



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA**

**LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR EN
LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN NIÑOS**

ASESORA:

Dra. Rita Pérez.

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO
POR:**

Br(es): González Suárez Carmen Teresa.

C.I: 13.029.124

Santana Centeno Deisy María.

C.I: 16.627.651

**COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TITULO DE MEDICO CIRUJANO**

Ciudad Bolívar; Mayo 2009

INDICE

| | |
|------------------------------------------|------|
| DEDICATORIA | IIV |
| DEDICATORIA | VI |
| AGRADECIMIENTO | VIII |
| RESUMEN | IIX |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| JUSTIFICACIÓN | 10 |
| OBJETIVOS | 12 |
| Objetivo general..... | 12 |
| Objetivos específicos | 12 |
| METODOLOGÍA | 14 |
| Tipo de investigación | 14 |
| Universo | 14 |
| Muestra..... | 14 |
| Criterios de inclusión | 14 |
| Criterios de exclusión..... | 15 |
| Materiales..... | 15 |
| Procedimientos..... | 15 |
| Análisis y procesamientos de datos | 17 |
| RESULTADOS | 18 |
| Tabla 1..... | 20 |
| Tabla 2..... | 21 |
| Tabla 3..... | 22 |

| | |
|-----------------------------------------|----|
| Tabla 4..... | 23 |
| Tabla 5..... | 24 |
| Tabla 6..... | 25 |
| Tabla 7..... | 26 |
| Tabla 8..... | 27 |
| Tabla 9..... | 28 |
| Tabla 10..... | 29 |
| Tabla 11..... | 30 |
| Tabla 12..... | 31 |
| Tabla 13..... | 32 |
| DISCUSIÓN | 33 |
| CONCLUSIÓN | 38 |
| RECOMENDACIONES | 40 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 41 |
| APÉNDICE | |
| ANEXOS | |

DEDICATORIA

CARMEN

Al **Dios Todo Poderoso JHV**, por la sabiduría, conocimiento e inteligencia que me ha otorgado durante mi vida universitaria, por iluminar mi camino y permitirme la culminación con éxito de mi carrera.

A mis más grandes amores, mis padres: **Carmen y Rafael**; quienes durante mi vida se han preocupado por mis acciones, me han guiado y aconsejado de la manera más hermosa en el transcurso de mis estudios y final de mi carrera. A ellos que son el pilar fundamental de mi vida. Por su amor, cariño y comprensión. Los amo.

A mi segundo papá: **Adolfo González** por estar presente en los momentos más especiales, por darme su cariño incondicional junto a mi familia y demostrarnos su amor. Por ser parte de mi vida.

A mi esposo el único hombre que amo; **Andrés Rojas** por su comprensión y apoyo emocional. Por compartir su vida a mi lado y estar presente en los momentos buenos y difíciles durante mi carrera. Por darme tu amor.

A mis hijos: **Andrés, Jheovanny y Andrysmar** por la inspiración que me dieron; por ser el lucero de mis ojos. Porque los amo con todo mi corazón. Bendito sean.

A mis hermanos, en especial **Yennifer** por cuidar a su sobrina en los momentos más difíciles de mi carrera, y darme su apoyo y comprensión. A **Gregori y Franklin** por estar siempre pendiente de mi. Porque si se puede.

A mi abuelos **Teresa y Martín** quienes siempre estarán en mi corazón y los extraño por siempre; se que desde el paraíso me darán su bendición.

A la **Dra. Rita Pérez**, médico pediatra, por su constante e invaluable apoyo en la orientación y desarrollo de la tesis, y su amistad invaluable.

DEDICATORIA

DEISY

Siempre hay seres especiales que nos sirven de piedra de toque, recordándonos quienes somos, animándonos, dándonos fuerzas y sanándonos cuando más lo necesitamos.

He recibido muchos regalos, ya sean de amor, compartir lágrimas, paciencia, sabiduría, apoyo económico, música, estudios, etc. Por ello dedico amorosamente a:

Dios Todopoderoso: Por iluminar mi camino y permitir que culmine con éxito mis estudios.

Mis Padres: Pilares fundamentales en todas las fases de mi vida. En los momentos alegres y en los difíciles, siempre estaban conmigo. Los amo, gracias.

Mis hermanas María y Denisse: Fuente permanente de amor incondicional (Las tres formamos un todo).

Mi Paíto Chucho: Siempre atento y pendientes de mi carrera.

Mis abuelitos Víctor y Eustacia: ¡Cuánto daría por tenerlos a mi lado! Sé que desde el cielo celebrarán conmigo la culminación de mi carrera de Médico Cirujano.

Tíos, Tías, Primos y al reto de la familia: Siempre atentos y pendiente de mi carrera.

Tía madrina Máxima y Mireya: Presentes en todos los momentos inolvidables de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de Oriente y a todos sus miembros por ser la institución formadora de esta etapa de nuestra vida.

Al Departamento de Puericultura y Pediatría, en especial a la Dra. Rita Pérez nuestra asesora.

Al equipo de salud del Departamento de Pediatría por su colaboración en la realización de esta investigación.

A nuestra querida Daylley por su ayuda, apoyo, comprensión, dedicación a su trabajo y su gran alegría.

A las madres encuestadas por su colaboración tan necesaria en esta investigación.

A todos nuestros profesores que durante nuestra carrera nos impartieron sus conocimientos y formaron como médicos para la sociedad. Porque ellos son invaluable. En especial a nuestros tutores: Dr. Martínez, Dr. Cedeño, Dr. Ronney, Dr. Madrid, Dr. Romero, Dra. Battistini, Dra. Melania, Drs. Mistaje, quienes se dedicaron y esforzaron por enseñarnos a ser mejores cada día. Porque son puro corazón.

RESUMEN

Lactancia materna como factor protector en las infecciones respiratorias bajas en niños.

González, Carmen; Deisy, Santana

Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Venezuela.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, no experimental en el Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” durante el periodo Abril-Octubre del año 2008; representado por una muestra de 46 niños de 1 mes a 2 años de edad con infecciones respiratorias bajas (IRB), que reciben o no lactancia materna exclusiva (LME). El 32.6% de los niños reciben LME, donde el 10,9% la recibe hasta los 4 meses de edad durante un periodo prolongado. El principal factor nutricional es el bajo peso al nacer (26.1%). Las madres tienen de 21 a 26 años, concubinas, con secundaria aprobada, amas de casas, con ingreso mayor a los 500 Bs.F, ubicadas en el estrato socioeconómico IV según Graffar. El principal antecedente de IRB es la neumonía de la comunidad por el contacto con personas con IRB. En este estudio la LME es un factor importante de protección ante IRB. La IR de los niños en estudio se relaciona con la profesión de las madres y el factor ambiental. Se recomienda realizar promoción de la lactancia materna exclusiva en las comunidades, realizar prevención y manejo de las personas con IRB cercana a la población infantil.

Palabras claves: *LME, IRB, factores de riesgo, factores nutricionales, estrato socioeconómico.*

INTRODUCCIÓN

La leche humana desempeña un destacado papel como nutriente óptimo para el recién nacido y lactantes menores disminuyendo la exposición a los antígenos de la dieta complementaria. (1)

La lactancia materna es considerada un alimento ecológico puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse, con lo que se ahorra energía y se evita la contaminación del medio ambiente. Esta leche proporciona una serie de ventajas a los lactantes respecto al estado de salud, crecimiento y desarrollo; al mismo tiempo disminuye significativamente el riesgo de presentar un gran número de enfermedades agudas y crónicas; disminuye la incidencia o la gravedad de los procesos diarreicos, infecciones respiratorias de vías bajas, otitis media, meningitis bacteriana, botulismo, infecciones del tracto urinario y enterocolitis necrotizante; por otra parte, tiene un efecto protector frente al síndrome de muerte súbita del lactante, diabetes mellitus tipo 1, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, linfoma, enfermedades alérgicas y otras enfermedades digestivas crónicas; también se relaciona con un refuerzo del desarrollo intelectual.(2).

La protección de la lactancia materna frente a la enfermedad diarreica se ejerce a través de varios mecanismos entre ellos el Factor de crecimiento epidérmico el cual disminuye la permeabilidad a los patógenos. La IgA secretoria que previene la unión de enteropatógenos al epitelio. La IgA específica que confiere protección frente a patógenos específicos como *Rotavirus*, *E. coli*, etc., y los Oligosacáridos que inhiben la unión de los patógenos a los receptores celulares; a la vez que selectivamente

estimulan el crecimiento de flora intestinal beneficiosa en el intestino del lactante. (3)

La lactoferrina presente en la leche materna tiene la capacidad de ligar dos átomos de hierro, compitiendo por este con las bacterias en el tracto gastrointestinal, motivo por el cual desempeña una función esencial en la protección del recién nacido ante las infecciones gastrointestinales. Las lisozimas protegen contra protozoos, bacterias y virus, debido a que poseen actividad antimicrobiana. La acetilhidrolasa del factor activador de plaquetas disminuye la incidencia de enterocolitis necrotizante en los neonatos prematuros. Los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, son beneficiosos en la etapa de crecimiento y maduración del sistema nervioso central del lactante; y el ácido araquidónico y decosaheptaenoico, son importantes en el desarrollo neurológico y de funciones visuales. (4)

Un estudio realizado para calcular la fracción de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en niños menores de 4 meses, en Centroamérica, Suramérica y el Caribe arrojan como conclusión que la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 4 meses y la lactancia parcialmente materna de los de 4 a 12 meses podría reducir sustancialmente la mortalidad infantil por estas enfermedades. (5)

Ha sido reportado que las diarreas agudas y la IRA en niños menores de 5 años representan una tasa de defunción del 15% y que las primeras medidas de prevención tomadas por la OMS, es el incentivar a las madres a dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y mixta desde los 6 a los 12 meses de edad aproximadamente. (6)

Por todos estos motivos se considera que el amamantar promueve los factores bioactivos, hormonas, factores de crecimiento, nutrientes específicos y factores estimulantes de la flora bacteriana, y produce la maduración de la mucosa

gastrointestinal. Y de acuerdo a la OMS la lactancia materna forma parte natural e ideal de la alimentación del lactante y constituye una base biológica única para el desarrollo del niño. (1)

La lactancia materna exclusiva, es el modo óptimo de alimentación durante los primeros 6 meses, pero no siempre se practica. Inclusive a pesar de todos los esfuerzos bien intencionados para promover, proteger y apoyar esta lactancia materna, su prevalencia más allá de los 4 meses suele descender bruscamente hasta por debajo del 60%. Así, debido a la elección de la madre o a la falta de apoyo a la lactancia materna, las leches para lactantes basadas en leche de vaca, continúan teniendo un papel excesivo en la nutrición infantil. (7).

Algunos estudios han explicado la disminución de la frecuencia observada de otitis media en lactantes alimentados al pecho como el resultado del efecto de la postura durante la alimentación que dificulta el reflujo de alimento al oído medio a través de la trompa de Eustaquio. Se ha observado una disminución de infecciones urinarias en los niños que son amantados debido a los oligosacáridos presentes en leche materna, la IgA secretoria o la lactoferrina; los cuales pueden interferir en la adhesión de las bacterias al epitelio urinario. La presencia de IL-14 en leche materna puede por su parte ser un factor protector en el desarrollo de alergias al inducir la activación de TH1 en respuesta a las bacterias. (5)

La prevención de la otitis debe ser un campo de interés, tanto para la salud pública como para médicos y padres de familia. Las estrategias de prevención se dividen en inmunoproliféricas y no inmunoproliféricas. Entre las no inmunoproliféricas, encontramos que la educación a los padres es de gran importancia para la prevención de la otitis media, por lo que el médico debe ser capaz de informar a los padres en los siguientes aspectos: que la otitis media es una enfermedad de la infancia y que un niño, en promedio puede tener de dos a tres

episodios de otitis media por año durante los primeros tres años de vida; que la predisposición familiar es un factor de riesgo para otitis recurrente y severa; que la lactancia materna protege contra la otitis media. (8)

La lactancia materna en el lactante: disminuye la incidencia de muerte súbita, estimula el desarrollo inmunológico, aumenta la respuesta inmunitaria de las vacunas, disminuye la obesidad al ser adulto y conduce a un menor riesgo de diabetes insulino dependiente. (9)

Estos hallazgos sugieren que promover y respaldar la lactancia materna para todas las madres y lactantes podría tener un impacto importante tanto sobre la diabetes tipo 1 como sobre la diabetes tipo 2. (10)

La lactancia materna parece ofrecer significativa protección contra la ITU en lactantes, por lo que debiera ser estimulada. (11)

Sustancias en leche materna como IgA secretora u Oligosacáridos pueden interferir en la adherencia bacteriana al epitelio urinario. El incremento de la excreción en orina de lactoferrina, un componente antimicrobiano no inflamatorio de la leche materna, puede también contribuir a reducir la frecuencia de las infecciones del tracto urinario. (12)

Los niños no amamantados padecen más dermatitis atópicas y asma si pertenecen a una familia de riesgo. Al no recibir la lactancia materna, el sistema inmunitario digestivo y sistémico del lactante no es estimulado activamente en los primeros días y meses tras el nacimiento mediante la transferencia de anticuerpos antiidiotipo y linfocitos; lo que explicaría por qué los lactantes no amamantados desarrollan una respuesta inmunitaria menor a las vacunas y tienen mayor riesgo de padecer enfermedades autoinmune, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad

celíaca, diabetes mellitas y algunos tipos de cáncer como leucemia o esclerosis múltiple en la edad adulta. (13)

La leche materna tiene un contenido elevado de factor de transformación del crecimiento (TFG)-b, que ejerce una influencia positiva sobre la maduración intestinal y la defensa del huésped. Su efecto supresor sobre las células T ha sido asociado con el menor riesgo de enfermedades alérgicas en los lactantes amamantados. Se ha observado una menor incidencia de procesos alérgicos en los niños alimentados al pecho. (14)

La leche materna incrementa la protección frente a infecciones y alergias, favorece el desarrollo inmunológico, optimiza el crecimiento porque la leche materna está adaptada a las necesidades de cada lactante y le protege de la muerte súbita. También confiere beneficios a largo plazo porque le protege ante la enfermedad celíaca; caries, diabetes mellitus tipo I y II; enfermedad inflamatoria crónica intestinal; artritis reumatoide juvenil; esclerosis múltiple; obesidad y protege del cáncer de mama a la niña amamantada. (15)

Recientemente Kramer y cols (*PROBIT study*) han resuelto de una forma muy ingeniosa la limitación para el estudio del verdadero efecto de la lactancia materna en la salud del niño y han realizado un ensayo clínico que aporta una información muy válida sobre el efecto protector frente a las infecciones y el crecimiento. Estos autores han demostrado que los niños de los hospitales que recibieron promoción de lactancia materna y que por tanto se amamantaron con mayor frecuencia y durante más tiempo, tuvieron un riesgo disminuido para contraer infecciones gastrointestinales y eczema atópico. Estudios posteriores al de Kramer, con diferente metodología, han venido a corroborar los hallazgos de este autor. (16)

La determinación del efecto de la lactancia materna sobre la tasa de hospitalizaciones en lactantes nacidos a término, sanos menores de ocho meses de edad concluyo que la lactancia exclusiva y prolongada es un factor protector de ingreso hospitalario debido a diarrea o infecciones del tracto respiratorio inferior. (17)

Los beneficios de la leche materna la hace uno de los factores más importantes para proteger a los bebés en contra la morbilidad y la mortalidad de enfermedades contagiosas. Dentro de los numerosos factores de la leche humana actúan en un modo complementario la protección contra infecciones. Existen varios microorganismos que producen infecciones significativas en lactantes dentro de los cuales podemos destacar: el *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* del grupo B, *Micobacterium tuberculosis*, y de ninguno de ellos se ha reportado transmisión por la leche materna. (18)

Una de las funciones de la lactancia materna es la protección contra infecciones respiratorias agudas en el lactante, que son procesos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor de 15 días, lo que constituye un importante problema de salud, tanto es así que ha ocupado la segunda causa de muerte en menores de cinco años en los países de desarrollo (19)

La leche materna es una buena fuente de energía, proteínas, vitaminas y minerales de fácil absorción. La IRA y la nutrición tienen un doble vínculo porque la desnutrición significa que un niño tiene más probabilidades de contraer infecciones respiratorias. *Mulholland* plantea que la mayor vulnerabilidad de los niños desnutridos a la neumonía se explica por varias razones: la desnutrición adelgaza la membrana de los pulmones con lo que puede facilitar la entrada de las bacterias, además puede debilitar el sistema inmunológico del niño. La lactancia materna

exclusiva es la mejor forma de alimentar a los lactantes, asegura el crecimiento normal y los protege contra infecciones y diarreas. (20)

Aun para el siglo XIX las infecciones respiratorias continúan siendo una causa importante de morbimortalidad pediátrica, representando en nuestro país la mitad de las hospitalizaciones, teniendo como mayor prevaencia el virus Sincitial Respiratorio el cual representa el agente patógeno mas importante en los primeros años de vida. (21)

Las IRA, representan la primera o segunda causa de muerte en niños de 5 años en los países en desarrollo, dependiendo de la región. Se calcula que de los cuatro millones de muertes anuales por neumonías, dos tercios ocurren en lactantes. (22)

Dentro de las patologías del aparato respiratorio inferior podemos encontrar: bronquitis, bronquiolitis, neumonías virales, bacterianas y adquiridas en la comunidad. La bronquiolitis se presenta en menores de 2 años con un pico de 6 meses. Las neumonías virales constituyen la infección pulmonar más frecuente aunque la confirmación etiológica es difícil por lo menos diez virus se han detectado en niños el más frecuente es el Virus Sincitial Respiratorio, seguido del Parainfluenza 2, Influenza A y B, Adenovirus, Enterovirus Rinovirus entre otros. La forma de presentación las neumonías bacterianas varia con la edad y existen diversos gérmenes implicados entre ellos están el Neumococcus, Hamophilus influenzae, Stafiloccus aureus y Streptococcus del grupo A y B entre otros (23)

Para las neumonías adquiridas en la comunidad la máxima incidencia se produce en niños de 1 a 5 años, existen múltiples causa que pueden llevar a este tipo de neumonía entre ellos se incluyen prematuridad, no recibir lactancia materna, desnutrición entre otros, se ha encontrado que dentro de los primeros años de vida los virus son los más implicados; merecen atención Chlamydia trachomatis por producir

en los 2 primeros meses un número significativo de neumonías, sin embargo es el *Streptococcus pneumoniae* el germen más común sobre todo en menores de dos años; al contrario de los virus mantienen estables su prevalencia a lo largo de los años. (24).

Al analizar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los lactantes a los tres meses de edad solo un 60,6 % la conservaban, y un 27,2 % la tenían exclusiva o complementada a los 6 meses. Aunque estas cifras están por encima de las que muestran otros investigadores cubanos, están muy por debajo de los propósitos que establece la OMS y nuestro Ministerio de Salud Pública, que proponen lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. En un estudio realizado en Brasil se estableció que el riesgo de adquirir influenza y neumonía era 16 veces mayor en el niño que no lactaba, y sobre todo en los más pequeños. Debemos destacar que cuando más adverso es el ambiente desde el punto de vista socioeconómico y sanitario la lactancia materna tiene más importancia, e inclusive es salvadora de vidas. (25)

En lactantes alimentados precozmente con fórmulas se ha observado que éstas favorecen la colonización de *H. influenzae* y *Moraxela catarrhalis* en la faringe. En sentido opuesto, los lactados con leche materna tienen menor número de episodios de infecciones respiratorias, debido a la presencia en ella de sustancias que impiden la colonización de agentes como el factor lípido antiviral, que protege contra el virus de la influenza, la alfa-2-macroglobulina que actúa contra los virus de la influenza y parainfluenza que causan infecciones respiratorias agudas; con el mismo propósito provee anticuerpos contra el Virus Sincitial Respiratorio, agente causal de infecciones en niños, por las que ameritan ser hospitalizados. (26)

Cabe destacar que cada una de estas patologías lleva consigo una gran variedad de factores de riesgos dentro de los cuales se encuentran los factores de riesgos individuales, nutricionales, socioculturales, socioeconómicos y ambientales. La mitad de las muertes debidas a enfermedades respiratorias bajas en los niños menores de 5

años ocurre en los primeros seis meses de vida. Aproximadamente 16% de los niños nacidos en todo el mundo tienen bajo peso al nacer; si no se le da al niño los nutrientes necesarios para su desarrollo puede ocasionarle una desnutrición de tipo energética proteica. Se ha demostrado en los países en desarrollo que los niños alimentados por leche materna presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de vida. La educación de los padres se asocia con un incremento en hospitalizaciones y en la mortalidad de infecciones respiratorias bajas. (27)

La leche materna debe ser considerada la primera vacuna que recibe el niño y que es capaz de protegerlo de un elevado número de infecciones frecuentes que lo amenazan durante el primer año de vida, por los anticuerpos que contiene y otros componentes inmunológicos, tanto humorales como celulares, que confirman su función protectora contra virus, bacterias y parásitos. (28)

La infecciones respiratorias bajas son consideradas un problema de salud pública en nuestro estado, representando la quinta causa de muerte infantil con una tasa de mortalidad infantil para el año 2002-2005 de 0.16% (Apéndice B), por este motivo se propone realizar un estudio en nuestro medio de salud, para comprobar el papel que juega la lactancia materna exclusiva en lactantes menores como factor protector contra las infecciones respiratorias bajas y determinar algunos factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad y la complementación o el prescindir de la lactancia materna; para así de esta manera aumentar los argumentos a la incentivación de las madres a dar una lactancia materna exclusiva por un tiempo más prolongado.

JUSTIFICACIÓN

Las infecciones respiratorias agudas representan uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de cinco años de los países en desarrollo. En la Región de las América, se ubican entre las primeras cinco causas de defunción en menores de cinco años y representan la principal causa de enfermedad y consulta a los servicios de salud. Aunque la extensión de las infecciones respiratorias aguda es global, su impacto se refleja con gran disparidad entre los países industrializados y los menos desarrollados. (29) De acuerdo a los boletines semanales del ISP para el año 2007 en la semana n° 1 se registraron 4.011 casos de enfermedades de denuncia obligatoria, en las cuales en orden de frecuencia la neumonía representa el 6° lugar con 84 casos (2.09%) con un número de 4 muertes para el municipio Heres en niños de 5 años y más, en comparación con la semana n° 23 del mismo año donde la neumonía representa el mayor número de muertes en niños de 1-4 años en el municipio Heres, ya que en esta semana se registraron 5.932 casos de enfermedades de denuncia obligatoria de los cuales hay un número de 157 casos (2.65%), 2 muertes en niños de 1-4 años y 3 muertes en niños de 5 y más. (30)

Estos datos estadísticos reflejan que una de las principales causas que afecta a la población infantil son las infecciones respiratorias agudas, por eso es importante proporcionarle al niño desde el primer momento de vida la lactancia materna como alimentación exclusiva, ya que gracias a sus propiedades ejerce un papel protector en el organismo del lactante. Por tal motivo realizaremos un estudio basado en uno de los beneficios que ofrece la lactancia materna como lo es la protección ante la aparición de enfermedades respiratorias bajas, así; como los factores que condicionan tales infecciones. De esta manera se obtendrán los fundamentos necesarios para informar a la madre sobre las propiedades de la lactancia materna;

esperando que ésta mantenga por un periodo de tiempo más prolongado la lactancia materna exclusiva y beneficiar al niño logrando que alcance un óptimo desarrollo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la importancia de la lactancia materna exclusiva como factor protector en las enfermedades respiratorias bajas en los niños menores de 2 años que ingresen al Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” en el periodo Abril-Octubre 2008.

Objetivos específicos

1. Categorizar el tipo de lactancia materna de los niños en estudio.
2. Determinar la duración de la lactancia materna.
3. Indicar algunas razones para complementar la lactancia materna.
4. Identificar los factores de riesgos nutricionales que predisponen al lactante a desarrollar una infección respiratoria inferior.
5. Relacionar algunos factores de riesgos socioculturales con la complementación y el abandono de la lactancia materna.
6. Contrastar el ingreso familiar con la complementación y el abandono de la lactancia materna.
7. Especificar los antecedentes de enfermedades respiratorias bajas en los niños con lactancia materna exclusiva y mixta.

8. Exponer los factores ambientales que predisponen al lactante a desarrollar una enfermedad respiratoria inferior.

9. Relacionar el número de infecciones respiratorias bajas adquiridas entre los niños que reciben lactancia materna exclusiva y los que no reciben lactancia materna exclusiva.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

El tipo de estudio a realizar es descriptivo, transversal, no experimental el cual se llevará a cabo en el Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” durante el periodo Abril-Octubre del año 2008.

Universo

El universo de estudio estará constituido por los niños menores de 2 años que ingresan al Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” para el periodo Abril-Octubre del año 2008.

Muestra

La muestra será hipotética, representativa, no probabilística de conveniencia, representada por todos los lactantes menores de 2 años que ingresen al Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” con infecciones respiratorias bajas y que cumplen con los criterios de inclusión, en el periodo Abril-Octubre del año 2008.

Criterios de inclusión

- Niños mayores de 1 mes y menores de 2 años que sean hospitalizados con diagnóstico de infección respiratoria en el Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” en el periodo Abril-Octubre del año 2008.

Criterios de exclusión

- Niños portadores de enfermedades crónicas.
- Pacientes oncológicos.
- Niños hospitalizados en terapia intensiva.
- Neonatos.

Materiales

1. Infantometro marca Detecto, serial 2438 (60kg/1m).
2. Tallimetro marca Health o Meter, serial 95-0028 (195 cm.).
3. Curva de crecimiento según edad/talla realizada por FUNDACREDESA
4. Método social Graffar Méndez- Castellano. FUNDACREDESA.
5. Encuesta

Procedimientos

Para la recolección de los datos en la presente investigación, se les pedirá a las madres su colaboración de forma voluntaria para realizarle una encuesta; se le explicará que esta encuesta se realiza como parte de un trabajo de investigación que tiene como finalidad presentarlo a manera de prerrequisito para lograr nuestro título de médico cirujano, donde se va establecer la importancia que tiene la lactancia materna como factor protector en las enfermedades respiratorias, se le solicitará su permiso para que permitan incluir en la muestra a sus hijos en edades comprendidas entre el primer mes de nacido y 2 años de edad que estén hospitalizados en el Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez”.

Se iniciara pesando y tallando a los niños. Para pesar a niños entre 1 mes y 24 meses de edad se le pide a la madre que le quite la ropa, zapatos y que se mantenga cerca para tranquilizar al niño, se coloca al niño en el centro del infantometro acostado en decúbito dorsal, se dirige el indicador de peso a la derecha, se espera que la aguja deje de moverse y se quede en el centro, luego se anota el peso. Para tallar a los niños entre 1 mes y 24 meses de edad se colocan en decúbito dorsal, rectos, en el infantometro con el vertex de la cabeza rozando el borde superior izquierdo, y se procede a mover la regla transversal a modo de que queden los pies pegados a ella y se hace la anotación de la talla.

Posteriormente se entrevistara a la madre del niño realizándole una encuesta cerrada (apéndice A) diseñada por las estudiantes que consta de cuatro partes:1) recolección de los datos personales del lactante; 2) identificación de las razones para complementar la lactancia; 3) identificación de los factores de riesgo: nutricionales, socioculturales, socioeconómicos y antecedentes de enfermedades respiratorias bajas; y 4) identificación de los factores ambientales, que intervienen en el desarrollo de las infecciones respiratorias bajas; en la cual se recolectaran los datos de la población a estudiar. Se comenzará a interrogar sobre los datos personales del niño (sexo, edad, peso, alimentación: lactancia materna, mixta; duración); luego se interrogará sobre las razones para complementar la lactancia; los factores de riesgo: nutricionales (peso al nacer, privación de la lactancia materna), socioculturales (edad de la madre, estado civil, convivencia conyugal, ocupación, lugar de residencia), socioeconómicos (ingreso familiar) y los antecedentes de enfermedades respiratorias bajas (bronquitis, bronquiolitis, neumonía de la comunidad, neumonía intrahospitalaria) y números de veces que ha presentado estas enfermedades; posteriormente se preguntará sobre los factores ambientales que intervienen en el desarrollo de las infecciones respiratorias bajas (exposición al humo, contaminación domestica, tabaquismo pasivo, hacinamiento, cambio ambiental, contactos con personas enfermas).

Después de haber completado el periodo de recolección de los datos, se llevarán los datos recolectados sobre edad y peso a la curvas de crecimiento para establecer en cual percentil (bajo: $\leq p_{10}$, mediano: $> p_{10} \leq p_{90}$, alto: $> p_{90}$) se encuentran los niños evaluados y determinar el grado de nutrición del niño, posteriormente se le aplicara el Método de Graffar Méndez-Castellano a los datos socioculturales y socioeconómicos recolectados para establecer el estrato al cual pertenecen (Estrato I: clase alta (4 a 6 puntos); Estrato II: clase media alta (7 a 9 puntos); Estrato III: clase media (10 a 12 puntos); Estrato IV: pobreza relativa (13 a 16 puntos); Estrato V: pobreza crítica (17 a 20 puntos) los individuos encuestados de acuerdo a la suma del puntaje establecido para cada interrogante.

Se realizó una prueba piloto en 10 niños menores de 2 años con infecciones respiratorias bajas que han sido hospitalizados en el Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez”, se seleccionaron al azar, posteriormente se procedió a realizar la encuesta siguiendo el procedimiento anteriormente descrito, y se hicieron las correcciones pertinentes.

Análisis y procesamientos de datos

Los datos obtenidos serán analizados con estadística descriptiva y se presentarán en tablas de frecuencia simple de una doble entrada con números y porcentajes. Se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la relación entre las variables.

RESULTADOS

El 32.6% de los niños reciben lactancia materna exclusiva, encontrándose el mayor porcentaje representado por el 10.9% entre el grupo etario de 1 a 4 meses de edad. (Ver tabla N° 1).

La lactancia materna exclusiva de los niños en estudio está representado por el 16.7%, con un tiempo de duración corto. (Ver tabla N° 2).

Según las madres la principal razón de la complementación de la lactancia materna es que el niño queda con hambre representado por el 63.3%. (Ver tabla N° 3).

El bajo peso al nacer es el factor de riesgo con mayor predominio de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva, representado por el 26.1%. (Ver tabla N° 4).

Las madres con edades comprendidas entre 21- 26 años son las que mayormente complementan la lactancia materna representada por 13 madres de un total de 27. (Ver tabla N° 5).

Las madres solteras son las que con mayor frecuencia complementan la lactancia materna representada por 17 madres de un total de 27. (Ver tabla N° 6).

Las madres con nivel educativo tipo secundaria completa e incompleta, son las que mayormente complementan la lactancia materna representada por 13 madres de un total de 27. (Ver tabla N° 7).

Las amas de casa son las que con mayor frecuencia complementan la lactancia materna representada por 18 madres de un total de 27. (Ver tabla N° 8).

Las madres con ingresos > 500Bs.F. son las que con mayor frecuencia complementan la lactancia materna representado por 12 madres de un total de 27. (Ver tabla N° 9).

Las madres clasificadas en el estrato IV de Graffar son las que con mayor frecuencia complementan la lactancia materna representada por 12 madres de 27. (Ver tabla N° 10).

Los niños con lactancia materna mixta están propensos a padecer neumonía de la comunidad como parte de las infecciones respiratorias bajas, representada por 19.6%. (Ver tabla N° 11).

La exposición al humo es uno de los factores ambientales que mayormente predisponen a padecer infecciones respiratorias bajas en los niños que recibieron lactancia materna mixta representada por el 43.5%. (Ver tabla N° 12).

19 niños de un total de 27 que recibieron lactancia materna mixta, presentaron en una oportunidad infecciones respiratorias bajas. (Ver tabla N° 13).

Tabla 1

Niños con infecciones respiratorias bajas según edad y el tipo de lactancia materna que reciben. Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril - Octubre 2008.

| Edad/ Meses | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % |
|--------------|---------------------------|------|-----------------|------|------------------------------|-----|-------|------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia materna | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | | |
| 1 – 4 | 5 | 10.9 | 7 | 15.2 | 2 | 4.3 | 14 | 30.4 |
| 5 – 8 | 4 | 8.7 | 7 | 15.2 | 0 | 0.0 | 11 | 23.9 |
| 9 – 12 | 2 | 4.3 | 7 | 15.2 | 0 | 0.0 | 9 | 19.5 |
| 13 – 16 | 2 | 4.3 | 2 | 4.3 | 1 | 2.2 | 5 | 10.8 |
| 18 – 20 | 2 | 4.3 | 2 | 4.3 | 0 | 0.0 | 4 | 8.6 |
| 21– 24 | 0 | 0.0 | 2 | 4.3 | 1 | 2.2 | 3 | 6.5 |
| Total | 15 | 32.6 | 27 | 58.7 | 4 | 8.7 | 46 | 100 |

Tabla 2

Niños con infecciones respiratorias bajas según el tipo y duración de la lactancia materna. Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril - Octubre 2008.

| Tipo de lactancia materna | Tiempo de duración | | | | | | Total | |
|---------------------------|--------------------|------|----------------------|------|------------------|------|-------|------|
| | Corto 0-3 meses | | Mediano 0-6 meses | | Largo 0-1 año | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % |
| Exclusiva | 7 | 16.7 | 4 | 9.5 | 4 | 9.5 | 15 | 35.7 |
| Mixta | 5 | 11.9 | 10 | 23.8 | 12 | 28.6 | 27 | 64.3 |
| Total | 12 | 28.6 | 14 | 33.3 | 16 | 38.1 | 42 | 100 |

Tabla 3

Niños con infecciones respiratorias bajas según las razones para complementar la lactancia materna. Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril - Octubre 2008.

| Razones | Números de niños | % |
|-------------------------------|-------------------------|------------|
| La rechazo | 6 | 22.2 |
| Quedaba con hambre | 17 | 63 |
| Estaba hospitalizado | 3 | 11.1 |
| La madre usaba anticonceptivo | 0 | 0.0 |
| La madre estaba embarazada | 0 | 0.0 |
| Por la dentición | 1 | 3.7 |
| Total | 27 | 100 |

Tabla 4

Niños con infecciones respiratorias bajas según factor de riesgo nutricional.
Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril -Octubre 2008.

| Tipo de lactancia materna | Factor de riesgo nutricional | | | | | | Total | |
|---------------------------|------------------------------|-----------|--------------|-----------|----------|----------|-------|-----------|
| | Bajo peso al nacer | | Desnutrición | | Obesidad | | n° | % |
| | n° | % | n° | % | n° | % | n° | % |
| Lactancia exclusiva | 12/15 | 26.1 | 3/15 | 6.52 | 0/15 | 0 | 15/15 | 32.6/32.6 |
| Lactancia Mixta | 6/27 | 13.04 | 6/27 | 13.04 | 3/27 | 6.52 | 15/27 | 32.6/58.7 |
| No reciben LM | 1/4 | 2.17 | 1/4 | 2.17 | 1/4 | 2.17 | 3/4 | 6.52/8.7 |
| Total | 19/46 | 41.31/100 | 10/46 | 21.73/100 | 4/46 | 8.69/100 | 33/46 | 71.73/100 |

Tabla 5

Niños con infecciones respiratorias bajas según la relación entre la edad de la madre y la complementación o abandono de la lactancia materna. Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril - Octubre 2008.

| Edad | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % |
|--------------|---------------------------|------|-----------------|------|------------------------------|-----|-------|------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia materna | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | | |
| 15-20 | 5 | 10.9 | 5 | 10.9 | 1 | 2.2 | 11 | 23.9 |
| 21-26 | 7 | 15.2 | 13 | 28.3 | 3 | 6.5 | 23 | 50.0 |
| 27-32 | 0 | 0.0 | 6 | 13.0 | 0 | 0.0 | 6 | 13.0 |
| 33-38 | 2 | 4.3 | 2 | 4.3 | 0 | 0.0 | 4 | 8.7 |
| 39-44 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 45-50 | 1 | 2.2 | 1 | 2.2 | 0 | 0.0 | 2 | 4.3 |
| Total | 15 | 32.6 | 27 | 58.7 | 4 | 8.7 | 46 | 100 |

Tabla 6

Niños con infecciones respiratorias bajas según la relación entre el estado civil de la madre y la complementación o el abandono de la lactancia materna.

Complejo hospitalario "Ruiz y Páez" Abril - Octubre 2008.

| Estado civil | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % |
|--------------|---------------------------|------|-----------------|------|------------------------------|-----|-------|------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia materna | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | | |
| Casada | 5 | 10.9 | 7 | 15.2 | 1 | 2.2 | 13 | 28.2 |
| Soltera | 3 | 6.5 | 17 | 36.9 | 2 | 4.3 | 22 | 47.8 |
| Concubina | 7 | 15.2 | 3 | 6.5 | 1 | 2.2 | 11 | 23.9 |
| Total | 15 | 32.6 | 27 | 58.6 | 4 | 8.7 | 46 | 100 |

Tabla 7

Niños con infecciones respiratorias bajas según la relación entre el nivel educativo de la madre y la complementación o abandono de la lactancia.

Complejo hospitalario "Ruiz y Páez" Abril - Octubre 2008.

| Nivel educativo | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % |
|------------------|---------------------------|------|-----------------|------|------------------------------|-----|-------|------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia materna | | | |
| | nº | % | nº | % | nº | % | | |
| Universitario | 2 | 4.3 | 2 | 4.3 | 0 | 0.0 | 4 | 8.7 |
| Técnico superior | 1 | 2.2 | 2 | 4.3 | 0 | 0.0 | 3 | 6.5 |
| Secundaria | 8 | 17.4 | 13 | 28.3 | 4 | 8.7 | 25 | 54.3 |
| Primaria | 4 | 8.7 | 9 | 19.6 | 0 | 0.0 | 13 | 28.3 |
| Analfabeta | 0 | 0.0 | 1 | 2.2 | 0 | 0.0 | 1 | 2.2 |
| Total | 15 | 32.6 | 27 | 58.7 | 4 | 8.7 | 46 | 100 |

Tabla 8

Niños con infecciones respiratorias bajas según la relación entre la complementación o abandono de la lactancia materna y la ocupación de la madre. Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril - Octubre 2008.

| Ocupación | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % |
|--------------|---------------------------|-------|-----------------|-------|------------------------------|-----|-------|------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia Materna | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | | |
| Ama de casa | 11 | 23.91 | 18 | 39.13 | 3 | 6.5 | 32 | 69.6 |
| Estudiante | 1 | 2.17 | 2 | 4.35 | 0 | 0.0 | 3 | 6.5 |
| Maestra | 1 | 2.17 | 2 | 4.35 | 0 | 0.0 | 3 | 6.5 |
| Obrera | 0 | 0.00 | 1 | 2.13 | 0 | 0.0 | 1 | 2.2 |
| Minera | 1 | 2.17 | 2 | 4.35 | 0 | 0.0 | 3 | 6.5 |
| Otros | 1 | 2.17 | 2 | 4.35 | 1 | 2.2 | 4 | 8.7 |
| Total | 15 | 32.6 | 27 | 58.7 | 4 | 8.7 | 46 | 100 |

Tabla 9

Niños con infecciones respiratorias bajas según la influencia de los ingresos familiares en la complementación o abandono de la lactancia materna.

Complejo hospitalario "Ruiz y Páez" Abril - Octubre 2008.

| Ingresos/Bs.F | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % |
|---------------|---------------------------|------|-----------------|------|------------------------------|-----|-------|------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia materna | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | | |
| 100- 200 | 1 | 2.2 | 7 | 15.2 | 0 | 0.0 | 8 | 17.4 |
| 200-300 | 1 | 2.2 | 5 | 10.9 | 0 | 0.0 | 6 | 13.0 |
| 300-400 | 2 | 4.3 | 0 | 0.0 | 1 | 2.2 | 3 | 6.5 |
| 400-500 | 3 | 6.5 | 3 | 6.5 | 1 | 2.2 | 7 | 15.2 |
| > 500 | 8 | 17.4 | 12 | 26.1 | 2 | 4.3 | 22 | 47.8 |
| Total | 15 | 32.6 | 27 | 58.7 | 4 | 8.7 | 46 | 100 |

Tabla 10

Niños con infecciones respiratorias bajas según el estrato socioeconómico y la complementación o abandono de la lactancia materna. Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril - Octubre 2008.

| Estrato | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % |
|--------------|---------------------------|------|-----------------|-------|------------------------------|-----|-------|------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia materna | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | | |
| I | 1 | 2.2 | 2 | 4.35 | 0 | 0.0 | 3 | 6.5 |
| II | 0 | 0.0 | 1 | 2.17 | 0 | 0.0 | 1 | 2.2 |
| III | 3 | 6.5 | 6 | 13.04 | 2 | 4.3 | 11 | 23.9 |
| IV | 11 | 23.9 | 12 | 26.08 | 2 | 4.3 | 25 | 54.3 |
| V | 0 | 0.0 | 6 | 13.04 | 0 | 0.0 | 6 | 13.0 |
| Total | 15 | 32.6 | 27 | 58.7 | 4 | 8.7 | 46 | 100 |

Tabla 11

Niños con infecciones respiratorias bajas según los antecedentes de infecciones respiratorias y el tipo de lactancia materna. Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril - Octubre 2008.

| Antecedentes | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % | p |
|----------------------------|---------------------------|------|-----------------|------|------------------------------|------|-------|------|-------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia materna | | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | | | |
| Bronquitis | 2 | 4.3 | 2 | 4.3 | 0 | 0.00 | 4 | 8.7 | >0.05 |
| Bronquiolitis | 3 | 6.5 | 5 | 10.9 | 2 | 4.35 | 10 | 21.7 | >0.05 |
| Neumonía de la comunidad | 9 | 19.6 | 19 | 41.3 | 2 | 4.35 | 30 | 65.2 | <0.05 |
| Neumonía intrahospitalaria | 1 | 2.2 | 1 | 2.2 | 0 | 0.00 | 2 | 4.3 | >0.05 |
| Total | 15 | 32.6 | 27 | 58.7 | 4 | 8.7 | 46 | 100 | - |

Tabla 12

Niños con infecciones respiratorias bajas según factor de riesgo ambiental y tipo de lactancia materna. Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril - Octubre 2008.

| Factor de riesgo ambiental | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % |
|-------------------------------|---------------------------|-----------|-----------------|-----------|------------------------------|---------|-------|----------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia materna | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | | |
| Exposición al humo | 7/15 | 15.2/32.6 | 20/27 | 43.5/58.7 | 0/4 | 0/8.7 | 27/46 | 58.7/100 |
| Contaminación domestica | 2/15 | 4.3/32.6 | 10/27 | 21.7/58.7 | 1/4 | 2.2/8.7 | 13/46 | 28.3/100 |
| Tabaquismo pasivo | 4/15 | 8.7/32.6 | 15/27 | 32.6/58.7 | 3/4 | 6.5/8.7 | 22/46 | 47.8/100 |
| Hacinamiento | 7/15 | 15.2/32.6 | 15/27 | 32.6/58.7 | 0/4 | 0/8.7 | 22/46 | 47.8/100 |
| Cambio ambiental | 9/15 | 19.6/32.6 | 14/27 | 30.4/58.7 | 4/4 | 8.7/8.7 | 27/46 | 58.7/100 |
| Contactos con personas con IR | 11/15 | 23.9/32.6 | 15/27 | 32.6/58.7 | 2/4 | 4.4/8.7 | 28/46 | 60.9/100 |

Tabla 13

Niños con infecciones respiratorias bajas según la relación del número de infecciones respiratorias en el último año y el tipo de lactancia materna.

Complejo hospitalario “Ruiz y Páez” Abril - Octubre 2008.

| Número de veces con IRB | Tipo de lactancia materna | | | | | | Total | % |
|-------------------------|---------------------------|-------|-----------------|------|------------------------------|-----|-------|------|
| | Lactancia exclusiva | | Lactancia mixta | | No reciben lactancia materna | | | |
| | n° | % | n° | % | n° | % | | |
| 1 | 11 | 23.91 | 19 | 41.3 | 2 | 4.3 | 32 | 69.9 |
| 2 | 1 | 2.2 | 4 | 8.7 | 1 | 2.2 | 6 | 13.0 |
| 3 | 1 | 2.2 | 3 | 6.5 | 1 | 2.2 | 5 | 10.9 |
| 4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| >6 | 2 | 4.3 | 1 | 2.2 | 0 | 0.0 | 3 | 6.5 |
| Total | 15 | 32.6 | 27 | 58.7 | 4 | 8.7 | 46 | 100 |

DISCUSIÓN

En este trabajo se evaluaron 46 niños con infecciones respiratorias bajas en edades comprendidas entre 1 mes a 2 años, que reciben o no lactancia materna exclusiva, en los meses de abril-octubre del año 2008; donde se evaluó la lactancia materna como factor protector ante infecciones respiratoria bajas.

El 10,9% de los niños entre 1-4 meses reciben lactancia materna exclusiva; el porcentaje es menor comparado con otros estudios. Carratalá realizó un estudio en España en 22.500 niños de 0-12 meses en el cual evidenció que el 28.5% recibe lactancia materna exclusiva durante los primeros 3 meses. (1) Herrera et. al., realizó un estudio en niños menores de 5 años donde observaron que el 67.7% de los niños sin IRA recibían lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 meses.

(20) Marcató en su estudio realizado en la Habana en niños de 1 año de edad, evidenció que el 60.6% recibieron lactancia materna exclusiva durante los 3 primeros meses. (29) Olivares et. al., en su estudio en niños menores de 8 meses, determinaron que el 17.5% de los niños en sus primeros 4 meses recibieron lactancia materna exclusiva. (17)

En cuanto al periodo de tiempo de la lactancia materna se obtuvo que el 16.9% recibe lactancia materna exclusiva durante los 3 primeros meses. Tomando en cuenta los estudios anteriormente mencionados podemos observar que los resultados de estos trabajos coinciden con estos resultados, aun cuando ellos toman un rango de edad mayor. (1, 17, 20, 29)

El 63% de las madres refiere como causa principal que el niño queda con hambre; porcentaje mayor al reportado en otros países. Navarro et. al., en su estudio realizado en México determinaron que de 265 madres encuestada, el 20.5% da como

razón para el destete, la producción insuficiente de leche. (30) En México en un estudio transversal realizado en 111 madres señaló que una de las principales causas dadas por la madre era el rechazo del niño representado por 4.5%. (31) Delgado et. al., realizó un estudio en México donde reportaron que una de las primeras causas para el destete es que el bebé no se llena (hipogalactia) representado por un 36.7%.

(32) En un estudio realizado en Paraná se señalaron que una de las causas que impiden la lactancia materna exclusiva es que el niño queda con hambre después de la lactancia. (29) Gutiérrez et. al., realizaron un estudio en Cuba donde reportaron que de 120 madres 10 (8.4%) realizaron destete precoz dando como primera causa la hipogalactia. (33)

El principal factor de riesgo nutricional es el bajo peso al nacer en los niños que reciben lactancia materna exclusiva representado por un 26.1% y en los niños que reciben lactancia materna mixta la desnutrición representada por el 13.04%. González et. al., en México reportaron que en 300 niños de 12 a 24 meses el 17.4% presentaban bajo peso al nacer. (34) Un estudio realizado en Ecuador en 347 niños menores de 5 años señaló que el 26.4% de los niños entre 12-24 meses que reciben lactancia materna exclusiva, presentaban bajo peso al nacer. (35) En la localidad Séptima de Bosa, Santa Fe de Bogotá, un estudio en 135 niños menores de 2 años, determinaron que el 68% con desnutrición recibían lactancia materna mixta.

(36) Un estudio prospectivo realizado en San Cristóbal señaló que de 100 niños encuestados el 21% presentaban desnutrición leve. (37)

A pesar que en los diferentes estudios la muestra es mayor y el principal factor es la desnutrición, los datos obtenidos en cada factor estudiado es similar al resultado en este trabajo y se correlaciona con el tipo de lactancia materna.

El 15.2% de las madres entre 21 y 26 años suministran lactancia materna exclusiva. Esto coincide con los resultados de Castañeda, Becerra y Veliz (32, 38, 39)

Castañeda en un trabajo realizado en 150 niños que reciben lactancia materna exclusiva, determinó que la edad de la madre estaba comprendida entre 20-30 años representado por un 53%. (38) Becerra et. al., en un estudio realizado en México reportaron que 56 de 75 madres suministran lactancia materna exclusiva y se encuentran en edades comprendidas entre 18-34 años. (32) Veliz et. al., en su estudio realizado en 103 niños determinaron que el 59.2% de las madres entre 20-29 años suministran lactancia materna exclusiva. (39)

De acuerdo al tipo de lactancia materna y el estado civil de la madre en este trabajo se determinó que el 15.2% de las madres concubinas suministran lactancia materna exclusiva. Esto difiere de los estudios de Delgado y Luna. (32, 40, 41) Delgado et. al., en un estudio en Colombia determinaron que las madres casadas suministran lactancia materna exclusiva en 38.1%. (40) En un estudio realizado en México se observó que 63 madres casadas proporcionan lactancia materna exclusiva. (32) De Luna observó que las madres solteras proporcionan lactancia materna exclusiva en un 41%. (41)

En este trabajo se determinó que el 17.4% de madres con nivel educativo hasta secundaria suministra lactancia materna exclusiva. Esto coincide con los resultados de Navarro, Gómez y un estudio en Monterrey. (28, 30, 42) En un estudio realizado en Monterrey en 113 niños, determinaron que las 34,51% de las madres con nivel educativo hasta secundaria, suministran lactancia materna exclusiva. (28) Navarro, et. al., en su estudio transversal comparativo observó que de 153 madres; el 27.4% suministra lactancia materna exclusiva y presentan un nivel educativo hasta secundaria. (30) Gómez realizó un estudio en 300 niños donde reportó que el 64.5% de las madres con nivel educativo hasta secundaria suministran lactancia materna exclusiva. (42)

El 23,91% de las amas de casa suministran lactancia materna exclusiva. Porcentaje menor al reportado en otros estudios (40, 43, 44) Delgado et. al., en un estudio en menores de 6 meses determinaron que el 36.7% de las madres que suministran lactancia materna exclusiva son amas de casa. (40) Puentes en un estudio realizado en Cuba en 185 niños determinó que el 44.8% de las madres amas de casa suministran lactancia materna exclusiva. (43) Gutiérrez et. al., en un estudio realizado en 120 madres, observaron que el 60,8% de las amas de casa suministra lactancia materna exclusiva. (44)

De acuerdo a la relación entre los ingresos familiares y lactancia materna se observó que el 17.4% de la madres con ingresos mayores a 500 Bs.F suministran lactancia materna exclusiva. No se encontraron estudios que relacionaran las variables en estudio, motivado a que no existen trabajos publicados realizados en Venezuela donde se tomen como variable los ingresos familiares en forma cuantitativa, sino de forma cualitativa, y no se encuentran relacionados con el tipo de lactancia materna.

En relación al estrato socioeconómico y lactancia materna se determinó que el 23.9% de los niños amamantados con LME se ubican en el estrato IV. Estos datos coinciden con los estudio de Dávila y Juez. (37, 45) Dávila et. al., en un estudio realizado en 200 niños se determinaron que el 83.7% de los pacientes que reciben lactancia materna exclusiva corresponden a un estrato socioeconómico IV. (37) Juez et. al., en un estudio realizado en 190 niños estableció que el 44,8% de los niños que reciben lactancia materna exclusiva se encuentran en el estrato socioeconómico IV. (45)

De 46 niños solo el 19.6% que recibe lactancia materna exclusiva presentan como antecedente de infección respiratoria neumonía de la comunidad; en comparación con los que reciben LMM (41.3%). Estos datos coinciden con los

estudio de Carratalá, Carvajal, Cruz, Díaz. (1, 26, 46, 48) Carratalá et. al., en un estudio realizado en España determinaron que solo 13 niños que reciben lactancia materna exclusiva presentan infecciones respiratorias en comparación con los que reciben LMM (28 niños). (1) Cruz et. al., en su estudio realizado en República Dominicana en 60 madres arrojó que solo el 17.5% de los niños que reciben lactancia materna exclusiva presentan neumonía en comparación con los que reciben LMM (82.5%). (46) Carvajal et. al., en un estudio realizado en México determino que el solo 39 niños que reciben lactancia materna exclusiva presentan infecciones respiratorias en comparación con los que no reciben (63 niños). (26)

Se determinó que el 23.9% de los niños que reciben lactancia materna exclusiva tienen como factor ambiental para sufrir de infecciones respiratorias el contacto con personas con dicha infección.

Con respecto a esta variable no se encontraron estudios comparativos, motivado a que en los diversos estudios realizados no se incluye el contacto con personas con infección respiratoria baja como variable.

Solo el 23.91% de los niños que reciben lactancia materna exclusiva presentan en una oportunidad infecciones respiratorias en comparación con los que reciben lactancia materna exclusiva (41.3%). Estos datos coinciden con el estudio de Olivares. (17) Olivares et. al., en un estudio realizado en Reino Unido determinaron que solo el 17.7% de los niños que reciben lactancia materna exclusiva presentaron en una oportunidad infección respiratoria en comparación con los que reciben LMM (34.2%) (17)

CONCLUSIÓN

- ❖ En este estudio se determinó que la lactancia materna exclusiva es un factor protector ante las infecciones respiratorias bajas.
- ❖ La lactancia materna exclusiva ocupa el segundo lugar entre el tipo de lactancia materna que suministran las madres de acuerdo a este estudio.
- ❖ El tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva implementado por las madres esta dentro de los parámetros establecidos por la OMS.
- ❖ El factor nutricional predominante en este estudio no se relaciona de manera directa con el tipo de lactancia materna exclusiva; se estima que la desnutrición tiene como principal causa la poca información por parte de las madres sobre la forma de amantar al niño.
- ❖ Se determinó que los niños que reciben lactancia materna exclusiva son hijos de madres con edades comprendidas entre 21 a 26 y nivel educativo hasta secundaria.
- ❖ Se evidencio que el estado civil de las madres influye de manera significativa en el tipo de lactancia materna a suministrar.
- ❖ De acuerdo a este estudio el proporcionar o no lactancia materna está relacionada directamente con la ocupación de la madre.

- ❖ Las madres que suministran lactancia materna exclusiva perciben ingresos familiares mayores a 500 Bs.F, y se encuentran ubicadas en el estrato económico IV clase obrera con pobreza relativa.
- ❖ La neumonía de la comunidad es la principal causa de infección respiratoria aguda baja. Predomina en los niños que reciben lactancia materna mixta. Se presenta en una sola oportunidad en los niños menores de 2 años que reciben lactancia materna exclusiva.
- ❖ El principal factor de riesgo ambiental que predispone a infecciones respiratorias bajas en niños lactados con leche materna exclusiva son los contactos con personas con dicha infección de acuerdo a este estudio.

RECOMENDACIONES

Promover la lactancia materna exclusiva a través de charlas participativas, esquemáticas, con lenguaje coloquial a las futuras madres.

Implementar un plan de control prenatal continuo, efectivo que se dirija a la evaluación y resolución del bajo peso al nacer en los niños de madres jóvenes y adolescentes.

Dictar charlas educativas en los planteles de educación secundaria población objeto (1°,3°,5° año) dirigida a la prevención del embarazo precoz y fomento de la lactancia materna, beneficios y forma de amamantar.

Promover y fomentar la lactancia materna exclusiva en las comunidades.

Crear programas de grupos familiar y educar a la familia sobre el manejo y prevención de infecciones respiratoria en los niños menores de 2 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carratalá, M., MC, Gascón, E., Raga, M. 2005. *¿Es la lactancia materna un factor de protección ante los procesos infecciosos? Estudio de casos y controles.* Atención Primaria [Serie en línea] **35(3)**:140-5. Disponible: <http://www.doyma.es>. [Noviembre, 2007]
2. Gonzalo, M. 2003. *Lactancia Materna.* SEMERGEN [Serie en línea] **29(3)**:117-8. Disponible: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_sumario?tipo=ANT&pidet=13002156&doc=IND - 21k. [Noviembre, 2007]
3. Fernández, J. 2007. *Lactancia Materna y Maduración Inmunológica.* [En línea]. Disponible: <http://www.sepeap.org/archivos/revisiones/gastro/lactanciamaterna.htm21k->. [Noviembre, 2007]
4. Macías, S., Rodríguez, S., Rorayme, P. 2006. *Leche materna: Composición y factores condicionantes de la lactancia.* Arch Argent Pediatr [Serie en línea] **104(5)**: 423-430. Disponible: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v104n5/v104n5a08.pdf> [Noviembre, 2007]
5. Betrán, A., De Onís, M., Lauer, J., Villar, J. 2001. *Lactancia Materna y la Mortalidad Infantil en América Latina.* Rev. Panam Salud Pública [Serie en línea] **10(2)**: 303-306. Disponible: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=script=arttext&pid=S10204_9892001000800008&lng=pt&nrm=is&.15k. [Noviembre, 2007]

6. Mota, F. 2002. *Diarrea Aguda e Infecciones Respiratorias*. [En línea]. Disponible: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-3/RFM45304.pdf>. [Noviembre, 2007]
7. Uauy, R., Castillo, C. 2002. *La alimentación en la infancia: lagunas actuales en los conocimientos para el diseño de dietas óptimas durante los dos primeros años de la vida*. Anales Nestlé. Nutrición en la infancia. Edit. NESTEC S.A. **60 (1)**. Vevey, Suiza. pp. 36-50.
8. Sierra, H., Schultz, M., Loaiza, C., Arguedas, A. 2004. *Otitis media: conceptos actuales*. Acta Méd. Costarric [Serie en línea] **46 (3)**. Disponible: <http://www.scielo.org.br>. [Marzo, 2008]
9. Dirección de Promoción y Educación. 2004. *Mitos y realidades de la Lactancia Materna*. IDECU. [En línea]. Disponible: <http://www.indecu.gov.ve/.../temas-de> [Marzo, 2008]
10. Stuebe A. 2007. *Lactancia y diabetes: beneficios y necesidades especiales*. [En línea]. Disponible: <http://www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/blactmat.pdf>. [Marzo, 2008]
11. Cavagnaro, F. 2005. *Infección urinaria en la infancia*. Rev. chil. infectol. [Serie en línea] **22(2)**:161-168. Disponible: <http://www.scielo.org.br>. [Marzo, 2008]
12. Lawrence, R., Pane, C. 2007. *Human Breast Milk: Current Concepts of Immunology and Infectious Diseases*. [En línea]. Disponible: <http://umanitoba.ca/facultaties/medicineunits/pediatrics/sections/neonatology/media/Breastmilk.pdf>. [Noviembre, 2007]

13. Aguilar, M., Maldonado, A. 2003. *La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP*. An Pediatr (Barc) [Serie en línea] **631(4)**: 340-56. Disponible: <http://www.doyma.es>. [Noviembre, 2007]
14. Díaz, N., Doménech, E. 2000. *Avances en lactancia materna*. Canarias Pediátrica, **24 (1)**:39-46. [En línea]. Disponible: <http://www.comtf.es/pediatria/Bol-2000-1/39-46.pdf>. [Noviembre, 2007]
15. Güemes, J. 2007. *La lactancia materna previene de enfermedades crónicas en la edad adulta y de infecciones y alergias*. [En línea]. Disponible: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142399505222&language=es&pageid=1191579451903&pagename=HospitalLaPaz%2FPage%2FHPAZ_listado [Marzo, 2008]
16. Pallás, A. 2006. *Promoción de la lactancia materna*. [En línea]. Disponible: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia_rec.pdf. [Marzo, 2008].
17. Olivares, M., Buñuel, J. 2007. *La lactancia materna reduce el riesgo de ingreso hospitalario por gastroenteritis e infección respiratoria de vías bajas en países desarrollados*. Evid Pediatr [Serie en línea] **3**: 68. Disponible: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_3/2007_vol3_numero3.7.htm. [Marzo, 2008].
18. Lawrence, M., Lawrence, A. 2004. *Breast milk and infection*. [En línea]. Disponible: <http://dynabizvenezuela.com/images/dynabizID3749/siteinfoBreast%20and%20infection.pdf>. [Noviembre, 2007]

19. Secretaria de Prevención y Control de Enfermedades. 2000. *Infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años de edad*. *Práctica Médica Efectiva*. **2(3)** [En línea]. Disponible: <http://bvs.insp.mx/articulos/1/17/v2n3.pdf>. [Noviembre, 2007]
20. Herrera, M., Durán, G., Landrian, L. 2000. *Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años*. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Serie en línea] **16(2)**: 160-164. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n2/mgi10200.pdf>. [Noviembre, 2007]
21. García, G., Schvarlzman, S., Pérez, M. 2006. *Factores de riesgos para la mala evolución en niños hospitalizados por infección respiratoria baja causada por virus sincitial respiratorio*. *Arch argent pediatr* [Serie en línea] **104(1)**: 23. Disponible: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2006/arch06_1/23.pdf. [Noviembre, 2007]
22. Cabrera Meza, G. 2002. *Las IRA en los lactantes menores de 2 meses*. *Prevención y Control sección IV*. [En línea]. Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/AD/CD/aiepi1-4-17.pdf>. [Noviembre, 2007]
23. Velásquez, J. 1995. *Infecciones respiratorias bajas*. *Pediatría Fundamental*. Edit. Disinlimed C.A. 3ª ed. Colombia, Cáp.31:209-215.
24. Fernández, A. 2006. *Neumonía adquirida en la comunidad*. *Bol. Pediatr* [Serie en línea] **46**:286-293. Disponible: <http://www.sccalp.org/boletin/46supl2.htm> [Noviembre, 2007]

25. Gorrita, R. 2004. *Impacto de la lactancia sobre la morbilidad en el primer año de vida*. [En línea]. Disponible: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol10_1_04/hab03104.htm-25k. [Marzo, 2008]
26. Coronel, C., Hernández, F., Martín, M. 2004. *Lactancia materna en el primer semestre y la salud de los niños en el primer año de vida*. Revista Mexicana de Pediatría. [Serie en línea] **71 (5)** Disponible: <http://www.medigrafic.com/español/e-htms/e-pediat/e-sp2004/e-sp04-5/em-sp045b.htm>. [Marzo, 2008]
27. Victora, C., MD., Ph.D. 2002. *Factores de riesgo en las IRA bajas*. Magnitud del Problema sección I. [En línea]. Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/aiepi-1-3.pdf>. [Noviembre, 2007]
28. González, I., Pileta, B. 2002. *Lactancia Materna*. Rev Cubana Enfermer [Serie en línea] **18(1)**. Disponible: <http://www.scielo.org.br>. [Marzo, 2008]
29. Marcato, C., 2002. *Evolución de la lactancia materna en el tiempo*. Federación argentina de medicina general. [En línea]. Disponible: <http://www.gaptalavera.sescam.jccm.es>. [Noviembre, 2008]
30. Navarro, M., et. al. 2003. *Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras*. Salud pública de México. [Serie en línea] **45(4)**. Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a06v45n4.pdf>. [Noviembre, 2008]
31. Merlos, A., et. al. 2002. *Causas del abandono de la lactancia materna*. Rev Fac Med UNAM. [Serie en línea] **45(2)**: 53-55. Disponible: <http://medigrafic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=21&IDPUBLICA>

CION=1114&NOMBRE=Revista%20de%20la%20Facultad%20de%20Medicina%20UNAM [Noviembre, 2008]

32. Delgado, A., et. al. 2006. *Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención*. [En línea]. Disponible: http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&idarticulo=5063&id_seccion=981&id. [Noviembre, 2008]
33. Gutiérrez, A., et. al. 2000. *Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna*. [En línea]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_1_01/enf07101.htm [Noviembre, 2008]
34. González, J., et. al. 2007. *Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria*. [En línea]. Disponible: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=46778&id_seccion=981&id_ejemplar=4739&id_revista=20 [Noviembre, 2008]
35. Buitrón, D., Hurtig, A., San Sebastián, M. 2004. *Estado nutricional en niños naporunas menores de cinco años en la Amazonía ecuatoriana*. Rev Panam Salud Pública. [Serie en línea] **15(3):** 151-9. Disponible: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892004000300003&script=sci_arttext. [Noviembre, 2008]
36. Caballero, A., et. al. 1999. *Impacto de la educación en lactancia materna sobre la cultura y la nutrición en la localidad séptima de bosa, Santafé de Bogotá*. [En línea]. Disponible: http://www.encolombia.com/acodin299_grafico9.htm. [Noviembre, 2008].

37. Dávila, N., Vera, D., Salinas, P. 1994. *Factores de riesgo en niños en observación del hospital central de San Cristóbal y medicina familiar*. Med-ULA. [Serie en línea] **3(3-4)**: 66-74. Disponible: http://www.ecotropicos.saber.ula.ve/cgi-win/be_alex.exe? [Noviembre, 2008].
38. Castañeda, C. 2008. *Lactancia materna y morbilidad*. [En línea]. Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/967/1/Lactancia-materna-y-morbilidad.html>. [Noviembre, 2008].
39. Veliz, J. 2007. *Relación entre la duración de la lactancia materna exclusiva y la edad materna, escolaridad, conocimientos y estado emocional en el policlínico “hermanos cruz”*. [En línea]. Disponible: <http://www.ciget.pinar.cu/No.%2020071/art%EDculos/lactancia%20materna1.pdf>. [Noviembre, 2008]
40. Delgado, M., et. al. 2000. *Lactancia en niños menores de 6 meses en el instituto de seguros sociales de Popayán, Colombia*. [En línea]. Disponible: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/pediatria35400lactancia.htm>. [Noviembre, 2008]
41. Luna, S. 2002. *Factores sociodemográficos relacionados con la práctica de alimentación al seno materno*. Rev Enferm IMSS. [Serie en línea] **10(1)**. Disponible: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/C1520B1E-DFC4-4EB9-830E-7850137A375F/0/1_1115.pdf. [Noviembre, 2008]
42. Gómez, D. 2004. *Influencia de los factores sociales en el desarrollo del niño durante el primer año de vida*. [En línea]. Disponible: http://www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Gomez_Diaz_L.pdf [Noviembre, 2008]

43. Puentes, I. 2004. *Lactancia materna problemas sociológicos*. [En línea]. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos34/lactanciamaterna/lactancia-materna> [Noviembre, 2008]
44. Gutiérrez, A., et. al. 2000. *Nivel de conocimiento sobre lactancia materna*. [En línea] Disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol117_1_01/enf07101.htm. [Noviembre, 2008]
45. Juez, G., et. al. 1984. *Lactancia materna exclusiva: Crecimiento del lactante en un grupo seleccionado de niños chilenos*. Revista chilena de pediatría. [Serie en línea] **55(3)**: 36-37. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41061984000300009&script=sci_arttext [Abril, 2009]
46. Cruz, A., et. al. 2001. *Beneficios de la lactancia materna en la prevención de enfermedades respiratorias en niños menores de un año*. Rev Med Dom. [Serie en línea] **62(1)**: 225-230. Disponible: <http://bvsdo.intec.edu.do:8080/revistas/rmd/2001/RMD-2001-62-01-036-037.pdf> [Abril, 2009].
47. Bravo, P., Perdomo, E. 2006. *Análisis de los factores de riesgo para las infecciones respiratorias agudas en niños*. [En línea] Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos49/mision-medica/mision-medica2.shtml>

APÉNDICE

CUESTIONARIO

DATOS DEL NIÑO

1. Sexo _____
2. Edad _____ meses _____ años
3. Peso _____ kg.
4. Talla _____ cm.
5. P/T _____, P/E _____, T/E _____
6. Alimentación Natural Si _____ No _____
7. Período de tiempo Corto (hasta los 3 mese) _____
Mediano (hasta los 6 meses) _____
Largo (hasta el año) _____
8. Alimentación Mixta Si _____ No _____
9. Edad a la que recibió la otra leche _____ meses _____ años

RAZONES PARA COMPLEMENTAR LA LACTANCIA

10. Por que el niño la rechaza _____
11. Por que el niño queda con hambre _____
12. Por que el niño estuvo hospitalizado _____
13. Porque la madre tomo pastillas anticonceptivas _____
14. Porque la madre está embarazada _____
15. Por la dentición del niño _____

FACTORES DE RIESGOS

15. Nutricionales:

- b) Peso al nacer _____ kg.
c) Privación de la lactancia materna Si _____ No _____

16. Socioculturales:

- a) Edad de la madre _____
b) Estado civil _____
c) Convivencia con el cónyuge Si _____ No _____
d) Nivel educacional _____
e) Ocupación: _____

f) Vivienda:

Quinta _____

Casa de platabanda _____

Casa con techo de zinc, piso de cemento, con servicio público _____

Casa con techo de zinc, piso de tierra, si servicios públicos _____

Casa de zinc o de barro _____

17. Socioeconómico:

a) Ingreso familiar al mes:

100-200Bs.F _____

200-300Bs.F _____

300-400Bs.F _____

400-500Bs.F _____

> 500Bs.F _____

18. Antecedentes de enfermedades respiratoria bajas:

- a) Bronquitis Si _____ No _____
b) Bronquiolitis Si _____ No _____
c) Neumonía de la Comunidad Si _____ No _____
d) Neumonía intrahospitalaria Si _____ No _____

19. Números de veces que a presentado enfermedades respiratorias bajas:

- a) En una oportunidad _____
- b) En dos oportunidades _____
- c) En tres oportunidades _____
- d) En cinco oportunidades _____
- e) En más oportunidades _____

FACTORES AMBIENTALES

- 20. Exposición al humo Si _____ No _____
- 21. Contaminación domestica(kerosén, gasoil) Si _____ No _____
- 22. Tabaquismo pasivo Si _____ No _____
- 23. Hacinamiento Si _____ No _____
- 24. Cambio ambiental (aire acondicionado) Si _____ No _____
- 25. Contactos con personas enfermas con IRAB Si _____ No _____

ANEXOS

Cuadro 223-01. Tasa de mortalidad diagnosticada en el Estado Bolívar, según principales causas, 2002 - 2005.

| Principales causas | Tasa de Mortalidad 1 / | | | |
|-------------------------------------------|------------------------|------|------|------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| Total | 4,02 | 4,48 | 4,09 | 3,94 |
| Enfermedad del Corazón | 0,51 | 0,65 | 1,01 | 0,58 |
| Cáncer | 0,52 | 0,60 | 0,61 | 0,54 |
| Ciertas Afecciones del Período Perinatal | 0,27 | 0,29 | 0,25 | 0,21 |
| Homicidio - Suicidio | 0,60 | 0,72 | 0,53 | 0,55 |
| Neumo - Bronco | 0,15 | 0,22 | 0,17 | 0,16 |
| Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) | 0,10 | 0,24 | 0,00 | 0,00 |
| Accidentes de Todo Tipo | 0,14 | 0,17 | 0,16 | 0,17 |
| Diabetes Mellitus | 0,23 | 0,22 | 0,25 | 0,23 |
| Accidentes Vehículo Motor | 0,23 | 0,19 | 0,20 | 0,18 |
| Enteritis y Otras Enfermedades Diarreicas | 0,07 | 0,15 | 0,08 | 0,08 |
| S.I.D.A. | 0,08 | 0,07 | 0,10 | 0,08 |
| Paludismo | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 |
| Tuberculosis | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |
| Muertes Maternas | 0,03 | 0,02 | 0,02 | 0,01 |
| Otras | 1,06 | 0,91 | 0,69 | 1,98 |

Fuente: Instituto de Salud Pública - Estado Bolívar (I.S.P.).

Procesamiento: Instituto Nacional de Estadística - Bolívar.

1 / : Tasas por 1000 Habitantes - calculadas con proyecciones de población base Censo 2001 a partir del año 2005
año 2005: 1.475.527 habitantes

MÉTODO DE GRAFFAR MÉNDEZ-CASTELLANO

NIVEL EDUCATIVO

1. Universitario
2. Técnico superior
3. Secundaria incompleta
4. Primaria o alfabeto
5. Analfabeta

INGRESO FAMILIAR

1. >500 Bs.F.
2. 400-500 Bs.F.
3. 300-400 Bs.F.
4. 200-300 Bs.F.
5. 100-200 Bs.F.

OCUPACIÓN

1. Universitario Alto comerciante con posiciones gerenciales. Oficiales de las FAN
2. Técnico o medianos comerciante o productores
3. Empleado sin profesión universitaria o técnica media. Pequeños comerciantes o productores propietarios
4. Obreros especializados (chóferes, albañiles, etc.)
5. Obreros no especializados (Buhoneros, jornaleros, etc.)

VIVIENDA

1. Quinta
2. Casa de platabanda
3. Casa con techo de zinc, piso de cemento, con servicio público
4. Casa con techo de zinc, piso de tierra, si servicios públicos
5. Casa de zinc o de barro.

Los resultados están representados por la sumatoria de la respuesta de cada uno de los ítems.

- ❖ Los resultados entre 4,5 y 6 corresponden al estrato I, clase alta
- ❖ Los resultados entre 7,8 y 9 corresponden al estrato II, clase media alta.
- ❖ Los resultados entre 10,11 y 12 corresponden al estrato III, clase media baja.
- ❖ Los resultados entre 13,14,15 y 16 corresponden al estrato IV, clase obrera con pobreza relativa
- ❖ Los resultados entre 17, 18,19 y 20 corresponden al estrato V, pobreza crítica o estructurada.

Resultado: _____ puntos, equivalente al estrato social: I () II () III () IV () V ()



ACTA

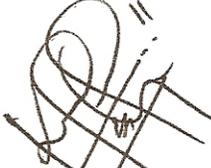
Los abajo firmantes, Profesores: ALFREDO YANLLI, RITA PÉREZ Y KARLA FRANCO, constituidos en Jurado para el examen del Trabajo de Grado **LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN NIÑOS** de la Bachiller: GONZÁLEZ SUÁREZ, CARMEN TERESA CI. 13.029.124, como requisito parcial para optar al Título de **MEDICO CIRUJANO** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar **APROBADO SOBRESALIENTE** dicho trabajo con la calificación de **DIEZ (10)** puntos.

En fe de lo cual firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los **10** días del mes de **Junio** de 2.009

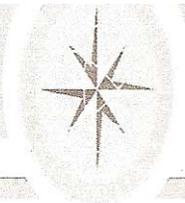

Dr. ALFREDO YANLLI
Presidente


Dra. RITA PÉREZ
Miembro Principal Asesor


Dra. KARLA FRANCO
Miembro Principal

Dra. MERCEDES QUIROGA
Coord. Comisión Trabajo de Grado

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS



ACTA

Los abajo firmantes, Profesores: ALFREDO YANLLI, RITA PÉREZ Y KARLA FRANCO, constituidos en Jurado para el examen del Trabajo de Grado **LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN NIÑOS** de la Bachiller: SANTANA CENTENO, DEISY MARIA, CI. 16.627.651, como requisito parcial para optar al Título de **MEDICO CIRUJANO** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar **APROBADO SOBRESALIENTE** dicho trabajo con la calificación de **DIEZ (10)** puntos.

En fe de lo cual firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los **10** días del mes de **Junio**, de 2.009


Dr. ALFREDO YANLLI
Presidente


Dra. RITA PÉREZ
Miembro Principal Asesor


Dra. KARLA FRANCO
Miembro Principal

Dra. MERCEDES QUIROGA
Coord. Comisión Trabajo de Grado

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

| | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÍTULO | Lactancia materna como factor protector en las infecciones respiratorias bajas en niños. |
| SUBTÍTULO | |

AUTOR (ES):

| APELLIDOS Y NOMBRES | CÓDIGO CULAC / E MAIL |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| GONZÁLEZ S. CARMEN T. | CVLAC: 13.029.124 E MAIL: ctandy5@hotmail.com |
| SANTANA C. DEISY M. | CVLAC: 16.627.651 E MAIL: deisymsc@hotmail.com |

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:LMEIRBFactores de riesgoFactores nutricionalesEstrato socioeconómico

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

| ÁREA | SUBÁREA |
|---------------------------------------------|-----------|
| DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA | |
| | PEDIATRÍA |
| | |

RESUMEN (ABSTRACT):

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, no experimental en el Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” durante el periodo Abril-Octubre del año 2008; representado por una muestra de 46 niños de 1 mes a 2 años de edad con infecciones respiratorias bajas (IRB), que reciben o no lactancia materna exclusiva (LME). El 32.6% de los niños reciben LME, donde el 10,9% la recibe hasta los 4 meses de edad durante un periodo prolongado. El principal factor nutricional es el bajo peso al nacer (26.1%). Las madres tienen de 21 a 26 años, concubinas, con secundaria aprobada, amas de casas, con ingreso mayor a los 500 Bs.F, ubicadas en el estrato socioeconómico IV según Graffar. El principal antecedente de IRB es la neumonía de la comunidad por el contacto con personas con IRB. En este estudio la LME es un factor importante de protección ante IRB. La IR de los niños en estudio se relaciona con la profesión de las madres y el factor ambiental. Se recomienda realizar promoción de la lactancia materna exclusiva en las comunidades, realizar prevención y manejo de las personas con IRB cercana a la población infantil.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

| APELLIDOS Y NOMBRES | ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL | | | | |
|----------------------|-----------------------------|---------------------------|------|----|------|
| | ROL | CA | AS X | TU | JU X |
| PERÉZ C. RITA J. | CVLAC: | 9.821.267 | | | |
| | E_MAIL | rita98_perez@hotmail.com | | | |
| | E_MAIL | | | | |
| | | | | | |
| FRANCO G. KARLA D. | CVLAC: | 10.567.744 | | | |
| | E_MAIL | karlafrancog@hotmail.com | | | |
| | E_MAIL | | | | |
| | | | | | |
| YANLLI M. ALFREDO A. | CVLAC: | 4.717.838 | | | |
| | E_MAIL | alfredoyanlli@hotmail.com | | | |
| | E_MAIL | | | | |
| | | | | | |

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

| | | |
|------------|------------|------------|
| 2009 | 06 | 10 |
| AÑO | MES | DÍA |

LENGUAJE. Spa

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**ARCHIVO (S):**

| NOMBRE DE ARCHIVO | TIPO MIME |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| TESIS. Lactancia materna como factor protector en las infecciones respiratorias bajas en niños. | .doc |

ALCANCE**ESPACIAL:** Pediatría Hospital Ruiz y Páez**TEMPORAL:** 5 años**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**Médico Cirujano**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**Pre-grado**ÁREA DE ESTUDIO:**Pediatría**INSTITUCIÓN:**Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**DERECHOS**

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado “Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario”

Gonzales Carmen
AUTOR

Diery Santana
AUTOR

AUTOR

[Signature]
TUTOR

[Signature]
JURADO

[Signature]
JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS