UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"Lactancia Materna como factor protector de las Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba"

Tesis previa la obtención del
Título de Médico General

AUTOR: Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

DIRECTORA: Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2021

Certificación

Loja, 31 de mayo de 2021

Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración de tesis de grado titulado: "**Lactancia Materna como factor protector de las Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba**" de autoría del estudiante Kevin Napoleón Alverca Ordóñez, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente:

CERTIFICACIÓN ELECTRÓNICA
Firmado Digitalmente por: NATASHA IVANOVA SAMANIEGO LUNA

Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Kevin Napoleón Alverca Ordóñez, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firmado electrónicamente por:
KEVIN NAPOLEON
ALVERCA ORDONEZ

Firma: ……..

C. I. 1105105603

Fecha: 31 de mayo de 2021

Carta de autorización

Yo, Kevin Napoleón Alverca Ordóñez, autor del trabajo de investigación **"Lactancia Materna como factor protector de las Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba"** autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Loja, 31 de mayo de 2021

Firmado electrónicamente por:
KEVIN NAPOLEON ALVERCA ORDONEZ

Autor: Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

Cédula de Identidad: 1105105603

Correo electrónico: **kevin.alverca@unl.edu.ec**

Celular: 0996752454

Datos Complementarios:

Director de Tesis: Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente/a: Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Verónica Montoya Jaramillo, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Livia Gladys Pineda López, Mg. Sc.

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación, está dedicado a Dios, por siempre estar conmigo, en todo momento y ayudarme a no desfallecer; a mis padres a quienes debo eterna gratificación, por todo lo inculcado en mi persona, que hoy se ve plasmado en este trabajo de tesis, todo su esfuerzo llegará a la recompensa de verme un día graduado. A mi hija Lisbeth Anahí, mi princesa, el motor que me guía paso a paso para ser mejor persona y cumplir mis sueños, a mi pareja que sin su ayuda y apoyo no estaría a punto de culminar la carrera y finalmente a mis amigos de aula con quienes durante mi formación académica compartí los mejores años de mi vida.

Agradecimiento

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, por haberme acogido en sus aulas y ser principal fuente de enseñanza y estímulo a la superación diaria, al Centro de Salud de Vilcabamba por abrirme las puertas de sus instalaciones para la ejecución del trabajo, a mi familia y a todos quienes contribuyeron para el desarrollo de la presente investigación, de manera especial a la Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, por su valioso asesoramiento y colaboración desinteresada que me llevó a la culminación de la presente tesis.

Índice

Carátula…….. i
Certificación ii
Autoría iii
Carta de autorización iv
Dedicatoria..... v
Agradecimiento vi
Índice vii
1. Título 1
2. Resumen 2
Abstract..... 3
3. Introducción..... 4
4. Revisión Literaria 6
4.1. Lactancia Materna 6
4.2. Infecciones de Vías Respiratorias Altas..... 22
4.3. Influencia de la Lactancia Materna en el desarrollo de Infecciones respiratorias altas……..….27
5. Materiales y métodos..... 30
6. Resultados..... 32
7. Discusión 34
8. Conclusiones..... 36
9. Recomendaciones 37
10. Bibliografía..... 38
11. Anexos 42
11.1. Anexo 1 Informe de Pertinencia 42
11.2. Anexo 2 Designación Director de Tesis 43
11.3. Anexo 3 Autorización desarrollo de la Tesis..... 44
11.4. Anexo 4 Encuesta …….. 47
11.5. Anexo 5 Matriz de Datos..... 50
11.6. Anexo 6 Tablas Obtenidas en la recolección de los Datos 55
11.7. Anexo 7 Proyecto de Tesis 57

11.8. Anexo 8 Traducción Certificada……..71

1. Título

"Lactancia Materna como factor protector de las Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba"

2. Resumen

La Lactancia Materna como factor protector de las Infecciones Respiratorias Altas; fue un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo que tuvo como finalidad conocer la influencia de la lactancia materna en relación a infecciones respiratorias altas en los niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba. De los 122 casos estudiados mediante encuestas y revisión de sus historias clínicas, claramente se logra comprobar que aproximadamente el 63,12%, mantiene prácticas de Lactancia materna Exclusiva al menos por los seis primeros meses de vida, mismo que repercute beneficiosamente sobre el riesgo de padecer una infección del tracto respiratorio alto debido a que de los mismos solo existieron 10 casos de infección, siendo el resfriado común y la faringitis, no especificada las enfermedades más prevalentes.

Al realizar el análisis de las variables y mediante la prueba de asociación estadística Chi Cuadrado de Pearson, valiéndonos del programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), se logra obtener una relación estadísticamente significativa de 25,16 (IC 0,95), concluyendo de esta forma que la Lactancia Materna es un factor protector de las infecciones que afectan el tracto respiratorio alto durante los seis primeros meses de vida.

Palabras Clave.

Leche materna, leche de tarro, fórmula maternizada, resfriado común.

Abstract

Breastfeeding as a protective factor against upper respiratory infections; the purpose of this study was to determine the influence of breastfeeding in relation to upper respiratory infections in children from 0 to 18 months of age at Centro de Salud de Vilcabamba. Of the 122 cases studied through surveys and review of their medical records, it is clearly shown that approximately 63.12% maintain exclusive breastfeeding practices for at least the first six months of life, which has a beneficial effect on the risk of suffering an upper respiratory tract infection, due to the fact that there were only 10 cases of infection, with the common cold and unspecified pharyngitis being the most prevalent illnesses.

The analysis of the variables and the Pearson Chi-Square statistical association test, using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, showed a statistically significant relationship of 25.16 (CI 0.95), thus concluding that breastfeeding is a protective factor against infections affecting the upper respiratory tract during the first six months of life.

Key words:

Breast milk, jar milk, formula, common cold.

3. Introducción

La lactancia materna durante la primera etapa de la vida desempeña una función fundamental en la prevención de enfermedades que podrían desencadenarse durante la vida adulta tales como la hipertensión, obesidad, diabetes y síndrome metabólico; por ello es imprescindible que se establezcan prácticas adecuadas en cuanto a la alimentación del recién nacido. (Kliegman, Stanton, St Geme III, Schor, & Behrman, 2016)

De la misma manera, en nuestro medio, las infecciones respiratorias y particularmente las del tracto respiratorio alto constituyen la primera causa de morbimortalidad en el lactante; Astudillo y colaboradores, han demostrado la contribución y beneficio que tiene la leche materna en la disminución de la morbilidad y mortalidad de enfermedades respiratorias en países desarrollados. (Astudillo, Mancilla, Olmos, & Reyes, 2014; Bueno et al., 2016)

En países en vía de desarrollo, como el nuestro, no hay dudas sobre la eficacia de la leche materna en el recién nacido, pero lastimosamente hay un gran sesgo de información, por falta de investigaciones en esta área (Pablos et al., 2015). A su vez, debemos tomar en consideración que en nuestro medio, no solo se practica la lactancia materna exclusiva para los niños; ya que también se efectúa la lactancia materna mixta o combinada con fórmulas maternizadas (Bueno et al., 2016; Tello, Gutiérrez, Caicedo, & Mena, 2017) teniendo en cuenta que los sustitutos de leche materna también llamada leche de tarro, representan un fuerte gasto económico para bolsillo de los padres; rubros que pudieran ahorrar, al promoverse los beneficios de la lactancia materna exclusiva (May-Díaz et al., 2015).

La literatura mundial pone en irrefutable evidencia el hecho de que la lactancia materna es protectora para evitar Infecciones Respiratorias Agudas Altas siendo las más frecuentes el refriado común, la faringoamigdalitis, la otitis media y la laringitis, sin embargo, no hay la suficiente información al respecto en nuestro medio, lo que constituyó motivación para plantear este estudio.

El estudio Bueno Campaña et al, denominado Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida, señalan que el tipo de lactancia materna, así como su duración influían en el riesgo de adquirir una infección del tracto respiratorio, llegando a multiplicarse por cinco el riesgo en aquellos que tuvieron Lactancia Materna Exclusiva solamente en los primeros 90 días y por 9,8 si duró entre 30 y 60 días. (Bueno et al., 2016)

En la parroquia Vilcabamba, lugar donde no existe el mismo grado de promoción de la información con respecto a las políticas utilizadas por el estado en cuanto a prácticas de Lactancia Materna Exclusiva, se convierte en un grupo vulnerable y serían los principales beneficiarios al concluir el presente trabajo investigativo.

Debido a todos estos motivos se ha planteado como objetivo general: Conocer la influencia de la lactancia materna en relación al desarrollo de infecciones respiratorias altas en los niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba; del mismo que derivan como objetivos específicos: Identificar el tipo de alimentación (Lactancia Materna Exclusiva, combinada con fórmulas maternizadas o solamente leche maternizada); Establecer la frecuencia de Infecciones de vías respiratorias en el mismo grupo etario y lugar previamente mencionados y posteriormente Relacionar el tipo de dieta con Infecciones Respiratorias Altas a través de métodos estadísticos

Finalmente, el aporte que se busca, es recomendar a la lactancia materna exclusiva como principal método de prevención del desarrollo de morbilidades respiratorias. A su vez este trabajo servirá como un modelo para los profesionales que se encuentren en contacto con dicha población, facilitando así su promoción. Y como base de investigación para otros estudios acerca de las diversas características que cumple la lactancia materna, no sólo en el ámbito médico, sino también a nivel psicológico y en el desarrollo integral del menor.

4. Revisión Literaria

4.1. Lactancia Materna

4.1.1. Definición. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como la ingesta de leche materna, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie. (AEPED Asociación Española de Pediatría, 2016)

Así mismo recomienda: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, tiempo después del cual se inicia la introducción de alimentos seguros y nutritivos complementarios, mientras la lactancia continúa hasta el segundo año de la vida. (AEPED Asociación Española de Pediatría, 2016; Kliegman, Stanton, St Geme III, Schor, & Behrman, 2016; Martínez, 2017).

Durante mucho tiempo se consideró que el estudio de la lactancia humana era un tópico impreciso e inespecífico que no justificaba un análisis científico para responder preguntas sobre la nutrición del lactante. (Martínez, 2017). Sin embargo, durante el siglo XX se realizaron avances extraordinarios en la identificación de los requerimientos nutrimentales de los recién nacidos (RN) y lactantes, y desde entonces se han reconocido profundas diferencias entre la leche humana y la de vaca que hacen a la leche materna superior para la alimentación del lactante. (Martínez, 2017)

La lactancia materna es la mejor manera de alimentar al recién nacido y lactante, al menos durante el primer año de vida, ya que se ha comprobado que posee las suficientes propiedades nutricionales como para suplementar la transición de la vida intra a extrauterina. (Cardona, Zamora, Gómez, Baptista, & Ruiz, 2015)

Rakel & Rakel (2016) determinan que: La lactancia materna exitosa requiere del apoyo y educación para ambos padres durante el embarazo, la hospitalización postparto y durante el período temprano de vida del recién nacido. Inmediatamente luego del nacimiento, la madre debe hacer contacto físico con el neonato. Al mismo tiempo la madre debe ser animada a alimentar a su recién nacido cuando sea que él lo demande, a cualquier signo de hambre, gesto de succión o llanto. (Rakel & Rakel, 2016)

Durante el inicio de la lactancia materna el infante generalmente lacta cada 2 a 3 horas, u 8 a 12 veces en un período de 24 horas. Por lo tanto, la madre debe estar disponible para cada

alimentación, alternando entre ambos senos para recibir una estimulación y drenaje equitativo. (Rakel & Rakel, 2016). La producción de leche es establecida en los primeros 2 a 4 días de vida durante los cuales el infante recibe calostro. Para el día 3 a 5 de vida, la leche materna incrementara dramáticamente. Las madres deben conocer que la producción de leche se basa en la demanda del infante y la suplementación con leche de formula no es necesario a menos que sea una indicación. (Rakel & Rakel, 2016)

Tello y colaboradores (2017) hacen referencia a los antecedentes históricos; teniendo como principales hitos:

El Código de Hammurabi (1800 a.C.) contenía regulaciones en la práctica de la lactancia materna, como la búsqueda y empleo de nodrizas. En Esparta se obligaba a que la esposa, aun a la esposa del rey, amamantara al mayor de sus hijos. El rey Temistes, siendo el segundo hijo, heredó el trono sólo por haber sido amamantado por su madre, a diferencia del primogénito. Hipócrates dijo, a propósito de la lactancia, "la leche de la propia madre es benéfica, la leche de otras mujeres es dañina". (Tello et al., 2017)

En el siglo XVIII predominó el amamantamiento por nodrizas; esto muestra que algunas mujeres amamantaban poco a sus hijos "porque no era la costumbre". Las madres francesas de esa época deseaban mantener su "belleza y frescura". Esta influencia, que continuó durante el siglo XIX y parte del siglo XX, se ha ido modificando y en la actualidad la mayoría de los países favorece en forma definitiva la lactancia materna. (Cisneros et al., 2018)

4.1.2. Composición de la Leche Materna. De acuerdo con Martínez (2017): "La leche humana se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas". En estas fases existen alrededor de 200 componentes reconocidos. Durante los primeros siete días del posparto la leche producida se denomina calostro y es de color amarillo porque su contenido de carotenos es casi 10 veces mayor que el contenido en la leche madura (7.57 vs 0.3 mg/L). (Martínez, 2017)

Posterior de los siete primeros días la leche cambia su composición y dos a tres semanas después adquiere las características de la "leche madura". A su vez Martínez (2017) afirma "La composición de la leche humana varía según sea la edad de gestación."

Es Así que la leche de madres con RN prematuros tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, como si se adaptara a las condiciones fisiológicas del RN. No obstante, se sabe que los niños prematuros alimentados por su propia madre requieren en las primeras

semanas complementos con proteínas, nutrimentos inorgánicos y algunos oligoelementos para alcanzar un ritmo de crecimiento semejante al intrauterino, los cuales se adicionan a la leche humana. (Martínez, 2017)

4.1.2.1. Proteínas. Las proteínas de la leche humana se clasifican en caseína y proteínas del suero. Las caseínas que se encuentran presentes en la leche humana son β y κ caseína al contrario de la α y γ, que son exclusivamente bovinas. Según Martínez(2017) "De las proteínas del suero, la proteína por excelencia es la α- lactoalbúmina por su calidad nutricia, en tanto que la β-lactoalbúmina es prerrogativa de la leche de vaca y su calidad nutricia está orientada a los bovinos."

Martínez (2017) describe

> Las proteínas del suero son más fáciles de digerir y favorecen un vaciamiento gástrico más rápido. También proporcionan menores concentraciones de fenilalanina, tirosina y metionina, y mayores concentraciones de taurina que la caseína, lo que es benéfico para el lactante.

"Estos compuestos están integrados por aminoácidos libres, péptidos, N-acetil azúcares, urea, factores de crecimiento y nucleótidos cuyo papel en la respuesta inmunológica, digestión de grasas, desarrollo visual y de SNC en el lactante ha adquirido relevancia en los últimos años." (Martínez, 2017)

4.1.2.2. Lípidos. Según Martínez (2017) La cantidad de lípidos contenidos en la leche humana es de 35 a 45 g/L y constituyen su mayor fuente energética. Se transportan dentro del glóbulo de grasa cuya membrana está compuesta sobre todo por fosfolípidos y colesterol (100 a 150 mg/L), en tanto que el interior del glóbulo de grasa lo constituyen en particular triacilglicéridos.

Se ha demostrado que la concentración de lípidos en la leche humana está en relación directa con el tipo lípidos ingeridos por la madre y a su vez con la conformación de lípidos de sus reservas en el tejido adiposo. Además, cuando la dieta es deficitaria y las reservas se encuentran disminuidas, la cantidad que contiene la leche materna decrece. (Martínez, 2017)

4.1.2.3. Hidratos de carbono. El principal hidrato de carbono de la leche humana es la lactosa. Su concentración se aproxima a 70 g/L y ejerce hasta 70% de la presión osmótica. A diferencia de los lípidos, su concentración casi no varía a pesar de las modificaciones dietéticas y las condiciones nutricias de la madre. Existen

otros oligosacáridos cuya función se relaciona con mecanismos de defensa del niño contra la infección. (Martínez, 2017)

4.1.2.4. Vitaminas y nutrimentos inorgánicos. En la leche humana existen vitaminas hidrosolubles y liposolubles, que se transfieren de forma directa desde la dieta y las reservas de la madre. Las vitaminas A (retinol), D (ergocalciferol), B6 (piridoxina) y B12 (hidroxicobalamina) tienen una dependencia especial de la dieta de la madre. Esto significa que su ausencia en la dieta o reserva materna pone en riesgo al lactante de presentar deficiencia. En cuanto a los nutrimentos inorgánicos, como calcio, fósforo y magnesio, su transferencia de la sangre a la leche se regula de modo estricto y no se espera que la mayor ingestión de estos minerales se traduzca en mayores concentraciones en la leche. En cambio, algunos electrólitos como sodio, potasio y cloro no tienen otra regulación estricta,sino que se secretan en la glándula mamaria y alcanzan una concentración en la leche de 7, 15 y 12 mEq/L, respectivamente. (Martínez, 2017)

La concentración de hierro en la leche (0.5 mg/L) es constante y se comporta en forma independiente de la reserva materna. De la cantidad descrita se 12 absorbe alrededor de 50% contra 4 a 7% del hierro procedente de la leche de vaca. El cinc y el cobre tienen concentraciones altas en el calostro y declinan sin relación con las reservas maternas.(Martínez, 2017)

4.1.2.5. Otras composiciones. Existen otras sustancias de la leche humana que efectúan funciones diferentes a las nutricias, entre ellas las siguientes:

a) Síntesis de lactosa que se lleva a cabo en la glándula mamaria por acción de la lactoalbúmina.
b) Protección directa contra agentes microbianos: lactoferrina, lisozima, inmunoglobulina A, oligosacáridos con funciones antiparasitarias, aminoazúcares con función antibacteriana y lípidos con funciones antivirales y antiparasitarias.
c) Propiedades antiinflamatorias: inmunoglobina A, lactoferrina, citoprotectores, inmunomoduladores de leucocitos y antioxidantes.
d) Promoción del crecimiento: factor de crecimiento epidérmico, hormona de crecimiento, péptidos regulatorios gastrointestinales, IGF-I y factor madurador de colonia de granulocitos-macrófagos.

e) Presencia de leucocitos (linfocitos B y T, macrófagos y polimorfonucleares) que participan en la síntesis de enzimas, procesos de fagocitosis y regulación de la respuesta inmunitaria.

f) Inmunomoduladores: IL-1b, IL-6, IL-8, IL-10, TNF-α y TGF-β (Martínez, 2017)

Cuadro N°1 Comparación de la Leche Humana y la Leche de Vaca

	Leche Humana	Leche de vaca
Calorías	670 kcal/l	670 kcal/l
Proteínas	• 1 – 1,5 g • Caseína 30% • Seroproteínas 70%	• 3 – 4,5 g • Caseína 80% • Seroproteínas 20%
Hidratos de Carbono	7g lactosa y otras	4,5g lactosa
Grasas	• 3,5 g % ácidos grasos esenciales • Ácidos grasos cadena larga insaturados • colesterol	• 3,5 g • Escasos ácidos grasos esenciales • Ácidos grasos saturados
Minerales	+	+++
Relación Calcio/Fósforo	2	1
Vitaminas	+++	+ (salvo vitamina K)
Nitrógeno no proteico	+++	+

Fuente: Manual CTO de Pediatría pág. 36
Elaboración: (Ruiz, Pérez, Toledo, Zozaya, & Remesal, 2018)

4.1.3. Lactancia materna e Inmunidad. Actualmente se ha podido demostrar, con base científica, lo que ya era patrimonio de la sabiduría popular: la madre protege al niño de las infecciones a través de la leche. En el momento del nacimiento, en el cual el bebé ya puede mamar, la madre produce para él la primera leche llamada calostro, líquido amarillento espeso, que posee gran cantidad de proteínas, minerales, células y factores solubles que están deficientes en el neonato, además contiene menos grasa e hidratos de carbono (lactosa) que la leche madura o de continuación. (Ramón, Belén, Rams, Rizo, & Cádiz, 2014)

4.1.3.1. Factores solubles. Factores de la inmunidad específica entre los que se encuentran las inmunoglobulinas, los cuales son anticuerpos que defienden contra

las infecciones y suelen ser de 5 tipos y el calostro las contiene todas. (Ramón etal., 2014)

- IgM: Es la primera inmunoglobulina que se produce luego de tener lugar una respuesta inmune, su concentración en el suero es de 1y5 mg/ml en la leche materna entre 0,3 y 0.9 mg/ml y en el calostro 2,5 y 3,2 mg/ml, su función es importante como primera inmunoglobulina de defensa en la respuesta humoral, aunque su grado de afinidad para reaccionar con el antígeno es inferior a la IgG, su forma le permite unirse con antígenos y poder activar el complemento y la fagocitosis, es efectiva frente a bacterias gramnegativas productoras de enfermedades y puede neutralizar gran cantidad de virus. (Ramón et al., 2014)
- IgG: Se encuentra en gran cantidad en el suero y calostro, en el primero está entre 17 y 29 mg/ml, en la leche materna entre 1 y 3 mg/ml y en el calostro entre un 30 y 70 mg/ml, es de vital importancia en la respuesta inmune humoral, en la defensa tisular contra los microorganismos, facilita así su destrucción mediante las células fagocíticas, aglutina o precipita microorganismos, tiene capacidad para neutralizar virus, posee gran actividad antibacteriana, es capaz de activar al sistema complemento por las dos vías, participa en los fenómenos de citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos (ADCC), evitando mediante las infecciones por los diferentes agentes biológicos y de esta forma las enfermedades. (Ramón et al., 2014)
- IgA: Es la inmunoglobulina más importante en la inmunidad de mucosas y la principal en la lactancia materna, su concentración en suero es de 0.5 y 5 mg/ml, en la leche materna entre 3 y 7 mg7ml y en el calostro entre 9.5 y 10 mg/ml, su actividad está relacionada de forma esencial con la inmunidad de las mucosas donde puede actuar a tres niveles diferentes, evita la penetración de los antígenos en la pared del intestino, neutraliza la actividad de algunos virus y toxinas dentro y fuera de las células epiteliales, no activa la cascada del complemento, inhibe la adherencia a mucosas de Shigella, V. cholerae, Campylobacter, Giardia lambia, Escherichia coli, Pneumoniae y participa en la eliminación de inmunocomplejos. (Ramón et al., 2014)
- IgE: Representa menos de 0,01% de las inmunoglobulinas circulantes, su porción Fc presenta un fragmento con gran afinidad para unirse a la membrana de los basófilos, donde reaccionan con el antígeno y permiten la liberación de los diferentes productos inflamatorios contenidos en los gránulos de estas células y liberan gran cantidad de

histaminas, sobre todo a nivel intestinal y respiratorio. Estos mecanismos son de gran importancia en la defensa contra infecciones parasitarias. (Ramón et al., 2014)

El componente secretorio presente en la IgAs permite la eliminación de microorganismos de las superficies de mucosas, anticuerpos antiidiotipos, dirigidos a sitios de unión de anticuerpos, así como antígenos de histocompatibilidad importantes para la presentación y eliminación de microorganismos. (Ramón et al., 2014)

Citoquinas, quimioquinas y receptores: Amplifican la respuesta inmune, acarrean células destructoras al sitio donde se produce la inflamación por el agente biológico para su posterior destrucción, así como otras que facilitan la presentación de estos antígenos bacterianos. (Ramón et al., 2014)

4.1.3.2. Factores de la inmunidad innata**.** El complemento es activado por varias inmunoglobulinas por sus tres vías: la clásica, lectinas y la vía de las properdinas,lo cual trae consigo la lisis de microorganismos patógenos. (Lawrence & Lawrence, 2014)

La lactoferrina fija el hierro de manera reversible, dicho hierro lo necesitan las bacterias para su crecimiento, la lactoferrina impide que el hierro esté a disposición de las bacterias, ejerce así un efecto bacteriostático similar al de algunos antibióticos como es el caso de la Cándida y la Giardia, tiene acción sobre algunos retrovirus, bloquea citoquinas inflamatorias y estimula el crecimiento epitelial. El interferón potencia la actividad antimicrobiana de las células inmunitarias. (Lawrence & Lawrence, 2014)

Factores antimicrobianos en la leche materna.

- Lisozimas: Algunas bacterias, al degradar proteoglicanos de sus paredes celulares, protegen contra la destrucción de la elastina.
- ß defensinas-1: Ejercen actividad microbicida contra la Escherichia coli.
- Sustancias antiadherentes
- Oligosacáridos: Impiden que las bacterias penetren en el interior de las células.
- Mucinas: Se unen a bacterias y virus para coadyuvar a su eliminación del organismo.
- Lactoadhesinas: Actúan contra infecciones por rotavirus.
- Glicona K caseína: Interviene en el proceso como receptor análogo para bacterias.
- Mac-2 glicoproteína: Previene contra infecciones respiratorias agudas.
- Proteínas fijadoras de la B12: Reducen la proporción de B12 disponible para el crecimiento bacteriano.

- Factores bidogénicos y prebióticos: Provocan el crecimiento de lactobacilos bífidos, es decir, de bacterias favorecedoras e inocuas que impiden el crecimiento de otros gérmenes dañinos.
- Lípidos antivirales
- Agentes antiinflamatorios y otros: Tanto esos agentes como las enzimas, los mecanismos de protección celular, los antioxidantes, los factores de crecimiento epitelial y las interleuquinas, son de gran importancia para ahorrar energía de la respuesta inmune, lo cual contribuye al crecimiento y desarrollo de recién nacidos y lactantes menores, a la vez que los agentes inmunomoduladores contribuyen al perfeccionamiento del sistema inmunitario.
- Péptidos antimicrobianos antes y después de la digestión: Ácidos grasos y monoglicéridos.
- Factores antivirales
- Factor inhibidor de la migración celular
- Factores de crecimiento y hormonales: Prolactina, insulina, tirotoxina, prostaglandinas, eritropoyetina, factor de crecimiento nervioso, factor de crecimiento endotelial vascular y otros
- Otras proteínas: Portadoras de enzimas, nucleótidos y alfalactoalbúmina humana, específicas para eliminar células tumorales. (Lawrence & Lawrence, 2014; Ramón et al., 2014)

4.1.3.3.*Células de la leche materna.*

- Macrófagos ≈ 60%: Actúan como células presentadoras de antígenos, realizan fagocitosis de microorganismos y tienen actividad bactericida.
- Neutrófilos ≈ 25%: Tienen actividad bactericida y realizan fagocitosis de microorganismos.
- Linfocitos T: Destruyen directamente células infectadas.
- Linfocitos B: Producen anticuerpos. (Ramón et al., 2014)

La leche materna tiene un alto contenido de nitrógeno no proteico, los ácidos nucleicos, nucleósidos y nucleótidos forman parte de este nitrógeno no proteico y desempeñan una función muy importante en la maduración del sistema inmune, lo cual propicia la inmunidad activa a largo plazo. (Lawrence & Lawrence, 2014; Ramón et al., 2014)

4.1.4. Impacto Psicológico de la Lactancia Materna.

4.1.4.1. Desarrollo afectivo. El desarrollo afectivo juega un papel esencial en la construcción de la identidad de la persona y en su desarrollo emocional. A su vezéste, al ser el modelo que configura sus relaciones y el filtro por el que recibe todala información básica para su desarrollo cognitivo es la base de todo su desarrollo.Desde el desarrollo afectivo se construye el cognitivo y desde éste el social. (Lapo & Rodríguez, 2018)

El que forma los cimientos para el desarrollo social y cognitivo, es el desarrollo afectivo, el cual es indispensable para para que el niño e identifique como tal y además este pueda alcanzar el bienestar y plenitud a lo largo de su vida, logrando seguridad, autonomía y autoestima. (Lapo & Rodríguez, 2018)

El desarrollo socio-afectivo es, en un sentido amplio, aquella dimensión evolutiva que se refiere a la incorporación de cada niño y niña que nace a la sociedad donde vive. Tal incorporación supone numerosos procesos de socialización: la formación de vínculos afectivos, la adquisición de los valores, normas y conocimientos sociales, el aprendizaje de costumbres, roles y conductas que la sociedad transmite y exige cumplir a cada uno de sus miembros y la construcción de una forma personal de ser, porque finalmente cada persona es única. (Lapo & Rodríguez, 2018)

Entonces el desarrollo afectivo es un proceso en el cual cada niño va autoconstruyendo su persona de manera única y así formando su mundo emocional y sentimental. Todo esto le acompañará en cada momento, cada etapa de su desarrollo y cada comportamiento que el niño presente en su diario vivir, de ahí la importancia de estimular y potencia el afecto en las mejores condiciones.(Lapo & Rodríguez, 2018)

4.1.4.2. El desarrollo afectivo y su relación con la lactancia materna. El desarrollo afectivo tiene una gran relación con la lactancia materna según varios estudios que se han realizado a nivel mundial, es por eso que actualmente la mayoría de madres o futuras madres conocen de los beneficios que la lactancia puedebrindarles y de los efectos adversos que se pudieran presentar en caso de no amamantar. (Lapo & Rodríguez, 2018)

En esta primera interacción madre-hijo, ocurren muchos fenómenos interesantes. Primero la madre observa a su recién nacido ojo a ojo. El niño responde concentrando la mirada en su madre. Luego comienza a tocarlo delicadamente y de manera progresiva, comenzando

generalmente por las manitos, luego los pies y finalmente el resto del cuerpo. La madre le habla suavemente con voz de tonalidad alta. El RN responde con algunos movimientos tenues de cara y manos; esto confirma a la madre que el niño está atento y en comunicación directa con ella. El niño llora. El llanto erecta los pezones maternos y estimula a las hormonas prolactina y oxitocina. Se produce una sincronía entre el lenguaje materno, cadencioso y los movimientos del niño. La madre lleva al RN al pezón y éste lo frota hasta que emerge la primera gota de calostro, plena de linfocitos T, linfocitos B y macrófagos, que entregan al niño la clave de los anticuerpos a formar, para defenderse de la flora bacteriana de la piel materna. Estos primeros momentos e interacciones son primordiales en el inicio del apego. (Lapo & Rodríguez, 2018)

Desde el momento en que el niño nace, ocurren un sin número de hechos que marcan al niño y a la madre de forma perenne. Existen procesos que el ser humano lo realiza de manera espontánea, como el hecho de buscar el seno hasta lograr succionar y poder alimentarse, de tener el contacto piel con piel con sus madres y el de guardar su olor para reconocerla. Es así que la lactancia es la manera ideal de lograr manifestaciones afectivas, y que contribuyen a la formación de un desarrollo afectivo ideal. (Lapo & Rodríguez, 2018)

El amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para el neonato; mediante la lactancia se da el contacto piel con piel, se refuerza el vínculo de unión entre la madre y el hijo, creándose un lazo afectivo no solo con la madre sino también con la familia; hay menos casos de maltrato y abandono del niño, reduciendo el costo de consultas médicas y, disminuyendo el consumo de sucedáneos de la leche materna no reciclable. (AEPED, 2016; Lapo & Rodríguez, 2018)

El alimentar a su pequeño es quizás la práctica más placentera de la vida, porque a través de ella, la madre forma lazos afectivos con hijo de manera indefinida, lazos que van a dotar de muchos beneficios al infante y además de reducir enfermedades, maltrato, abandono y mortalidad. (Lapo & Rodríguez, 2018)

Cabe recalcar que suelen existir ciertos obstáculos que impiden la lactancia, pero la madre debe hacer todo lo posible por realizarla, porque esto ocasionaría un fracaso dentro de la formación de vínculos afectivos con el niño, ya que este se sentirá rechazado y desprotegido. (Lapo & Rodríguez, 2018)

El lactante en su desarrollo a través de su comportamiento como es la succión, sonreír, llorar y aferrarse a su figura materna, acerca más a este binomio y, la conducta de ambos está dirigida

a buscar la proximidad del uno con el otro. La lactancia materna es el primer alimento para el recién nacido y es el primer vínculo entre el binomio madre e hijo; la Organización Mundial para la Salud (OMS) para el 2017 espera incrementar de 6 a 10 niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.(UNICEF, 2011)

La lactancia materna es el alimento principal dentro de la alimentación del recién nacido y la base para crear vínculos que desarrollen la afectividad. Este es un proceso natural que brinda al niño grandes beneficios físicos y psicológicos y que, al darse de manera adecuada, en un ambiente acogedor, ayuda al niño a forjar su personalidad y a tener sentimientos de seguridad. (Lapo & Rodríguez, 2018)

El apego y la lactancia natural han cobrado mucha importancia en las últimas dos décadas, tanto a nivel mundial como nacional, debido a que, un Buen Apego favorece los lazos afectivos entre la madre y su hijo y se relaciona con mayor duración y mejor calidad de la lactancia natural, lo que, a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño. (Lapo & Rodríguez, 2018)

La importancia de la vinculación afectiva, en el proceso de interacción social del ser humano es trascendental. Muchos de los conflictos psicológicos que se producen a lo largo de las edades, incluso los que entrarían en el ámbito de la psicopatología, pueden ser explicados a través del conocimiento de la historia afectiva de los primeros años, donde se constituye la seguridad básica y los modelos internos de la persona. Todo este proceso influye en las relaciones de apego, desarrollo social y emocional de los niños y adolescentes. (Lapo & Rodríguez, 2018; Lawrence & Lawrence, 2014)

Es en los primeros años donde se forjan los pilares fundamentales del desarrollo afectivo del niño, y de este depende los conflictos que genere con la sociedad o las relaciones positivas que establezca con su medio. (Lapo & Rodríguez, 2018)

El gran desafío es entonces que la comunidad se informe y sea vocera de la importancia que tiene la lactancia exclusiva hasta los 6 meses sobre el desarrollo afectivo de los niños. El futuro de la humanidad está en el cuidado que les brindemos a los niños, si cuidamos de ellos física y emocionalmente, desde el momento de su gestación hasta el desarrollo en la primera infancia con gran esmero, estaremos asegurando el bienestar de las futuras generaciones. (Urquizo Aréstegui, 2014)

4.1.5. Técnica de Lactancia Materna.

4.1.5.1. Cuidado de las mamas. La lactancia es un período fisiológico normal, una consecuencia natural de dar a luz. No existe por tanto ninguna necesidad de "preparar el pecho", ni durante el embarazo ni tras el parto. Es más importante conseguir una técnica y postura correcta al dar de mamar, que la forma o el color de los pechos o los pezones. (Sánchez & González, 2010)

Los pezones planos o invertidos no contraindican la lactancia; aunque en ocasiones, para iniciar la lactancia se precise de asesoramiento cualificado. No se debe recomendar el uso de pezoneras. (Sánchez & González, 2010)

La ducha diaria es la medida higiénica correcta y suficiente. Secar bien las areolas y pezones para evitar que la zona quede húmeda. No hay que limpiar los pezones ni antes ni después de las tomas. (Sánchez & González, 2010)

No es recomendable el uso de cremas para el pezón, aunque se puede utilizar productos naturales que no sea necesario limpiar para dar de mamar (exprimir y dejar secar la propia leche que tiene sustancias antisépticas y reparadoras). Los aceites sirven para hidratar, pero si aparecen grietas están contraindicados. (Sánchez & González, 2010)

No es imprescindible el uso de sujetador, brasier, sostén. Existen algunos diseñados a propósito para dar de lactar. No es necesario utilizarlo por la noche; se debe priorizar siempre la comodidad de la paciente. (Sánchez & González, 2010)

4.1.5.2. El agarre del recién nacido. Para que el bebé se agarre se debe frotar el pezón contra su labio inferior hasta que abra bien la boca y entonces acercarle al pecho con un movimiento decidido. Es imprescindible acercar el bebé al pecho y no el pecho al bebé. (Sánchez & González, 2010)

La boca del bebé debe estar muy abierta con los labios evertidos (como una ventosa), el labio inferior abarcando la mayor parte posible de la areola (inferior), ya que la succión correcta se hace con la lengua en la areola. Su barbilla pegada al pecho y la nariz rozándolo ligeramente; esta posición le permite respirar sin dificultad. (Sánchez & González, 2010)

Fuente: Guía de Lactancia Materna

Elaboración: (Sánchez & González, 2010)

No es necesario sujetar la mama, pero si se lo hace se debe colocar los dedos y la palma de la mano debajo del pecho y el pulgar en la parte superior (como una letra C), lejos de la areola y sin presionar. No es necesario hacer pinza con los dedos porque se retrae el pezón y presiona los conductos resultándole al bebé más difícil succionar la leche. (Sánchez & González, 2010)

Cuando la succión produce más dolor es un signo de agarre incorrecto. Para corregirlo se debe direccionar la barbilla del bebé hacia abajo, esto abrirá más la boca y colocará bien el labio inferior tomando así, un buen bocado de pecho (Sánchez & González, 2010). Es una maniobra más recomendable que retirarlo del pecho para que vuelva a agarrar (produce más dolor). También se podría cambiar de postura. El bebé tendrá que soltar el pecho espontáneamente, en ese momento se debe ofrecer otra vez el mismo pecho hasta que lo rechace (señal de que lo ha vaciado) y después se puede ofrecerle el otro pecho. (Sánchez & González, 2010)

4.1.6. Lactancia Materna Exclusiva. La lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos ni siquiera agua exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes. (AEPED Asociación Española de Pediatría, 2016)

Existe amplia evidencia epidemiológica alrededor del mundo que indica que la lactancia materna tiene múltiples ventajas para el niño y la madre. Al lactante lo protege de infecciones diarreicas y respiratorias, con un efecto directamente proporcional a su duración y exclusividad. (Tello et al., 2017)

Las tasas de mortalidad en diferentes países, sobre todo del mundo subdesarrollado, muestran una gran diferencia en el riesgo de morir entre lactantes alimentados al pecho materno

o con biberón. La presencia de inmunoglobulinas y leucocitos, la influencia específica del pH y la modificación de la flora intestinal a través de la presencia de bifidobacterias han sido algunas de las propiedades antiinfecciosas ya identificadas en la leche humana. Se ha demostrado que los lactantes reciben protección sistémica por vía transplacentaria desde la etapa prenatal, y a través del calostro y la leche durante la etapa posnatal. Asimismo, se ha comprobado que las bifidobacterias, como parte de la flora intestinal localizada en el espacio intraluminal del tracto digestivo, continúan proporcionando al niño alimentado al pecho materno protección contra las infecciones hasta el momento del destete completo. (Tello et al., 2017)

La alimentación con leche humana le asegura al lactante crecimiento lineal y neurodesarrollo óptimos, y puede tener efectos protectores a largo plazo respecto de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, atopia, asma y algunos tipos de cáncer. (Tello et al., 2017)

Las madres que lactan en forma exclusiva por seis meses presentan amenorrea más prolongada, pérdida de peso posparto en forma más temprana y menor riesgo de anemia y cáncer de mama y ovario. (Tello et al., 2017)

La lactancia materna desarrolla el vínculo afectivo entre la madre y su hija o hijo, protege a la madre contra el cáncer de mama y ovario, y le ayuda a recuperar el peso anterior al embarazo.

- Evita que gaste en otros alimentos para la niña o niño.
- La leche materna es 100 % natural y no tiene riesgo de contaminación.
- Mejora el desarrollo del cerebro, pulmones y dientes de la niña o niño.
- Ayuda a las funciones como masticar y respirar.
- Alimentándose con leche materna, su hija o hijo crece sano y fuerte, con muchas defensas y sin anemia. (Tello et al., 2017)

4.1.7. Lactancia Materna Combinada. La lactancia Materna Combinada o Mixta es cuando la alimentación del bebé se complementa con leche maternizada o también llamada leche de fórmula; es una alternativa cuando la alimentación al pecho no es posible o bien la madre decide libremente esta opción. (AEPED Asociación Española de Pediatría, 2016; Kliegman et al., 2016; Lawrence &Lawrence, 2014)

Por lo general la leche artificial es una leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna. Es decir, intenta añadir otros nutrientes presentes en la leche materna, que no están en la leche de vaca, para que el niño pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado. (Lawrence & Lawrence, 2014)

Actualmente todavía no existe ninguna solución de fórmula con función inmunológica, mismas que están presentes en la leche materna. En el mercado es posible encontrar los siguientes tipos. (Lawrence & Lawrence, 2014)

- Fórmula de inicio: Leches que contienen el nombre comercial seguidas por el número 1. Se recomiendan hasta los 6 meses de edad.
- Fórmula de continuación: Leches que contienen el nombre comercial seguidas por el número 2. Se recomiendan hasta los 18 meses.
- Fórmula de continuación: Leches que contienen el nombre comercial seguidas por el número 3. Se recomiendan hasta los 3 años. (Kliegman et al., 2016; Lawrence & Lawrence, 2014)

4.1.7.1. Fórmulas de Inicio. Fórmulas 1. Las actuales fórmulas de inicio se refieren a un alimento capaz de satisfacer por sí solo los requerimientos nutricionales durante los 4 a 6 primeros meses de vida, debiendo luego pasar a la fórmula de continuación. La fórmula de inicio no debe contener ni harina de almidón, miel, espesantes ni saborizantes. (May-Díaz et al., 2015)

Características:

- Energía: 65-75 kcal/100ml
- Proteínas: 1,8-2,8 g/100kcal; 1,2-1,9 g/100ml
- Hidratos de Carbono; 8-12 g/100kcal; 5,4-8,2 g/100ml
- Grasas: Las grasas deben proporcionar el 50% de la energía
- Hierro: 0,1-0,2 mg/ kcal; 0,07-0,14 mg/100ml en las fórmulas no suplementadas con hierro y no menos de 1 mg/100kcal, 0,7 mg/100ml en las fórmulas enriquecidas con hierro.
- Calcio: 60 mg/100kcal, 40 mg/100ml. La absorción del calcio de la fórmula depende de muchos factores, pero está alrededor de un 25-40%.

- Fósforo: mínimo 30mg/100kcal, 20 mg/100ml; máximo 50 mg/100kcal, 30 mg/100ml.
- Sodio; No inferior al contenido en la leche humana. (Tello et al., 2017)

4.1.7.2. Fórmula de continuación. Fórmulas 2. Es el alimento adecuado para lactantes de 5 a 12 meses de edad y para niños de entre 1 a 3 años. A partir de esa edad, el niño tiene unos requerimientos nutritivos que difícilmente se van a poder cubrir solamente con leche, y es el momento en que generalmente se inicia la alimentación complementaria. No obstante, la leche, a parir del segundo semestre de la vida, debe seguir siendo un alimento básico en su dieta, y apostar al menos el 50% de la energía diaria, en un volumen no inferior a 550-600 ml/día. (May- Díaz et al., 2015)

Características:

- Energía: 60-80 kcal/100ml
- Proteínas: 3,4-5 g/100kcal; 2,1-3,1 g/100ml
- Hidratos de Carbono; 8-12 g/100kcal; 5,7-8,6 g/100ml. La cantidad de sacarosa no debe superar el 20%.
- Grasas: 4-6 g/100kcal, 2,7-4 g/100ml
- Hierro: 1-1,7 mg/ kcal; Debido a que el ácido ascórbico mejora la absorción del hierro, las fórmulas deben contenerlo. (Tello et al., 2017)

4.1.7.3. Fórmula de crecimiento. Fórmulas 3. Están indicadas para ser consumidas por niños preescolares y escolares. Por intereses exclusivamente comerciales esas fórmulas se denominan genéricamente “de crecimiento”, sin que obviamente contengan ningún elemento en su composición que acelere el crecimiento de losniños. No existe normativa específica que regule la composición de estas fórmulas, como ocurre respecto a las fórmulas de inicio o continuación. (May- Díaz et al., 2015)

Características:

- Proteínas: 2,3 g/100ml
- Hidratos de Carbono: (Lactosa, miel) 8 g/100ml. 46% de las calorías
- Grasas: 3,1 g/100ml. Grasa láctica vegetal. Colesterol 5 mg/100ml.

- Hierro: 1,4 mg/ 100ml;
- Calcio: 110mg/100ml. Osmolaridad 280mOsm/l (Tello et al., 2017)

No existen razones, desde el punto de vista fisiológico y de maduración de órganos, como ocurre con el lactante de 5 a 6 meses, para que un niño a partir de los 3-4 años no tome leche de vaca entera. (May-Díaz et al., 2015)

4.2. Infecciones de Vías Respiratorias Altas

4.2.1. Definición. Las infecciones respiratorias agudas constituyen las enfermedades infecciosas más frecuentes del ser humano. Los niños pueden presentar entre seis y ocho infecciones respiratorias al año, muchas de las cuales, sobre todo las que ocurren en el periodo de lactante, afectan a las vías respiratorias altas (fosas nasales,boca, faringe, laringe.). (Calvo, García, Casas, & Pérez, 2016)

En los menores de dos años, estas infecciones suponen una de las causas más frecuentes de numerosas consultas médicas tanto a nivel de Atención Primaria como de los servicios de urgencias hospitalarios. (Calvo et al., 2016; Shaw & Bachur, 2015)

4.2.2. Refriado Común. El resfriado es un síndrome producido por gran diversidad de virus, lo que explica que en la vida de un ser humano nunca se obtenga una inmunidad absoluta. El número de episodios es muy elevado en la infancia y va decreciendo hasta los 3-4 anuales del adulto. (De la Flor, 2017b)

El resfriado común es un amplío síndrome producido por un gran número de virus. Los rinovirus, presentes todo el año, aunque predominan en el inicio del otoño y final de la primavera, son los más frecuentes (50%). Son también los más aislados en oído medio y senos maxilares, generalmente en cultivos con crecimiento concomitante de bacterias (en este caso, disminuyendo la efectividad del tratamiento antibiótico), la más frecuente causa vírica (genotipo C) de exacerbación del asma en niños mayores de 2 años, y causa reconocida de empeoramiento en fibrosis quística. En inmunodeprimidos, pueden producir mortalidad. (De la Flor, 2017b)

Aunque el rinovirus se replica preferentemente en las temperaturas relativamente bajas del tracto superior (33ºC), es también agente etiológico en infecciones potencialmente graves de vías bajas, bronquiolitis y neumonía, especialmente en niños pequeños. (De la Flor, 2017b)

La clínica consiste en una combinación variable de: fiebre, tos, rinorrea, dolor de garganta, congestión ocular, obstrucción nasal y estornudos, de 4 a 10 días de duración. La enfermedad

tiene un periodo de incubación de 1 a 5 días. La eliminación del virus es máxima entre los 2 y 7 días, pero puede durar hasta 2 semanas, por lo que ninguna medida de aislamiento para romper la cadena de contagio resulta utilizable en la práctica. A nivel preventivo, solo el lavado frecuente de manos en personal que está en contacto habitual con niños ha mostrado su eficacia. (De la Flor, 2017b)

La tasa de ataque en exposición de corta duración (salas de espera) resulta muy baja, pero es elevadísima en con tactos de varias horas diarias (escuela y domicilio). La clínica, conocida por toda la humanidad, consiste en una combinación variable de los siguientes signos y síntomas:(De la Flor, 2017b)

- Dolor de garganta, que suele ser el síntoma inicial en niños mayores.
- Rinorrea de intensidad variable, inicialmente acuosa y progresivamente espesa por la infiltración neutrófila, sin que este hecho comporte necesariamente sobreinfección bacteriana ni necesidad de utilizar antibióticos.
- Obstrucción nasal, síntoma predominante en lactantes, muy especialmente en menores de 3 meses.
- Tos, inicialmente no productiva, a veces, tan intensa que interfiere con la alimentación y el descanso y, posteriormente, acompañada de expectoración, tanto más eficaz cuanto mayor sea el niño.
- Estornudos, lagrimeo y congestión ocular.
- Fiebre, más frecuente en niños entre 3 meses y 3 años. Puede preceder en unas horas al resto de la sintomatología, aunque más frecuentemente aparece horas después, lo que constituye un dato clínico útil para la diferenciación con la gripe, que suele presentar la secuencia contraria. La fiebre puede ser muy elevada y durar hasta 72 horas, sin que este hecho, por sí solo, implique la existencia de sobreinfección bacteriana. (De la Flor, 2017b)

El tratamiento debe basarse en consejos y medidas caseras, ocasionalmente en fármacos para el alivio sintomático (fiebre, dolor, tos) y solo con antibióticos ante presencia de criterios clínicos muy restringidos de sospecha de sobreinfección. (De la Flor, 2017b)

4.2.3. Otitis Media. La otitis media es un trastorno inflamatorio del oído medio que aparece por disfunción de la trompa de Eustaquio, por diversas enfermedades, como infecciones respiratorias altas y rinosinusitis crónica. La reacción inflamatoria a tales padecimientos hace que se genere un trasudado estéril dentro del oído medio

y las cavidades mastoideas. El líquido puede infectarse si lo contaminan bacterias o virus que llegan de la nasofaringe y así produce un cuadro agudo (o a veces crónico). (Kasper et al., 2016)

La otitis media aparece cuando los microorganismos patógenos que vienen de la nasofaringe son introducidos en el líquido inflamatorio reunido en el oído medio (p. ej., sonarse la nariz durante una IRA). La proliferación del patógeno en dicho espacio permite que aparezcan signos y síntomas típicos de infección aguda del oído medio. (Pabón, Leiva, Díaz, & Cardona, 2014)

Para diagnosticar este trastorno, se necesita demostrar la presencia del líquido en dicha zona del oído (con inmovilidad de la membrana del tímpano) y signos o síntomas acompañantes de enfermedad local o general. (Kasper et al., 2016; Pabón et al., 2014)

Por lo regular, la otitis media aguda aparece después de una IRA viral. Los propios virus (más a menudo RSV, virus de influenza, rinovirus y enterovirus) causan más adelante otitis media aguda. Con mayor frecuencia aquéllos predisponen a otitis media bacteriana. (White, 2017)

La otalgia o sus equivalentes en lactantes (irritabilidad, tracción del pabellón) es el signo capital y de mayor especificidad. La OMA puede acompañarse de otros síntomas (fiebre, vómitos, diarrea) totalmente inespecíficos. (De la Flor, 2014)

La OMA aparece habitualmente a los pocos días del inicio de un resfriado común, pero no es excepcional que lo haga súbitamente, sin signos catarrales previos aparentes o cuando la infección respiratoria ya parecía haberse resuelto. El síntoma capital, de mayor especificidad, es la otalgia, en ausencia de la cual o de sus equivalentes no debería diagnosticarse OMA. Sin embargo, su presencia tampoco es patognomónica de OMA puede ser debida a otitis externa, dolor irradiado a partir de una faringitis, flemón dentario, DTE con presión negativa en oído medio, o miringitis. Es más frecuentemente de aparición nocturna, dado que el cambio de posición del niño al encamarse favorece una mayor presión del derrame sobre la membrana timpánica. (De la Flor, 2014)

Puede ser muy intensa, y es un frecuente motivo de consulta nocturna a los servicios de urgencia. La fiebre es inconstante, pero puede ser elevada, especialmente en lactantes. Otros síntomas, menos específicos, pero de alto valor predictivo, son la irritabilidad en lactantes, que en ocasiones tiran de los pabellones auriculares hacia abajo o se los frotan con las manos. Se considera equivalente a la otalgia. Los vómitos y/o diarrea, en niños de menos de 3 años,

acompañan frecuentemente a la OMA, pero son totalmente inespecíficos. Cuando la membrana timpánica se perfora, se visualiza la secreción, que puede ser purulenta o sanguinolenta. La perforación suele seguirse de disminución o desaparición del dolor. (De la Flor, 2014)

La abundante irrigación de la membrana timpánica favorece una rápida cicatrización, a veces en 24-48 horas, que puede condicionar un nuevo acúmulo de secreciones y la reaparición de la sintomatología aguda. La hipoacusia en niños mayores es un signo que acompaña frecuentemente a la OMA y si es de corta evolución tiene gran especificidad. (De la Flor, 2014)

El tratamiento de la OMA debe empezar por una correcta analgesia. La utilización o no de ATB debe fundamentarse en un correcto diagnóstico de OMA (con la presencia de dolor o su equivalente en lactantes) y en no tratar otoscopias positivas, sino la combinación de clínica específica y signos otoscópicos sugestivos, preferentemente confirmados con otoscopia neumática y, si es posible, con timpanometría. La amoxicilina a altas dosis es el tratamiento de 1ª elección. Cefuroxima es la mejor opción si se utiliza una cefalosporina. Los macrólidos no deben utilizarse, salvo en caso de alergia anafiláctica a la penicilina. Ceftriaxona puede ser una opción a considerar en caso de precisarse la vía parenteral o como último recurso previo a la derivación hospitalaria. (De la Flor, 2014)

4.2.4. Faringitis. La faringitis es la inflamación (incluyendo eritema, edema, exudado, enantema, úlceras y vesículas), generalmente debida a infección, de las membranas mucosas de la garganta. Menos frecuentemente, es debida a causas ambientales, antiguamente conocidas como faringitis “irritativas”: tabaco, polución, alérgenos, cáusticos, alimentos o líquidos muy calientes. (De la Flor, 2017a)

La mayor parte de los casos de faringitis aguda son causados por virus típicos de vías respiratorias. El padecimiento que más preocupación despierta es la infección por Streptococcus (S. pyogenes) hemolítico β del grupo A, el cual causa trastornos agudos, como glomerulonefritis y fiebre reumática. El peligro de esta última puede disminuir si se emprende de manera oportuna el tratamiento con penicilina. (Goldman & Shifer, 2017)

Microorganismos muy diversos causan faringitis aguda. Es posible estimar sólo la importancia relativa de los patógenos diferentes porque una proporción importante de casos (en promedio 30%) no tiene una causa identificable. En conjunto, los virus de vías respiratorias constituyen la causa identificable más habitual de la faringitis aguda y las proporciones mayores de casos las causan los rinovirus y los coronavirus (~20% y al menos 5%,

respectivamente). Una fracción mesurable de casos también es causada por virus de influenza, parainfluenza y adenovirus y estos últimos, como parte de un síndrome clínicamente más grave de fiebre faringoconjuntival. (Farreraz, Rozman, López, & Domarus, 2016)

Otros virus causales importantes, pero menos frecuentes son el del herpes simple (HSV, herpes simplex virus) tipos 1 y 2, coxsackie virus A, Citomegalovirus (CMV, Citomegalovirus) y virus de Epstein-Barr (EBV, Epstein-Barr virus). El cuadro clínico inicial de la infección aguda por VIH puede incluir la faringitis aguda y hay que pensar en ella en poblaciones bajo riesgo de presentarla. Por lo regular, la faringitis bacteriana aguda es originada por S. pyogenes que genera ~5 a 15% de todos los casos de faringitis aguda en adultos; las tasas varían con la estación del año y la utilización de los servicios asistenciales. (Farreraz et al., 2016; Goldman & Shifer, 2017; Kasper et al., 2016)

La faringitis estreptocócica del grupo A es más bien una enfermedad de niños de cinco a 5 años de vida; no es frecuente entre quienes tienen menos de tres años de edad, como ocurre con la fiebre reumática. Los estreptococos de los grupos C y G causan un escaso número de casos, aunque tales serogrupos no son reumatógenos. Se ha identificado con frecuencia cada vez mayor Fusobacterium necrophorum como causa de faringitis en adolescentes y adultos jóvenes y se le ha aislado casi con la misma frecuencia que a los estreptococos del grupo A. (Kasper et al., 2016)

Idealmente, debería basarse en técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico o en cultivo del frotis faríngeo. La práctica de la atención primaria pública en nuestro medio hace, a veces, difícil usar otra arma que la valoración clínica cuidadosa. La diferenciación entre faringitis bacteriana y faringitis vírica es compleja. La valoración conjunta y cuidadosa de toda la sintomatología y semiología, aun hecha por un pediatra experimentado, tiene una correlación muy pobre con la confirmación microbiológica. (De la Flor, 2017a)

La penicilina oral sigue siendo el tratamiento de primera elección. Las cefalosporinas presentan mejores resultados en erradicación bacteriológica, pero deberían reservarse a situaciones de fracaso terapéutico o recidiva. Los macrólidos de 14 y 15 átomos (eritromicina, claritromicina y azitromicina) presentan resistencias frecuentemente. Los macrólidos de 16 átomos (josamicina, espiramicina) son el tratamiento de elección en alergia a la penicilina. (De la Flor, 2017a)

4.2.5. Laringitis (CRUP). El término laringitis aguda describe un síndrome clínico producido por inflamación y obstrucción aguda de la laringe. La etiología es mayoritariamente vírica y, en ese caso, son términos equivalentes: laringitis subglótica, crup, laringotraqueítis y Laringotraqueobronquitis aguda. (Temprano &Hinojal, 2017)

La etiología de la laringitis aguda subglótica es mayoritariamente vírica. El parainfluenza tipo 1 es la causa más común de laringotraqueítis aguda, ocasionando epidemias en los meses de otoño e invierno. Parainfluenza tipo 2, generalmente ocasiona cuadros más leves, y el tipo 3 causa casos esporádicos, pero más graves. (Cruz & Jiménez, 2018)

La tríada característica del crup se compone de: disfonía, tos perruna y estridor inspiratorio, con o sin disnea, en el contexto de un cuadro catarral. (Temprano & Hinojal, 2017)

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y no suelen precisarse pruebas complementarias. Debe establecerse diagnóstico diferencial, sobre todo, con la laringitis espasmódica, la epiglotitis y la traqueítis bacteriana y, en general, con todas las causas de obstrucción aguda de la vía aérea superior. (Temprano & Hinojal, 2017)

Los corticoides son los fármacos más útiles en el tratamiento del crup, siendo eficaz una dosis única de dexametasona oral en todos los casos, independientemente de su gravedad. (Temprano & Hinojal, 2017)

4.3. Influencia de la Lactancia Materna en el desarrollo de Infecciones respiratorias altas

4.3.1. Antecedentes Científicos.

4.3.1.1. Estudio Bueno Campaña y colaboradores. Se concertaron un total de 106 visitas en 80 niños para la valoración clínica de la posible IR aguda. Se cumplieron criterios de IR aguda en 89 ocasiones (83,9% de las visitas). El diagnóstico clínico más frecuente fue catarro de vías altas (82%). Solo se detectó un virus en 17 (23,2%) de las 73 muestras biológicas analizadas mediante PCR. El 15,5% de los niños que realizaron visita por enfermedad precisó ingreso hospitalario. El virus aislado con mayor frecuencia fue el rinovirus (38%), seguido del virus respiratorio sincitial (33%). (Bueno et al., 2016)

El 46% de las IR clínicas (con estudio virológico positivo o no) se produjo en niños menores de un mes. La edad media de los niños infectados fue de 45 días (DE: 26,14). La LM en los niños con IR se prolongó 61,75 días (DE: 40,30), frente a 66,10 días (DE: 44,38) que duró en

los no infectados (p = 0,44). La duración media de la LM en los niños que precisaron ingreso por su IR fue de 39 días (DE: 23,54), frente a 46,25 días (DE: 26,55) en los niños infectados no ingresados. Estas diferencias no fueron significativas (p > 0,1). (Bueno et al., 2016)

Se analizaron factores epidemiológicos considerados en otros estudios como asociados a IR (nacionalidad, estudios de la madre, hijos vivos, número de convivientes en el domicilio, fumadores y peso de recién nacido [PRN]) y no se relacionaron con un mayor riesgo de IR. Solo la presencia de hermanos en edad escolar mostró asociación con las IR. Al mes de vida, el 12,3% de los niños con hermanos en edad escolar se había infectado, frente al 8,2% de los que no los tenían. A los dos meses de edad, estas cifras ascienden al 28,5% y al 16,4%, respectivamente. Estas diferencias resultaron significativas (p = 0,006). Tener hermanos en edad escolar multiplica por 1,74 la tasa de riesgo de IR en los primeros meses de vida (IC 95%: 1,12-2,72). El tipo de lactancia en el momento de la infección no fue un factor de riesgo para IR (chi-cuadrado = 0,052; p = 0,820). Sin embargo, sí lo fue la duración de la misma. Si tomamos como referencia la duración de la LM exclusiva más de 90 días: el riesgo de infección se multiplica por cinco (IC 95%: 2,073-12,19) si dura menos de un mes, por 9,8 (IC 95%: 4,065-23,660) si dura entre 30-60 días y por 3,4 (IC 95%: 1,280-9,198) si dura entre 60-90 días. (Bueno et al., 2016)

Prolongar la LM exclusiva más de 90 días resultó un factor protector contra la IR y no existe ningún beneficio significativo cuando la lactancia duraba menos de 90 días. De esta manera, por cada cuatro niños (IC 95%: 3,46-6,67) que reciben LM exclusiva más de 90 días se evitaría una IR. El análisis crudo de la tendencia de la asociación entre duración de la LM y riesgo de IR demuestra una asociación negativa (z = -3,47; p = 0,00051) que, una vez ajustada por la presencia de hermanos en edad escolar, continúa siendo significativa (z = -3,36; p = 0,0007). Es decir, la presencia de hermanos en edad escolar no modifica el efecto que la duración de la LM tiene sobre el riesgo de IR. Los niños con hermanos en edad escolar se infectan más en todos los estratos de duración de la LM exclusiva, pero en los que la LM dura más de 90 días, las infecciones disminuyen en ambos grupos. (Bueno et al., 2016)

4.3.1.2. Estudio Alzate Meza y colaboradores. Se encontró que existe una relación significativa entre lactancia materna (como factor protector) con bronquiolitis, síndrome bronco obstructivo, reflujo gastroesofágico, desnutrición, y patología actual. No se encontró relación significativa entre estas patologías y el tipo de familia. (Alzate-Meza et al., 2014)

Se encontró asociación significativa entre apendicitis (p=0,031), neumonía (p=0,007) y afección cardiorrespiratoria (p=0,000) con tiempo de lactancia. El promedio de tiempo de lactancia para los que presentaron apendicitis fue 8,5 meses y los que no, 10,78 meses. El tiempo de lactancia materna para los que padecieron neumonía fue de 7,73 meses mientras que para los que no padecieron la patología fue de 11,12 meses. Con respecto a la afección cardiorrespiratoria, el promedio de tiempo con lactancia materna para los que la tuvieron fue de 5,5 meses, en comparación con un promedio de 10,95 meses para aquellos que no la tuvieron. En cuanto al tipo de familia y tiempo de lactancia, no se encontró asociación estadísticamente significativa (p=0,762). (Alzate-Meza et al., 2014)

4.3.1.3. Estudio Buñuel**.** Una duración de la LM exclusiva menor a dos meses se asoció con un mayor número de utilización de servicios sanitarios por ITRI e ITRS (infección del tracto respiratorio inferior y superior) más de cuatro consultas al médico de atención primaria y/o en el hospital y/o ingresos hospitalarios: OR: 1,43 (IC 95%: 1,02- 2,01). Una duración de la LM mixta menor a seis meses también se asoció a una mayor incidencia de ITRI: OR: 1,46 (IC 95%: 1,07- 2). No existió relación entre la duración de la LM (exclusiva o mixta) y la incidencia de ingresos hospitalarios por ITRI (LM exclusiva menor a 2 meses: OR: 1,85; IC 95%: 0,79- 4,34. LM mixta menor a 6 meses: OR: 2,05; IC 95%: 0,88- 4,76). (Buñuel, 2014)

La LM exclusiva menor a 6 meses se asoció con mayor incidencia de ETRI (más de dos consultas en AP u hospital): OR 2,07; IC 95% 1,47- 2,9, y con un mayor número de ingresos por esta causa: OR 2,65, IC 95%: 1,3- 5,41. (Buñuel, 2014)

Enfermedad del tracto respiratorio inferior sin sibilancias: LM exclusiva menor a 8 meses se asoció con un riesgo incrementado de tener dos o más consultas en AP u hospital- OR 1,76, IC 95%: 1,27- 2,44- y con un mayor número de ingresos hospitalarios- OR 2,89 (IC 95%: 1,44- 5,8)-. (Buñuel, 2014)

Por lo que el autor concluyó una mayor duración de la LM (ya sea exclusiva o parcial) disminuye la incidencia de infecciones enfermedades respiratorias y también el número de ingresos hospitalarios durante el primer año de vida. (Buñuel, 2014)

5. Materiales y métodos

5.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo.

5.2. Unidad del Estudio

El estudio fue realizado en el Centro de Salud de Vilcabamba en la Avenida Eterna Juventud E682 en la ciudad de Vilcabamba, en la parroquia de Vilcabamba, del cantón Loja.

5.3. Universo y muestra

El universo estuvo constituido por lactantes de 0 y 18 meses de edad residentes en la parroquia de Vilcabamba, atendidos en el centro de salud del sector.

La muestra se tomó de entre los niños de ambos sexos de 0 a 18 meses de edad residentes y que fueron atendidos en el Centro de Salud de Vilcabamba con un valor mínimo de 105 encuestados.

5.4. Criterios de Inclusión

- Niños residentes dentro de los límites de la parroquia Vilcabamba.
- Padres de familia que deseen ser partícipes de la investigación.
- Niños atendidos en el Centro de Salud de Vilcabamba y posean una Historia Clínica.

5.5. Criterios de Exclusión

- Niños mayores de 18 meses de edad.
- Cambio de residencia
- Niños cuyos padres abandonen espontáneamente el estudio.

5.6. Técnica.

Para la recolección de información se recurrió a la utilización del instrumento adaptado por el autor de la investigación para determinar el tipo de lactancia que recibió el niño, duración de lactancia materna exclusiva y si ha existió algún tipo de infección de las vías respiratorias altas, lo cual se corroborará con las historias clínicas de cada uno de los participantes; para dicha finalidad se usó un lenguaje comprensible y acorde al grupo en estudio.

5.7. Instrumento

Se aplicó el instrumento adaptado por el autor de la investigación, encuesta denominada: **Alimentación e Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad**;colocando en la parte superior de la hoja espacios en blanco en los cuales se colocarán los datos

de identificación correspondientes, seguidos de una pequeña introducción y propósito. Seguido de un cuestionario de preguntas las mismas que serán indicadas como responder (anexo 4).

5.8. Procedimiento.

El presente estudio se llevó a cabo luego de la correspondiente aprobación del tema de investigación por parte de la coordinadora de la carrera de medicina; posteriormente se solicitó la pertinencia y la asignación del director de tesis. Una vez asignado el director, se hicieron los trámites pertinentes dirigidos al director del Centro de Salud de Vilcabamba para obtener la autorización de recolección de la información de los pacientes, incluyendo la dirección del domicilio para realizar la encuesta.

Luego se les informó el propósito del estudio; consecutivamente se procedió a la socialización del consentimiento informado y su respectiva autorización.

Con la autorización mediante el consentimiento informado de los pacientes se procedió a la aplicación de la encuesta para la recolección de datos; posteriormente se corroboró la información con las historias clínicas.

5.9. Equipos y Materiales

Se utilizaron equipos de tecnología media como una computadora portátil HP family 1000, misma que contaba con el programa estadístico Microsoft Excell 2013 y programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

5.10. Plan de Tabulación y Análisis de los Resultados

Después de obtener la información mediante encuestas y visitas domiciliarias realizadas; y revisión de historias clínicas se clasificó los datos recolectados, se tabuló los datos mediante el programa Microsoft Excel y se aplicó la técnica estadística inferencial de comparación de proporciones Chi cuadrado de Pearson y valiéndonos del programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), se realizó el análisis y cruce de variables.

Finalmente, posterior al análisis, mediante tablas se expusieron los resultados obtenidos cumpliendo así con los objetivos de la investigación

6. Resultados

Tabla 1.

Tipo de alimentación en niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba

Tipo de Alimentación	Frecuencia	Porcentaje %
Lactancia Materna Exclusiva	77	63,12
Lactancia Materna más Leche maternizada	39	31,96
Leche Maternizada	6	4,92
TOTAL	122	100

Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.
Elaborado por Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

Aproximadamente el 63,12% de la población tuvo una dieta basada en Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

Tabla 2.

Frecuencia de Infecciones de Vías Respiratorias Altas en los niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje %
Resfriado Común	24	19,67
Otitis Media	2	1,64
Faringitis	9	7,38
Laringitis	0	0,00
Sin patología	87	71,31
TOTAL	122	100

Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.
Elaborado por Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

La enfermedad respiratoria de mayor incidencia fue el Resfriado común con un 19,67% de la población diagnosticada con la misma.

Tabla 3.

Relación del Tipo de Alimentación con Incidencia Infecciones Respiratorias Altas en menores de 6 meses

FRECUENCIAS OBSERVADAS

		Infección Respiratoria		
		Sí	No	Total
Lactancia Materna	Sí	10	67	77
	No	25	20	45
Total		35	87	122

Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.
Elaborado por Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

FRECUENCIAS ESPERADAS

		Infección Respiratoria		
		Sí	No	Total
Lactancia Materna	Sí	22,1	54,9	77,0
	No	12,9	32,1	45,0
Total		35,00	87,00	122,0

Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.
Elaborado por Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

CHI-CUADRADO DE PEARSON

		Valor	Grados de Libertad
Chi-cuadrado de Pearson Tabulado	95% (0,05)	3,84	1
	99% (0,01)	6,63	1
Chi-cuadrado de Pearson Calculado		25,16	1

Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.
Elaborado por Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

De acuerdo al análisis estadístico, el Chi calculado es mayor al Chi Tabulado, y basándonos en los grados de libertad y probabilidad; la relación es estadísticamente significativa, siendo así que podemos concluir que la Lactancia Materna es un Factor protector para Infecciones Respiratorias Altas en los primeros 6 meses de vida.

7. Discusión

Gracias a la investigación realizada se llega a comprender la existencia de la relación entre el tipo de alimentación y la incidencia de patologías de carácter respiratorio prevalente en el grupo etario de 0 a 18 meses de vida, así

De los 122 casos estudiados mediante encuestas y revisión de sus historias clínicas, claramente se logra comprobar que aproximadamente el 63,12%, mantiene prácticas de Lactancia materna Exclusiva al menos por los seis primeros meses de vida, mismo que repercute beneficiosamente sobre el riesgo de padecer una infección del tracto respiratorio alto debido a que de los mismos solo existieron 10 casos de infección, siendo el resfriado común y la faringitis, no especificada las enfermedades con mayor incidencia.

Al realizar el análisis de las variables y mediante la prueba de asociación estadística Chi Cuadrado de Pearson, valiéndonos del programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), se logra obtener una relación estadísticamente significativa de 25,16 (IC 0,95), concluyendo de esta forma que la Lactancia Materna es un factor protector de las infecciones que afectan el tracto respiratorio alto durante los seis primeros meses de vida.

Es necesario comparar nuestra investigación con estudios parecidos como lo son el estudio de Bueno y colaboradores (2016) quienes determinaron que el tipo de lactancia en el momento de la infección respiratoria no fue un factor de riesgo para infecciones respiratorias (chi-cuadrado = 0,052; p = 0,820). Sin embargo, sí lo fue la duración de la misma. Si se toma como referencia la duración de la Lactancia Materna exclusiva más de 90 días: el riesgo de infección se multiplica por cinco (IC 95%: 2,073-12,19) si dura menos de un mes, por 9,8 (IC 95%: 4,065-23,660) si dura entre 30-60 días y por 3,4 (IC 95%: 1,280-9,198) si dura entre 60-90 días. (Bueno et al., 2016), siendo así que contrasta con nuestros resultados obtenidos de niños que lactaron durante los primeros 6 meses de vida, hecho que protege a los mismos de padecer algún tipo de infección del tracto respiratorio alto.

Bueno y colaboradores (2016) llegan a la conclusión de que prolongar la Lactancia Materna exclusiva más de 90 días resulta ser un factor protector contra las infecciones respiratorias y que no existe ningún beneficio significativo cuando la lactancia dura menos de 90 días. El análisis crudo de la tendencia de la asociación entre duración de la Lactancia Materna y riesgo de infecciones respiratorias demuestra una asociación negativa (z = -3,47; p = 0,00051) (Bueno et al., 2016)

En otra investigación realizada por Buñuel (2014) determinó que una duración de la Lactancia Materna exclusiva menor a dos meses se asocia con un mayor número de utilización de servicios sanitarios por infección del tracto respiratorio inferior y superior; más de cuatro consultas al médico de atención primaria y/o en el hospital y/o ingresos hospitalarios: OR: 1,43 (IC 95%: 1,02- 2,01). Una duración de la Lactancia Materna combinada con leche maternizada menor a seis meses también se asoció a una mayor incidencia de infección del tracto respiratorio inferior: OR: 1,46 (IC 95%: 1,07- 2). A su vez los autores afirman que no existe relación entre la duración de la Lactancia Materna (exclusiva o combinada con fórmula maternizada) y la incidencia de ingresos hospitalarios por infección del tracto respiratorio inferior (Lactancia materna exclusiva menor a 2 meses: OR: 1,85; IC 95%: 0,79- 4,34. Lactancia materna combinada menor a 6 meses: OR: 2,05; IC 95%: 0,88- 4,76). (Buñuel, 2014). Al cotejar dicho estudio con el nuestro también se logran observar similitudes como que en nuestra población el número de atenciones médicas por enfermedades respiratorias fue menor en aquellos niños que se alimentaron de Lactancia Materna, teniendo solamente 10 casos de resfriado común.

Cabe recalcar que Buñuel (2014) concluyó que a mayor duración de la Lactancia Materna (ya sea exclusiva o combinada) disminuye la incidencia de infecciones enfermedades respiratorias y también el número de ingresos hospitalarios durante el primer año de vida. (Buñuel, 2014)

8. Conclusiones

Al terminar el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- La Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es un factor protector contra infecciones respiratorias altas de acuerdo a la prueba estadística de Chi Cuadrado de Pearson con una relación estadísticamente significativa.
- La lactancia materna exclusiva constituye la primera fuente de alimento en los niños menores de 18 meses de edad.
- El Refriado común tuvo una menor incidencia en aquellos niños que recibieron lactancia materna exclusiva, en comparación con que no la recibieron

9. Recomendaciones

- Al Ministerio de Salud Pública, que se implemente estrategias para el cumplimiento de los lineamientos de protección para el niño y la madre por parte de los profesionales de salud con la finalidad que existe una promoción de la importancia de la Lactancia materna y el impacto beneficioso sobre el desarrollo y crecimiento del infante.
- A la Facultad de Medicina Humana, motivar a los estudiantes para continuar con la investigación resaltando este tópico que se encuentra dentro de las líneas de investigación de la Carrera de Medicina Humana, debido que es un campo desconocido o inclusive ignorado por algunos sectores de la comunidad científica,
- A los profesionales de salud, establecer medidas que faciliten la sensibilización con las madres para que se adopte prácticas de acuerdo al componente de Lactancia Materna del ESAMyN, dentro de los lugares de trabajo de cada facultativo.

10. Bibliografía

AEPED Asociación Española de Pediatría. (2016). Lactancia Materna: Tasas de inicio y duracion de la lactancia en España y en otros países. *Comité de Lactancia Materna*, *3*(3), 2. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf

Alzate-Meza, M., Arango, C., Castaño, J., Muñoz, G., Ocampo, N., Rengifo, S., … Vallejo, S. (2014). Lactancia materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de colombia 2009. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *62*(1), 57–63.

Astudillo, P., Mancilla, P., Olmos, C., & Reyes, Á. (2014). Epidemiología de las consultas pediátricas respiratorias en Santiago de Chile desde 1993 a 2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *32*(1), 56–61. https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000700009

Bedoya Jaramillo, J., Benítez Arias, L., Castaño Castrillón, J., Mejía Rico, O., Moncada Obando, V., & Ocampo Villada, H. (2014). La Lactancia Materna y su Relación con Patologías Prevalentes en la Infancia en Jardines Infantiles de la Ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Archivos de Medicina Manizales*, *14*(1657-320X), 29–43.

Blanco-Cervantes, P., Hoyos-Loya, E., Álvarez-Hernández, G., & Ramírez-Rodríguez, C. (2015). Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en el Servicio de Neonatología de un Hospital Pediátrico de Sonora, México. *Boletín Clínico Hospital Infantil Estado Sonora*, *32*(1), 3–9. Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151b.pdf

Bueno, M., Rey, C., Ruiz, S., Sánchez, M., Teruel, S., Martínez, M., … Flecha, I. (2016). Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida, *13*(2), 213–224. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000200004

Buñuel, J. (2014). El aumento de la duración de la lactancia materna (exclusiva o mixta) produce una disminución de la morbilidad respiratoria y de la frecuentación de servicios sanitarios . *Pediatría Basada En La Evidencia*, *46*(5), 3–5.

Calvo, C., García, M., Casas, I., & Pérez, P. (2016). Infectología pediátrica Infecciones Respiratorias Virales. *Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de La Asociación Española de Pediatría*, *3*(4), 190–204.

Cardona, J., Zamora, R., Gómez, J., Baptista, H., & Ruiz, R. (2015). *Normas y Procedimientos de Neonatología*. *Instituto Nacional de Perinatología* (1ª ed.). México D.F. - México.

Cisneros, C., Bucheli, A. L., Tutasi, A., Rivas-Mariño, G., Báez, P., Cuadrado, F., & Flores, C. (2018). *Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018-2025* (1ª ed.). Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/08/PIANE-2018-2025-final-compressed-.pdf

Cruz, M., & Jiménez, R. (2018). *Nuevo Tratado de Pediatría* (7ª ed.). Barcelona-España.

De la Flor, J. (2014). Infecciones de vías respiratorias altas 2 : Otitis Media Aguda, *17*(6), 399–417. Recuperado de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii04/04/262-280 Infecciones 2.pdf

De la Flor, J. (2017a). Infecciones de vías respiratorias altas 1: Faringitis aguda y Recurrente. *Pediatría Integral*, *17*(1), 385–394. Recuperado de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi06/01/n6-385-393_JosepFlor1.pdf

De la Flor, J. (2017b). Infecciones de vías respiratorias altas 1: Resfriado común. *Pediatria Integral*, *21*(6), 377–384.

Estrada, J., Amargós, J., Reyes, B., & Guevara, A. (2015). Intervención educativa sobre lactancia materna. *Universidad de Ciencias Médicas.*, *33*(2), 81–87. https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2

Farreraz, V., Rozman, C., López, C., & Domarus, V. (2016). *Medicina Interna, Farreras-Rozman*. *Farreras-Rozman: Medicina Interna* (18ª ed.). Barcelona-España. https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-896-9/00339-3

Freire, W., Ramírez-Luzuriaga, MJ. Belmont, P., Mendieta, M., Silva-Jaramillo, M., Romero, N., Sáenz, K., … Monge, R. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2014*. *Ensanut-Ecu 2014* (1ª ed., Vol. Tomo 1). Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. https://doi.org/044669

Goldman, L., & Shifer, A. (2017). *Tratado de Medicina Interna*. *Elsevier* (25ª ed.). Barcelona-España. https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-896-9/00339-3

Kasper, D., Hauster, S., Jameson, J. L., Fauci, A., Longo, D., & Loscalzo, J. (2016). *Harrison Principios de Medicina Interna*. *Harrison Principios de Medicina Interna* (19ª ed.). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Kliegman, R. M., Stanton, B. F., St Geme III, J. W., Schor, N. F., & Behrman, R. E. (2016). *Nelson Tratado de Pediatría* (20ª ed.). Barcelona-España: Elsevier. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Lapo, K., & Rodríguez, D. (2018). *La Lactancia Materna para fortalecer el Desarrollo Afectivo de los niños de 0 a 1 año del CNH Colina de Belén de la Ciudad de Loja. Período Lectivo 2017-2018*. Universidad Nacional de Loja. Recuperado de http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21186/1/Karina Lapo.pdf

Lawrence, R., & Lawrence, R. (2014). *Breastfeeding. A guide for the medical profession* (7ª ed.). Maryland Heights - United States: Elsevier.

Lozano de la Torre, M. J. (2015). Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: Lactancia Materna. *Investigación y Ciencia*, *7*(4), 1–6. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf

Martínez, R. (2017). *Pediatría Martínez. Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. *Manual moderno* (8ª ed., Vol. 39). México D.F. - México: El Manual Moderno.

May-Díaz, H. F., Cruz, M. U., Jiménez, J. L., Guillermina, M., Hernández-Luna, B., & Toledo, A. (2015). Consumo y costo económico de sustitutos de leche materna en Quintana Roo.

Salud Quintana Roo, *8*(31), 15–18. Recuperado de https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/31/03/03.pdf

Pablos, C., Congost, M., Buñuel, J., Díez, S., Corral, A., & Pérez, M. (2015). Influencia sobre la incidencia de infecciones del tracto respiratorio en lactantes controlados en un centro de atención primaria, *29*(5), 268–277. Recuperado de https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-influencia-del-tipo-lactancia-otros-13029718

Pabón, J., Leiva, A., Díaz, I., & Cardona, M. (2014). *Terapeutica de las enfermedades infecciosas en pediatria y adultos* (1ª ed.). Valencia-Venezuela: Medbook.

Rakel, R., & Rakel, D. (2016). *Textbook of Family Medicine* (9ª ed.). Philadelphia - United States.

Ramón, J., Belén, C., Rams, A., Rizo, R., & Cádiz, A. (2014). Lactancia materna e inmunidad . Impacto social. *Instituto Nacional de Ciencias Médicas*, *13*(1), 11. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100013

Ruiz, J., Pérez, M., Toledo, B., Zozaya, C., & Remesal, A. (2018). *Manual CTO de Medicina y Cirugía. Pediatría* (10ª ed., Vol. 6). Madrid - España: CTO Editorial.

Sánchez, C., & González, T. (2010). Guía de Lactancia Materna, 36. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf

Shaw, K. N., & Bachur, R. G. (2015). *Fleisher & Ludwig's. Textbook of pediatric emergency medicine* (7ª ed.). Washington D.C.- United States: Wolters Kluwer. Recuperado de http://cat.lib.unimelb.edu.au/search~S30?/Xpaediatric+emergency&searchscope=30&SORT=DZ/Xpaediatric+emergency&searchscope=30&SORT=DZ&extended=0&SUBKEY=paediatric+emergency/1%2C313%2C313%2CB/frameset&FF=Xpaediatric+emergency&searchscope=30&SORT=DZ&2%2C2%2C

Tello, B., Gutiérrez, P., Caicedo, R., & Mena, A. (2017). *Paso a paso por una infancia plena*. *Ministerio de Salud Pública* (3ª ed.). Quito-Ecuador. Recuperado de http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/varios/paso_a_paso_por_una_infanciaPlena.pdf

Temprano, M. M., & Hinojal, M. C. T. (2017). Laringitis Crup y estridor. *Pediatria Integral*, *20*(7), 458–464. Recuperado de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi07/02/n7-458-464_CarmenTorres.pdf

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). Lactancia Materna. *Encuesta Nacional de Hogares*, *2*(506), 1–34.

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). Breastfeeding. A Mother's Gift , for Every Child. *BREASTFEEDING A Mother's Gift , for Every Child*, 20. Recuperado de https://www.unicef.org/lac/media/1886/file

Urquizo Aréstegui, R. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? *Revista Peruana Ginecología y Obstetricia*, *60*(2), 171–176. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a11v60n2.pdf

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., … Richter,

L. (2016). Breastfeeding in the 21a century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, *387*(10017), 475–490. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7

White, A. (2017). *Manual Washington de Pediatría* (2ª ed.). Barcelona-España: Wolters Kluwer.

11. Anexos

11.1. Anexo 1 Informe de Pertinencia

Universidad Nacional de Loja — CARRERA DE MEDICINA — Facultad de la Salud Humana

MEMORÁNDUM Nro. 0286 DCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Kevin Napoleon Alverca Ordoñez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 02 julio de 2019

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **"Lactancia materna como factor protector de las infecciones respiratorias altas en niños de 0 a 18 meses de edad"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dra. Natasha Samaniego, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y **PERTINENTE**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.
NOT

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

11.2. Anexo 2 Designación Director de Tesis

Universidad Nacional de Loja — CARRERA DE MEDICINA — Facultad de la Salud Humana

MEMORÁNDUM Nro.0342 CCM-FSH-UN

PARA: Dra. Natasha Samaniego
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 17 de julio 2019

ASUNTO: **Designar Director de Tesis**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director(a) de tesis del tema: **"Lactancia materna como factor protector de las infecciones respiratorias altas en niños de 0 a 18 meses de edad",** autoría del **Sr. Kevin Napoleon Alverca Ordoñez**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.
NOT

Recibo
2019-07-18.
10H40.
Isa Muñoz.

CS Escaneado con CamScanner

11.3. Anexo 3 Autorización desarrollo de la Tesis

Universidad Nacional de Loja — CARRERA DE MEDICINA — Facultad de la Salud Humana

MEMORÁNDUM Nro.0364 CCM-FSH-UN

PARA: Dra. Ana Luzuriaga León
DIRECTORA DISTRITAL 11D01

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 31 julio de 2019

ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.
Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para el **Sr. Kevin Napoleon Alverca Ordoñez,** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, se le permita acceder a las historias clínicas y aplicar encuestas en el Centro de Salud de Vilcabamba; información que para cumplir con el trabajo de investigación: **"Lactancia materna como factor protector de las infecciones respiratorias altas en niños de 0 a 18 meses de edad ",** trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dra. Natasha Samaniego**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja — Carrera de Medicina

Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT

GESTIÓN DOCUMENTAL
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
FECHA 01-08-2019
HORA 08H10
CRISTINA RAMOS
RESPONSABLE

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación Zonal 7 - Salud
Dirección Distrital 11D01 Loja-Salud

Oficio Nro. MSP-CZ7-DDS-11D01-2019-0376-O

Loja, 13 de agosto de 2019

Asunto: Md. Sandra Mejia Michay, solicita autorización para el desarrollo de trabajo de investigación del estudiante Kevin Alverca

Doctora
Sandra Katerine Mejia Michay
En su Despacho

De mi consideración:

En atención al memorando Nro.0364 CCM-FSH-UN, en el que solicita la autorización para el Sr. Kevin Napoleón Alverca Ordoñez, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Laja, se le permita acceder a las historias clínicas y aplicar encuestas en el Centro de Salud de Vilcabamba; información que para cumplir con el trabajo de investigación: "Lactancia materna como factor protector de las infecciones respiratorias altas en niños de O a 18 meses de edad", trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dra. Natasha Samaniego. Catedrática de esta Institución.

Se autoriza al Sr. Kevin Napoleón Alverca Ordoñez para que acceda a la información para la realización del trabajo de investigación de acuerdo a lo que establece el artículo 7 del Reglamento de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud que textualmente menciona "el uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

Además indicarle que el estudiante debe comprometerse a entregar una copia de los resultados de la investigación al responsable del Centro de Salud de Vilcabamba quien emitirá el informe del cumplimiento del compromiso.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

CS Escaneado con CamScanner

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

Coordinación Zonal 7 - Salud
Dirección Distrital 11D01 Loja-Salud

Oficio Nro. MSP-CZ7-DDS-11D01-2019-0376-O

Loja, 13 de agosto de 2019

Documento firmado electrónicamente

Od. Ana Gabriela Luzuriaga Carrion
DIRECTORA DEL DISTRITO 11D01 LOJA-SALUD

Referencias:
- MSP-CZ7-DDS-11D01-2019-0294-E

Anexos:
- md__sandra_mejia0642826001564668336.pdf

Copia:
Señora Magíster
Livia Gladys Pineda López
Experta Distrital de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud del Distrito 11D01 Loja-Salud /Responsable

Señor Especialista
Robert Augusto Ortega Villamagua
Médico Especialista en Medicina Familiar de la Unidad Anidada Vilcabamba /Responsable

lp

CS Documento con CamScanner

11.4. Anexo 4 Encuesta Alimentación e Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad

Universidad Nacional De Loja

Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana
Encuesta

Alimentación e Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad

Sr. Representante legal del niño

Yo, Kevin Alverca Ordóñez, estudiante del noveno ciclo de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja con la finalidad de contribuir con la investigación científica y en cumplimiento de uno de los requisitos para obtener mi título de médico general, propongo realizar la tesis titulada **Lactancia Materna como factor protector de las Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad**

Para ello**,** solicito comedidamente su colaboración voluntaria contestando esta encuesta, dirigida a conocer el tipo de alimentación de los niños en relación al desarrollo de enfermedades respiratorias. La información que Ud. se digne brindar es muy valiosa y confidencial, únicamente tiene fines investigativos, por ello debe ser verás.

Agradezco su gentil ayuda.

1. LACTANCIA MATERNA

1.1.Inicio Lactancia Materna Exclusiva (Amantado solamente con pecho materno) desde el nacimiento

Menos de 1 hora ( ) Más de 1 día ( )

Entre 1 hora y 24 horas ( ) Al mes en adelante ( )

1.2. Inicio de Lactancia Materna Combinada (Seno materno más leche de tarro)

Primer mes ( ) Cuarto mes ( )

Segundo mes ( ) Quinto mes ( )

Tercer mes ( ) Sexto mes o más ( )

1.3.Inicio de Lactancia Materna Artificial (Sólo Leche de tarro)

Primer mes ( ) Cuarto mes ( )

Segundo mes ( ) Quinto mes ( )

Tercer mes ( ) Sexto mes o más ( )

2. INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS

2.1.En los primeros 6 meses de vida su hijo ha presentado alguno de los siguientes síntomas o enfermedades.

Gripe Común (Resfriado) Si ( ) No ( )

Dolor de oído (Otitis Media) Si ( ) No ( )

Dolor de garganta o molestias para comer (Faringitis) Si ( ) No ( )

Molestias para respirar (Laringitis) Si ( ) No ( )

2.2.Entre los 6 meses y 12 meses (1 año) de vida su hijo ha presentado alguno de los siguientes síntomas o enfermedades.

Gripe Común (Resfriado) Si ( ) No ( )

Dolor de oído (Otitis Media) Si ( ) No ( )

Dolor de garganta o molestias para comer (Faringitis) Si ( ) No ( )

Molestias para respirar (Laringitis) Si ( ) No ( )

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

11.5. Anexo 5 Matriz de Datos

LACTANCIA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS EN NIÑOS DE 0 A 18 MESES DE EDAD													
			LACTANCIA MATERNA			INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS < 6 meses				INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS > 6 meses			
N°	**IDENTIFICACION**	**SEXO**	**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**	**LACTANCIA MATERNA COMBINADA**	**LACTANCIA MATERNA ARTIFICIAL**	**RESFRIADO COMÚN**	**OTITIS MEDIA**	**FARINGITIS**	**LARINGITIS**	**RESFRIADO COMÚN**	**OTITIS MEDIA**	**FARINGITIS**	**LARINGITIS**
1	Erazo Erazo Daniel	1	1	1	4	1	2	1	2	1	2	2	2
2	Agreda Poma Mariana Elizabeth	2	1	3	6	2	2	2	2	1	2	2	2
3	Aguilera Ojeda Ian Luis	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	1	2
4	Álvarez Lindao Wilson	1	2	3	5	2	2	2	2	1	2	2	2
5	Andrade Gualan Anthony Gael	1	2	6	6	1	2	2	2	2	2	1	2
6	Angamarca Castillo Liam Devin	1	2	2	5	2	2	2	2	1	2	2	2
7	Armijos Cango Itan Sebastián	1	2	5	5	2	2	2	2	1	2	1	2
8	Armijos Guerrero Myla	2	1	3	5	2	2	2	2	2	1	2	2
9	Armijos Jiménez Deymian Sebastián	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
10	Ávila Castillo Daniel Alejandro	1	1	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2
11	Bastidas Jara Sophia Paholeth	2	1	2	5	2	2	2	2	1	1	2	2
12	Bejarano Mendoza Maykel Javier	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
13	Briceño Ontaneda Liam Yarel	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
14	Burneo Armijos Victoria	2	1	5	6	2	2	2	2	1	2	1	2
15	Callagua Zambrano Jhoan	1	1	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2
16	Calva Calva Gabriel Ismael	1	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2
17	Campoverde Malla Mila	2	1	3	4	1	2	2	2	2	1	2	2
18	Carpio Riofrío William Axel	1	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	1
19	Castillo Gaona Génesis Abigail	2	2	5	5	2	2	2	2	1	2	2	2
20	Castillo Ordóñez Lua Pauleth	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2
21	Cobos Domínguez Zahir Rafael	1	1	3	4	2	2	2	2	2	1	2	2
22	Contento Contento Alis Mayleth	2	2	5	6	2	2	2	2	1	2	2	1
23	Cueva Tacuri Heidy Sofía	2	1	3	5	2	2	2	2	1	2	2	2
24	Cueva Valarezo José Ignacio	1	2	5	6	2	2	2	2	2	1	2	2

25	Cumbicus Celi Enrique Leonel	1	2	5	6	1	2	2	2	2	2	2	2
26	Delgado Acosta María José	2	3	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2
27	Encarnación Macas Ainaro	1	2	6	6	2	2	2	2	1	2	2	2
28	Flores Lanche Jeinilize Kristel	2	2	5	6	2	2	2	2	1	2	1	2
29	Flores Poma Jhon Jairo	1	2	3	5	1	2	2	2	1	2	2	2
30	Flores Troya Christopher David	1	2	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2
31	Gálvez Picoita Eidan Gael	1	2	3	4	2	2	2	2	1	2	1	2
32	Gaona Ramón Kael Marcelo	1	2	4	5	2	1	2	2	2	2	1	2
33	Granda Michay Daniel Alejandro	1	1	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2
34	Granda Ojeda Aitana Betsabeth	2	2	5	6	1	2	2	2	1	2	2	2
35	Gualan Sarango Jandry Mateo	1	2	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
36	Guamán Jadan Esnayder Javier	1	1	3	4	1	2	2	2	2	2	1	2
37	Guamán Sarango Kevin Andrés	1	1	4	5	2	2	2	2	1	2	2	2
38	Guzmán Castillo Milton	1	2	2	4	1	2	2	2	1	2	2	2
39	Hurtado Lanche Jheycol Noe	1	3	5	6	2	2	1	2	2	1	2	2
40	Jadan Poma Dylan Josue	1	1	2	3	2	2	1	2	2	2	1	2
41	Japa Castillo Dilan Ariel	1	2	2	4	1	2	2	2	1	2	1	2
42	Jara Erazo Abdiel Ramiro	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2
43	Jara Medina Madisson Abigail	2	1	5	6	2	2	2	2	2	2	1	2
44	Jaramillo Toledo Martina	2	1	4	6	2	2	2	2	1	1	2	2
45	Lanche Abrigo Piero Fernando	1	2	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
46	Lanche Mosquera Ariana Milena	2	1	4	5	2	2	1	2	2	2	1	2
47	Lanche Ruiz Elizabeth Fernanda	2	2	6	6	2	2	2	2	1	2	1	2
48	Leon Cevallos Mathias Zabdiel	1	2	5	6	2	2	2	2	2	2	1	2
49	Luzuriaga Camacho Sasha Alizze	2	1	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2
50	Macanchi Castillo Liam	1	1	5	6	1	2	2	2	1	2	2	2
51	Macas Marchena Angel Benjamin	1	1	6	6	2	2	2	2	1	1	2	2
52	Marchena Gomez Yolanda Lizbeth	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2
53	Marchena Mendoza Jhosue Alfredo	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	1	2
54	Marchena Ortega Sara Marisol	2	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
55	Marchena Poma Narvin Ariel	1	1	6	6	2	2	2	2	2	2	1	2

56	Matute Jimenez Ohana Mirely	2	2	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2
57	Mendoza Picoita Dayanara	2	2	5	6	2	2	2	2	2	2	1	2
58	Moreno Soto Alma Victoria	2	2	4	5	2	2	2	2	2	2	1	2
59	Mosquera Perez María José	2	2	3	4	1	2	2	2	2	2	1	2
60	Narvaez Sanchez Pauleth Guadalupe	2	2	2	3	1	2	1	2	2	1	1	1
61	Ocampo Contento Narly Gabriela	2	1	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2
62	Ocampo Rivas Milagros Valentina	2	2	3	4	2	2	1	2	2	1	1	2
63	Ochoa Matias Gael	1	2	2	3	1	2	2	2	1	1	1	1
64	Ojeda Ambuludi Emily Alexandra	2	1	4	5	1	2	2	2	1	2	2	2
65	Pardo Maldonado Juan Francisco	1	2	5	6	1	2	2	2	1	2	2	2
66	Parra Ordoñez Luciana Rafaela	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2
67	Pineda Quinche Fernando	1	2	3	4	2	2	1	2	2	2	2	2
68	Pineda Tacuri Luis Javier	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1
69	Poma Macas Roberta Kayle	2	1	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2
70	Quinche Erazo Dylan Gael	1	1	5	6	2	2	2	2	2	2	1	2
71	Ramirez Morocho Kyle Kenneth	1	1	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2
72	Ramon Picoita Yaruna Isabella	2	2	4	5	2	2	2	2	2	2	2	2
73	Reinoso Guerrero Emma Camila	2	1	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2
74	Reyes Lojan Isabella Romina	2	2	3	3	2	2	1	2	2	2	1	1
75	Rivera Sarango Juan Daniel	1	2	4	5	2	2	2	2	1	2	1	2
76	Roa Coello Angel Joel	1	2	2	3	1	2	1	2	1	1	2	2
77	Romero Macas Aiden Samuel	1	2	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2
78	Ruilova Quituizaca Jeampier Alexander	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
79	Ruíz Ortiz Jorge Steven	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
80	Sanchez Armijos Areli Enith	2	1	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2
81	Sanchez Gomez Derick Ezequiel	1	2	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2
82	Sanchez Leon Alisce Sarahy	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2
83	Sanmartin Leon Amaya Thaiz	2	1	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2
84	Santin Viteri Keila Abigail	2	3	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2

85	Sarmiento Armijos Yeison Elian	1	2	6	6	2	2	2	2	2	2	1	2
86	Soto Mancheno Yeshua Mijail	1	2	5	6	2	2	2	2	2	2	1	2
87	Tacuri Troya Iker Hair	1	2	2	3	1	2	1	2	2	1	1	2
88	Toledo Mendoza Thiago Ronaldo	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2
89	Toledo Ojeda Kaely Paola	2	2	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2
90	Toledo Parra Fabiana Victoria	2	1	6	6	2	2	2	2	2	2	2	2
91	Toledo Perez Jeiza Dharlenys	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2
92	Torres Santin Emily Cristina	2	1	5	6	2	2	2	2	1	2	1	2
93	Valladolid Padilla Patricio Alejandro	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1
94	Vicente Quizhpe Jairo	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
95	Tapia Cayapa Leandro Ismael	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
96	Paccha Contento Liseth Xiomara	2	1	5	6	2	2	2	2	1	1	2	2
97	Abad Gonzales Damaris	2	1	5	6	2	2	2	2	1	2	1	2
98	Perez Rivera Darek Gael	1	1	5	6	2	2	2	2	2	1	1	2
99	Rodriguez Rojas Camila Jamileth	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2
100	Picoita Bermeo Matias Alejandro	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
101	Macas Andrade Fernando José	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
102	Robles Tapia Aaron Junior	1	2	3	4	2	2	1	2	1	2	1	2
103	Cruz Herrera Anya Valentina	2	1	5	6	2	2	2	2	1	2	1	2
104	Jaramillo Guerrero Ezequiel Armando	1	2	3	4	1	2	2	2	1	2	2	2
105	Ocampo Hidalgo Jhon Williams	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
106	Gahona Rupay Luis Edrian	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2
107	Ortiz Cumbicos Abigail Romina	2	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
108	Ochoa Cano Dilan Joel	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
109	Jadan Narvaez Bella Aurora	2	1	4	5	1	2	2	2	1	2	2	2
110	Vasquez Torres Lizbeth Antonella	2	1	5	6	2	2	2	2	1	2	1	2
111	Santin Ruiz Salvador Ismael	1	1	5	6	1	2	2	2	1	2	2	2
112	Sanchez Rojas Daniela Sailen	2	1	5	6	2	2	2	2	1	2	1	2
113	Infante Yanzapanta Leo Jair	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
114	Ocampo Zambrano Logan Lionel	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2

115	Rojas Cevallos Victoria Elizabeth	2	2	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
116	Capa Santos Ainhoa Elizabeth	2	3	4	5	1	2	2	2	1	2	2	2
117	Macas Toledo Patricio Julián	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
118	Jara Iñiguez Ismael Emiliano	1	2	2	3	1	2	1	2	1	1	2	2
119	Alvarez Campos Leandro David	1	2	4	5	1	2	2	2	1	1	1	2
120	Coello Gaona Alaia Agustina	2	3	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2
121	Japon Abarca Antonella Sarahí	2	2	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2
122	Jaya Rojas Christian Alexander	1	1	5	6	2	2	2	2	1	2	2	2

11.6. Anexo 6 Tablas Obtenidas en la recolección de los Datos

Tabla 5.

Inicio de Lactancia Materna Exclusiva

DESDE EL NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
menos de 1 hora	62	80,51
entre 1 hora y 24 horas	15	19,49
entre 1 y 30 días	0	0,00
al mes en adelante	0	0,00
TOTAL	77	100

Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.
Elaborado por Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

Tabla 6.

Inicio de Lactancia Materna Combinada con Fórmula maternizada

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1 mes	0	0,00
2 meses	0	0,00
3 meses	0	0,00
4 meses	0	0,00
5 meses	27	69,23
6 meses	12	30,77
TOTAL	39	100

Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.
Elaborado por Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

Tabla 7.

Inicio de Alimentación con Leche Maternizada

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
2 meses	0	0,00
3 meses	0	0,00
4 meses	0	0,00
5 meses	1	16,67
6 meses	5	83,33
TOTAL	6	100

Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.
Elaborado por Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

Tabla 8.

Enfermedades respiratorias > 6 meses

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Resfriado Común	66	54,10
Otitis Media	21	17,21
Faringitis	48	39,34
Laringitis	7	5,74
Sin patología	22	18,03
TOTAL	122	100

Fuente: Instrumento adaptado para la recolección de Datos.
Elaborado por Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

11.7. Anexo 7 Proyecto de Tesis

1. Tema

"Lactancia Materna como factor protector de las Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad"

2. Problemática

La lactancia materna durante la primera etapa de la vida desempeña una función fundamental en la prevención de enfermedades que podrían desencadenarse durante la vida adulta tales como la hipertensión, obesidad, diabetes y síndrome metabólico; por ello es imprescindible que se establezcan prácticas adecuadas en cuanto a la alimentación del recién nacido. (Kliegman, Stanton, St Geme III, Schor, & Behrman, 2016)

De la misma manera, en nuestro medio, las infecciones respiratorias y particularmente las del tracto respiratorio alto constituyen la primera causa de morbimortalidad en el lactante; Astudillo y colaboradores, han demostrado la contribución y beneficio que tiene la leche materna en la disminución de la morbilidad y mortalidad de enfermedades respiratorias en países desarrollados. (Astudillo, Mancilla, Olmos, & Reyes, 2014; Bueno et al., 2016)

En países en vía de desarrollo, como el nuestro, existen pocas dudas sobre la eficacia de la leche materna en el recién nacido, pero lastimosamente hay un gran sesgo de información, por falta de investigaciones en esta área (Pablos et al., 2015). A su vez, debemos tomar en consideración que en nuestro medio, no se practica la lactancia materna exclusiva para los niños; ya que también se efectúa la lactancia materna mixta o combinada (Bueno et al., 2016; Tello, Gutiérrez, Caicedo, & Mena, 2017) teniendo en cuenta que los sustitutos de leche materna mejor llamados leche de tarro, representan un fuerte gasto económico para bolsillo de los padres; ya que pudieran ahorrar recursos para otros fines, al promoverse los beneficios de la lactancia materna exclusiva (May-Díaz et al., 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) afirman que la lactancia, es la intervención sanitaria con menor costo económico y gracias a la cual se consiguen mayores beneficios para el individuo. (AEPED, 2016)

El análisis de los datos por parte de la UNICEF dentro del estudio Breastfeeding. A mother’s gift for every child, (Lactancia materna. Un regalo de la madre para todo niño); se muestran que a nivel mundial menos de la mitad de los recién nacidos lactan dentro de la primera hora de vida. Este porcentaje varía desde el 40% en África central, Oeste de África y Sur de Asia, hasta el 60% en el Este y Sur de África. (UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018)

De acuerdo a Victora et al, en el estudio Breastfeeding in the 21st century (Lactancia materna en el siglo 21); para el 2013 las cifras de bebés que recibieron leche materna hasta los 12 meses, ya sea de manera exclusiva o en parte, en nuestro continente fueron entre el 80-90% para países como Guatemala, Honduras, Belice, El Salvador, para Centroamérica y Ecuador, Perú y Bolivia para América del Sur; mientras que porcentajes entre el 40-60% para países como México, Colombia, Brasil, Argentina y porcentajes preocupantes de entre 20 y 40% para países como Canadá, Estados Unidos, Costa Rica, Panamá, Uruguay, Paraguay y Chile. (Victora et al., 2016)

En el Ecuador sólo el 54,6% de neonatos recibieron lactancia materna dentro de la primera hora posterior al nacimiento; el 52,4% se alimentaron exclusivamente con leche materna hasta el primer mes de vida; el 48% entre los 2 y 3 meses de vida y apenas el 34,7% entre los 4 y 5 meses (Freire et al., 2014). De tal forma que de dos neonatos que nacen en nuestro país, solo uno de ellos recibe lactancia materna exclusiva y para el sexto mes de vida posiblemente ya no se encuentre recibiendo.

Existe una fuerte asociación entre el nivel de escolaridad de la madre y la duración de lactancia materna. De acuerdo a la información científica disponible, aquellas mujeres con escolaridad completa, dejan de amamantar más temprano, lo que resultaría perjudicial para el niño, exponiéndolo a un sin número de patologías (Estrada, Amargós, Reyes, & Guevara, 2015).

El estudio Bueno Campaña et al, denominado Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida señalan que el tipo de lactancia materna, así como su duración influían en el riesgo de adquirir una infección del tracto respiratorio, llegando a multiplicarse por cinco en aquellos que tuvieron Lactancia Materna Exclusiva en los primeros 90 días y por 9,8 si duró entre 30 y 60 días. (Bueno et al., 2016)

Sin embargo, en nuestro medio no existen estudios al respecto por lo que resulta trascendente conocer:

¿Cuál es la influencia de la lactancia materna en la prevención de las infecciones respiratorias altas en niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba?

3. Justificación

La literatura mundial pone en irrefutable evidencia el hecho de que la lactancia materna es protectora para evitar las Infecciones Respiratorias Agudas Altas (IRA) siendo las más frecuentes el refriado común, la faringoamigdalitis, la otitis media y la laringitis, sin embargo, no hay la suficiente información al respecto, lo que constituyó motivación para plantear este estudio.

Debido a que las madres y niños, de la parroquia Vilcabamba, lugar donde no existe el mismo grado de promoción de la información con respecto a las políticas utilizadas por el estado en cuanto a las prácticas de Lactancia Materna Exclusiva, dicha población constituye un grupo vulnerable y vendrían a ser los principales beneficiarios al concluir el presente trabajo investigativo. Siendo necesario también destacar la función de la madre, ya que de ella dependerá comprender que la lactancia materna cumple un rol significativo para el correcto estado de salud físico y mental de su hijo.

Finalmente, el aporte que se busca, es recomendar a la lactancia materna como principal método de prevención del desarrollo de morbilidades respiratorias. A su vez este trabajo servirá como un modelo para los profesionales que se encuentren en contacto con dicha población, facilitando así su promoción. Y como base de investigación para otros estudios acerca de las diversas características que cumple la lactancia materna, no sólo en el ámbito médico, sino también a nivel psicológico y en el desarrollo integral del menor.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

- Determinar la influencia de la lactancia materna en relación a infecciones respiratorias altas en los niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba.

4.2. Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de alimentación en niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba. (Lactancia Materna Exclusiva, Mixta o Artificial)
- Establecer la frecuencia de Infecciones de vías respiratorias altas en los niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba.
- Relacionar el tipo de dieta con Infecciones Respiratorias Altas a través de métodos estadísticos.

5. Marco Teórico

Esquema de Marco Teórico

5.1 Lactancia Materna

5.1.1 Definición.

5.1.2 Composición de la Leche Materna.

5.1.2.1 Proteínas.

5.1.2.2 Lípidos.

5.1.2.3 Hidratos de Carbono.

5.1.2.4 Vitaminas y nutrimentos inorgánicos.

5.1.2.5 Otras composiciones.

5.1.3 Lactancia Materna e Inmunidad.

5.1.3.1 Factores Solubles.

5.1.3.2 Factores de la inmunidad innata.

5.1.3.3 Factores antimicrobianos en la leche materna.

5.1.3.4 Células de la leche materna.

5.1.4 Impacto Psicológico de la Lactancia Materna.

5.1.4.1 Desarrollo afectivo.

5.1.4.2 El desarrollo afectivo y su relación con la lactancia materna.

5.1.5 Técnica de Lactancia Materna.

5.1.5.1 Cuidado de las mamas.

5.1.5.2 El agarre del recién nacido.

5.1.6 Lactancia Materna Exclusiva.

5.1.7 Lactancia Materna Combinada.

5.1.7.1 Fórmulas de Inicio. Fórmulas 1.

5.1.7.2 Fórmulas de Continuación. Fórmulas 2.

5.1.7.3 Fórmulas de Crecimiento. Fórmulas 3.

5.2 Infecciones de Vías Respiratorias Altas

5.2.1 Definición.

5.2.2 Refriado Común.

5.2.3 Otitis Media.

5.2.4 Faringitis.

5.2.5 Laringitis (CRUP).

5.3 Influencia de la Lactancia Materna en el desarrollo de Infecciones respiratorias altas

5.3.1 Antecedentes Científicos.

5.3.1.1 Estudio Bueno Campaña y colaboradores.

5.3.1.2 Estudio Alzate Meza y colaboradores.

5.3.1.3 Estudio Buñuel.

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio

El estudio será descriptivo con un enfoque cuantitativo.

6.2. Lugar del Estudio

El estudio será realizará en el Centro de Salud de Vilcabamba en la Avenida Eterna Juventud E682 en la ciudad de Vilcabamba, en la parroquia de Vilcabamba, del cantón Loja.

6.3. Universo y muestra

El universo estará constituido por lactantes de 0 y 18 meses de edad residentes en la parroquia de Vilcabamba, atendidos en el centro de salud del sector.

La muestra se tomará por conveniencia los niños de ambos sexos de 0 a 18 meses de edad residentes y atendidos en el Centro de Salud de Vilcabamba cuyos padres voluntariamente contesten la encuesta, con un valor mínimo de 105 encuestados.

6.4. Criterios de Inclusión

- Niños residentes dentro de los límites de la parroquia Vilcabamba.
- Padres de familia que deseen ser partícipes de la investigación.
- Atendidos en el Centro de Salud de Vilcabamba y posean una Historia Clínica.

6.5. Criterios de Exclusión

- Grupo etario mayor de 0 a 18 meses de edad.
- Cambio de residencia
- Niños cuyos padres abandonen espontáneamente el estudio.

6.6. Técnica.

Para la recolección de información se recurrirá a la utilización del instrumento adaptado por el responsable para determinar qué tipo de lactancia que recibió el niño y duración lactancia materna exclusiva; si ha existido algún tipo de infección de las vías respiratorias altas, lo cual se corroborará con las historias clínicas de cada uno de los participantes; usándose un lenguaje comprensible y acorde al grupo en estudio.

6.7. Instrumento

El instrumento incluirá un consentimiento informado el mismo que es utilizado por la Organización Mundial de la Salud para indicar claramente al usuario la libertad que posee de elegir participar o no en el estudio (Anexo 1); mismo que contiene una introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad,

información sobre los instrumentos de recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente.

Se aplicará el instrumento adaptado por el responsable, encuesta denominada: **Tipo de Alimentación e Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad**; colocando en la parte superior de la hoja espacios en blanco en los cuales se colocarán los datos de identificación correspondientes. Seguido de un cuestionario de preguntas las mismas que serán indicadas como responder (anexo 2).

Se anexa la hoja de recolección de datos denominada: **Hoja de Recolección de Datos de Encuestas realizadas en el Centro de Salud de Vilcabamba**; con el fin de determinar las frecuencias de casos de infecciones de vías respiratorias altas registradas en las historias clínicas del Centro de Salud de Vilcabamba (anexo 3).

6.8. Procedimiento.

El presente estudio se llevará a cabo luego de la correspondiente aprobación del tema de investigación por parte de la coordinadora de la carrera de medicina; posteriormente se solicitará la pertinencia y la asignación del director de tesis. Una vez asignado el director, se harán los trámites pertinentes dirigidos al director del Centro de Salud de Vilcabamba para obtener la autorización de recolección de la información de los pacientes, incluyendo la dirección del domicilio para realizar la entrevista.

Luego se les informará el propósito del estudio; consecutivamente se procederá a la socialización del consentimiento informado y su respectiva autorización.

Con la autorización mediante el consentimiento informado de los pacientes se procederá a la aplicación de la encuesta para la recolección de datos; posteriormente se corroborará la información con las historias clínicas.

6.9. Plan de Tabulación y Análisis de los Resultados

Después de obtener la información mediante las entrevistas, encuestas y visitas domiciliarias realizadas; se clasificará los datos recolectados, se tabularán los datos mediante el programa Microsoft Excel y aplicación de la técnica estadística inferencial de comparación de proporciones Chi cuadrado.

Finalmente, posterior al análisis, mediante gráficas y tablas se expondrá los resultados obtenidos cumpliendo así con los objetivos de la investigación.

6.10. Operacionalización de las Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Ítems
Lactancia Materna Exclusiva	Ingesta de leche materna del pecho materno, es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie.	Tipos de Lactancia Materna	Lactancia Materna	Menos de 1 hora ( ) Entre 1 hora y 4 horas ( ) Más de 4 horas ( ) Al mes en adelante ( )
Lactancia Materna Combinada	Cuando la alimentación del bebé se complementa con la lactancia artificial o también llamada leche de fórmula; es una alternativa cuando la alimentación al pecho no es posible o bien la madre decide libremente esta opción.	Tipos de Lactancia Materna	Lactancia Materna	Primer mes ( ) Segundo mes ( ) Tercer mes ( ) Cuarto mes ( ) Quinto mes ( ) Sexto mes o más ( )

Lactancia Artificial	Cuando la alimentación del bebé se basa exclusivamente en lactancia artificial o también llamada leche de fórmula.	Tipos de Lactancia Materna	Lactancia Materna	Primer mes ( ) Segundo mes ( ) Tercer mes ( ) Cuarto mes ( ) Quinto mes ( ) Sexto mes o más ( )
Infecciones de Vías Respiratorias Altas	Infecciones bacterianas o virales del tracto respiratorio alto incluyendo fosas nasales, faringe, laringe e inclusive el oído medio.	Tipos de Infecciones respiratorias altas	Resfriado Común Otitis Media Faringitis Laringitis (CRUP)	Si / No Si / No Si / No Si / No

7. Cronograma de trabajo

Tiempo	**2019**																												**2020**							
	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero			
Actividad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación de Proyecto																																				
Aprobación del proyecto																																				
Autorizaciones para el estudio																																				
Recolección de datos																																				
Tabulación y análisis de datos																																				
Elaboración del informe																																				
Entrega de Tesis definitiva																																				

8. Recursos

8.1. Recursos humanos:

Tesista: Kevin Napoleón Alverca Ordóñez

Director de tesis: Docente de la carrera de medicina

8.2. Recursos materiales:

Recursos	***Detalle***	***Costos. USD***	***Fuente de Financiamiento***
	COSTOS DIRECTOS		
Materiales	Papel	50.00	Recursos propios
	Lapiceros	10.00	Recursos propios
	Fotocopias	200.00	Recursos propios
	Impresiones	100.00	Recursos propios
	USB	25.00	Recursos propios
	Horas de internet	50.00	Recursos propios
Total de costos directos		**435.00**	
	COSTOS INDIRECTOS		
Económico	Transporte	100.00	Recursos propios
	Alimentación	200.00	Recursos propios
	Imprevistos	300.00	Recursos propios
Total de costos indirectos		**600.00**	
TOTAL DE COSTOS		**1035.00**	

11.8. Anexo 8. Traducción Certificada

Loja, 28 de mayo de 2021.

Carlos Fernando Chuchuca Pardo
CERTIFICADO EN SUFICIENCIA DE INGLÉS POR THE CANADIAN HOUSE CENTER

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español a inglés del resumen del Artículo Científico y Resumen derivados de la tesis denominada: **"Lactancia Materna como factor protector de las Infecciones Respiratorias Altas en niños de 0 a 18 meses de edad en el Centro de Salud de Vilcabamba"**. De autoría del señor: **KEVIN NAPOLEÓN ALVERCA ORDÓÑEZ**, portador de la cédula de identidad número: **1105105603**, estudiante de la carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la Dra. Natasha Ivanova Samaniego Luna, previo a la obtención del título de Médico General.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.

Firmado electrónicamente por:
CARLOS FERNANDO CHUCHUCA PARDO

Carlos Chuchuca Pardo
Certificado en suficiencia del idioma Inglés por The Canadian House Center