

Enfermedades gastrointestinales: son aquellas que atacan el estómago y los intestinos. Generalmente son ocasionadas por bacterias, parásitos, virus y algunos alimentos como la leche y ciertos tipos de grasas. En otros casos, estas enfermedades se relacionan con diferentes tipos de cáncer y con el colon, y son conocidas con el nombre de síndrome del colon con diarrea y sin diarrea. Una enfermedad muy común es la gastroenteritis vírica, la cual se desarrolla por un virus y produce diarrea y vómito, y en un nivel infeccioso más avanzado requiere el uso de antibióticos. De igual manera, las enfermedades ácido pépticas y gastrointestinales son aquellas que afectan nuestro sistema digestivo y surgen debido a un aumento en la producción de ácido y pepsina (OMS, 2021).

El síndrome de muerte súbita del lactante: Es la muerte repentina e inexplicable de un bebé de menos de 1 año de edad. La mayoría de las muertes por síndrome de muerte súbita del lactante están asociadas con el sueño, por eso a veces se lo conoce con el nombre de "muerte en la cuna". Una de las

maneras para que las madres pueden reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante y otras muertes relacionadas con el sueño es amamantar. La mayor protección se obtiene al alimentar al bebé exclusivamente con leche materna, pero está demostrado que cualquier cantidad de leche materna reduce el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. (KidsHealth, 2021).

Epidemiología: es la disciplina científica que estudia la distribución de la enfermedad y la salud en la población y sus determinantes. Es, por tanto, una disciplina que enlaza lo biológico con lo social y lo hace en el proceso que explica la enfermedad como fenómeno colectivo. Y, es que, al buscar la etiología de la enfermedad, sobrepasa la dimensión individual y biológica del problema, para convertirlo en social, ya que debe de contemplar a la enfermedad como una realidad social (Centro Nacional de Epidemiología. Madrid, 2000).

F

Familia extendida: formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extendida puede incluir abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines (INEC, 2010).

Familia monoparental: formada por uno sólo de los padres (la mayoría de las veces la madre) y sus hijos. Puede tener diversos orígenes: padres separados o divorciados donde los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por un embarazo precoz donde se constituye la familia de madre soltera y por último el fallecimiento de uno de los cónyuges (INEC, 2010).

Familia homoparental: formada por una pareja homosexual (hombres o mujeres) y sus hijos biológicos o adoptados (INEC, 2010).

Familia ensamblada: está formada por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con hijos se junta con padre viudo con hijos). En este tipo también se incluyen aquellas familias conformadas solamente por hermanos, o por amigos, donde el sentido de la palabra “familia” no tiene que ver con

parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos, convivencia y solidaridad, quienes viven juntos en el mismo espacio (INEC, 2010).

Familia de Hecho: también conocida como familia conviviente, este tipo de familia tiene lugar cuando la pareja convive sin ningún enlace legal (INEC, 2010).

G

Gastroenteritis: es la inflamación del estómago o intestinos provocada por una infección. Es más común en bebés y niños pequeños, quienes pueden padecerla más de una vez al año. Si usted tiene gastroenteritis, generalmente desaparece sin necesidad de tratamiento médico. Si un bebé o niño pequeño tiene gastroenteritis podría ser más peligroso debido a que se deshidrata más fácilmente. Su estómago y tripas se conocen en conjunto como tracto gastrointestinal, o intestino. La gastroenteritis es una infección del intestino. Una infección se puede producir por ingerir un alimento o bebida contaminado con bacterias, virus o parásitos, o al contraerlo de otras personas infectadas. Las bacterias, los virus y los parásitos pueden dañar las células que recubren la superficie interna del intestino y no permitirle que funcione como debería. Ciertas bacterias o virus también podrían producir venenos llamados toxinas que pueden irritar el intestino y provocar que produzca exceso de líquido. Esto puede provocar síntomas de gastroenteritis, como diarrea (BUPA, 2022).

H

Hacinamiento: es la condición donde el número de ocupantes excede la capacidad de espacio de vivienda. El indicador para el hacinamiento es de 3 personas o más viviendo en una misma habitación (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Hipogalactia materna: o también conocida como escasa producción de leche materna, es un síndrome que provoca una secreción láctea insuficiente, ya sea después del parto o en las semanas posteriores tras haber dado a luz. Debido a este síndrome, puede que no se consiga producir la cantidad de leche adecuada para satisfacer las necesidades nutricionales del bebé. Ante cualquier duda que te pueda ir surgiendo durante la lactancia, siempre deberás consultar al médico o la ginecóloga para recibir el tratamiento necesario (Asociación Española de Consultoras Certificadas en Lactancia Materna, 2021).

I

Infecciones de las vías respiratorias: una infección del tracto respiratorio se define como cualquier enfermedad infecciosa del tracto respiratorio superior o inferior. Las infecciones del tracto respiratorio superior incluyen el resfriado común, laringitis, faringitis/tonsilitis, rinitis aguda, rinosinusitis aguda y otitis media aguda. Las infecciones del tracto respiratorio inferior incluyen bronquitis aguda, bronquiolitis, neumonía y traqueítis (Centre for Clinical Practice at NICE (UK), 2008).

L

Lactancia artificial: la lactancia artificial, también llamada lactancia con leche de fórmula, consiste en nutrir al pequeño con un producto alimenticio usado como sustitutivo parcial o total a la leche materna. Este tipo de leche proporciona un aporte adecuado de nutrientes para las necesidades del bebé. Las fórmulas se obtienen a partir de la leche de vaca, pero se modifica para intentar acercarse lo más posible a la leche materna en cuanto a su contenido en proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y sales minerales, así como otros micronutrientes. Se usa en ocasiones en las que la lactancia materna, por

un motivo u otro, no es posible o resulta insuficiente. En este último caso se suele usar la lactancia mixta para que el bebé obtenga los nutrientes necesarios para su correcto desarrollo (Enfamil, 2022).

Lactancia materna: es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto, que debería ser el principal alimento del bebé al menos hasta los dos años (CuidatePlus, 2018).

Lactancia materna exclusiva: la lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes (OMS, 2018).

Lactancia materna precoz: es la lactancia materna suministrada antes de la primera hora después de nacido el bebé. El comienzo precoz de la lactancia materna favorece a un mayor apego entre la madre y su hijo y de forma paralela a una mayor duración; además, existen estudios recientes que demuestran que este inicio precoz conlleva a una colonización del intestino del recién nacido por bacterias maternas, lo que le ayudará a combatir algunas enfermedades y regular su sistema inmunológico (Universidad El Bosque. Bogotá, 2020).

Lactante: se denomina lactante cuando el niño es un bebé recién nacido y este se alimenta aún con leche materna, para clasificar al lactante se lo divide en dos momentos, el primero aquel que va desde los primeros 28 días de nacido hasta los 12 meses, al cual se lo denomina lactante menor. Y la segunda etapa a la que se llama lactante mayor es la que va desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses (Diccionario Actual de Pediatría Española, 2021).

Leche materna: es la forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, así como ofreciendo protección contra las enfermedades. (OMS/OPS, 2022).

N

Neumonía: es una infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus (material purulento), lo que provoca tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. Diversos microorganismos, como bacterias, virus y hongos, pueden provocar neumonía. La neumonía puede variar en gravedad desde suave a potencialmente mortal. Es más grave en bebés y niños pequeños, personas mayores a 65 años, y personas con problemas de salud o sistemas inmunitarios debilitados (Mayo Clinic, 2021).

O

Otitis: se denomina otitis a la inflamación del oído. Existe diferentes tipos, pero la más común se denomina otitis media. La otitis media es la presencia de líquido (con o sin pus), llamado exudado y que es producto de una inflamación, en la cavidad del oído medio, que se localiza justo detrás del tímpano. Se produce cuando la trompa de Eustaquio -el canal que conecta la parte media del oído con la garganta- se obstruye por diferentes motivos. La función de esta trompa es drenar el líquido que se produce en el oído medio, por lo que, si se obstruye, se puede acumular este líquido y producirse una infección. Se trata de una de las enfermedades más frecuentes en la infancia y uno de los principales motivos de consulta al pediatra. De origen viral o bacteriano, la persistencia de este proceso durante varios meses puede dar lugar a la pérdida de audición en los niños (CINFASALUD, 2015).

R

Rinitis alérgica: o fiebre del heno es la hinchazón del interior de la nariz de su niño. La hinchazón es una reacción alérgica a los alérgenos que se encuentran en el aire. Los alérgenos incluyen polen de malezas, pasto, árboles y moho. Los ácaros del polvo, las cucarachas, el pelo de las mascotas o el moho también son alérgenos que pueden causar rinitis alérgica (Medically reviewed, 2022).

S

Salud infantil en la primera infancia: el vivir y disfrutar del nivel más alto nivel posible de salud en la primera infancia, es un derecho que requiere de una mirada integral, en donde se tenga en cuenta además de los aspectos relacionados con la salud, los que tienen que ver con la alimentación, la protección, la educación inicial, el ámbito familiar, comunitario e institucional, de tal manera que se les pueda brindar a los niños y las niñas, el apoyo para su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje (Atención Integral a la Primera Infancia, 2011).

T

Tos: ayuda a limpiar las vías respiratorias de materiales y evita que estos alcancen los pulmones. Los materiales pueden ser partículas que han sido inhaladas o sustancias procedentes de los pulmones y/o vías respiratorias. La mayoría de las veces el material expulsado por la tos de los pulmones y las vías

respiratorias es esputo (también llamado flema), una mezcla de mucosidad, residuos y células expulsada de los pulmones. Pero a veces la tos expulsa sangre. Una tos que produce flema o sangre se considera productiva. Los niños más grandes (y los adultos) suelen expulsar el material al toser, pero los niños más pequeños por lo general se lo tragan. Algunas toses no producen nada. Se las considera tos seca o no productiva. La tos es una de las causas más comunes por la que los padres llevan a sus hijos a un profesional de la salud (Manual MSD, 2021).

Anexos



CUESTIONARIO N° 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PATRÓN DE
LACTANCIA MATERNA

Responsable de la encuesta:
Fecha:
Nombre de la madre:
Edad:
Domicilio:
Teléfono:
Nombre del niño/a:
Sexo:

1.- Escolaridad de la madre.

Básica
Educación media/bachillerato
Superior/Postgrado
Ninguna.

2.- Tipo de familia.

Nuclear
Monoparental
Extensa
Ampliada

3.- Tipo de ocupación de la madre.

Ama de casa
Trabaja fuera de casa
Estudiante

5.- Estado civil de la madre.

Casada
Soltera
Conviviente

NIVEL SOCIOECONÓMICO

1.- ¿Cuál es el tipo de vivienda?

Suite	Cuarto de casa de inquilinato	Departamento	Casa /Villa	Mediagua Rancho	Choza /covacha
--------------	--------------------------------------	---------------------	--------------------	------------------------	-----------------------

1.1.- El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:

Hormigón
Ladrillo o bloque
Adobe /tapia
Caña revestida o bahareque/ Madera
Caña no revestida / Otros / Materiales

1.2.- El material predominante del piso de la vivienda es de:

Duela, parquet, tablón o piso flotante
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón
Ladrillo o cemento
Tabla sin tratar
Tierra / Caña / Otros materiales

1.3.- Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha

1.4.- El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:

No tiene
Letrina
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada
Conectado a pozo ciego
Conectado a pozo séptico
Conectado a red pública de alcantarillado

1.5.- ¿Tiene este hogar servicio de internet?

Si

No

1.6.- ¿Tiene computadora de escritorio?

Si

No

1.7.- ¿Tiene computadora portátil?

No

Si

1.8.- ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?

No tiene celular nadie en el hogar

Tiene 1 celular

Tiene 2 celulares

Tiene 3 celulares

Tiene 4 o más celulares

1.9.- ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?

Si

No

1.10.- ¿Tiene cocina con horno?

No

Si

1.11.- ¿Tiene refrigeradora?

No

Si

1.12.- ¿Tiene lavadora?

No

Si

1.13.- ¿Tiene equipo de sonido?

No

Si

1.14.- ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?

No tiene TV a color en el hogar

Tiene 1 TV a color

Tiene 2 TV a color

Tiene 3 o más TV a color

1.15.- ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?

No

Si

1.16.- ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene vehículo exclusivo para el hogar

Tiene 1 vehículo exclusivo

Tiene 2 vehículos exclusivos

Tiene 3 o más vehículos exclusivos

1.17.- ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?

No

Si

1.18.- ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?

No

Si

1.19.- ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?

No

Si

1.20.- Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo

¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?

No

Si

1.21.- ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?

No

Si

1.22.- ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?

No

Si

1.23.- ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?

Sin estudios

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Hasta 3 años de educación superior

4 o más años de educación superior (sin post grado)

Post grado

1.24.- ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?

Personal directivo de la Administración Pública y de empresas

Profesionales científicos e intelectuales

Técnicos y profesionales de nivel medio

Empleados de oficina

Trabajador de los servicios y comerciantes

Trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros

Oficiales operarios y artesanos

Operadores de instalaciones y máquinas

Trabajadores no calificados

Fuerzas Armadas

Desocupados

Inactivos

PATRÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

1.- ¿Cuándo nació su bebé le dio inmediatamente pecho materno (menos de una hora)?

Si

No

2.- ¿Usted alimentó a su bebe exclusivamente solo con leche materna es decir no le dio agua u otro tipo de leche o alimento durante los primeros siete días de nacido?

Si

No

CUESTIONARIO N° 2
PATRÓN DE LACTANCIA MATERNA, ENFERMEDAD DIARREICA
INFECCIOSA E INFECCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

Fecha:

Nombre de la madre: Nombre del niño edad

1.- ¿Qué tipo de alimentación tiene actualmente su bebe?

Solo y exclusivamente leche materna
Leche materna más agua en biberón
Leche materna más leche de tarro
Leche materna más leche de tarro más agua u otros líquidos (juguitos, coladas)
Solo leche de tarro
Otro alimento
Leche materna y otros alimentos
Leche materna

2.- ¿Cuál es el motivo por lo que su bebé está sin lactancia materna o está con otra alimentación aparte de la leche materna?

Tiene poca leche
El niño queda con hambre
El niño no sube de peso
El niño rechaza el pecho
El niño se enfermó
Usted presentó alguna enfermedad en sus mamas
Otras: _____

1.1. ¿Si usted suspendió la lactancia materna ha logrado darle el seno de nuevo a su niño?

Si

No

ESTADO DE INMUNIZACIÓN DEL NIÑO.

3.- ¿Cuáles vacunas ha recibido su bebe hasta ahora? (solicitar el carnet de vacunación)

BCG	Hepatitis B	Rotavirus	Pentavalente (DPT-HB-HIB)	OPV oral	Neumococo conjugada
------------	--------------------	------------------	--------------------------------------	-----------------	--------------------------------

ENFERMEDAD DIARREICA INFECCIOSA

4.- ¿Ha presentado su bebé algún episodio de diarrea?

Si

No

(Se explica a madre sobre las características de la enfermedad diarreica aguda)

Si la respuesta es sí pasar a la siguiente pregunta.

5.- ¿En dónde fue atendido su bebé?

Hospital Público

Centro de Salud

Consultorio privado

No lo hizo atender

Otro lugar especifique _____

6.- ¿Qué le dieron al bebe para curar la diarrea?

Sueros caseros y agua

Sales de hidratación oral (suero oral)

Antibióticos y sales de hidratación (suero oral)

Otros medicamentos

Sueros intravenosos

nada

7.- ¿Continuó usted dándole leche materna a su bebe durante la diarrea?

Si

No

8.- ¿Presentó su bebé diarrea con sangre?

Si

No

9.- ¿Cuánto tiempo duró la diarrea?

Menos de 14 días

Más de 14 días

Continúa con diarrea

10.- ¿Tuvo que su bebé ser hospitalizado por la diarrea?

Si

No

INFECCIÓN DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

11.- ¿Ha presentado su bebé episodios de tos?

Si

No

Si la respuesta es SI pasar a la siguiente pregunta:

12.- ¿Qué otros síntomas, tenía su bebé con la tos?

Fiebre

Dificultad para respirar o respiración rápida

Secreción nasal

No podía alimentarse

Quejido al respirar

Dolor y/o secreción purulenta en los oídos

Silbido o sonido en el pecho

ronquera

Ninguno

13.- ¿En dónde fue atendido su bebé?

Hospital Público

Centro de Salud

Consultorio privado

No lo hizo atender

Otro lugar especifique

14.- ¿Si lo llevó a consulta médica que le diagnosticaron?

Gripe o catarro

Faringitis aguda

Otitis aguda

Laringitis aguda

Neumonía o bronconeumonía

Bronquitis aguda

No sabe

Otra enfermedad

15.- ¿Usted automedicó a su bebe para tratar la enfermedad?

Si

No

16.- ¿Para tratar la enfermedad tuvo que darle antibióticos?

Si

No

17.- ¿Usted continuó dándole leche materna?

Si

No

18.- ¿Tuvo que su bebé ser hospitalizado por la enfermedad?

Si

No

ASPECTOS HIGIENICOS SANITARIOS

1.- ¿Cuál es el origen principal del agua cuando preparaba los biberones de su hijo/a?

Agua municipal (del grifo)

Agua embotellada.

2.- Si el origen del agua que utiliza para preparar biberones es agua municipal

¿Utiliza algún tipo de filtro?

Si

No

3.- ¿Hierve el agua para preparar biberones?

Si

No

5.- Si el método es ebullición, indicar:

Tiempo de ebullición

Menos de 5 minutos

5 minutos a 10 minutos

6.- ¿Alguien fuma dentro de la casa?

Si

No

7.- ¿Cuándo prepara el biberón al bebé o antes de preparar los alimentos se lava las manos con agua y jabón?

Siempre

A veces

Nunca

8.- ¿Dónde usted recolecta la basura antes de que carro recolector de basura pase por su domicilio?

Dentro de la casa en un recipiente tapado

Fuera de la casa en un recipiente tapado

Fuera de la casa en fundas de basura

Fuera de la casa sin funda o sin recipiente

9.- ¿Hay animales domésticos dentro de la casa?

Si

No

10.- ¿La habitación del bebe tiene ventanas hacia el exterior que permitan una adecuada ventilación?

Si

No

ISBN: 978-9942-616-02-9



9789942616029