UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Factores determinantes de la sustitución de la lactancia materna por la lactancia artificial, y su influencia en el estado de salud y nutricional del lactante

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Jimbo Torres, Miguel Ángel

DIRECTORA: Peláez Abad, María Astrid, Mgtr.

LOJA- ECUADOR

2019

Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es

2019

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DELTRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

María Astrid Peláez Abad.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración

El presente trabajo de titulación **"Factores determinantes de la sustitución de la lactancia materna por la lactancia artificial, y su influencia en el estado de salud y nutricional del lactante"**, realizado por Miguel Ángel Jimbo Torres ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Septiembre de 2019

f) …….

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

"Yo Miguel Ángel Jimbo Torres declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: "Factores determinantes de la sustitución de la lactancia materna por la lactancia artificial, y su influencia en el estado de salud y nutricional del lactante", de la Titulación de Enfermería, siendo la Magister María Astrid Peláez director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: **"Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"**

f.……
Autor: Miguel Ángel Jimbo Torres.
Cédula. 1105053720

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación y toda mi carrera universitaria primeramente a Dios por ayudarme a levantar de mis fracasos por aprender de ellos y ser quien me da la fuerza para seguir adelante rompiendo barreras y superando obstáculos y darme el valor para encarar las adversidades de la vida y de esta manera poder cumplir con una de mis metas.

Con mucho amor y cariño a mi madre Julia y a mi padre Roque, por haberme guiado por el camino del bien y enseñarme que la responsabilidad es la puerta al éxito, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, por inculcarme que la unión familiar es el mejor apoyo en contra de las adversidades de la vida.

A mis hermanos por brindarme su amistad, apoyo incondicional y compartir conmigo sus anhelos y consejos que me han motivado a ser una mejor persona y un mejor amigo.

Miguel Ángel Jimbo Torres

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por sus bendiciones por la oportunidad de vivir esta gran experiencia estudiantil y permitir realizarme como profesional.

Agradezco a mis padres y a mi familia por apoyarme en cada una de mis decisiones por corregir mis faltas y celebrar mis triunfos, por demostrarme su amor y cariño en cada etapa de mi vida.

A las autoridades de la Universidad técnica particular de Loja, a la titulación de Enfermería por abrirme las puertas para la superación personal, a cada uno de los docentes por brindarme sus conocimientos que me permitirán enfrentar las adversidades de mi vida profesional, un agradecimiento especial a la Mgtr María Astrid Peláez por ser guía en mis dudas y dificultades durante el desarrollo de mi trabajo de investigación.

A las autoridades del Hospital General Isidro Ayora y especialmente a los profesionales de enfermería del área de pediatría y a las madres de los niños hospitalizados que estuvieron dispuestos a colaborar en la realización de este estudio de investigación ya que sin su apertura no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

Miguel Ángel Jimbo Torres

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DELTRABAJO DE TITULACIÓN ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS iii
DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO v
INDICE DE CONTENIDOS vi
RESUMEN 1
ABSTRACT 2
INTRODUCCIÓN 3
CAPÍTULO I 5
1.1 Lactancia materna 6
1.1.1 Anatomía de la glándula mamaria 6
1.1.3 Composición de la leche materna 7
1.1.4 Ventajas de la lactancia materna 9
1.1.5 Alimentación del lactante 10
1.1.6 Abandono de la lactancia materna 11
1.2 Lactancia artificial 11
1.2.1 Riesgos y errores de la lactancia artificial 11
1.2.2 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. 11
1.3 Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna 12
1.3.1 Factores sociodemográficos. 12
1.3.2 Factores culturales. 12
1.3.3 Afecciones infantiles. 13
1.3.4 Afecciones de la madre 13
1.3.5 Alteraciones de la mama durante la lactancia. 13
1.3.6 Comercialización y publicidad de sucedáneos de lactancia materna 14
1.3.7 Drogas. 14
1.4 Nutrición del lactante 14
1.4.1 Graficas para valorar el estado nutricional del niño. 16
1.5 Enfermedades prevalentes en lactantes 20
1.5.1 Diarrea 20

1.5.2 Estreñimiento..... 20
1.5.3 Dolor abdominal 20
1.5.4 Infecciones respiratorias. 21
1.5.5 Alergias. 21
1.5.6 Desnutrición..... 21
1.5.7 Sobrepeso 22
CAPÍTULO II..... 23
2.1 Objetivos..... 24
2.1.1 Objetivo general 24
2.1.2 Objetivos específicos. 24
2.2 Metodología 24
2.2.1 Tipo de estudio 24
2.2.2 Universo. 24
2.2.3 Muestra. 24
2.2.4 Métodos e instrumentos de recolección de datos. 25
2.2.5 Plan de tabulación y análisis. 26
CAPÍTULO III..... 27
3.1 Resultados **28**
CAPITULO IV 39
4.1 Discusión 40
CONCLUSIONES 43
RECOMENDACIONES..... 44
BIBLIOGRAFIA..... 45
ANEXOS..... 47

RESUMEN

Lactancia materna es la manera natural de proporcionar un aporte nutricional, inmunológico y emocional al niño, es por eso que se debe analizar los factores que provocan su abandono precoz, en el presente estudio se identificó los factores determinantes de la sustitución de lactancia materna por lactancia artificial y su influencia en el estado de salud y nutricional del lactante, para esto se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con muestra de 178 madres de lactantes menores de 24 meses, y se les aplicó una encuesta semiestructurada, obteniéndose los siguientes resultados entre los principales factores de riesgo para que se dé el abandono de la lactancia materna se identificó a las madres jóvenes, madres solteras, madres con instrucción superior, madres trabajadoras, la desinformación acerca de lactancia, enfermedades de la mama, entre las principales consecuencias en la salud del niño fueron: diarrea, infecciones respiratorias, alergias. Llegando a la siguiente conclusión: El fortalecimiento de los programas de información acerca de lactancia, el apoyo de profesionales de salud son factores sumamente importantes en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva y predominante.

Palabras clave: Lactancia materna, lactancia artificial, factores, consecuencias, nutrición, salud infantil.

ABSTRACT

The breastfeeding is the best way to attribute a nutritional immunological and emotional contribution to the child, for this reason is important to analyze the factors which provoke child's abandon immediately. In this research the aim was to identify the determinate factors of the substitution of breastfeeding for artificial lactation and its influence in health and nutritional of the infant. Therefore, a descriptive study was developed with a cross section where 178 mothers participated with their infants whom accomplished the inclusion. The semi-structured survey was applied focused on the main risk factors that take place the abandon of the breastfeeding which are identify as young mothers, single mothers, mothers with higher education, working mothers, disinformation about breastfeeding, breast diseases, as well as, the principle consequences of the heath's child is: diarrhea, respiratory infections, allergies. As a consequence, the strengthening in the promotion programs about breastfeeding and the main factor to maintain the breastfeeding exclusive and predominate is the support of health professionals.

Key words: Breastfeeding, artificial lactation, factors, consequences, nutrition, child health.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la alimentación del lactante con leche humana, la cual es considerada como un alimento ideal e insustituible ya que su composición está adaptada a las necesidades nutricionales de desarrollo y de crecimiento del lactante (Bueno, Sarria, & Perez, 2007). Por ende, cuando se produce el abandono parcial o total de la lactancia materna, se priva al niño de los múltiples beneficios que contiene la leche materna además de causar perjuicio en la salud del niño de forma permanente. Por lo cual es indispensable identificar los factores que causan la sustitución temprana de la lactancia materna y esto se debe realizar de acuerdo a la zona territorial en la cual residen las familias.

Según (Victora et al., 2016) en su artículo mencionan que el aumento de la lactancia materna a un nivel casi universal podría prevenir 823,000 muertes anuales en niños menores de 5 años y 20,000 muertes anuales por cáncer de mama además menciona que existen pruebas abrumadoras de que la lactancia materna protege contra las dos principales causas de muerte a nivel mundial en menores de 5 años: la neumonía y la diarrea. Por lo que es importante trabajar en la identificación de los principales factores para que se dé la sustitución de la lactancia materna por la lactancia artificial.

La presente investigación se estructuro en cuatro capítulos. El primer capítulo corresponde al marco teórico, que permite dar la fundamentación científica y bibliográfica sobre lactancia materna, alimentación del lactante, lactancia artificial y sus riesgos, consecuencias del abandono de la lactancia materna, y un enfoque a la nutrición y enfermedades prevalentes del lactante. El segundo capítulo se refiere a la metodología empleada para la realización del trabajo de investigación y cuyo objetivo era la recolección de datos adecuados para fundamentar el estudio. En el capítulo tres se da a conocer los resultados obtenidos a través del instrumento de investigación en este caso la encuesta, cuya finalidad principal era conocer los factores de la sustitución de la lactancia materna, valorar el estado nutricional y el estado de salud del niño. Finalmente, en el último capítulo se discuten los primcipales resultados obtenidos y se da a conocer las conclusiones a las que se ha llegado.

Lográndose identificar los factores que conllevan al abandono precoz de la lactancia materna, los mismos que coinciden con los manifestados en la literatura los principales factores que se encontraron entre las madres de familia encuestadas fueron los factores sociodemográficos, la paridad de la madre, el trabajo, enfermedades de la glándula mamaria los mismos que de manera proporcional influyen en la decisión de continuar o suspender la lactancia materna, se analizó el grado de influencia que tiene la práctica de la lactancia materna, el estado nutricional del niño y las enfermedades que afectan con mayor frecuencia al lactante encontrando así

que a medida que se introduce la leche artificial se altera el estado nutricional del lactante y que el abandono de la lactancia materna afecta la barrera inmunológica del niño lo que provoca la presencia de enfermedades como lo son infecciones intestinales y respiratorias.

Para la realización del presente trabajo investigativo se contó con la respectiva autorización y apertura de las autoridades del Hospital Isidro Ayora quienes aceptaron el tema propuesto, además el apoyo del personal de enfermería que permitió aplicar de manera oportuna las encuestas, las madres permitieron dialogar acerca de la lactancia materna y así conocer sus dudas y conocimiento acerca del tema. En cuanto a los inconvenientes presentados estos fueron mínimos y fueron solucionados de manera adecuada.

La presente investigación es de tipo descriptivo de corte transversal y se realizó en el área de pediatría del Hospital general Isidro Ayora con la participación de 178 madres de lactantes menores a 24 meses a las que se les aplico una encuesta semiestructurada la misma que busco identificar los principales factores para que se abandone la lactancia materna además de evaluar el estado nutricional del niño y la determinación de las enfermedades más frecuentes en los mismos, la toma de estos datos se realizó en el periodo de enero a marzo del 2018.

La presente investigación se considera de suma importancia porque la sustitución de la lactancia materna por la lactancia artificial influye directamente en el estado de salud del lactante lo que provoca un incremento de las tazas de morbi-mortalidad infantil, aumentando así los gastos en salud. Por lo que se debe trabajar en la difusión y educación permanente sobre lactancia materna y tener como objetivo principal el mantenimiento de la lactancia de forma exclusiva y predominante.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Lactancia materna

La lactancia materna es el proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los seis meses de edad para los niños, y acompañado de otros alimentos hasta los dos años, puesto que cubre los requerimientos calóricos en estas edades. La lactancia materna establece sólidos lazos afectivos entre la madre y su hijo o hija, protege al niño niña contra enfermedades infecciosas como diarreas, cólicos, gripes y favorece su desarrollo biológico y mental. La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

1.1.1 Anatomía de la glándula mamaria.

En el tejido conjuntivo de la mama encontramos unos ligamentos suspensorios (de cooper) que mantienen las estructuras anclándolas al pectoral subyacente. Debemos tomar en cuenta que el control del desarrollo mamario depende de estrógenos y progesterona. El cuerpo de la mama incluye el parénquima y el estroma (Pavón et al., 2013, p. 375).

- **El parénquima:** Cada glándula mamaria está formada por lóbulos separados por tejido conjuntivo. Cada lóbulo está formado por lobulillos y estos a su vez por alveolos (formados por células secretoras) a modo de racimos de uvas. Los lobulillos se unen formando un conducto galactóforo, estos conductos al llegar al pezón se dilatan formando los senos galactóforos, desembocando cada uno de ellos en el pezón por unos diminutos orificios (Pavón et al., 2013, p. 376).

  Los conductos de leche cambian su diámetro dependiendo del momento de eyección láctea en que sean detectados, este varía entre 0,5 y 5 mm. El 65% del tejido glandular se halla concentrado en un radio de 30mm tomado desde la base del pezón, lo cual explica la importancia de la mayor apertura bucal del niño a la hora de prenderse al pecho (Díaz, Gómez, & Ramírez, 2016, p. 292).

- **El estroma**: incluye tejido adiposo conectivo, tejido graso, vasos, nervios y linfáticos. La porción glandular está rodeada por tejido adiposo, que otorga a la mama su contorno suave y redondo (Lorenzo et al., 2015, p. 42).
- **El pezón:** está rodeado por la areola. Que es un área pigmentada y en cuyo borde se observa los tuberculos de Morgagni, en los que se abren glándulas sebáceas que

liberan una sustancia bactericida que protege la areola, esta secreción podría guiar la respuesta olfatoria del recién nacido (Lorenzo et al., 2015, p. 43).

1.1.2 Etapas fisiológicas de la lactancia

Mamogénesis: es el proceso que se inicia en la pubertad y continúa durante la gestación. El desarrollo de la glándula mamaria se inicia a las 6-8 semanas de gestación: el seno incrementa de talla y volumen y tiene cambios vasculares; los pezones se agrandan y se pigmentan (Díaz et al., 2016, pp. 292–293).

Lactogénesis: es el proceso que da paso a la secreción de la leche. La prolactina es la hormona necesaria para la formación de la leche, segrega el lóbulo anterior de la hipófisis; durante el embarazo, las elevadas concentraciones de estrógenos y progesterona han inhibido su acción, es después de la expulsión de la de la placenta cuando puede iniciar su actividad lactogénica (Torrens & Martinez, 2012, p. 235).

Galactopoyesis: es el mantenimiento de la secreción láctea; para conseguirlo es necesario mantener unos niveles adecuados de prolactina y oxitocina. La succión es el estímulo más potente para la secreción de estas hormonas. La producción de la leche depende de la frecuencia, la intensidad y la duración de las tomas, especialmente en los primeros días después del parto (Torrens & Martinez, 2012, p. 236).

Eyección láctea: La secreción láctea se desencadena por acción de la prolactina, producida en el lóbulo anterior de la hipófisis, durante el embarazo su secreción es inhibida por las concentraciones elevadas de estrógenos y progesterona. Tras el parto hay un descenso rápido de las hormonas sexuales lúteas y placentarias, iniciándose la actividad lactogénica de la prolactina. Con la succión se produce la liberación de oxitocina en la hipófisis posterior que actúa sobre las células mioepiteliales que, al contraerse, producen la eyección de la leche. El éxito de la lactancia materna reside en el vaciado frecuente y completo de las mamas, así como la existencia de un reflejo de succión determinante de la eyección de la leche. El arco reflejo se inicia al estimular la aréola mamaria el lactante y se complementa con la participación adecuada de las vías nerviosas aferentes y eferentes del reflejo de collip (Bueno et al., 2007, pp. 144–145).

1.1.3 Composición de la leche materna.

El calostro es la leche especial que es secretada durante los primeros 2–3 días después del parto. Es producida en pequeña cantidad, aproximadamente 40–50 ml en el primer día, pero esta cantidad es la que normalmente el recién nacido necesita en ese momento. El calostro es rico en glóbulos blancos y anticuerpos, especialmente IgAs y contiene un mayor porcentaje

de proteínas, minerales y vitaminas liposolubles (A, E y K) en comparación con la leche madura. El calostro proporciona una importante protección inmunológica al lactante cuando éste se expone por primera vez a los microorganismos del ambiente, y el factor epidérmico de crecimiento ayuda a preparar la mucosa intestinal para recibir los nutrientes aportados por la leche. En este momento es importante que los lactantes reciban calostro y no otros alimentos (OMS, 2010).

Tabla N°1 Composición de la leche humana

Composición de la leche humana y de vaca				
		Leche madura	Calostro	Leche de vaca
Calorías		750 kcal/l	670 kcal/l	701 kcal/l
Minerales cationes (Na, K, Ca, Mg)		50 mEq/l	70 mEq/l	150 mEq/l
Minerales aniones (P, S, Cl)		30 mEq/l	40 mEq/l	110 mEq/l
Oligoelementos	Fe Cu Zn	3 mg/100ml 1,1 mg/100ml 30 mg/100ml	70 mg/100ml 40 mg/100ml	46 mg/100ml 10 mg/100ml
Proteínas (caseína, seroproteinas, lactoalbúmina, inmunoglobulina)		10,5 g/l	23 g/l	32 g/l
Aminoácidos (alanina, arginina, cistina, leucina, valina, etc.)		12,8 g/l	12 g/l	33g/l
Nitrógeno no proteico		325g/l	910 g/l	252 g/l
Lizosima (enzimas)		390g/l	460g/l	0,13 g/l
Hidratos de carbono (lactosa, inositol)		70g/l	57 g/l	47g/l
Grasas (colesterol y fosforo lípido)		45,5g/l	30 g/l	38g/l
vitaminas	A Carotenos Tocoferol Tiamina Riboflamina B6	0,61g/l 0,25 g/l 2,4g/l 0,142 g/l 0,373 g/l 0,18 g/l 1,83 g/l	1,61 g/l 1,37 g/l 14,8 g/l 0,019 g/l 0,302 g/l ---------- 0,75 g/l	0,27g/l 0,37 g/l 0,6 g/l 0,43 g/l 1,56 g/l 0,51 g/l 0,74 g/l

	Acido nicotínico B12 Biotina Ácido fólico Ácido pantoténico Ácido ascórbico	0,5 ug/l 2 ug/l 24-30 g/l 2,5 g/l 52 g/l	0,45 ug/l 0,5 ug/l 0,5 g/l 1,8 g/l 72 g/l	6,6 ug/l 22 ug/l 35-40 g/l 3,4 g/l 10g/l

Fuente: Libro "Fundamentos de nutrición normal"
Elaborado: M López, L Suarez.

Las necesidades de nutrientes durante el periodo de lactancia se determinan analizando la composición química de la leche materna y estimando la cantidad producida diariamente. Al compararla con la leche de vaca, la leche humana posee un menor contenido proteico y una mayor cantidad de lactosa. Las proteínas tienen una baja proporción de caseína y un alto nivel de inmunoglobulinas que son un factor de protección contra las enfermedades gastrointestinales. El contenido de ácidos grasos está relacionado con la alimentación materna. El contenido mineral de la leche humana es considerablemente menor al de la leche de vaca y está adaptado a la disminuida capacidad de filtración renal del lactante. Aunque la cantidad de hierro es mínima su biodisponibilidad es muy elevada (López & Suaréz, 2011, p. 348).

1.1.4 Ventajas de la lactancia materna.

Tabla N°2. Ventajas de la lactancia materna

Ventajas para el niño o niña los primeros dos años de vida	Ventajas para la madre
Favorece su desarrollo Contiene aminoácidos necesarios para el desarrollo del cerebro Protege contra infecciones y enfermedades Contiene elementos necesarios para la nutrición del niño Tiene todo el líquido necesario para calmar la sed. Vitaminas, como la A, B, C para que crezca saludable y esté bien protegido Fósforo y Calcio, para que tenga huesos sanos y fuertes Hierro, para mantener la energía Proteínas, para protegerlo contra las enfermedades y para que crezca grande e inteligente Grasas. Las grasas de la leche materna los protegerán, cuando sean mayores, de padecer enfermedades del corazón y de la circulación. Las grasas de la leche materna	La placenta sale con más facilidad y rápidamente La hemorragia es menor. Disminuye el riesgo de anemia La matriz recupera rápidamente su tamaño normal La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche Las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo si no les ha vuelto la regla y si el niño no recibe con frecuencia otra cosa

también favorecen la inteligencia de los niños y niñas Azúcares, para que tenga energía y para alimentar al cerebro	que la leche de la madre durante el día y la noche La lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija No debe preocuparse por las infecciones que producen los biberones y mamaderas mal lavados que pueden llevar al niño o niña a una emergencia médica No debe preocuparse por los gastos de leches, biberones, mamaderas y combustible.

Fuente: Libro. Tratado de nutrición "Nutrición humana en el estado de salud"
Elaborado: Gil, Ángel

1.1.5 Alimentación del lactante.

La alimentación del lactante se lleva a cabo por dos periodos, los cuales están determinados por el grado de madurez digestiva, renal y del sistema nervioso, así como las necesidades para el crecimiento. Dichos periodos son el de la lactancia exclusiva y el de transición hacia la alimentación del adulto o de alimentación complementaria (Gil, 2010, p. 214)**.**

1.1.5.1 Alimentación exclusiva

Lactancia materna exclusiva, significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades (OMS, 2015).

1.1.5.2 Alimentación complementaria

La alimentación complementaria se introduce al cumplir los seis meses de edad, y este proceso se inicia cuando la leche materna por sí sola ya no aporta el 100% de las necesidades nutricionales del niño o niña. La introducción oportuna contribuye a garantizar una transición adecuada de la alimentación líquida exclusiva, a base de leche materna, a una alimentación semisólida, proveniente de otros alimentos complementarios. Una alimentación complementaria apropiada considera también otras características como la consistencia, la cantidad y la frecuencia de alimentos ofrecidos al niño o niña, que cambian de acuerdo con la edad y su desarrollo neuromuscular. Además, se debe recomendar y no olvidar el principio de alimentación perceptiva, que se orienta a que la persona que cuida del menor le estimule a consumir todos los alimentos servidos y que debe estar encaminada a la formación de buenos hábitos alimentarios que contribuyan al proceso de aprendizaje y su desarrollo (Ministerio de la Salud Pública[MSP], 2012).

1.1.6 Abandono de la lactancia materna.

Es la suspensión temprana de la práctica de la lactancia materna, dicho abandono según la OMS se puede dar en dos momentos, si es durante el periodo de lactancia exclusiva que se mantiene durante los primeros seis meses se considera un abandono precoz perjudicando así de manera sustancial la salud del lactante, la suspensión de la leche materna después de los seis primeros meses hasta los dos años de vida también se considera un abandono de dicha práctica, puesto que está establecido que durante la alimentación complementaria debe mantenerse la lactancia materna para así cumplir con los requerimientos calóricos del niño (OMS, 2015). Así pues, dado que el abandono de la lactancia suele ser debido a una combinación de factores que actúan conjuntamente, lo más adecuado es que el estudio de sus causas incluya un abordaje amplio de todo el entorno del lactante y su familia.

1.2 Lactancia artificial

La leche artificial comercial para lactantes es elaborada a partir de leche de vaca o productos de soya industrialmente modificados. Durante el proceso de manufactura, las cantidades de nutrientes son ajustados para hacerlos más comparables a la leche materna. Sin embargo, las diferencias cualitativas en relación a la grasa y proteínas no pueden ser modificadas, por lo que la ausencia de factores anti-infecciosos y bioactivos se mantiene. La leche artificial comercial en polvo para lactantes no es un producto estéril y puede ser insegura. Los sucedáneos no pueden igualar las propiedades de la leche materna y solamente pueden ser prescritos en los pocos casos clínicos que justifiquen clínicamente su uso (OMS, 2010).

1.2.1 Riesgos y errores de la lactancia artificial.

La alimentación artificial con fórmulas infantiles conlleva diferentes riesgos o errores, los más comunes son:

- Abuso o empleo inadecuado o desproporcionado, por considerar erróneamente que pueden remplazar la lactancia materna ante cualquier dificultad para la misma.
- Creer equivocadamente que todas ellas son iguales.
- Reconstitución inadecuada con exceso o defecto de agua.
- Preparación, conservación o almacenamiento inadecuado y especialmente un déficit de higiene en su procesamiento tanto en domicilio como en instituciones hospitalarias y guarderías.
- Riesgos tóxicos por dioxinas y melamina, riesgo de raquitismo, riesgo de obesidad (Sierra, 2014, p. 45).

1.2.2 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.

La Organización Mundial de la Salud ante la preocupante declinación de la lactancia materna promulgó en 1981 un Código, que rige en todos sus estados miembros. El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna es un conjunto de recomendaciones para evitar la promoción no ética de sucedáneos de leche materna, y pretende apoyar a los gobiernos para que aseguren la protección y la promoción de la alimentación óptima para los infantes y los niños y niñas pequeños. El cumplimiento adecuado del Código evitaría la información imparcial sobre la alimentación infantil; guiando a la madre a decidir por una lactancia que beneficie, tanto a la madre, como para el infante (MSP, 2012).

1.3 Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna.

1.3.1 Factores sociodemográficos.

Demografía es una ciencia que tiene como finalidad el estudio de la población humana y que se ocupa de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales considerados desde el punto de vista cuantitativo.

La encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) en su estudio realizado en el periodo comprendido entre el 2011-2013 correlaciona varios aspectos demográficos de las madres en etapa de lactancia. Manifiesta que según los rangos de edad las madres más jóvenes de 12 a 14 años dan en menor proporción la lactancia exclusiva, además de los riesgos de la salud de los niños al no asegurarles una suficiente producción de leche. Por el nivel de instrucción de la madre la ENSANUT nos menciona que a medida que se incrementa el nivel de instrucción de las madres, la proporción de madres que amamantaron a sus hijos disminuye. Y refiere que, según el grupo étnico de las madres, las madres indígenas son las que tienen mayor predominio en la lactancia materna. Según esta encuesta al hablar de lactancia materna exclusiva y lactancia materna continua, el lugar de residencia de la madre es un factor que influye mucho para que se dé un abandono temprano de la lactancia, siendo así que en las madres que habitan el sector urbano tienen un mayor porcentaje en cuanto al abandono de la lactancia materna y un aumento notorio en cuanto a lactancia artificial (Instituto Nacional de Estadisticas y Censos [INEC], 2012).

1.3.2 Factores culturales.

El factor cultural juega un papel importante en el amamantamiento esto es porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven. Aun hoy en día la estética juega un papel importante en la decisión de brindar o no lactancia al seno materno, esto por la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual, por parte de los medios de comunicación. Muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos ya que tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de las mamas. También a muchas

les da vergüenza de amamantar en público, y otras consideran que es más elegante la alimentación con el biberón y que este es un símbolo de status social (Calvo, 2009).

1.3.3 Afecciones infantiles.

Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada son los lactantes con galactosemia clásica: la lactancia está contraindicada en los niños afectos de la galactosemia, enfermedad metabólica debida a un déficit en alguna de las enzimas que participan en el metabolismo de la galactosa. Los niños afectados deben recibir una dieta sin lactosa ni galactosa desde el nacimiento utilizando formulas infantiles (Torrens & Martinez, 2012, p. 248).

1.3.4 Afecciones de la madre.

Portadoras del VIH se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna y, por ese motivo, la infección materna por VIH constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados, en los que se dispone de fórmulas adecuadas para la lactancia artificial. La situación es distinta en los países en vías de desarrollo, donde la lactancia materna es crucial para la supervivencia del lactante, al no disponer de alternativas seguras. Por lo que la OMS recomienda no suspender la lactancia materna ya que sus beneficios son mayores que los riesgos de transmitir el virus (Ruiz, Barellas, & Gonzalez, 2008, p. 284).

1.3.5 Alteraciones de la mama durante la lactancia.

Mastitis: es una inflamación crónica o aguda de las mamas, que se inicia en el pecho, causando dolor, enrojecimiento, calor cefaleas, a veces fiebre y mal estado general, el principal agente infeccioso que lo produce es el estafilococo *aureus.* Las causas suelen ser por un incompleto vaciamiento de las mamas, así como grietas en el pezón. Se aconseja no suspender la lactancia materna y que la extracción debe ser de forma manual (Cordero, 2012, p. 41).

Obstrucción de los conductos: la obstrucción de los conductos galactóforos se produce por un vaciamiento incompleto de las mamas. Puedes afectar a una o ambas, cursa con un dolor localizado y la presencia de una línea radial enrojecida a lo largo del conducto obstruido. Por lo que se recomienda a la madre aumentar la frecuencia de amamantamiento (Cordero, 2012, p. 41).

Grietas del pezón: las grietas del pezón son hendiduras poco profundas y dolorosas que lesionan la epidermis y la mucosa. Pueden ser únicas o múltiples. Estas pueden ser causadas por la insuficiencia de enclavamiento o de posicionamiento (Cordero, 2012, p. 41).

Hipogalactia: la hipogalactia es la producción insuficiente de leche en las madres lactantes. Es un problema frecuente, que tiene lugar por un vaciamiento inadecuado, falta de succión o estrés materno (Cordero, 2012, p. 42).

1.3.6 Comercialización y publicidad de sucedáneos de lactancia materna.

Entre los motivos para que los infantes no reciban los numerosos beneficios de la leche materna se encuentra la marcada influencia de la comercialización y publicidad para uso de sucedáneos de leche materna: fórmulas lácteas, biberones y tetinas. Es por esto que el incumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (CICSLM) es uno de los problemas que afecta la práctica adecuada de lactancia y a su vez a la población (MSP, 2012).

1.3.7 Drogas.

Las madres adictas a drogas, heroína, cocaína, anfetaminas y marihuana no deben proporcionar leche materna a sus hijos tanto por la seguridad del niño como por los efectos sobre el lactante. La metadona, en cambio no comporta riego para el lactante, ya que pasa en cantidades mínimas a la leche materna; por otro lado, se ha comprobado que la lactancia materna tiene un efecto beneficioso en estos niños, en los que mejora la evolución del síndrome de la abstinencia neonatal y disminuye los días de hospitalización (Torrens & Martinez, 2012, p. 249).

1.4 Nutrición del lactante

La nutrición adecuada es aquella que satisface los requerimientos de energía al ingerir, en proporciones adecuadas, nutrientes como carbohidratos y grasas; la demanda de energía se relaciona con la actividad física y el gasto de energía de cada persona. Se sabe que las proteínas proporcionan las necesidades plásticas o estructurales; y las vitaminas y minerales los requerimientos de micronutrientes no energéticos. Se debe tomar en cuenta una serie de factores para satisfacer la necesidad nutrimental, como edad, peso, talla, crecimiento, es decir, las diferentes edades pediátricas y etapas de la vida, además del estado de salud nutricional (Kliegman, Staton, Geme, Schor, & Behrman, 2013, p. 119).

Los aportes nutricionales de los lactantes deberían proporcionar el mantenimiento del peso actual y sostener el crecimiento y el desarrollo normales. El periodo de crecimiento de la lactancia es rápido, esencial para el desarrollo cognitivo, y mantiene una mayor velocidad de metabolismo y necesidades nutricionales superiores con relación a su tamaño corporal. La nutrición y el crecimiento durante los primeros 3 años de vida predicen la estatura adulta y algunos resultados de salud por lo cual es importante identificar los déficits nutricionales de

forma precoz y tratarlos de forma intensiva en las primeras etapas de vida, porque pueden causar efectos duraderos sobre el crecimiento y desarrollo (Kliegman et al., 2013, p. 171).

La alimentación y nutrición adecuada durante la primera infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo óptimo del potencial humano completo de cada niño; este período comprende, principalmente desde el nacimiento hasta los dos años de edad en donde se considera como una etapa de tiempo crítica, para lograr un crecimiento y desarrollo óptimos. Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen un aumento de la morbi-mortalidad y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales generan un bajo rendimiento intelectual, capacidad de trabajo disminuida, alteraciones en la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Las prácticas deficientes e inadecuadas de lactancia materna y de alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las principales causas de desnutrición en los primeros dos años de vida (MSP, 2013).

La evaluación del crecimiento del niño brinda importante información sobre su estado nutricional y sobre su salud. Existen varias mediciones para evaluar el crecimiento, las que incluyen el peso para la edad, peso para la talla (o longitud en el caso del niño menor de 2 años) y talla para la edad.

Peso para la edad: El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño durante un día determinado. La serie de pesos puede decirle si el peso del niño se está incrementando en el curso del tiempo, de manera que es un indicador útil del crecimiento. Este indicador es empleado para evaluar si el niño tiene peso bajo o peso muy bajo, pero no es empleado para la clasificación del niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso puede ser medido con relativa facilidad, es un indicador comúnmente empleado, pero no es con- fiable en situaciones cuando la edad del niño no puede ser determinada con precisión. Tampoco permite distinguir entre desnutrición aguda y crónica y entre baja ingesta de energía o de nutrientes (OMS, 2010).

El peso para la longitud/talla: refleja el peso corporal en proporción con el crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones donde la edad del niño es desconocida. Las cartillas de peso para la talla permiten identificar niños con bajo peso para la talla o a aquellos que se encuentran emaciados o gravemente emaciados. Estas cartillas también ayudan a identificar a los niños con elevado peso para la longitud/talla, que pueden estar en riesgo de sobrepeso u obesidad (OMS, 2010).

La longitud/talla para la edad: refleja el crecimiento alcanzado por el niño, en longitud o talla a una edad determinada durante el momento de la visita. Este indicador puede ayudar a

identificar niños con talla baja, debido a una prolongada desnutrición o a repetidas enfermedades. También pueden ser identificados niños altos para su edad, pero la ‘altura’ es rara vez un problema, a no ser que sea excesiva y que pueda ser la manifestación de des-órdenes endócrinos poco comunes. La desnutrición aguda no afecta la talla (OMS, 2010).

1.4.1 Graficas para valorar el estado nutricional del niño.

Curvas de crecimiento de los niños y niñas menores de 5 años, Las gráficas de crecimiento infantil se utilizan para medir cómo evolucionan los lactantes y niños. Esta herramienta es fruto de un estudio conjunto que muestra si el peso, la talla y el perímetro craneal del niño son adecuados para su edad en comparación con la normalidad, es decir con la media de los niños de su misma edad.

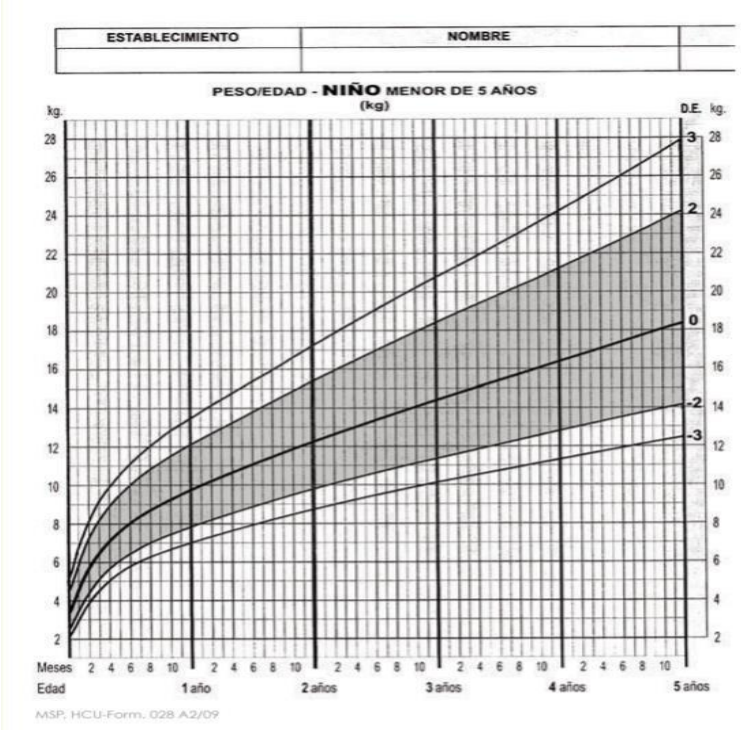


Figura 1. Curva de peso/edad - Niños menores de 5 años.
Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011
Elaborado: Organización Mundial de la Salud

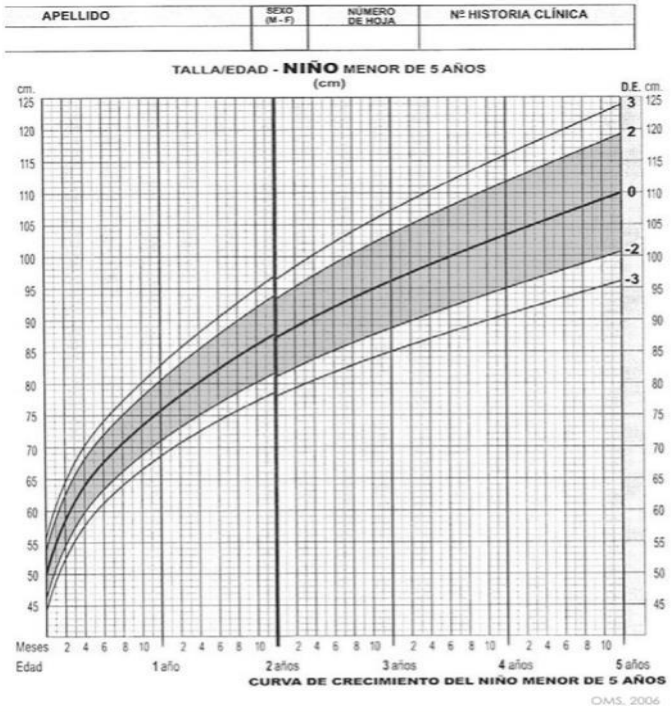


Figura 2. Curva de talla/edad - Niños menores de 5 años.
Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011
Elaborado: Organización Mundial de la Salud

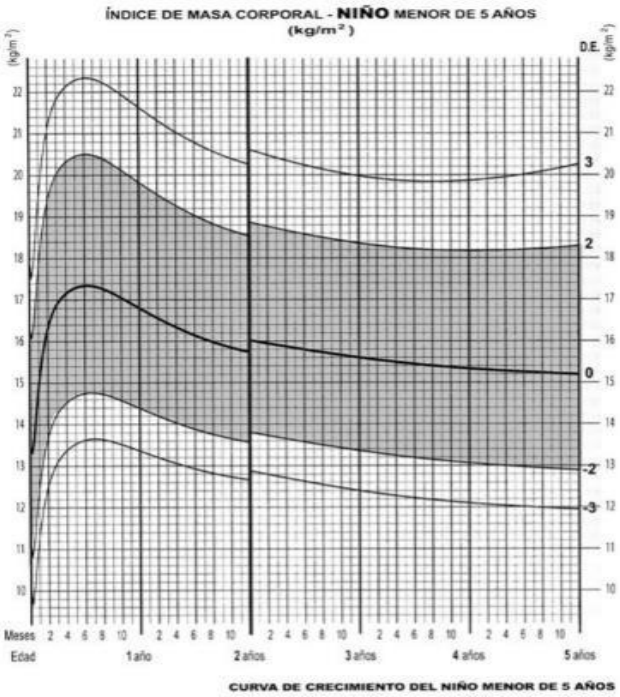


Figura 3. Curva de IMC/edad - Niños menores de 5 años.
Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011
Elaborado: Organización Mundial de la Salud

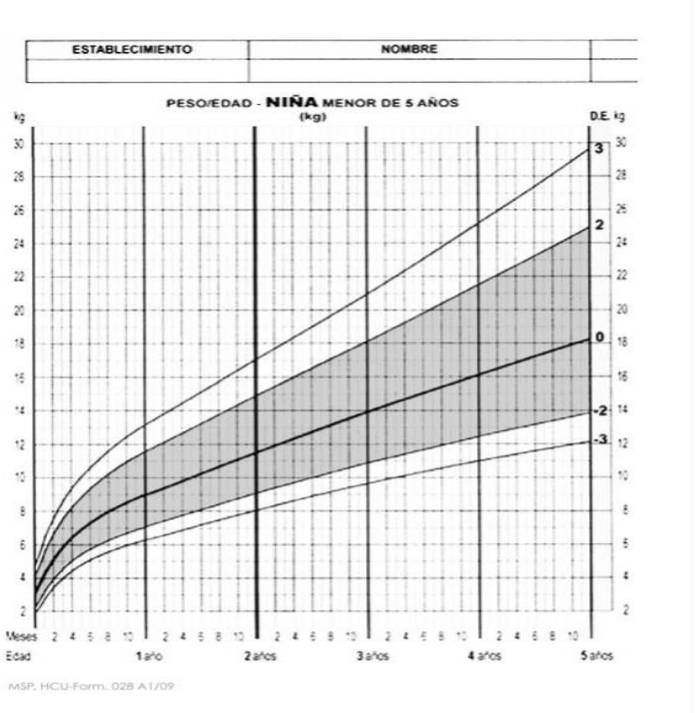


Figura 4. Curva de peso/edad – Niñas menores de 5 años
Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011
Elaborado: Organización Mundial de la Salud

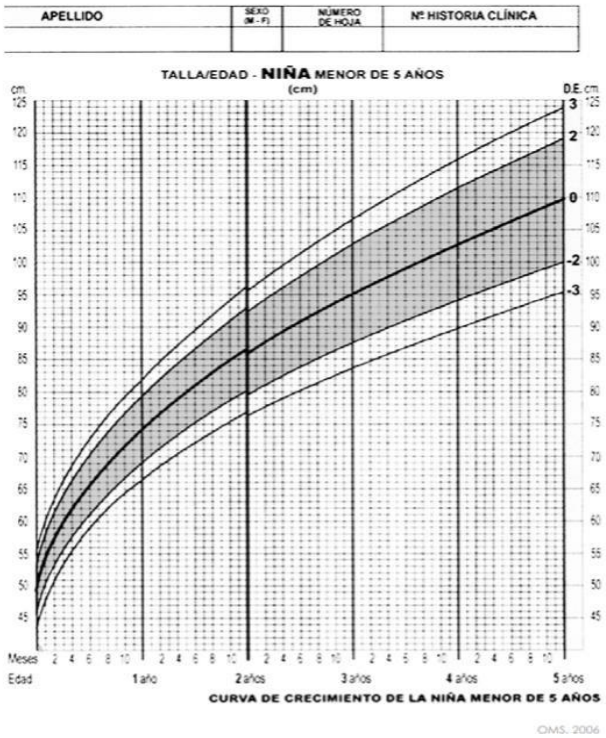


Figura 5. Curva de Talla/edad – Niñas menores de 5 años
Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011
Elaborado: Organización Mundial de la Salud

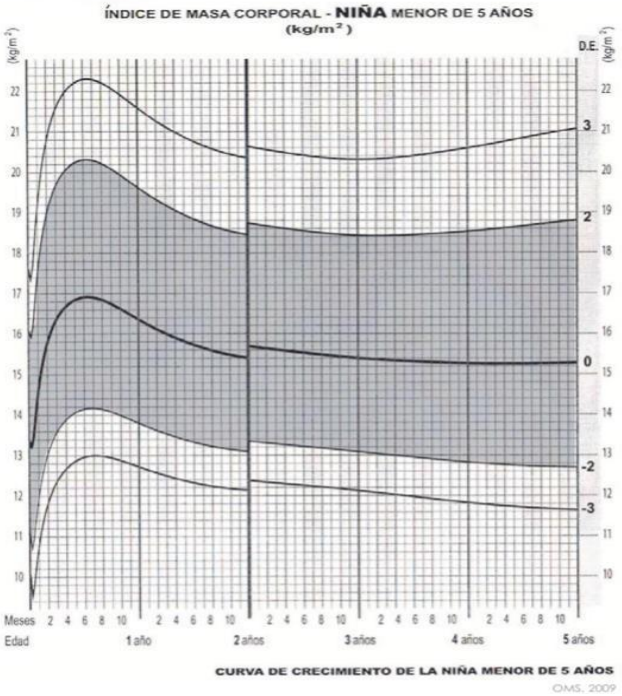


Figura 6. Curva de IMC/edad – Niñas menores de 5 años
Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011
Elaborado: Organización Mundial de la Salud

Niñas y niños menores de 5 años.

Tabla 3. Indicadores de crecimiento en niñas y niños menores de 5 años.

Indicadores de crecimiento			
Puntación Z	Longitud o talla para la edad	Po para la edad	IMC para la edad
Por encima de 3	(ver nota a)	(Ver nota b)	obesidad
Por encima de 2			sobrepeso
Por encima de 1			Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota c)
0 (mediana)			
Por debajo de -1			
Por debajo de -2	Baja talla (Ver nota d)	Bajo peso	Emaciado
Por debajo de -3	Baja talla severa (Ver nota d)	Bajo peso severo	Severamente emaciado

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2011
Elaborado: Organización Mundial de la Salud

a) Un niño o niña en este rango es muy alto para su edad. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que revele un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos

b) Un niño o niña cuyo P/E se ubica en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con el análisis del IMC/E.
c) Un punto marcado por encima de uno muestra posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación Z 2 muestra riesgo definitivo.
d) Un niño o niña con retardo en talla, baja talla o baja talla severa puede desarrollar sobrepeso (MSP, 2011).

1.5 Enfermedades prevalentes en lactantes

1.5.1 Diarrea.

La diarrea se define como el aumento en el número de las deposiciones y/o la disminución de la consistencia de las heces en relación con el patrón habitual de defecación del niño. El número es variable y únicamente orienta sobre la gravedad del cuadro. Todas las diarreas se deben a alteraciones en los desplazamientos del agua y sodio, bien por inhibición de la reabsorción del agua, debida a una lesión celular. La diarrea consiste en una excesiva perdida de agua y electrolitos por las heces, que puede ocasionar deshidratación y desnutrición en los niños, tanto más grave cuanto más intenso sea el proceso y menor sea la edad del niño (Ruiz et al., 2008, p. 452).

1.5.2 Estreñimiento.

El estreñimiento es la dificultad de realizar una evacuación espontánea, periódica y suficiente de parte o de todo el contenido del intestino grueso. El estreñimiento se manifiesta también con unas heces de aspecto duro, compacto, cilíndrico o fragmentado, de emisión dificultosa. La retención de la materia fecal durante periodos prolongados de tiempo pueden provocar un estiramiento de la pared rectal y el desarrollo de un megacolon, que provoca a su vez encopresis (Ruiz et al., 2008, p. 466).

1.5.3 Dolor abdominal.

El dolor es un mecanismo de defensa del organismo. Interviene cuando los tejidos son estimulados por diversas formas de energía dotadas de intensidad lo bastante elevada como para dañarlos. El dolor abdominal es uno de los síntomas más frecuentes en niños, aunque en ocasiones es difícil de evaluar. La percepción y tolerancia del dolor es distinta para cada niño, una serie de factores individuales y contextuales van a incidir en su respuesta (Ruiz et al., 2008, p. 476).

1.5.4 Infecciones respiratorias.

Las infecciones respiratorias son procedimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días, estas infecciones constituyen las enfermedades infecciosas más frecuentes del ser humano. Los niños pueden presentar entre seis y ocho infecciones respiratorias al año, muchas de las cuales, sobre todo las que ocurren en el periodo de lactante, afectan a las vías respiratorias inferiores. En los menores de dos años, estas infecciones suponen una de las causas más frecuentes de hospitalización, originando numerosas consultas médicas tanto a nivel de Atención Primaria como de los servicios de urgencias hospitalarios (Calvo, García, Casas, & Pérez, 2009).

1.5.5 Alergias.

Las alergias son una respuesta determinada del sistema inmunológico ante ciertas sustancias del entorno que regularmente son inofensivas dichas sustancias se denominan alérgenos. Las enfermedades alérgicas del niño y del adolescente constituyen un serio problema epidemiológico de salud, por su alta prevalencia, afectación de la calidad de vida del paciente y su familia, alto costo para la familia y el Estado y complejidad operacional de su manejo. Los procesos alérgicos que con mayor frecuencia afectan a la población infantil son: el asma, la rino-conjuntivitis y la dermatitis atópica (Rodríguez, 2005).

1.5.6 Desnutrición.

La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad. La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener retraso en el crecimiento, estar peligrosamente delgado o malnutrición por carencia de micronutrientes (El fondo de las Naciones Unidas para la infancia [UNICEF], 2013).

Entre los Factores que influyen en la desnutrición se encuentra principalmente la pobreza como la causa principal y consecuentemente se encuentra otras causas tan importantes como la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras; la falta de educación y de información sobre la buena o adecuada alimentación, el no consumo de suplementos vitamínicos o alimentos fortificados, y el costo de los alimentos. Según la UNICEF, uno de cada cuatro niños y niñas alrededor de 146 millones que representa el 27% de la población de menores de cinco años, tienen peso inferior al normal. Para los niños y niñas cuya situación alimentaria es deficiente, enfermedades comunes de la infancia como la diarrea y las infecciones respiratorias pueden ser fatales.(UNICEF, 2013)

1.5.7 Sobrepeso.

El sobrepeso y la obesidad está definida como una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud, Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente, hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil (OMS, 2017).

CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general.

Identificar los factores determinantes de la sustitución de lactancia materna por lactancia artificial, y su influencia en el estado de salud y nutricional de los lactantes atendidos en el área de pediatría del Hospital General Isidro Ayora en el periodo comprendido de enero a marzo del 2018.

2.1.2 Objetivos específicos.

- Analizar cuáles son los factores determinantes más comunes del abandono y sustitución de la lactancia materna.
- Determinar enfermedades más frecuentes y el estado nutricional en los niños en los dos primeros años de vida y establecer su relación con el tipo de lactancia recibida.
- Identificar si existe relación entre el abandono precoz de la lactancia materna y las enfermedades presentes en los niños y niñas hospitalizados.

2.2 Metodología

2.2.1 Tipo de estudio.

La presente investigación es de tipo descriptivo, porque presenta los hechos o fenómenos tal cual se presentan y de corte transversal porque se hace un corte en el tiempo para realizar el estudio. Se realizó en el área de pediatría del Hospital Isidro Ayora de enero a marzo del 2018 y se dio cumplimiento a los objetivos establecidos y a la pregunta de investigación planteada.

2.2.2 Universo.

El universo lo conformaron todas las madres con hijos menores de 24 meses que se encontraban hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General Isidro Ayora.

2.2.3 Muestra.

Incluyo a las 178 madres con hijos menores de 24 meses que se encontraban hospitalizados en el área de pediatría que aceptaron ser partes del estudio y que firmaron el consentimiento informado durante el periodo de enero a marzo del 2018.

Criterios de inclusión: Para llevar a cabo el trabajo investigativo se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión.

- Madres de lactantes menores de 24 meses
- Lactantes menores de 24 meses hospitalizados en el área de pediatría

Criterios de exclusión: Para llevar a cabo el trabajo investigativo se tomó en cuenta los siguientes criterios de exclusión.

- Madres que no dieron su consentimiento para ser parte del estudio
- Madres de escolares, mujeres con alteraciones cognoscitivas que le impidan contestar la encuesta propuesta.
- Niños mayores a 2 años

2.2.4 Métodos e instrumentos de recolección de datos.

2.2.4.1 Métodos.

El método que se utilizó para la recolección de datos se baso en una encuesta semiestructurada.

2.2.4.2 Instrumentos.

La recolección de datos se realizó a través de una encuesta que constara de 15 preguntas cerradas y abiertas, y que fue aplicada a las madres que acompañaban a sus hijos los cuales se encontraban hospitalizados en el área de pediatría.

2.2.4.3 Procedimiento.

Para llevar a cabo el desarrollo del proyecto de investigación, se requirió de la revisión científica y bibliográfica sobre el tema presente lo que incluye libros, revistas, artículos y posteriormente se inicia con la redacción y realización del proyecto a través de la recolección de datos.

- Se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades del Hospital general Isidro Ayora para acceder a la recolección de datos.
- Para cumplir con los objetivos propuestos se elaboro una encuesta que consta de 15 preguntas las mismas que son abiertas y cerradas.
- Se inició la recolección de la información requerida para el proyecto, aplicando de forma directa la encuesta diseñada a las madres de familia de los niños hospitalizados en pediatría.
- El cálculo del IMC se tomó de la historia clínica del niño.
- Una vez que se recolecta la información se procede a la tabulación y análisis correspondiente.

2.2.5 Plan de tabulación y análisis.

La tabulación y análisis de los datos recolectados se realizó, con el programa informático Excel 2013. Y se representan los datos obtenidos a través de tablas y gráficos lo que facilita la comprensión de la información obtenida.

CAPÍTULO III
RESULTADOS

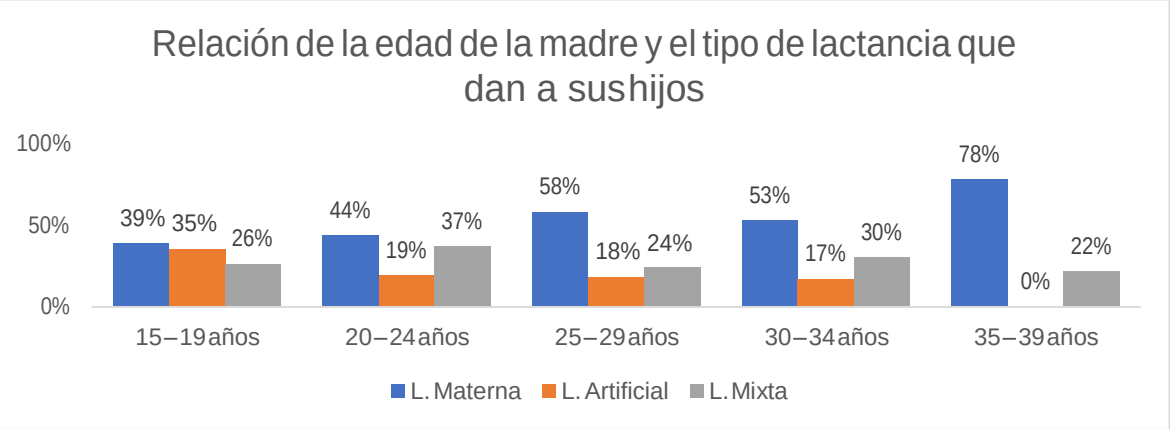
3.1 Resultados

El presente estudio se realizó con una muestra de 178 mujeres en periodo de lactancia y sus hijos hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General Isidro Ayora en el periodo comprendido de enero a marzo del 2018. A continuación, se realiza el análisis de los principales resultados obtenidos.

Tabla N° 1. Edad de las mujeres en relación con el tipo de lactancia que dan a sus hijos

Edad	Lactancia materna		Lactancia artificial		Lactancia Mixta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
15 – 19 años	19	39	17	35	13	26	**49**	**28**
20 – 24 años	25	44	11	19	21	37	**57**	**32**
25 – 29 años	23	58	7	18	10	24	**40**	**23**
30 – 34 años	12	53	4	17	7	30	**23**	**12**
35 – 39 años	7	78	0	0	2	22	**9**	**5**
Total	86	48	39	22	53	30	**178**	**100**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.



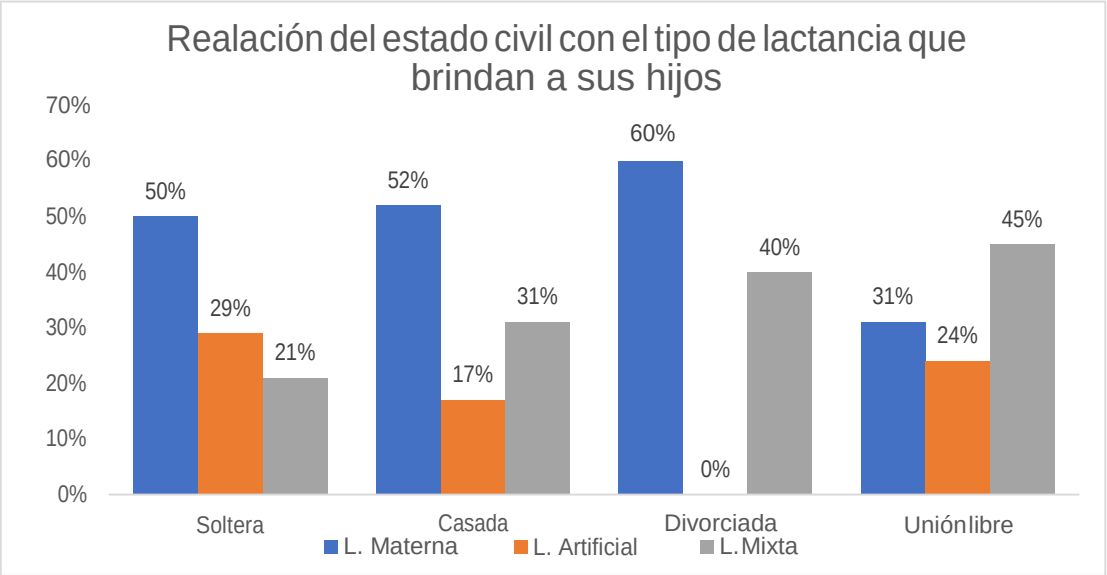
Grafica N°1. Relación de la edad de la madre y el tipo de lactancia que dan a sus hijos
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: de las 178 madres encuestadas, el 28% son adolescentes mayores entre las cuales se observa que la introducción de la lactancia artificial es alta puesto que cuenta con un 35%. Estos resultados se dan debido a que las madres jóvenes tienen menos conocimientos acerca de la maternidad y esto en conjunto con el temor de ser madres primerizas, las madres entre 35 y 39 años representan el 5% entre las cuales predomina la lactancia materna y esto se relaciona con el grado de madurez cognitiva y por su experiencia con la maternidad.

Tabla N° 2. Estado civil de las madres y el tipo de lactancia que dan a sus hijos

Estado Civil	Lactancia materna		Lactancia artificial		Lactancia Mixta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Unión libre	9	31	7	24	13	45	**29**	**16**
Divorciada	3	60	0	0	2	40	**5**	**3**
Soltera	31	50	18	29	13	21	**62**	**35**
Casada	43	52	14	17	25	31	**82**	**46**
Total	86	48	39	22	53	30	**178**	**100**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.



Grafica N°2. Relación del estado civil con el tipo de lactancia que brindan a sus hijos
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

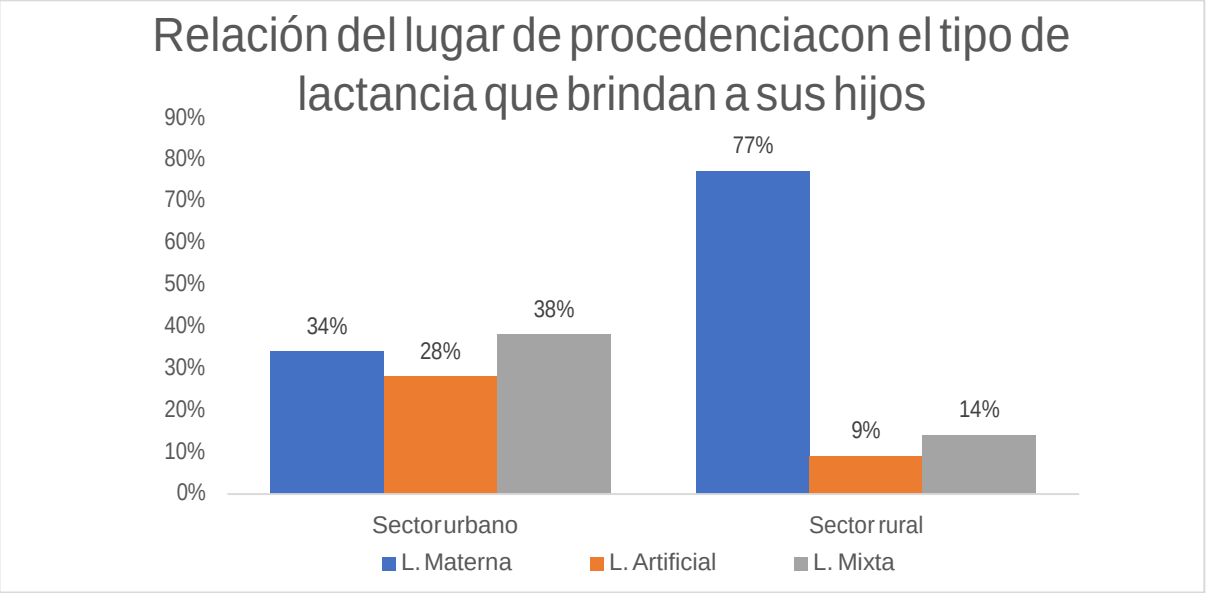
.

Análisis: del total de las 178 madres encuestadas, 35% son madres solteras en las cuales predomina con un 50% la alimentación con lactancia materna, pero se observa que la introducción de la lactancia artificial cuenta con un 29%, el 46% son casadas donde se puede evidenciar que la alimentación de su hijo se está basando en la lactancia materna con un 52% y que el porcentaje de lactancia artificial es menos en comparación con las madres solteras. Estos resultados se relacionan con el apoyo familiar directo que recibe de forma económica y emocional las madres que son casadas, mientras que las madres solteras muchas veces no tienen el apoyo económico suficiente y tienen que buscar alternativas de trabajo para sustentar su familia.

Tabla N° 3. Lugar de procedencia de las madres y la relación con el tipo de lactancia que brindan a sus hijos.

Procedencia	Lactancia materna		Lactancia artificial		Lactancia Mixta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
S. rural	45	77	5	9	8	14	58	33
S. urbano	41	34	34	28	45	38	120	67
Total	**86**	**48**	**39**	**22**	**53**	**30**	**178**	**100**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.



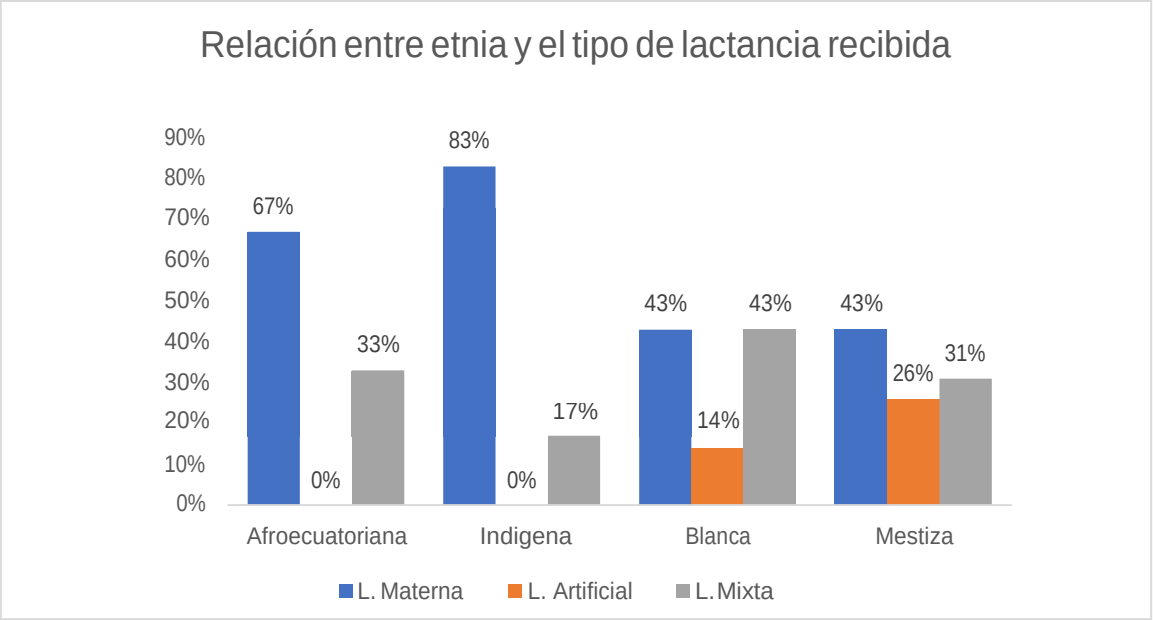
Grafica N°3. Relación del estado civil con el tipo de lactancia que brindan a sus hijos
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: de las 178 madres encuestadas, 33% pertenecen al sector rural donde claramente se observa que la alimentación del lactante con un mayor porcentaje 77% se basa en la lactancia materna, 67% pertenecen al sector urbano en el cual se observa que la alimentación del lactante se basa con un porcentaje significativo de 38% en la lactancia mixta. Estos resultados se dan por la marcada influencia en la comercialización de los sucedáneos de la lactancia materna en el sector urbano además que en el sector rural aún se mantiene la práctica materna debido a varios aspectos de tradición y cultura.

Tabla N° 4. Grupo étnico de las madres

Etnia	Lactancia materna		Lactancia artificial		Lactancia Mixta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Mestiza	62	43%	38	26%	45	31%	145	81%
Blanca	3	43%	1	14%	3	43%	7	4%
Indígena	19	83%	0	0%	4	17%	23	13%
Afroecuatoriana	2	67%	0	0%	1	33%	3	2%
Total	**86**	**48%**	**39**	**22%**	**53**	**30%**	**178**	**100%**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.



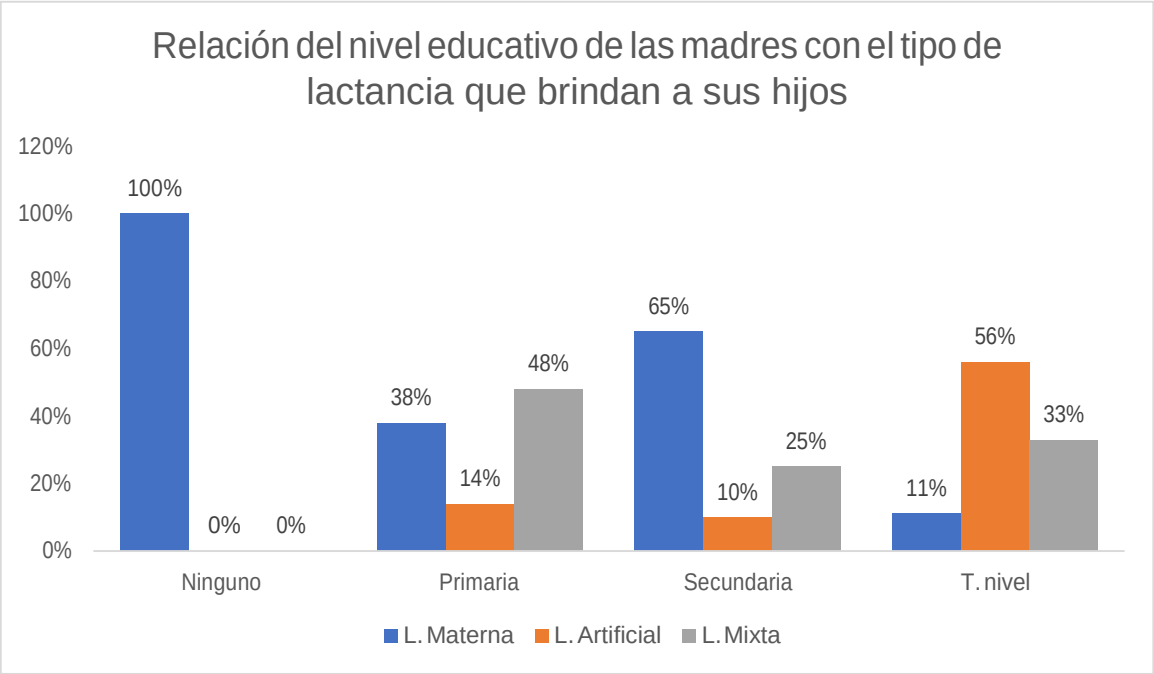
Grafica N°4. Relación entre el grupo étnico de la madre y el tipo de lactancia q da a su hijo.
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: del total de las 178 madres encuestadas, 81% son mestizas en las cuales se observa que no hay un abandono total de la lactancia materna pero que sin embargo se denota con un 26% el auge de la lactancia artificial, el 13% son madres indígenas en este grupo predomina notoriamente la lactancia materna con 83%. Se puede observar que son las madres indígenas las que practican la lactancia materna directa de forma predominante puesto que esto es parte de su cultura, tradición y creencias además que parte de la población indígena provienen del sector rural.

Tabla N° 5. Nivel educativo de la madre y su relación con el tipo de lactancia que brindan a su hijo

Educación	Lactancia materna		Lactancia artificial		Lactancia Mixta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ninguno	2	100%	0	0%	0	0%	2	1%
Primaria	8	38%	3	14%	10	48%	21	12%
Secundaría	71	65%	11	10%	28	25%	110	62%
T. Nivel	5	11%	25	56%	15	33%	45	25%
Total	**86**	**48%**	**39**	**22%**	**53**	**30%**	**178**	**100%**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.



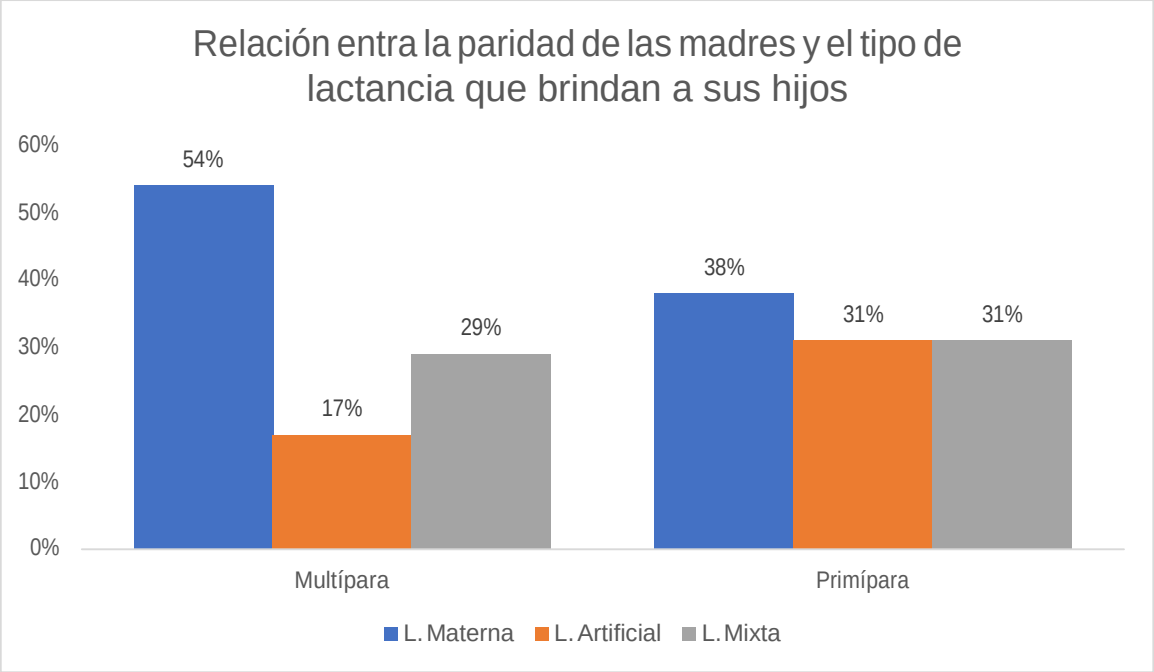
Grafica N°5. Relación del nivel educativo de las madres con el tipo de lactancia
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: de las 178 madres encuestadas, 1% no tienen ningún grado de estudio estas madres en un 100 % dan lactancia materna a su hijo, el 25% son madres con nivel de instrucción de tercer nivel entre las cuales predomina la lactancia artificial con un 56%. Estos resultados permiten manifestar que las madres con nivel educativo superior abandonan de manera precoz la práctica de lactancia materna debido a que sus estudios y trabajo ocupan mayor parte de su tiempo además de que se añade un factor que es mantener su estética personal.

Tabla N° 6. Paridad de las madres y su relación con el tipo de lactancia que brindan a sus hijos

Paridad	Lactancia materna		Lactancia artificial		Lactancia Mixta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Multípara	62	54	19	17	33	29	114	64
Primípara	24	38	20	31	20	31	64	36
Total	**86**	**48**	**39**	**22**	**53**	**30**	**178**	**100**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.



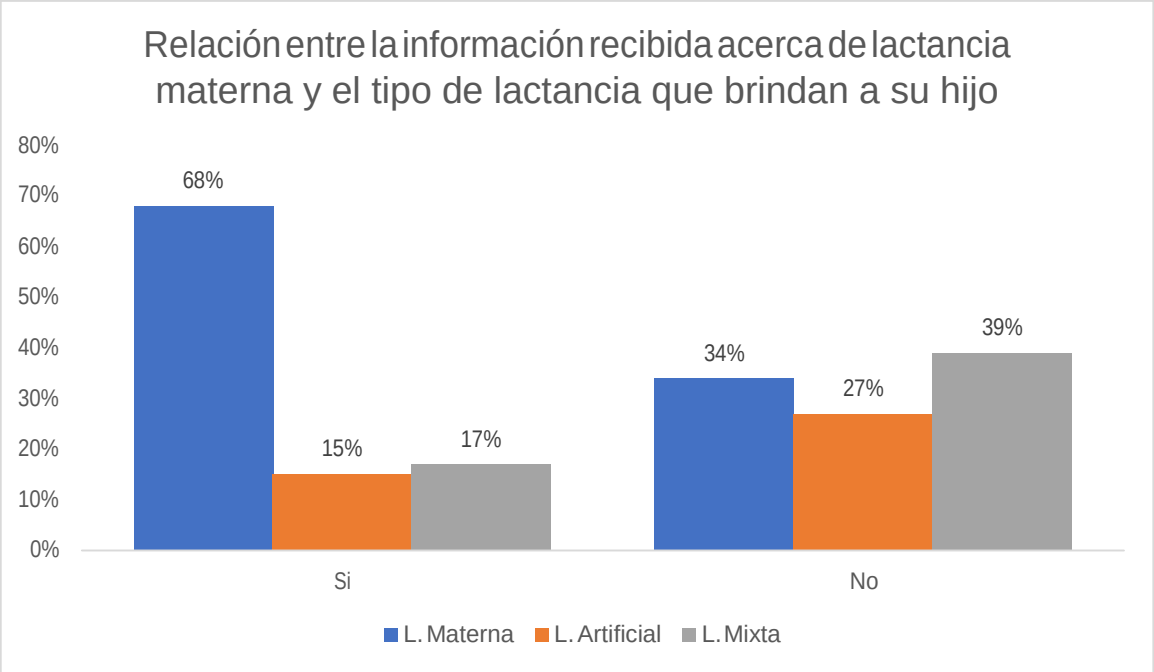
Grafica N°6. Paridad de las madres y su relación con el tipo de lactancia que dan a su hijo
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: del total de las 178 madres, 64% son madres multíparas entre las cuales se evidencia que la alimentación que dan a sus hijos se basa en la lactancia materna con un 54% y en menor proporción con lactancia artificial con un 17%. Este resultado permite observar que la experiencia de las madres multíparas permite que la práctica de la lactancia materna se mantenga de forma predominante, de las demás madres encuestadas 36% son primíparas en las cuales se evidencia que basan la alimentación de su hijo en un mayor porcentaje 31% en lactancia artificial y de igual manera en lactancia con 31% en lactancia mixta esto es debido a la poca información acerca de la lactancia materna y sus beneficios además de que recién está iniciando una nueva etapa en la vida que es ser madre que conlleva mucha responsabilidad.

Tabla N° 7. Información recibida acerca de lactancia materna y el tipo de lactancia que brindan a sus hijos.

Recibió información	Lactancia materna		Lactancia artificial		Lactancia Mixta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Si	50	68	11	15	13	17	74	42
No	36	34	28	27	40	39	104	58
Total	**86**	**48**	**39**	**22**	**53**	**30**	**178**	**100**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres



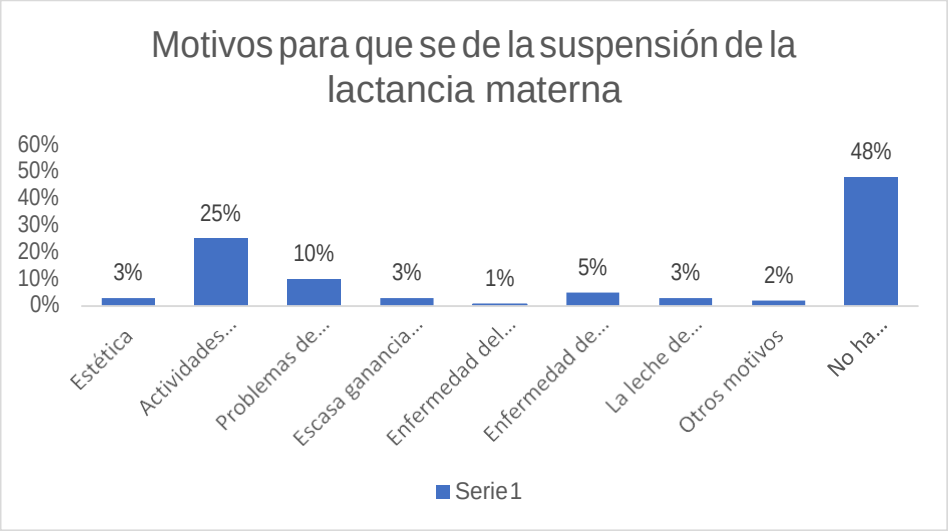
Grafica N°7. Información recibida de lactancia materna y el tipo de lactancia que dan a su hijo
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: del total de las 178 madres encuestadas, el 42% mencionaron que si han recibido información acerca de la lactancia materna de las cuales el 68% basan la alimentación de su hijo en la lactancia materna y el 15% de ellas dan lactancia artificial a su hijo, 58% manifestaron que no han recibido información alguna sobre lactancia materna y sus beneficios de las cuales el 27% basan la alimentación de su hijo en lactancia artificial y en un 39% en la lactancia mixta. Según los resultados obtenidos se denota que la educación recibida acerca de lactancia materna permite que la práctica de la lactancia materna se fortalezca y prevalezca, además que la desinformación de las madres está relacionada con la mínima difusión que se hace de los programas de lactancia materna en la ciudad.

Tabla N°8. Motivos de suspensión de la lactancia materna

Motivos de suspensión de la lactancia materna	Frecuencia	%
Estética	6	3%
Actividades laborales o de estudio	45	25%
Problemas de mama y pezón	17	10%
No tener apoyo familiar	5	3%
Enfermedad del niño	2	1%
Enfermedad de la madre	8	5%
La leche de tarro tiene más beneficios	5	3%
Otros motivos	4	2%
No ha introducido lactancia artificial	86	48%
Total	**178**	**100%**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres



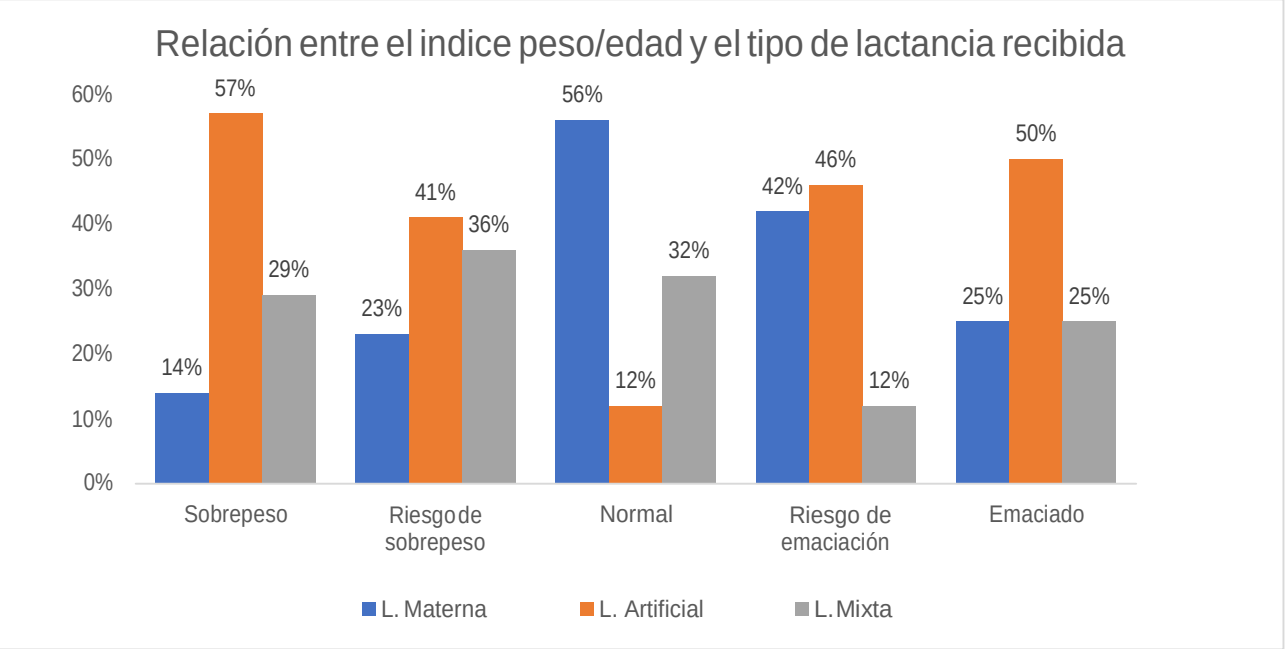
Grafica N° 8. Motivos de suspensión de la lactancia materna
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: del total de las 178 madres encuestadas, 3% manifestaron que un factor para abandonar la lactancia materna fue la estética de su cuerpo, 25% ha abandonado la lactancia materna por su trabajo o sus estudios, 10% abandonaron la práctica de la lactancia materna por problemas de la glándula mamaria. Este resultado permite determinar las causales externas para que se dé el abandono precoz de la lactancia materna, lo que permite relacionar que el tiempo que las madres dedican a su trabajo dificulta el proceso continuo de la lactancia, dándose así la introducción de la leche artificial de forma temprana, los problemas de la glándula mamaria son procesos que no deberían interrumpir la lactancia puesto que la continuidad de la lactancia materna minimiza y alivian dichas patologías.

Tabla N° 9. IMC y su relación con la lactancia recibida

Edad	Lactancia materna		Lactancia artificial		Lactancia Mixta		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
sobrepeso	1	14	4	57	2	29	7	4
Riesgo de sobrepeso	4	23	7	41	6	36	17	10
Normal	70	56	15	12	41	32	126	70
Riesgo de emaciación	10	42	11	46	3	12	24	13
Emaciado	1	25	2	50	1	25	4	2
Total	**86**	**48**	**39**	**22**	**53**	**30**	**178**	**100**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres



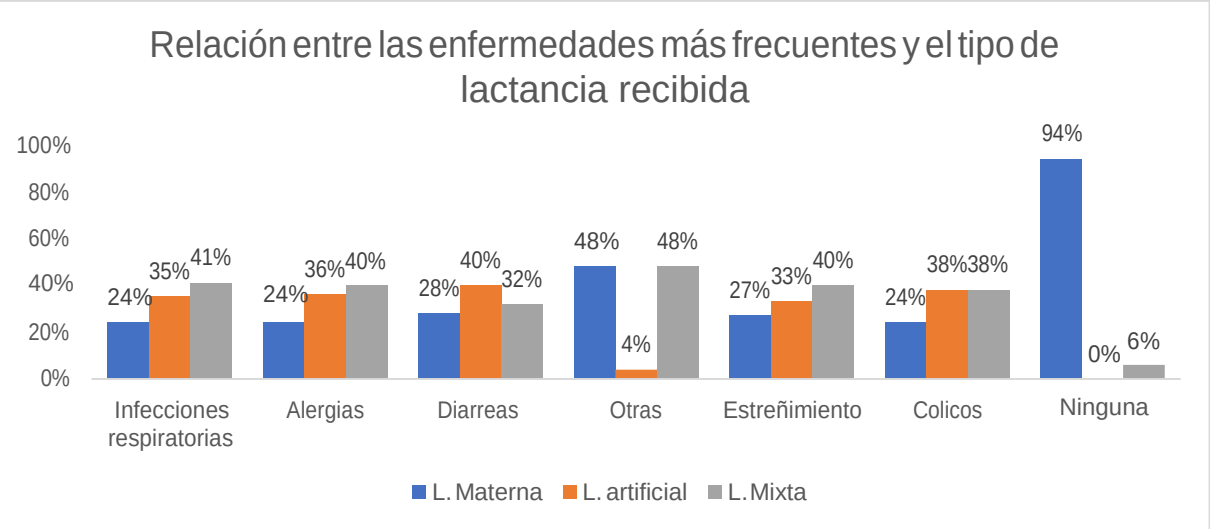
Grafica N°9. Relación entre el índice peso/edad y el tipo de lactancia recibida
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: del total de los 178 lactantes encontrados, 70% tienen un IMC normal entre los cuales predomina la lactancia materna con un 56% se puede observar que mantener la práctica de la lactancia materna permite al lactante mantener una adecuada nutrición esto se debe a los múltiples beneficios a nivel del sistema digestivo que brinda la lactancia materna, el 4% se encuentran con sobrepeso y su alimentación se basa con 57% en lactancia artificial lo que se relaciona con una consecuencia en la salud nutricional del niño que es el sobrepeso puesto que los componentes proteínicos de la leche artificial son mayores que los de la leche humana.

Tabla N° 10. Enfermedades más frecuentes en los lactantes y su relación con el tipo de lactancia recibida.

Enfermedad	Lactancia materna		Lactancia artificial		Lactancia Mixta		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Infecciones respiratorias	7	24	10	35	12	41	29	16
Alergias	6	24	9	36	10	40	25	14
Diarreas	7	28	9	40	8	32	25	14
Otras	9	48	1	4	9	48	19	11
Estreñimiento	4	27	5	33	6	40	15	9
Cólicos	3	24	5	38	5	38	13	7
Ninguna	49	94	0	0	3	6	52	29
Total	**86**	**48%**	**39**	**22%**	**53**	**30%**	**178**	**100%**

Grafica N°10. Relación entre las enfermedades más frecuentes y el tipo de lactancia recibida
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres



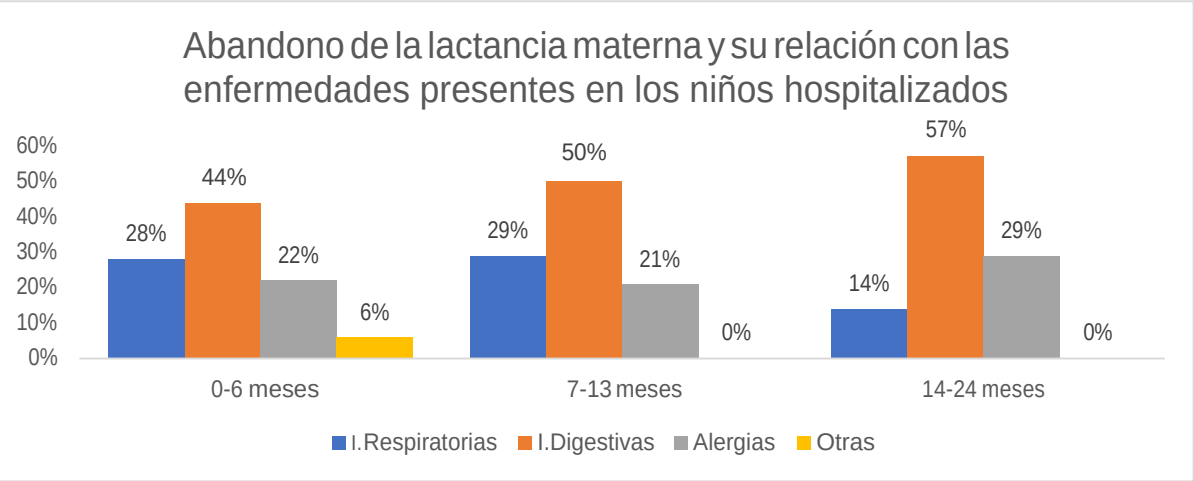
Grafica N° 10. Enfermedades más frecuentes en los lactantes
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: de las 178 madres encuestadas, 16% manifestaron que la enfermedad que más afecta a sus hijos son las infecciones respiratorias donde el 35% basan su alimentación en lactancia artificial y el 41% en lactancia mixta, 14 % debelaron que a sus hijos de manera más común les afecta la diarrea entre los que predomina la lactancia artificial con un 40%, el 29% pudieron manifestar que su hijo no ha presentado patología alguna hasta el momento y que la alimentación es de manera exclusiva la lactancia materna. Las enfermedades más prevalentes en los niños encuestados son las mencionadas con anterioridad y esto se da porque el sistema inmunológico se encuentra vulnerable y provoca que la frecuencia de infecciones aumente significativamente.

Tabla N° 11. Abandono de lactancia materna y su relación con las enfermedades presentes en los niños hospitalizados.

Edad	Lactancia matera									
	Abandonaron la lactancia materna									
	I.Respiratorias		**I.Digestivas**		**Alergias**		**Otras**		**Total**	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
0-6 meses Abandono precoz	5	28	8	44	4	22	1	6	**18**	**50**
7-13 meses	4	29	7	50	3	21	0	0	**14**	**39**
14- 24 meses	1	14	4	57	2	29	0	0	**7**	**11**
							total		**39**	**100**

Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres



Grafica N° 11. Abandono de la lactancia materna y su relación con la enfermedad del lactante.
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Miguel Ángel Jimbo Torres.

Análisis: de los 36 lactantes hospitalizados que abandonaron la práctica de la lactancia materna, el 50% fue de forma precoz antes de los seis meses de edad en los cuales las infecciones digestivas son las más frecuentes, el 39% lo hicieron entre los siete y trece meses de edad entre los cuales las infecciones digestivas son las más frecuentes 50% y las infecciones respiratorias con un 29,el 11% abandonaron la lactancia materna entre los 14 y 24 meses y en ellos fueron las infecciones digestivas con un 57% las más comunes.

CAPITULO IV

4.1 Discusión

En el presente estudio se inició analizando la relación que tiene el tipo de lactancia recibida por los lactantes con los factores sociodemográficos de la madre los cuales influyen de manera directa e indirecta en la alimentación del lactante puesto que el entorno que rodea a la madre y a su hijo es diferente en todos los casos por ende la información recolectada será diversa y permitirá relacionar con diversos estudios científicos.

Con respecto a la edad de las madres se observó que las madres mayores a 35 años y que representan el 28% de las encuestadas basan la alimentación de su hijo en la lactancia materna en mayor porcentaje en un 78%. Estos resultados son similares con los encontrados en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en el 2013 que determina que solo el 18% de las madres más jóvenes, de 12 a 14 años, dieron la lactancia materna; mientras que casi la mitad (46%) de las madres mayores de 35 años dieron lactancia materna exclusiva y continua. De acuerdo a la encuesta nacional de lactancia materna en la atención primaria (ENALMA) realizada en chile el 2013 manifiesta que existe una relación proporcional directa a medida que aumenta la edad de la madre, en efecto, es mayor prevalencia de lactancia materna exclusiva de 6 o más meses es entre los 31 y 35 años 60,3%.

De acuerdo al lugar de procedencia de las madres se observó que las madres que provienen del sector rural el 77% son las que en mayor proporción practican la lactancia materna exclusiva y continua, este resultado concuerda con el INEC en la ENSANUT que manifiesta que la proporción de niños que accedieron a la lactancia materna exclusiva y continua es mayor en el área rural (58.9%) en comparación con los niños del área urbana (35.9%). Según (INEC & MSP, 2012) Esto se puede dar a que un mayor número de mujeres han entrado a formar parte de la fuerza laboral fuera del hogar, a la influencia de la propaganda y a la exposición de alimentos sustitutos a la leche materna; a la falta de consejería a las madres y a la falta de facilidades para que la madre pueda ejercer el derecho a dar de lactar a sus hijos.

Según el grupo étnico al que pertenecen las madres encuestadas, se demuestra que de las madres indígenas de nacionalidad Saraguro en un 87% practican la lactancia materna de forma exclusiva de forma predominante. En la ENSANUT realizada por INEC se desglosa que la práctica de la lactancia materna exclusiva y continua por etnia, se observa que las madres indígenas en un 77% practicaron la lactancia materna confirmando así que son las madres indígenas las que practican en mayor proporción la lactancia materna. Esto se da ya que el entorno de las madres indígenas es parte de una cultura, tradición y creencias, que van de generación a generación además que parte de la población indígena provienen del sector rural.

Al analizar la lactancia materna por el nivel de instrucción de la madre se desprende que las madres que tienen menos instrucción son las que en mayor proporción basan la alimentación de su hijo en la práctica de lactancia materna de forma exclusiva y continua. En la ENSANUT realizada por INEC manifiesta que al estudiar la lactancia materna exclusiva y continua por el nivel de instrucción de la madre, se desprende que a medida que se incrementa el nivel de instrucción de las madres, la proporción de madres que amamantaron a sus hijos disminuye de hecho esto estaría indicando que en el embarazo temprano, además de todas las implicaciones de salud, nutricionales y sociales de la madre, también hay un riesgo en la salud del niño al no asegurarle la leche materna como el único alimento al inicio de la vida y hasta los 6 meses de edad además que a las madres jóvenes se asocia una inmadurez emocional y cognitiva.

La paridad de las madres es un factor que afecta ampliamente en la práctica de la lactancia materna, en el presente estudio se determinó que de las madres multíparas encontradas el 54% basan la alimentación del lactante en la lactancia materna de forma exclusiva y continua, lo que concuerda con el articulo redactado por (Valenzuela Galleguillos, Pinto, & Ortega, n.d.) En la revista internacional de salud materno fetal y obstetra, que indica que las madres multíparas tienen mayor probabilidad de mantener la lactancia materna tras analizar que esto se puede dar por la base en las experiencias previas de la madres (multíparas) y en base al temor y a la ansiedad por parte de las primíparas.

La información sobre lactancia materna que recibe la madre pre y post parto es importante para que no se dé un abandono parcial o total de la lactancia materna, en el estudio se observó que las madres que recibieron información de la lactancia materna y sus múltiples beneficios, son las que mantienen la prevalencia de la lactancia materna en contraste con las madres que han recibido poco o nada de información; lo que concuerda con lo mencionado por (Lama, 2015) en su estudio que menciona que las madres al no haber recibido educación sobre lactancia materna 71% (68/96) es un factor extrínseco que permite el abandono de la lactancia materna exclusiva.

En el trabajo investigativo permitió evidenciar que existen diferentes motivos para que se dé la introducción temprana de la lactancia artificial, de los cuales el principal motivo con un 25% son las actividades laborales o de estudio, en segundo lugar y con un 17% son los problemas de la mama y pezón. Lo que difiere con el estudio realizado por (Jacobo et al., 2015) en el que manifiestan en cuanto a la ocupación se mostró que las mujeres que menos tiempo de lactancia dan son las que se dedican al hogar con un 23.6% y al mismo tiempo es similar con el estudio realizado por (Valdes, Damas, & Acosta, 2015) que manifiesta que de 32

lactantes que abandonaron la lactancia, el 56,3 % obedeció a una hipogalactia, seguido de los trastornos del pezón (21,9 %).

Al relacionar la lactancia materna con la edad del niño, el presente estudio encontró que la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses se da en un 79% y que a medida que el niño tiene mayor edad se observa la introducción de lactancia artificial y la alimentación complementaria lo que concuerda con la ENSANUT que manifiesta que para su estudio tomaron dos fracciones de niños, de cero a 5 meses y de 6 a 23 meses. La primera fracción estima la proporción de niños que recibieron únicamente leche materna, mientras que los niños de 6 a 23 meses recibieron leche materna más alimentos sólidos, semisólidos y suaves.

En el presente estudio se analizó el estado nutricional del lactante a partir de su IMC y se obtuvo que 124 lactantes que representan el 70% se encuentran con un IMC normal y en los cuales predomina la lactancia materna exclusiva además se observó que los demás lactantes tienen una alteración en su IMC y en ellos predomina como alimentación base la lactancia artificial; lo que concuerda con lo manifestado por (Paucar & Torres, 2017) en su tesis y refiere que los resultados obtenidos de acuerdo al estado nutricional el 78.4% de los lactantes presenta un estado nutricional normal y en ellos predomina la lactancia materna exclusiva con el 56.7%, seguido de un 12.8 por ciento que presenta sobrepeso/obesidad y en ellos predomina la lactancia artificial.

En el estudio se observó que las enfermedades más frecuentes en los lactantes con un 16% son las infecciones respiratorias, con 14% son las alergias y con 14% enfermedades diarreicas; Lo que es relativo al estudio realizado por (Garcia, Hoyos, Torres, Gonzales, & Romeo, 2017) en el que indica que hubo un 63,2 % de incidencia de enfermedades alérgicas en niños con lactancia artificial, mayor presencia de infecciones respiratorias agudas, con un 87,1 %; enfermedades diarreicas agudas (51,7 %).

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones obtenidas en la presente investigación con respecto a los Factores determinantes de la sustitución de la lactancia materna por la lactancia artificial, y su influencia en el estado de salud y nutricional del lactante, son las siguientes:

- Los factores sociodemográficos como son: madres adolescentes, madres solteras, madres que residen en zonas urbanas, el grupo étnico, no haber recibido información sobre lactancia materna durante su embarazo, influyen de manera proporcional para que se dé el abandono de la lactancia materna exclusiva y predominante.
- Ser madre primeriza es un factor influyente para que se dé el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva y al mismo tiempo la introducción de la lactancia artificial de manera precoz.
- Las actividades laborales o de estudio, los problemas de la mama o pezón, la estética, el no tener apoyo familiar, son factores que la madre menciono como causales para no continuar con la practica de la lactancia materna de forma exclusiva y predominante.
- En cuanto al estado nutricional de los lactantes se obtuvo que la mayoría con un 70% de los pacientes tiene un IMC normal y en ellos predomina la lactancia materna lo que permite relacionar que mantener la práctica de la lactancia materna ayuda en el mantenimiento nutricional adecuado del lactante, las alteraciones nutricionales fueron mínimas pero que deben ser observadas durante el desarrollo y crecimiento del lactante.
- Las infecciones respiratorias, la diarrea, las alergias, cólicos, son las enfermedades más frecuentes que afectan la salud del niño, esto se da por múltiples factores entre los que se destaca la sustitución de la lactancia materna por la lactancia artificial.
- El abandono de la práctica de lactancia materna contribuye en forma proporcional al aumento de enfermedades alérgicas, infecciones respiratorias agudas, infecciones digestivas y niños con estado nutricional inadecuado.
- Los beneficios que aporta la lactancia materna para la madre y para el niño son múltiples, pero son poco conocidos por el entorno familiar del lactante por lo que no existe motivación y compromiso para que se asegure que los niños reciban lactancia materna y se alimenten exclusivamente de la leche de la madre hasta los 6 meses y la prolonguen hasta los 24 meses.

RECOMENDACIONES

- Para que se dé un incremento en la duración de la lactancia materna, es necesario fortalecer la promoción de la practica de lactancia materna dentro del área hospitalaria y específicamente en el área de pediatría, en el área de consulta prenatal y postnatal de forma continua y así lograr la concientización de las madres de familia para lograr minimizar el abandono precoz de la lactancia materna. Para ello es importante que se promuevan los múltiples beneficios que tiene la lactancia materna para la madre como para el niño y se debe dar a conocer los riesgos a los que se expone al niño al introducir la leche artificial en su alimentación.
- Se debe apoyar a las madres primerizas de forma empática, brindando la información necesaria para fortalecer sus conocimientos acerca de la maternidad y la forma adecuada de como debe mantener la alimentación de manera equilibrada y que su hijo no presente problemas de nutrición, además de hacerle conocer la importancia que tiene el mantener la lactancia materna los primeros dos años de vida.
- Se recomienda que a todos los miembros del equipo de salud del Hospital Isidro ayora se les capacite para fortalecer sus conocimientos científicos acerca del proceso de lactancia materna lo que consecuentemente permitirá que sus conocimientos se transmitan a las personas que acuden al centro hospitalario y así lograr que todos los involucrados en el entorno del lactante asuman la práctica de la lactancia materna como una responsabilidad social.
- Se debe focalizar intervenciones interinstitucionales es decir entre el hospital Isidro Ayora y centros de salud, para que asi se promueva la lactancia materna en los grupos de madres y niños que están más expuestos a factores de riegos que los conlleva al abandono precoz de la lactancia materna, además se debe diferenciar cada factor de riesgo para realizar estrategias e intervenciones específicas y diferenciadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Bueno, M., Sarria, A., & Perez, J. (Eds.). (2007). *Nutrición en pediatría* (3ra ed.). España: Ergon. https://doi.org/9788498353488
2. Calvo. (2009). Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Enfermería Actual En Costa Rica*. Retrieved from https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745766.pdf
3. Calvo, C., García, M., Casas, I., & Pérez, P. (2009). Infecciones respiratorias virales. *Centro Nacional de Virología*, 16. Retrieved from https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.pdf
4. Cordero, M. (2012). *Tratado de enfermerìa del niño y el adolescente. Cuidados pediàtricos*. Barcelona: Elseiver. https://doi.org/9788480868624
5. Díaz, A., Gómez, J., & Ramírez, H. (2016). *El niño sano una visión integral*. Bogota: Panamericana. https://doi.org/9789588443638
6. Garcia, I., Hoyos, A., Torres, I., Gonzales, I., & Romeo, D. (2017). Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. *Revista Médica Electrónica*, *39*(5), 1052–1060. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500005
7. Gil, A. (Ed.). (2010). *Tratado de nutrición "Nutricion humana en el estado de salud"* (2da ed.). Madrid. https://doi.org/97884983534
8. INEC. (2012). Encuesta nacional de salud y nutrición, 722. Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
9. Jacobo, N. M., Estefanía, L., Rojas Vázquez, G., Yolanda, D., Barretero, R., Alfredo, L., & Ramos, T. (2015). Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014 FACTORS AFFECTING THE ABANDONMENT OF BREASTFEEDING IN A S. *Nutr Hosp.Nutr Hosp*, *32*(6). https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.9524
10. Kliegman, R., Staton, B., Geme, J., Schor, N., & Behrman, R. (2013). *Tratado de pediatría* (19 a). España: Elseiver. https://doi.org/9788480869591
11. Lama, D. (2015). Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva, en madres aseguradas del Hospital Tingo María – Essalud. *Ágora Revista Científica*, *2*(1), 125. https://doi.org/10.21679/arc.v2i1.26
12. López, L., & Suaréz, M. (2011). *Fundamentos de nutrición normal*. Buenos Aires: El ateneo. https://doi.org/9789500204040
13. Lorenzo, J., Guidoni, M., Diaz, M., Marenzi, M., Lasitiva, J., Isely, M., … Bondarczuk, B. (2015). *Nutrición del niño sano*. Buenos Aires: Corpus. https://doi.org/9789509030435
14. MSP. (2011). Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes , 54. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_PREVENCION_PRIMARIA.pdf
15. MSP. (2012). Iniciativa Mundial sobre tendencias en lactancia materna, 54. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/INICIATIVA_MUNDIAL_TENDENCIAS_LACTANCIA_MATERNA.pdf
16. MSP. (2012). Vigilancia del cumplimientodel código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna en Ecuador, 57. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/SUCEDANEOS_LECHE_MATERNA_prev.pdf
17. MSP. (2013). Normas y protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2

años, 50. Retrieved from http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf
18. OMS. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud, 120. Retrieved from http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
19. OMS. (2015). Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante. Retrieved May 9, 2018, from http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/
20. OMS. (2017). OMS | Sobrepeso y obesidad infantiles. *WHO*. Retrieved from http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/
21. Paucar, R., & Torres, D. (2017, May 8). *Lactancia materna y estado nutricional del lactante de tres a seis meses, Centro de Salud Chequen*. *Universidad Nacional de Trujillo.* Universidad Nacional de Trujillo. Retrieved from http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8848
22. Pavón, J., Mateos, B., Barrientos, A., Arreo, V., Diez, F., Vizán, J., … Villar, S. (2013). *Amir Enfermería*. Madrid: MARBÁN. https://doi.org/9788471019202
23. Rodriguez, R. (2005). Enfermedades alérgicas. *Policlinico Universitario*, 9. Retrieved from http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/articulo_alergia_asma1.pdf
24. Ruiz, M., Barellas, M., & Gonzalez, P. (2008). *Enfermería Pediátrica*. Barcelona: DAE.
25. Sierra, C. (2014). *Errores en nutrición infantil*. Madrid: Ergon.
26. Torrens, R., & Martinez, C. (2012). *Enfermeria Obstétrica y Ginecológica*. Barcelona: DAE.
27. UNICEF. (2013). Desnutrición Infantil. Retrieved July 6, 2018, from https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
28. Valdes, Y., Damas, L., & Acosta, Y. (2015). Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. *Revista Cuabana de Enfermería*, *31*. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000200004
29. Valenzuela Galleguillos, S., Pinto, E. V., & Ortega, P. G. (n.d.). FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DISMINUCIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA: REVISION TEMATICA Y CONTEXTO EN CHILE, 8. Retrieved from http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1
30. Victora, C., Bahl, R., Barros, A., Franca, G., Horton, S., Krasevec, J., . . . Rollins, N. (2016). La lactancia en el siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efecto de por vida. The Lancet, 1-8.

ANEXOS

Anexo 1.

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TITULACIÓN DE ENFERMERIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El presente instrumento es parte de un estudio de investigación titulado "FACTORES DETERMINANTES DE LA SUSTITUCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA POR LA LACTANCIA ARTIFICIAL, Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE SALUD Y NUTRICIONAL DEL LACTANTE", y busca identificar los factores determinantes para que se dé el abandono y sustitución de la lactancia materna, por consiguiente, es muy importante y necesaria su opinión al respecto.

Edad de la madre…….

Estado civil: Soltera ( ) casada ( ) viuda ( ) divorciada ( ) unión libre ( )

Lugar de procedencia……

Grupo étnico……..

Nivel educativo de la madre: Ninguno ( ) Primaria ( ) secundaria ( ) tercer nivel ( )

1. **Cuántos hijos tiene…….**
2. **Cuál es la edad de su hijo…….. IMC:……**
3. **Actualmente qué tipo de lactancia está recibiendo su hijo**
   Exclusiva ( ) Artificial ( ) Mixta ( ) Complementaria ( )
4. **A que edad suspendió la lactancia materna**
   ……..meses
5. **Recibió información acerca de la lactancia materna en el centro asistencial donde se controló su embarazo**
   Si ( ) No( )

6. **¿Usted ha suspendido el proceso de lactancia materna de forma permanente?**
   Si ( ) No ( ) Si su respuesta es sí mencione cuales son los motivos.
   - Medicación o drogas ( )
   - Incomodidad y molestias ( )
   - Estética ( )
   - Cuestiones laborales ( )
   - Hipogaláctia ( )
   - Enfermedad de la madre ( )
   - No tener apoyo familiar ( )
   - Otros ( )

7. **¿Cuál de estas enfermedades es más frecuente en su hijo?**

- Diarreas ( )
- Infecciones respiratorias ( )
- Estreñimiento ( )
- Cólicos ( )
- Alergias ( )
- Desnutrición ( )
- Ninguna ( )
- Otras……

Anexo 2.

Consentimiento Informado

Titulación de Enfermería

"Factores determinantes de la sustitución de la lactancia materna por la lactancia artificial, y su influencia en el estado de salud y nutricional del lactante"

Objetivo: Identificar los factores determinantes de la sustitución de lactancia materna por lactancia artificial, y su influencia en el estado de salud y nutricional de los lactantes atendidos en el área de pediatría del Hospital General Isidro Ayora en el periodo comprendido de enero a marzo del 2018.

Yo……..He sido informada , acerca del proyecto de investigación que se esta realizando y acepto participar de forma voluntaria en las encuesta realizadas, conozco que la investigación no conlleva ningún tipo de riesgo y se guardara confidencialidad de los datos proporcionados a si mismo que no existirá conflictos de intereses en el mismo. Y autorizo que la información sea utilizada con fines académicos y de investigación.

Anexo 3.

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Dirección Médica Asistencial

Memorando Nro. MSP-CZ7-HIAL-DI-2017-0160-M

Loja, 30 de noviembre de 2017

PARA: Sr. Dr. Carlos Ivan Orellana Ochoa
Director Asistencial del Hospital General "Isidro Ayora"

Sra. Mgtr. Diana Vuele Duma

ASUNTO: Oficio UTPL solicitando autorización al Sr. Miguel ANgel Jimbo TOrres para recolección de datos para proyecto de tesis

De mi consideración:

Dando contestación a lo solicitado por su autoridad y la Mgtr.Diana Maricela Vuele Duma, luego de revisar los archivos de las investigaciones realizadas , se autoriza al estudiante MIGUEL ANGEL JIMBO TORRES, estudiante de enfermería obtenga los datos estadísticos necesarios para que realice su Tesis previa a la ontención de Lic. en Enfermería.

Agradeceré a usted analizar y verificar pertinencia.

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HIAL-UAU-2017-0843-E

Adjunto Oficio N°113-CTE-UTPL de la Mgtr. DIana Maricela Vuele Duma Coordinadora de la Titulación de Enfermería, solicitando autorización al Sr. Miguel Angel Jimbo TOrres para recolección de datos para proyecto de tesis.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Lilia Dora Ruilova Davila
RESPONSABLE DEL PROCESO DE GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Avenida Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Teléfono: 2570540 ext. 7275
http://instituciones.msp.gob.ec/dps/loja/

1/2

Anexo 4.