



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR  
PROTECTOR DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS,  
DIGESTIVAS, Y NO INFECCIOSAS, EN MENORES DE 5  
AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA  
OCTUBRE-NOVIEMBRE 2018.**

**TESIS**

**PARA ÒPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

**BACHILLER: VICUÑA CHANG CAMILA RENTA**

**ICA- PERÚ**

**2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi guía e iluminar mi camino.

A mi familia por su apoyo constante durante mi carrera profesional.

A mi Alma Mater Universidad Alas Peruanas, por albergarme durante estos años y permitirme ser profesional.

A la Escuela Profesional de Enfermería y a todos los docentes, licenciadas(os), por su constante dedicación y apoyo brindado durante mi formación profesional.

A mi asesora de tesis por su valiosa ayuda y apoyo.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por guiar mi vida e iluminar mi camino para lograr mis metas.

A mi familia por su apoyo constante amor incondicional

## RESUMEN

Las enfermedades infecciosas constituyen parte fundamental de la morbilidad y mortalidad en los niños de Perú. Entre ellas destacan la enfermedad diarreica aguda (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA). La investigación titulada “Lactancia materna exclusiva como factor protector de enfermedades respiratorias, digestivas, y no infecciosas en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre- Noviembre 2018” es de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, observacional y de corte transversal. Se estudió a los niños menores de 5 años que acudieron con sus padres a la Unidad de Crecimiento y Desarrollo que son 300 en su totalidad. Los resultados respecto a lactancia materna exclusiva como factor protector en los niños, el 82%(139) si alimentó a su niño con leche materna durante los seis primeros meses y sólo el 18%(31) refieren que no lo hicieron, el 10%(17) fue porque no tenía leche, el 4%(6) por falta de tiempo, 3%(5) por trabajo o estudios y el 2%(3) por voluntad propia. Del 100%(170) de los niños atendidos en relación a lactancia materna como factor protector de enfermedades respiratorias; el 72%(122) no ha presentado tos con fiebre por iras y solo ha presentado el 28%(48), durante los dos primeros años, asimismo el 72%(122) no ha presentado cuadros de iras y solo el 13%(22) ha tenido 4 episodios, siendo tratado por un médico el 85%(145) y el 9% (15) por la madre con ayuda de familiares. Del 100%(170) de los niños atendidos en relación a lactancia materna como factor protector de enfermedades digestivas; el 66%(133) no ha presentado cuadros de diarreas durante los dos primeros años y solo ha presentado el 34% (57) de los niños, respecto a la frecuencia el 66%(113) no ha presentado y el 18%(31) ha presentado 4 veces durante los dos primeros años y fue tratado de la infección digestiva el 85%(145) por el médico.

Palabras clave: **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, INFECCIONES RESPIRATORIAS, ENFERMEDADES DIGESTIVAS.**

## ABSTRACT

Infectious diseases are a fundamental part of the morbidity and mortality in children in Peru. These include acute diarrheal disease (ADD) and acute respiratory infections (ARI). The research entitled "Exclusive maternal breastfeeding as a protective factor for respiratory, digestive, and non-infectious diseases in children under 5 years of age treated at the Hospital Regional de Ica July 2018" is a quantitative, descriptive, observational and cross-sectional design. We studied children under 5 years old who went with their parents to the Growth and Development Unit, which is 300 in its entirety. The results regarding exclusive breastfeeding as a protective factor in children, 82% (139) if they fed their child with breast milk during the first six months and only 18% (31) report that they did not, 10% (17) was because he had no milk, 4% (6) due to lack of time, 3% (5) for work or studies and 2% (3) of his own free will. Of the 100% (170) of the children attended in relation to breastfeeding as a protective factor of respiratory diseases; 72% (122) have not presented cough with fever due to anger and have only presented 28% (48), during the first two years, also 72% (122) has not presented anger charts and only 13% (22) has had 4 episodes, being treated by a doctor 85% (145) and 9% (15) by the mother with the help of relatives. Of 100% (170) of the children attended in relation to breastfeeding as a protective factor of digestive diseases; 66% (133) did not present diarrhea during the first two years and only 34% (57) of the children presented, compared to the frequency 66% (113) has not presented and 18% (31) has presented 4 times during the first two years and was treated for digestive tract infection 85% (145) by the doctor.

Key words: **EXCLUSIVE BREASTFEEDING, RESPIRATORY INFECTIONS, DIGESTIVE DISEASES.**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	ix
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Formulación del problema	14
1.2.1. Problema general	14
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4. Justificación del estudio	16
1.5. Limitaciones de la investigación	18
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	19
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definición de términos	39
2.4. Hipótesis	40
2.5. Variables	40
2.5.1. Definición conceptual de la variable	41
2.5.2 Definición operacional de la variable	41

2.5.3 Operacionalización de la variable.	42
<b>CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	44
3.3. Población y muestra	44
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	45
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	45
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	45
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	47
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	51
<b>CONCLUSIONES</b>	55
<b>RECOMENDACIONES</b>	56
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	57
<b>ANEXOS</b>	62
Matriz	
Instrumento	

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<b>N°</b>	<b>TABLA Y GRÁFICO</b>	<b>Pág.</b>
<b>1</b>	Lactancia materna exclusiva como factor protector en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-Noviembre 2018.	<b>48</b>
<b>2</b>	Lactancia materna exclusiva como factor protector en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-noviembre 2018.	<b>49</b>
<b>3</b>	Lactancia materna exclusiva como factor protector de enfermedades respiratorias, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-noviembre 2018.	<b>50</b>

## INTRODUCCIÓN

Desde “hace ya varios años se viene prestando mayor atención, tanto en el ámbito social como en el sanitario, a todos los aspectos relacionados con la lactancia materna. En muchos países desarrollados del mundo occidental se han diseñado diferentes estrategias que tienen por objeto incrementar el número de mujeres que amamantan a sus hijos e intentar que la lactancia materna se prolongue el máximo tiempo posible. La mayoría de estas acciones se desarrollan considerando la lactancia como un hecho aislado y, sin embargo, sería preferible mirar la lactancia como una parte integrante” del proceso de maternidad, parto y crianza del hijo. (1)

La “mayoría de las mujeres de esta generación no han visto partos, no han visto amamantar y no han recibido casi ningún legado de los que anteriormente se transmitían de madres a hijas relacionado con la maternidad, el parto y la lactancia. Sin embargo, disponen de abundante, y en muchos casos contradictoria, información escrita, visual y en Internet. Algunas han tenido dificultades para tener hijos y se han sometido a técnicas de reproducción asistida. (1)

Se deberían eliminar las practicas hospitalarias no deseables que suponen una dificultad añadida para la lactancia materna. Hay mujeres que comienzan el período de crianza separadas de su bebé porque está enfermo o ha sido muy prematuro y ha precisado ingreso en la unidad neonatal. En el Perú, la política más habitual en las Unidades Neonatales es restringir las visitas maternas o paternas a un horario establecido y reducido”. (2)

Esta práctica no está avalada por ninguna información científica y tiene efectos negativos tanto en los padres como en los bebés. Los padres son los responsables de la crianza de su hijo y estos derechos no se

pierden porque el bebé esté enfermo. Que el recién nacido precise ayuda de los o las profesionales de la salud no justifica la separación de sus padres ni la limitación en el contacto que éstos con el neonato. (2)

Bajo esta teoría es que se propone abordar el tema a fin de determinar en nuestra zona y nuestra realidad el efecto protector de la lactancia materna exclusiva, pues se cuenta con un alto porcentaje de madres que no cumplen adecuadamente con una lactancia materna, lo que ayudará a comprender el tema desde nuestra realidad.

Se aborda el tema siguiendo los lineamientos propuestos para el desarrollo de investigación de la Universidad Alas peruanas que en el primer capítulo se trata de la problemática, se determinan los problemas y objetivos y la justificación; en el segundo capítulo se trata del marco teórico, que prevé los antecedentes investigativos, las bases teóricas y se definen los términos básicos, también se indican las hipótesis y variables y su operacionalización; en el capítulo tres se diseña la investigación la población, muestra técnicas e instrumentos, y el cuarto capítulo los aspectos administrativos.

El presente estudio se encuentra organizado por V capítulos: en función de que en su Capítulo I contiene el Planteamiento del Problema, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del mismo que es la base de la investigación; en el Capítulo II; se detalla los Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, y definición de términos Básicos sobre el cual se fundamenta el conocimiento científico; en el Capítulo III, se detalla las hipótesis de investigación y variables respectivamente; en el Capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el Capítulo V se presenta la discusión, recomendaciones y referencias bibliográficas finalmente los anexos que contiene la matriz de consistencia, y el instrumento de recolección de datos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna (LM) “salva vidas y reduce enfermedades infecciosas y crónicas, en especial la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses. En América Latina se podría evitar el 55% de las muertes por diarreas e infecciones respiratorias agudas si se practicara de forma exclusiva y se continuara hasta el año de edad”.

(3)

Sus “efectos protectores son mayores a medida que la vulnerabilidad biológica y social de los niños aumenta y evita más enfermedades y muertes en edades más cercanas al nacimiento, además, la magnitud de su protección es mayor en hogares en mayor pobreza.

(3)

Una medida de vulnerabilidad social comúnmente usada en el campo de la salud y la nutrición es la inseguridad alimentaria (IA). Los hogares que la experimentan suelen ser los más pobres y de condiciones más precarias, y sus miembros suelen tener menores índices de educación y mayores índices de enfermedad y mala nutrición, tanto por deficiencia” (anemias, desmedro) como por exceso (sobrepeso y obesidad), menor acceso a bienes y servicios, y en general, mayor marginalidad. (3)

Hablar de lactancia materna “en los actuales momentos es preocupante, ya que ha ido desapareciendo en forma paulatina de

la cultura del amamantamiento, pues la técnica o arte femenino transmitidos de madres a hijas, se ha perdido. Solo un 35% de las madres en todo el planeta satisfacen la necesidad de la alimentación ideal del recién nacido lo que hace pensar que los mecanismos de promoción son aún insuficientes. (4)

A nivel mundial en países pobres se da en gran medida el problema del abandono de la lactancia materna exclusiva. En África y Asia un 70% de las madres no dan de lactar a los niños en los primeros meses de vida”. (4)

En los países de las Américas, el porcentaje de recién nacidos que inicia la lactancia durante las primeras horas es inferior al 50% y la práctica de la lactancia exclusiva también es baja durante los seis meses. (4)

En “América del Norte, se ha dejado de lado la lactancia materna por el cambio del pecho al biberón, trayendo como consecuencia que los niños tengan su sistema inmunológico deprimido, desnutrido, así como déficit de crecimiento y desarrollo; este fenómeno es notorio en países como: México, Estados Unidos y Canadá entre otros. (4)

En América del Sur entre los países que tienen porcentajes importantes de lactancia materna exclusiva son Bolivia con 54% y Chile con 63%. Se calcula que cada año la desnutrición causa aproximadamente el 40 % de mortalidad de los 11 millones de muertes de niños menores de cinco años en los países en vías de desarrollo, y la falta de lactancia materna inmediata y exclusiva en los niños menores de un año produce 1.5 millones adicionales de estas muertes. Esta cifra es alarmante, considerando que la realidad social de los países”, obliga a dar la importancia que tiene la

lactancia materna exclusiva para reducir los índices de mortalidad neonatal e infantil. (4)

En el Perú “al 2014 el 68.3% de madres amamantan de forma exclusiva hasta los 6 meses. Por otro lado, están en aumento el uso del biberón los reportes de la OPS, mencionaron que un 40% de niños menores de 6 meses son alimentados con biberón con diversos tipos de leches, especialmente formulados que tratan sin éxito de similar los beneficios de la leche materna. (5)

El dar de lactar es una pauta tradicional en la crianza de los niños y niñas peruanos, la cual ha ido perdiéndose en 67.8 % en las zonas urbanas, a diferencia de la zona rural donde la cifra se incrementa al 83.3%. Debido a que en la zona urbana existe poca información, falta de apoyo en el lugar de trabajo, prácticas nocivas” en los servicios de salud, presiones comerciales, dificultad en la calidad de los servicios. (5)

En nuestra realidad local la problemática no es diferente a la realidad nacional, por lo que es necesario conocer los beneficios de la lactancia materna determinadas científicamente y reforzar el conocimiento de esta práctica que está al alcance de toda madre bien informada.

## **1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera:

### **1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Es la lactancia materna exclusiva un factor protector contra enfermedades respiratorias y digestivas, en menores de 5 años

atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-noviembre 2018?

#### **1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS:**

**PE1** ¿La lactancia materna exclusiva es un factor protector contra las enfermedades respiratorias, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-noviembre 2018?

**PE2** ¿La lactancia materna exclusiva es un factor protector contra las enfermedades digestivas, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-noviembre 2018?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Los objetivos de la investigación son:

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL:**

Determinar si la lactancia materna exclusiva es un factor protector contra enfermedades respiratorias y digestivas, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-noviembre 2018.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- **Objetivo específico 1:**

Establecer si la lactancia materna exclusiva es un factor protector contra las enfermedades respiratorias, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-noviembre 2018

- **Objetivo específico 2:**

Indicar si la lactancia materna exclusiva es un factor protector contra las enfermedades digestivas, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-noviembre 2018.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

De acuerdo a la OMS, el sobrepeso infantil constituye uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso y obesidad aumentó de 31 millones en 1990 a 44 millones en el 2012. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de afectados incrementará a 70 millones para el 2025 (OMS, 2014). (6)

La “Organización Mundial de la Salud estimó que, en América Latina, el 70% de los casos de diarrea son secundarios al consumo de alimentos contaminados. La mayor parte de las diarreas, pueden atribuirse al mal manejo de los alimentos durante la preparación, entre los agentes etiológicos los virus (especialmente Rotavirus) son los que causan del 70 al 80 % de las diarreas infecciosas; las bacterias ocasionan entre el 10 y 20 % de los casos, y los parásitos 10%. (6)

Las enfermedades infecciosas se presentan con mayor frecuencia en las edades extremas de la vida. El sistema inmunológico pobre del neonato, lactante menor, así como, exposición temprana con agentes microbianos quienes son los causantes del mayor número de episodios de infecciones intestinales que están presentes en los primeros de meses de vida”. (6)

Por lo expuesto justifica realizar esta investigación por su alta relevancia como se expone a continuación:

“Relevancia social. Su repercusión en la sociedad es alta pues luego de intervenir en aumentar la incidencia de lactancia materna exclusiva

luego de la concientización por lo demostrado en la investigación mejorar la calidad de vida del individuo siendo más útil para la sociedad.

Relevancia práctica. La investigación revelará los efectos de la lactancia materna exclusiva en la salud de los niños lo que influenciará en los profesionales de la salud y al público en general para aumentar su práctica.

Relevancia metodológica. El estudio está estructurado siguiendo el método científico que facilita poder demostrar los objetivos trazados.

Relevancia científica. - El conocimiento que esta investigación servirá para incrementar el entendimiento de la importancia de la práctica de la lactancia materna exclusiva”.

#### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Las características propias que tienen los niños menores de 5 años hace que los resultados solo sean válidos para poblaciones que sean similares al estudio y son solo válidos para esta zona de estudio.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Antecedentes internacionales**

Bustamante G. 2016. “Desarrollo un estudio sobre: Lactancia materna exclusiva como factor protector frente al desarrollo de sobrepeso infantil en niños ecuatorianos entre 1.5 y 5 años de edad. Tuvo el objetivo: Determinar si la lactancia materna exclusiva en niños ecuatorianos en edad pre-escolar constituye un factor protector frente al desarrollo de sobrepeso infantil. Métodos: Estudio transversal anidado a un estudio de intervención prospectivo sobre Nutrición, Desarrollo y Crecimiento utilizando los datos basales pre-intervención. Se incluyó a 151 niños entre 1.5 y 5 años de edad que asisten a cinco centros infantiles ubicados en el valle de Tumbaco. Resultados: El 77.5% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva mientras que el 22.5% no lo hizo. Entre los niños que han recibido lactancia materna exclusiva, 23.9% tienen sobrepeso infantil mientras que entre los niños que no recibieron lactancia materna exclusiva, el 26.5% presentaron sobrepeso”. Conclusión: Existe un mayor porcentaje de sobrepeso entre los niños que no recibieron lactancia materna exclusiva; no obstante, esta diferencia no es estadísticamente significativa. (7)

González T. 2014. “La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se asocia con un mejor peso para la longitud en hogares con inseguridad alimentaria en México. Cuyo objetivo fue: Evaluar el efecto

modificador de la lactancia materna (LM) exclusiva en menores de seis meses (LME<6m) en la relación entre inseguridad alimentaria (IA) y estado de nutrición infantil. Material y métodos. Análisis de mujeres de 12-49 años y sus hijos menores de dos años de la ENSANUT” (n=4 022). Resultados: La LME<6m fue inferior en hogares con Inseguridad alimentaria moderada y severa comparada con hogares con seguridad alimentaria o Inseguridad alimentaria (IA) leve. En hogares con IA moderada y severa, niños con LME<6m mostraron mayor Z P/L (0.44) vs. niños sin LME<6m (p=0.038, una cola), sin diferencias en hogares con SA. Conclusiones: “En México, la LME<6m se asocia con un mejor P/L en hogares con IA moderada y severa, no así en hogares con SA. Urge focalizar políticas públicas para abatir la desnutrición y mejorar las prácticas de lactancia en estos grupos”. (8)

Bedoya J. 2014. “En su estudio sobre la lactancia materna y su relación con patologías prevalentes en la infancia en jardines infantiles de la ciudad de Manizales, Colombia. Tuvo como objetivo: Determinar la presencia de enfermedades en niños menores de cinco años que fueron lactados durante 6 meses o más, en relación a los que recibieron lactancia materna durante menos de 6 meses. Materiales y métodos: El estudio se realizó en 115 niños. Resultados: La edad promedio de la población seleccionada fue de 31,35 meses, 54,8% de género femenino. El 7,8% recibieron lactancia materna exclusiva, el 51,8% fueron lactados durante 6 meses o más, tiempo promedio de lactancia materna 5,88 meses, inicio de alimentación complementaria 7,93 meses, suplementaria 4,91, duración alimentación suplementaria 10,22 meses”. El 49,6% “presentó diarrea, 20,9% bronquiolitis, 9,6% asma, 23,5% dermatitis, 41,7% otitis media, 15,7% faringoamigdalitis. Con relación a lactancia materna hasta los 6 meses, se encontró relación significativa (p<0,05) con haber padecido diarrea, faringitis, otitis y bronquiolitis. También se encontraron relaciones significativas entre la presencia de diarrea, bronquiolitis, dermatitis, otitis y faringitis, con tiempo de lactancia, edad de inicio y duración de la alimentación

suplementaria y edad de inicio de la alimentación complementaria. Conclusiones: Se probó que la lactancia materna por lo menos hasta los 6 meses de edad protege de algunas patologías”. (9)

### **Antecedentes nacionales**

Ramos M. 2018. En su investigación: “Lactancia materna exclusiva como factor protector para la obesidad en niños preescolares atendidos en el hospital belén de Trujillo. Cuyo objetivo: Determinar si la lactancia materna exclusiva es un factor protector de obesidad en niños preescolares del Hospital Belén de Trujillo. Material y Métodos: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo de casos y controles en niños de 3 a 5 años atendidos en el Hospital Belén de Trujillo en el período enero 2014 – junio 2016. Incluyéndose un total de 131 casos y 131 controles, se encontró la asociación usando el odds ratio y se empleó el Chi cuadrado para hallar la significancia estadística con un  $p < 0.05$ . Resultados: La edad promedio de los niños obesos fue 4,2 años” (DS  $\pm$  1.2) mientras que la de los niños eutróficos fue 3,9 años (DS  $\pm$  0.8). No se encontró diferencia significativa en cuanto a género o lugar de procedencia. Respecto a la lactancia materna exclusiva (LME) estuvo presente en el 32 % de los casos y en el 63% de los controles con OR= 0.28 IC95% (0.16-0.86) “Conclusiones: La lactancia materna exclusiva es un factor protector de obesidad en niños preescolares del Hospital Belén de Trujillo”. (10)

Reyes G. 2016. “En su estudio sobre: Lactancia materna exclusiva como factor protector de enfermedades respiratorias prevalentes en menores de 4 años en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Tuvo como objetivo: Determinar si la lactancia materna exclusiva es factor protector de enfermedades respiratorias prevalentes en menores de 4 años en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes. La población fue 156 niños menores de 4 años distribuidos en dos grupos: lactancia materna exclusiva y no

exclusiva. Resultados: La lactancia materna exclusiva es factor protector de síndrome obstructivo bronquial con un riesgo relativo de 0.38 el cual fue significativo. La lactancia materna exclusiva es factor protector de neumonía adquirida en la comunidad con un riesgo relativo de 0.2 el cual fue significativo. La lactancia materna exclusiva es factor protector de bronquiolitis con un riesgo relativo de 0.33 el cual fue significativo. Conclusiones: La lactancia materna exclusiva es factor protector de síndrome obstructivo bronquial, neumonía adquirida en la comunidad y bronquiolitis en menores de 4 años en el Hospital Regional Docente de Trujillo”. (11)

Torres L. 2016. “Desarrollo una investigación sobre: Lactancia materna exclusiva como Factor de Riesgo asociado a Anemia en Lactantes de 06 meses atendidos en el Hospital Nacional PNP "LNS" durante el periodo enero 2014-diciembre del 2016. Cuyo objetivo: Determinar si la lactancia materna exclusiva es factor de riesgo asociado a anemia en lactantes de 06 meses de edad en el Hospital Nacional PNP "LNS" atendidos en el periodo Enero del 2014 - diciembre del 2016 Métodos: El presente trabajo es un estudio observacional, de análisis retrospectivo, de casos y controles con enfoque cuantitativo. La población consta de 637 lactantes de 06 meses de edad. Se contó 67 casos y 134 controles, escogidos al azar. Resultados: Los resultados obtenidos sobre el nivel de asociación fueron: Lactancia materna exclusiva” [(OR: 0,273) IC95% 0,111 -0,668 p: 0,003], Bajo peso al nacer [(OR: 3,498) IC95% 1,098-11,149 p:0,038], Prematuridad [(OR:4,216) IC95% 1,807-9,837 p:0,000] y Anemia materna [(OR:4) IC95% 1,267-12,821p:0,012]. “Conclusiones: Se concluye que la lactancia materna exclusiva no es un factor de riesgo asociado para el desarrollo de anemia”. (12)

Rafael, L. (2016). “Nivel de conocimiento práctica y actitudes sobre lactancia materna exclusiva y su relación con los episodios de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 meses de vida

que asisten al centro de salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis. Lima Perú. Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento práctica y actitudes hacia lactancia materna exclusiva y los episodios de enfermedades diarreicas agudas. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo relacional en 238 madres y niños menores de 6 meses. Resultados: “El 67,2% de madres tuvieron conocimientos buenos, el 81,9% presentaron actitudes positivas; y el 84,5% tuvieron prácticas correctas sobre lactancia materna exclusiva; el 73,9% de niños presentaron episodios de enfermedades diarreicas agudas no frecuentes. Al analizar las variables, se encontró relación entre los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva y los episodios de enfermedades diarreicas agudas” [ $X^2 = 9,28$ ;  $p = 0,002$ ]; hubo relación entre las actitudes hacia la lactancia materna exclusiva y los episodios de enfermedades diarreicas agudas [ $X^2 = 5,66$ ;  $p = 0,017$ ]; y también hubo relación entre las prácticas de lactancia materna exclusiva y los episodios de enfermedades diarreicas agudas [ $X^2 = 5,28$ ;  $p = 0,022$ ]. “Conclusiones: Los conocimientos, prácticas y actitudes hacia de lactancia materna exclusiva se relacionan con los episodios de enfermedades diarreicas agudas; por lo que se acepta la hipótesis de investigación”. (13)

Lozano K. 2015. “En su estudio: Lactancia Materna exclusiva como factor protector para enfermedad diarreica aguda en menores de seis meses en el Centro de Salud Alto Moche 2015. Cuyo objetivo fue determinar si la lactancia materna exclusiva es un factor protector para el desarrollo de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 6 meses que fueron atendidos en el centro de salud Alto Moche 2015; por medio de un estudio básico, analítico, no experimental: de casos y controles; en el que se incluyeron a 158 niños menores de 6 meses. Resultados. La frecuencia de lactancia materna exclusiva en niños sin enfermedad diarreica aguda fue de 73%, comparándolos con aquellos que no recibieron lactancia materna exclusiva; la frecuencia de lactancia materna exclusiva en niños con enfermedad diarreica aguda

fue de 46%, en comparación con aquellos que no recibieron lactancia materna exclusiva; no se apreció diferencias significativas en relación a las variables edad, género y procedencia entre los grupos de estudio; concluyendo que la lactancia materna exclusiva es factor protector de enfermedad diarreica aguda en niños del Centro de salud Alto Moche 2015; con un odds ratio de 0.31 el cual fue significativo” ( $p < 0.05$ ). (14)

Rocha A. 2014. “Lactancia Materna Exclusiva como factor protector para Bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo. Objetivos: El objetivo del estudio fue demostrar que la lactancia materna exclusiva constituye un factor protector para bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo. Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles, retrospectivo, comparativo y analítico en el Hospital Belén de Trujillo. Los casos fueron pacientes con diagnóstico de bronquiolitis y los controles pacientes sin diagnóstico de bronquiolitis. Se estudiaron a un total de 222 pacientes, 74 para los casos y 148 para los controles quienes cumplieron con los criterios de selección. Resultados: El promedio de edad para los casos fue 4,5 meses y para los controles fue 10,3 meses ( $p < 0,001$ ). En relación a la asociación entre la lactancia materna exclusiva (LME) y la presencia de bronquiolitis se observó que en los casos y controles la frecuencia de LME fueron 17,57% y 60,81% respectivamente ( $p < 0,001$ ), comprobando que la Lactancia materna exclusiva es un factor protector para bronquiolitis con un OR = 0,14 IC 95% [0,07 – 0,27]. Conclusión: La lactancia materna exclusiva constituye un factor protector para bronquiolitis”. (15)

### **Antecedentes Locales**

Injante M. 2014. “En su estudio sobre: Lactancia materna exclusiva como factor de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, en niños de 6 a 11 meses en un hospital general de Ica, Perú. Tuvo como objetivo: Determinar la asociación que existe entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de infecciones

respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) en niños entre 6 y 11 meses de edad, atendidos en el Hospital Santa María Del Socorro de Ica. Materiales y métodos: Estudio caso control. Muestra: 86 casos de EDA con 172 controles y 21 casos de IRA con 42 controles, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se analizó con Chi cuadrado, test exacto de Fisher, T de Student y Odds ratio. Resultados: Cuando la madre brinda lactancia materna exclusiva” (OR=0,06; IC95%=0,01-0,21), tiene instrucción superior (OR=0,26; IC95%=0,07-0,84) y se lava las manos antes de preparar los alimentos (OR=0,08; IC95%=0,00-0,81), disminuye el riesgo de IRA. Asimismo, cuando la madre trabaja (OR=0,365; IC95%=0,174-0,740), es soltera (OR=0,316; IC95% =0,127-0,787), no se almacena agua en la vivienda (OR=0,295; IC95%=0,152-0,548), existe lactancia materna exclusiva (OR=0,330; IC95%=0,190-0,568), recibieron información sobre LME (OR=0,479; IC95%=0,282-0,812), se lava las manos antes de preparar los alimentos (OR=0,240; IC95%=0,086-0,623) disminuye el riesgo de EDA. Conclusiones: La lactancia materna exclusiva y el lavado de manos antes de preparar los alimentos son factores protectores de IRA y EDA. (16)

Ccencho, S, (2014). “Efectos de la lactancia materna exclusiva sobre las infecciones respiratorias agudas y diarreas en niños de 6 meses de edad en el Hospital Augusto Hernández Mendoza - EsSalud Ica 2014. Objetivos: determinar la relación entre los efectos de la lactancia materna exclusiva y las enfermedades respiratorias agudas y diarreicas en niños de 6 meses del Hospital “Augusto Hernández Mendoza” EsSalud Ica 2014. Material y métodos: se diseñó un estudio de nivel relacional, analítica, descriptivo, en niños que presentaron o no lactancia materna exclusiva para lo cual se entrevistó a 160 madres que fueron atendidas en el hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud de Ica. Resultados: se demostró en el estudio realizado que si existe relación entre los efectos de la LME y los casos de IRAS y EDAS

en niños de 6 meses del Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud -Ica, ya que se observa en los datos estadísticos obtenidos la disminución de estos casos infecciosos en niños que recibieron LME hasta los 6 meses. Conclusiones: Se determinó que la LME tiene efectos positivos sobre las IRAS y EDAS actuando como factor protector ante estos 2 cuadros infecciosos que presentaron los niños de 6 meses del Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud –Ica”. (17)

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

“La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. El examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida;
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua;
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche;
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes”. (18)

### **Leche materna**

La “evidencia científica avala la superioridad de la leche materna para la alimentación del recién nacido y del lactante durante los primeros

seis meses de vida. Después de esta edad, deben recibir alimentos complementarios al tiempo que continúan con leche materna hasta los 2 o más años.

### **Composición:**

La leche humana (LH) no es una simple colección de nutrientes sino un producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmuno-moduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante. La LH es un sistema que se estructura en tres fases: emulsión-glóbulos de grasa, suspensión-micelas de caseína y solución constituyentes hidrosolubles. Las principales variaciones en la composición de la leche humana afectan a una u otra de estas fracciones o fases. De hecho, el aumento del contenido energético de la leche al final de la toma, correctamente atribuido al incremento de la concentración de lípidos, es la consecuencia del predominio de la fracción emulsión en la fase del vaciamiento de la mama. Sin embargo, al inicio, el lactante recibe una leche compuesta fundamentalmente por componentes hidrosolubles, que van siendo progresivamente sustituidos por los constituyentes hidrosolubles y estos, a su vez, acaban por ceder el paso a los componentes liposolubles de la fracción emulsión. De esta forma, a lo largo, el lactante recibe un producto dinámico, variable, con características distintas y ajustadas al momento específico en que se encuentra". (19)

### **Composición de la fracción emulsión**

Constituye "la fase lipídica de la leche humana en la que se encuentran los aceites, las grasas, los ácidos grasos libres, las vitaminas y demás componentes liposolubles. La grasa de la LH se encuentra en forma de glóbulos envueltos por una membrana fosfolipoproteica originada en la célula alveolar. Este hecho contribuye a:

- 1) Minimizar las interacciones indeseables que podrían ocurrir entre los componentes de la leche como, por ejemplo, la saponificación.

- 2) Maximizar los procesos de digestión y absorción de los nutrientes.
- 3) Permitir la coexistencia de grasa y lipasa.

“Los lípidos constituyen la principal fuente de energía de la leche y su aprovechamiento es posible gracias al suplemento extra de lipasa que el lactante recibe a través de la” LH.

**Colesterol:** La fracción emulsión es rica en colesterol. Su presencia en la leche sugiere que la exposición precoz al colesterol desempeña un papel importante en el desarrollo de los mecanismos del metabolismo de este lípido en la edad adulta.

**Antioxidantes:** La LH es rica en ácidos grasos insaturados, particularmente en poliinsaturados de cadena larga (LCP) fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central y la retina. Estos nutrientes al ser químicamente inestables se oxidan fácilmente perdiendo su función biológica. Los antioxidantes de la LH confieren estabilidad a estos compuestos protegiéndolos de los daños oxidativos desde la síntesis hasta su absorción.

**Factores de protección:** en la fracción emulsión se encuentran dos importantes agentes de defensa: los ácidos grasos de cadena corta y los ésteres, ambos con una importante actividad bactericida, destacando el factor antiestafilocócico de los ésteres”. (19)

### **Composición de la fracción suspensión**

Sus “principales componentes son las proteínas con función plástica - caseínas- y la práctica totalidad del calcio y fósforo. Su primordial y exclusiva función parece ser nutricional, proporcionando las necesidades de crecimiento estructural celular del lactante”

### **Composición de la fracción solución**

Está “constituida por las sustancias hidrosolubles como carbohidratos, proteínas, enzimas, hormonas y algunas vitaminas y minerales. Es lo que se considera el suero de la leche.

**Agua:** Es el principal componente de esta fracción y cubre las necesidades del lactante si es amamantado exclusivamente y a demanda. Debido al equilibrio osmolar que se establece entre leche y sangre es imposible la sobrecarga renal de solutos en lactantes exclusivamente amamantados.

**Proteínas del suero:** Son especialmente importantes por su actividad biológica: inmunoglobulinas, enzimas, algunas hormonas, factores de crecimiento y componentes antiinflamatorios”.

**Factores protectores:** “La fracción solución contiene la mayoría de los factores de protección presentes en la leche. Los principales son las inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgL) c IgE), la lactoferrina, el interferón, los factores del complemento C3 y C4, la lisozima, el factor bífidus, el factor anticólera, el factor antidengue y la lactoperoxidasa. La eficacia protectora de estos componentes guarda una relación directa con la frecuencia y duración del amamantamiento”.

**Carbohidratos:** Se presentan libres o combinados con aminoácidos y proteínas en una concentración aproximada del 7%. El 15% está compuesto por oligosacáridos, glucopéptidos, glucosa y galactosa y, el resto, es lactosa que constituye el carbohidrato predominante. Proporciona el 40% de la energía, aporta glucosa como fuente de energía y galactosa necesaria para la síntesis de galactopeptidos (fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central). La lactosa sirve de sustrato a la flora intestinal que produce importantes cantidades de ácido láctico reduciendo el pH intestinal. Entre los oligosacáridos nitrogenados de la LH cabe destacar el factor bífidus, necesario para el crecimiento de la flora bífida o bifidógena que constituye la flora predominante de los niños lactados al pecho”.

**Minerales:** Su concentración es suficiente para cubrir las necesidades del lactante. Además, su alta biodisponibilidad conlleva a un aprovechamiento máximo de su contenido, como ocurre con el hierro cuya fracción de absorción es del 70%. (19)

### **2.2.2. RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA**

“La alimentación al pecho materno es, frente a otras alternativas, la que ofrece al lactante un óptimo inicio en la vida, el desarrollo psicofísico más adecuado y la mejor protección frente a problemas de salud suyos y maternos. Esta afirmación tiene una base científica más robusta, una calidad de evidencia mayor y una fuerza de recomendación más elevada que muchos tratamientos de uso regular.

Sin embargo, en todo el mundo persisten bajas tasas de inicio de la lactancia materna y la duración media es corta por abandonos precoces, constituyendo todo ello ocasiones perdidas de protección de la salud con consecuencias adversas importantes para mujeres y lactantes y de protección social para la comunidad y el entorno”.

Así, “estamos ante un importante problema de salud pública que exige la puesta en marcha de medidas de promoción y apoyo, prioritarias y urgentes pero que carece del respaldo suficiente de las autoridades y de los profesionales de la salud.

Es necesario mejorar la formación teórica y práctica del personal de salud con programas de formación continuada dirigidos a educar sobre técnicas de lactancia adecuadas, proceso de producción de leche, información sobre el control ponderal de los lactantes alimentados a pecho y apoyo y seguimiento adecuado de la madre lactante. La formación es primordial en el personal situado en las áreas de maternidad y cuidados infantiles ya que se ha demostrado la efectividad de la formación de estos profesionales en el mantenimiento y duración de la lactancia”.

Para “una correcta instauración de la lactancia materna y prevención de problemas es necesario que las maternidades adopten la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia. (20)

Inmediatamente después del nacimiento es importante promover el contacto precoz y directo piel con piel para establecer el vínculo y favorecer la lactancia.

Debe favorecerse la lactancia a demanda, y abandonar rutinas erróneas como la administración de sucedáneos, salvo que exista estricta indicación médica. Se realiza una evaluación formal de la LM todos los días que dure la estancia del recién nacido (RN) en el hospital, incluyendo la observación de la postura y del agarre al pecho”.

Después del alta, todos los RN amamantados deben ser vistos por un pediatra o por una enfermera experta en los dos o cuatro días siguientes.

“Esta visita debe comprender peso, exploración física especialmente dirigida a la búsqueda de ictericia o deshidratación, problema con el pecho (congestión mamaria, grietas); número de micciones y características, número de deposiciones y características.

Las primeras semanas es un periodo crítico en la que aparecen problemas que pueden ocasionar el abandono de la lactancia o la introducción de sucedáneos. Grietas, pezones doloridos, sensación de hipogalactia, síntomas de ansiedad materna o depresión posparto deben ser detectados y corregidos adecuadamente, mientras se refuerza la confianza de la madre y su familia en la lactancia”.

El personal de salud debe ser consciente de la importancia de la LM y de que suprimir una lactancia de modo injustificado expone al lactante y a su madre a riesgos para su salud presente y futura, y priva a la sociedad de beneficios de todo tipo, incluso económicos. (20)

### **2.2.3. BENEFICIOS**

“La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus

primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas”. (21)

**La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres.** “Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente.

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. (22) La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. La base de la iniciativa son los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding”. (23)

“La iniciativa Hospitales amigos de los niños se ha aplicado en aproximadamente 16 000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. Aunque la mejora de los servicios de maternidad ayuda a aumentar el

inicio de la lactancia materna exclusiva, para que las madres no la abandonen es necesario un apoyo de todo el sistema de salud. (23)

El programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas ha reconocido durante largo tiempo que es necesario, para reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por la diarrea, promocionar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y continuar amamantando junto con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y aún después de haberlos cumplido.

Quienes trabajan en nutrición y en salud infantil también reconocen que es importante mejorar las prácticas de alimentación de los lactantes. Durante ya más de 10 años hemos contado con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la promulgación de éste ha sido seguida de muchos esfuerzos dedicados a proteger la lactancia materna frente a las influencias comerciales”.

Uno de los requerimientos para ser una Institución “Amiga de los Niños” es que dicha institución no debe aceptar ni distribuir muestras gratuitas de leches maternizadas.

“Sin embargo, aún las madres que inician la lactancia de manera satisfactoria, frecuentemente comienzan a dar a sus hijos alimentos complementarios o dejan de lactar unas pocas semanas después del parto. Todos los agentes de salud encargados de cuidar a las madres y a sus hijos después del período prenatal deben jugar un papel clave en mantener la lactancia; pero muchos no pueden hacerlo porque no han recibido el entrenamiento requerido para ello”.

En los currículos de médicos, enfermeras y comadronas se asigna poco tiempo a la consejería en lactancia materna y a las habilidades de apoyo. (24)

### **Beneficios emocionales en el niño**

“**Contacto piel a piel:** esta sensación incrementa el nivel de oxitocina en ambos, esta sustancia segregada conforta a la madre y al bebe, inclinándolo a amar la maternidad. Al mantener un contacto corporal prolongado, los altos niveles de oxitocina le proveerán de un mayor lazo afectivo y necesidades de mantener su relación madre-hijo.

**Estimula el descanso:** al momento de alimentarlo provee al bebe de paz y tranquilidad, hace que su dueño sea más reconfortarle.

**Ayuda al aprendizaje verbal:** en el momento del amamantamiento él bebe será capaz de estimular su interacción con la madre de manera visual. Este momento está dedicado para que él bebe analice el rostro de la madre”.

**Organización biocronológica y del estado de alerta:** el niño menor de 3 años necesita un contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus ritmos basales y estado de alerta. (25)

### **Beneficios nutricionales en el niño**

“**Alimentación completa:** la leche materna proporciona nutrientes de alta calidad que él bebe absorbe fácilmente y utiliza con eficacia. La leche también contiene toda el agua que él bebe necesita. No requiere ningún otro líquido. La composición de la leche depende de la edad gestacional (la leche prematura es diferente de la leche a término), de la fase de la lactancia (el calostro es distinto de la leche de transición o de la madura, que sigue cambiando con el tiempo), y del momento de la mamada” (la leche final es distinta de la leche artificial, que tiene una concentración mayor de lípidos).

“**Desarrollo cerebral:** se asocia también a los niños lactantes un mayor coeficiente intelectual debido a un mayor crecimiento y desarrollo cerebral.

**Obesidad:** reduce el riesgo de obesidad infantil porque contiene leptina, hormona que controla la obesidad en adultos. Está demostrado

que cuando más tiempo se de de mamar menor será el riesgo de padecer obesidad.

**Sistema digestivo:** la leche materna es más digestiva. Es rica en prebióticos por lo que la flora intestinal de los bebés amamantados presenta menos elementos patógenos. La leche materna tiene mejor sabor que la leche de fórmula. Los alimentos ingeridos por la madre modifican ligeramente su sabor, se cree que esto es la causa de que los bebés amamantados les cueste menos aceptar la alimentación complementaria. Es mucho más habitual con la lactancia artificial que los bebés regurgiten”. (26)

### **Beneficios inmunológicos**

“**Infecciones:** La leche materna estimula el sistema inmune, posee agentes (anticuerpos) que contribuyen a proteger a los lactantes de las bacterias y los virus. Los bebés alimentados con leche materna son más capaces de combatir todo tipo de infecciones: Gastrointestinales, Infecciones de vías respiratorias, orina, otitis y diarrea.

**Enfermedades crónicas de la infancia:** Los lactantes alimentados con leche materna presentan índices más bajos de: celiaquía, cáncer y esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, alergias, asma y dermatitis atópica.

**Diabetes:** Protege contra la diabetes tipo I, porque se retrasa la introducción de la leche de vaca y sus derivados. En los casos de predisposición genética a la diabetes, está mucho más indicada la lactancia materna y hay que evitar los productos que contengan proteínas de vaca hasta el primer año de vida del bebé”.

**Desarrollo de los dientes:** El agarre del bebé al pecho favorece el adecuado desarrollo de la mandíbula y las demás estructuras de la

boca, evitando la necesidad de ortodoncia. También contribuye a la prevención de las caries dentales.

**Muerte súbita:** reduce el riesgo de muerte súbita. (27)

#### **2.2.4. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y VIH SIDA**

“La lactancia materna sin ningún otro alimento o líquido, ni siquiera agua es el modo ideal de alimentación infantil en los primeros seis meses de vida. Para lograr el crecimiento, desarrollo y salud óptimos, los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida. Luego deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados y seguros, mientras la lactancia continúa hasta los 24 meses o más. (28)

Sin embargo, con el inicio de la epidemia de VIH/ SIDA y el reconocimiento de que las madres con VIH pueden transmitir el virus a sus lactantes a través de la lactancia materna, se necesitan recomendaciones específicas para los lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH. El propósito principal de estas recomendaciones es alcanzar la meta fundamental de incrementar la supervivencia infantil mientras se reduce la infección por el VIH de los lactantes y niños pequeños”. (29)

La “transmisión de la madre al hijo del VIH puede ocurrir durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo, durante el parto, o en cualquier momento durante la lactancia materna. El riesgo de transmisión durante la lactancia materna es acumulado; cuanto más tiempo da el pecho una madre infectada por el VIH, más aumenta el riesgo de transmisión a través de la lactancia. En los lugares donde la lactancia es común y prolongada, la transmisión a través de la misma puede ser responsable hasta de la mitad de las infecciones por el VIH en lactantes y niños pequeños. Las intervenciones disponibles pueden reducir de manera sustancial el riesgo de transmisión durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto en sí, pero hasta el momento la reducción del riesgo de transmisión a través de la lactancia materna

ha sido mucho menos exitosa. La investigación sobre la prevención de transmisión a través de la lactancia se dirige particularmente al efecto de la profilaxis antirretroviral, tanto en el lactante no infectado como en la madre infectada, durante la lactancia materna. Los primeros hallazgos muestran una baja tasa de transmisión a través de la lactancia durante los primeros tres meses en lactantes que reciben profilaxis con lamivudina o nevirapina”. (30)

El riesgo de transmisión por una madre infectada que ocurre antes del parto o durante el mismo (sin intervenciones para reducir la transmisión) es del 15 al 25%. El riesgo aumenta en 5 a 20% cuando una madre infectada da el pecho, elevando el riesgo total de transmisión a un 20 a 45%. Este riesgo puede ser reducido a menos de 2% con una combinación de profilaxis antirretroviral (durante el embarazo, el parto, y al neonato), “cesárea electiva y ausencia de lactancia materna. La monoterapia antirretroviral en el periodo perinatal puede reducir la tasa a alrededor de un 15% al tercer mes, y la terapia combinada triple puede reducirla por debajo de 6% a las 6 semanas. Sin embargo, una infección ulterior a través de la lactancia materna puede aumentar la tasa total a los 18 a 24 meses a más del 20%. El riesgo total de transmisión del VIH de madre a hijo aumenta sustancialmente debido a factores maternos - carga viral alta del VIH en plasma, un recuento bajo del número de células CD4+ y SIDA y debido a parto vaginal o nacimiento prematuro. Los factores maternos también están asociados a un riesgo más elevado de transmisión durante la lactancia materna”. La infección materna reciente por el VIH puede conllevar un riesgo de transmisión durante la lactancia dos veces más elevado que la infección establecida con anterioridad. Esto se debe, probablemente, a la alta carga viral asociada con infecciones recientes. (31)

“No está claro si la protección que la lactancia normalmente confiere contra infecciones comunes de la infancia también ocurre en lactantes infectados de madres infectadas por el VIH, o hasta qué punto ocurre.

En investigaciones recientes en el África subsahariana se indica que la mortalidad en los primeros 12 a 18 meses es similar en lactantes infectados por el VIH que son amamantados y lactantes infectados por el VIH que no son amamantados. Tampoco está claro si es que, o de qué forma, la morbilidad o mortalidad general hasta los dos años de vida están relacionadas a las diferentes prácticas de alimentación infantil”. (32)

### **TEORÍAS DE ENFERMERÍA**

“El contenido de la investigación se basa en dos teorías de enfermería: Teoría de los cuidados propuesta por Kristen M. Swanson, con énfasis en los cinco conceptos: conocer, estar con, hacer para, posibilitar, y mantener la confianza. Además, se apoya en la Teoría de diversidad y universalidad de los cuidados propuesta por Madeleine Leininger, que orienta al profesional de enfermería en cómo abordar las prácticas culturales en lactancia materna, evitando los choques culturales, imposición del conocimiento profesional sobre el tradicional y ofrecer cuidado sensible con la cultura de las madres y familiares.

Entendida la cultura como los valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos de una cultura a otra, que guía los pensamientos, decisiones, acciones en forma de patrón y frecuentemente intergeneracionalmente, que caracteriza a la madre, el profesional de enfermería debe conocer los factores culturales que son comunes en su región, relacionados con la lactancia materna, buscar soporte teórico y analizarlos con otros profesionales a fines, de manera que pueda decidir sobre el cuidados requeridos por la madre, familia, niño y niña, dependiendo del grado de lesión que pueda producir en la salud de la madre y recién nacido”. Es importante, evitar imponer su conocimiento, por el contrario, demostrar respeto por la creencia y entrar en negociación con la madre y familiares, dependiendo del análisis que realicen de común acuerdo, llegando a conclusiones y

decisiones concertadas que induzcan la conservación, modificación o cambio de la práctica. (33)

## **2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:**

**Alimentación de sustitución:** “Alimentación de lactantes que no reciben leche materna con una dieta que provee los nutrientes que los lactantes necesitan hasta la edad en la cual pueden ser completamente alimentados con los alimentos que consume la familia.

**Alimentación mixta:** Alimentación con leche materna y otros alimentos o líquidos.

**Alimento complementario:** Cualquier alimento, sea fabricado industrialmente o preparado localmente, utilizado como complemento a la leche materna o como un sustituto de la leche materna.

**Calostro:** La leche amarilla y densa secretada por las mamas durante los primeros días después del parto. Gradualmente cambia a leche madura en los primeros 3 a 14 días postparto, contiene más anticuerpos y leucocitos que la leche materna madura”.

**Leche materna madura:** Leche producida aproximadamente desde el día 14 del postparto.

“**Lactancia materna exclusiva:** Tipo de alimentación en la que un lactante recibe únicamente leche materna, sin ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de gotas o jarabes compuestos de vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

**Lactancia materna predominante:** Significa que la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de nodriza). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).

**Lactante:** Una persona desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

**Macronutrientes:** Nutrientes (tales como carbohidratos, grasas y proteínas) requeridos por el cuerpo en grandes cantidades.

**Malnutrición:** Situación fisiológica anormal causada por un déficit o exceso en la ingesta de energía y de nutrientes”.

**Micronutrientes:** Nutrientes (tales como vitaminas y minerales) requeridos por el cuerpo en cantidades muy pequeñas.

“**Nutriente:** Parte del alimento que es absorbida y utilizada por el cuerpo para obtener energía, formar y reparar tejidos y para protegerse frente a las enfermedades.

**Sobrepeso:** Trastorno en el cual la persona tiene un peso muy alto en relación a su estatura. En adultos significa que la persona tiene un IMC entre 25,0 y 29,9.

**Personas con VIH/SIDA:** Un término general para todas las personas infectadas con VIH, manifiesten o no síntomas de la infección.

**Seguridad alimentaria familiar:** Situación que se da cuando una familia tiene alimentos suficientes, inocuos y nutritivos a lo largo de todo el año, de tal forma que todos sus miembros puedan satisfacer sus necesidades nutricionales y preferencias alimentarias y tener una vida activa y sana”.

## 2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

No se colocará hipótesis porque la investigación es de nivel Descriptivo.

## 2.5. VARIABLES

### -Variables dependientes

Enfermedades infecciosas respiratorias

Enfermedades infecciosas diarreicas

### -Variable independiente

Lactancia materna exclusiva.

### **2.5.1. Definición conceptual de la variable**

**Enfermedades infecciosas respiratorias.** - Enfermedades respiratorias afectan a las vías respiratorias, de origen infeccioso. Incluyen desde infecciones agudas como la neumonía y la bronquitis.

**Enfermedades infecciosas diarreicas.** - Son enfermedades digestivas de origen infeccioso.

**Lactancia materna exclusiva.** - Lactancia exclusivamente materna por 6 meses.

### **2.5.2. Definición operacional de la variable**

**Enfermedades infecciosas respiratorias.** - Variable obtenida a través de cuestionario y medida en escala nominal

**Enfermedades infecciosas diarreicas.** - Variable obtenida a través de cuestionario y medida en escala nominal

**Lactancia materna exclusiva.** - Variable obtenida a través de cuestionario y medida en escala nominal.

.

## 2.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
<b>Variable dependiente</b> Enfermedades infecciosas respiratorias	Enfermedades respiratorias afectan a las vías respiratorias, de origen infeccioso	Variable obtenida a través de cuestionario y medida en escala nominal	Infección del tracto respiratorio	SI NO	Cuestionario	Madre
Enfermedades infecciosas diarreicas	Enfermedades digestivas de origen infeccioso	Variable obtenida a través de cuestionario y medida en escala nominal	Infección del tubo digestivo	SI NO	Cuestionario	Madre
<b>Variable independiente</b> Lactancia materna exclusiva	Lactancia exclusivamente materna por 6 meses.	Variable obtenida a través de cuestionario y medida en escala nominal	Lactancia materna exclusiva	SI NO	Cuestionario	Madre

# **CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO**

### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional debido a que no se manipularon las variables. Transversal pues la medida es una sola vez, prospectiva pues los datos son obtenidos en la actualidad, analítica pues es un estudio de dos variables.

### 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Ica en la Unidad de Crecimiento y Desarrollo.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

Se estudió a los niños menores de 5 años que acudieron con sus padres a la Unidad de Crecimiento y Desarrollo que son 300 en su totalidad.

#### MUESTRA

Se emplea la fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) d^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n :	X
N :	300
Z :	1.96
p :	0.5
q :	0.5
d :	0.05

$$n = \frac{300(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(299)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 288.12/1.7 = 170$$

**Muestra=** 170 niños menores de 5 años

**Criterios de inclusión:**

Menor de 5 años que acude a la Unidad de Crecimiento y Desarrollo y cuya madre acepte responder el cuestionario.

Menor de 5 años que no sufra enfermedad limitante.

**Criterios de exclusión:**

Menor de 5 años que acude a la Unidad de Crecimiento y Desarrollo y cuya madre no acepte responder el cuestionario.

**3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.**

La técnica utilizada fue la encuesta para poder desarrollar la investigación con la finalidad de obtener las respuestas de la variable de investigación y su instrumento el cuestionario que contiene las preguntas necesarias para el estudio

**3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Se realizó la evaluación por expertos a través del juicio de expertos para la validez obteniendo una valoración cuantitativa de 19 por lo tanto el instrumento es válido y la confiabilidad se realizó a través del estadístico alfa de cronbach de 0.78 considerándose un instrumento altamente confiable.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

**RECOLECCIÓN.** - Para la recolección de los datos se obtuvo directamente de la madre y del niño según sea la variable a medir.

**PROCESAMIENTO.** - Los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS v23 para disponer de las tablas y gráficos las que se presentan en formato Word para su interpretación.

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

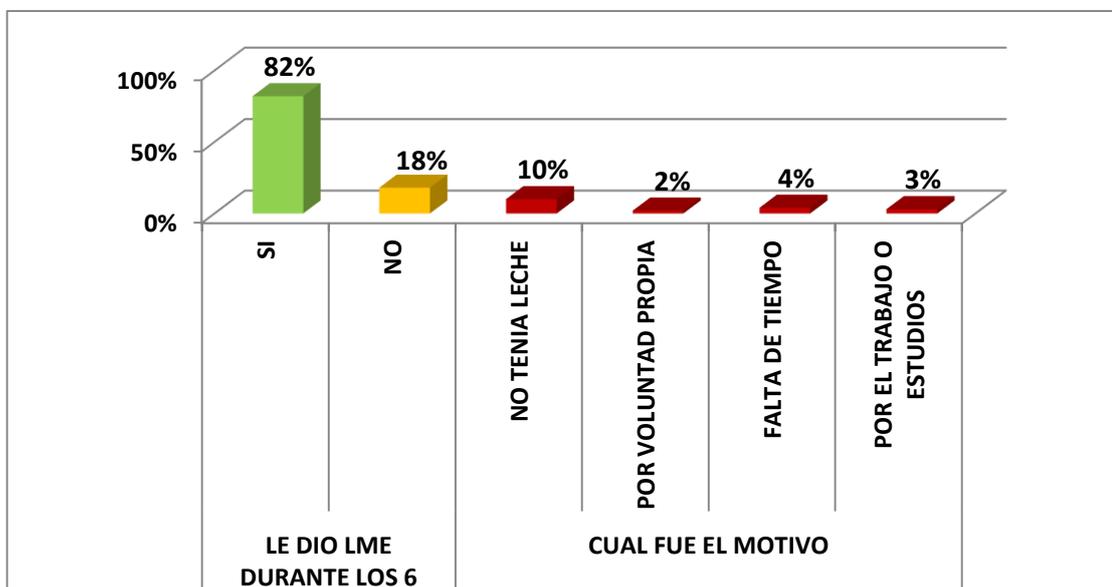
**TABLA 1**

**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR PROTECTOR EN MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA OCTUBRE-NOVIEMBRE 2018**

Lactancia materna exclusiva	FR	%
<b>Usted alimentó a su niño con leche materna durante los seis primeros meses</b>		
Si	139	82
No	31	18
<b>Si es No, porque abandonó la lactancia materna</b>		
No tenía leche	17	10
Por voluntad propia	3	2
Falta de tiempo	6	4
Por el trabajo o estudios	5	3
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de familia. Hospital Regional de Ica.

**GRÁFICO 1**



Según lactancia materna exclusiva como factor protector en los niños, el 82%(139) si alimentó a su niño con leche materna durante los seis primeros meses y sólo el 18%(31) refieren que no lo hicieron, el 10%(17) fue porque no tenía leche, el 4%(6) por falta de tiempo, 3%(5) por trabajo o estudios y el 2%(3) por voluntad propia.

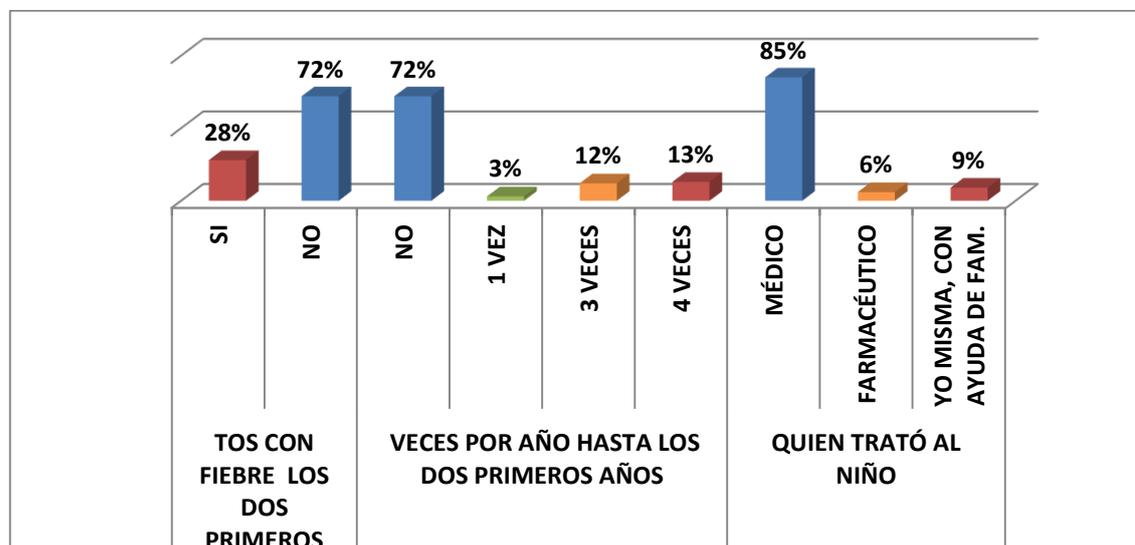
**TABLA 2**

**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR PROTECTOR DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, EN MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA OCTUBRE-NOVIEMBRE 2018**

Infección del tracto respiratorio	FR	%
<b>Ha presentado tos con fiebre su niño durante los dos primeros años</b>		
Si	48	28
No	122	72
<b>Cuántas veces por año hasta los dos primeros años</b>		
No	122	72
1 vez	5	3
3 veces	21	12
4 veces	22	13
<b>Quién trató al niño</b>		
Médico	145	85
Farmacéutico	10	6
Yo misma, con ayuda de familiares	15	9
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de familia. Hospital Regional de Ica.

**GRÁFICO 2**



Del 100%(170) de los niños atendidos en relación a lactancia materna como factor protector de enfermedades respiratorias; el 72%(122) no ha presentado tos con fiebre por iras y solo ha presentado el 28%(48), durante los dos primeros años, asimismo el 72%(122) no ha presentado cuadros de iras y solo el 13%(22) ha tenido 4 episodios, siendo tratado por un médico el 85%(145) y el 9% (15) por la madre con ayuda de familiares.

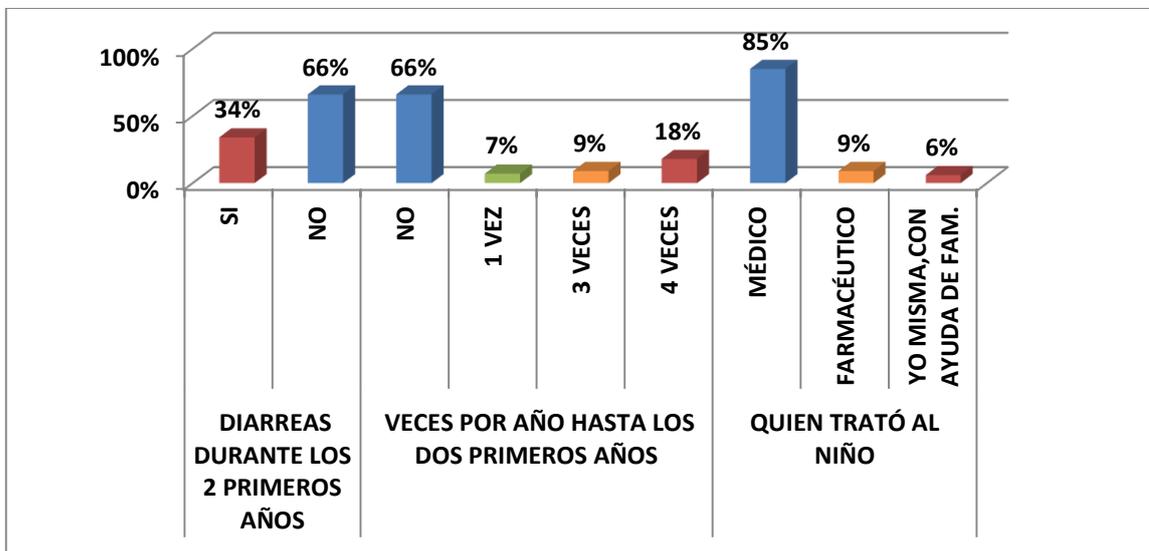
**TABLA 3**

**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR PROTECTOR DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS, EN MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA OCTUBRE-NOVIEMBRE 2018**

<b>INFECCIÓN DEL TUBO DIGESTIVO</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
<b>Su niño ha presentado diarreas durante los dos primeros años</b>		
Si	57	34
No	113	66
<b>Cuántas veces por año hasta los dos primeros años</b>		
No	113	66
1 vez	11	7
3 veces	15	9
4 veces	31	18
<b>Quien trató al niño</b>		
Médico	145	85
Farmacéutico	15	9
Yo misma, con ayuda de familiares	10	6
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a las madres de familia. Hospital Regional de Ica.

**GRÁFICO 2**



Del 100%(170) de los niños atendidos en relación a lactancia materna como factor protector de enfermedades digestivas; el 66%(133) no ha presentado cuadros de diarreas durante los dos primeros años y solo ha presentado el 34% (57) de los niños, respecto a la frecuencia el 66%(113) no ha presentado y el 18%(31) ha presentado 4 veces durante los dos primeros años y fue tratado de la infección digestiva el 85%(145) por el médico.

# **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

**Gráfico 1:** Según lactancia materna exclusiva como factor protector en los niños, el 82% si alimentó a su niño con leche materna durante los seis primeros meses y sólo el 18% refieren que no lo hicieron, el 10% fue porque no tenía leche, el 4% por falta de tiempo, 3% por trabajo o estudios y el 2% por voluntad propia; resultados que son similares respecto a la administración lactancia materna exclusiva con Bustamante G.<sup>(7)</sup> El 77.5% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva mientras que el 22.5% no lo hizo, Bedoya J.<sup>(9)</sup> El 7,8% recibieron lactancia materna exclusiva, el 51,8% fueron lactados durante 6 meses o más, tiempo promedio de lactancia materna 5,88 meses, inicio de alimentación complementaria 7,93 meses.

La leche materna es el mejor alimento para el lactante, cubre las necesidades nutricionales y asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo por lo que se recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del bebé y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre y bebé lo deseen. Se ha constatado que los beneficios de la LM tienen una relación dosis-respuesta, es decir, a mayor duración de la lactancia, menor incidencia de enfermedades, como las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas por constituirse un factor que altera el crecimiento y desarrollo del niño causando un retraso en su curva de crecimiento evidenciado en el carnet del control CRED, de allí que se debe combatir y eliminar las barreras que impiden que las madres den el pecho a sus bebés durante los primeros meses. Como profesionales de enfermería se debe asegurar los conocimientos a las madres sobre los grandes beneficios de dar a sus niños lactancia materna y no tener motivos o explicaciones como que no tenía leche o por falta de tiempo, todo ello se debe desterrar a través de las consejerías y orientaciones a la madre durante las atenciones que se le brinde al niño.

**Gráfico 2:** Del 100% de los niños atendidos en relación a lactancia materna como factor protector de enfermedades respiratorias; el 72% no ha presentado tos con fiebre por Ira y solo ha presentado el 28%, durante los dos primeros años, asimismo el 72% no ha presentado cuadros de Iras y solo el 13% ha tenido 4

episodios, siendo tratado por un médico el 85% y el 9% por la madre con ayuda de familiares, resultados que guardan similitud con los hallados por Bedoya J. <sup>(9)</sup> donde se presentaron porcentajes menores de 20,9% para bronquiolitis, 9,6% asma, 23,5% 41,7% otitis media, 15,7% faringoamigdalitis; Reyes G. <sup>(11)</sup> concluye que la lactancia materna exclusiva es factor protector de síndrome obstructivo bronquial, de neumonía adquirida en la comunidad y bronquiolitis; Rocha A. <sup>(15)</sup> En relación a la asociación entre la lactancia materna exclusiva (LME) y la presencia de bronquiolitis se observó que en los casos y controles la frecuencia de LME fueron 17,57% y 60,81% respectivamente comprobando que la Lactancia materna exclusiva es un factor protector para bronquiolitis, Injante M. <sup>(16)</sup> concluye que cuando la madre brinda lactancia materna exclusiva y se lava las manos antes de preparar los alimentos disminuye el riesgo de IRA finalmente Ccencho S. <sup>(17)</sup> demostró en el estudio realizado que si existe relación entre los efectos de la LME y los casos de IRAS ya que se observa en los datos estadísticos obtenidos la disminución de estos casos infecciosos en niños que recibieron LME hasta los 6 meses.

Las infecciones respiratorias son las afecciones más frecuentes en la edad infantil, sobre todo en países en vía de desarrollo como el nuestro. En ese contexto, la lactancia materna constituye una medida preventiva primordial contra las enfermedades respiratorias o el desarrollo de alergias y asma. Éstas pueden prevenirse eficientemente con medidas como la vacunación, mediante el control de factores ambientales como la polución ambiental, humo de tabaco o leña, condiciones relacionadas al friaje y, sobre todo, con una buena alimentación dentro de lo cual resulta primordial la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida porque se ha demostrado que logra reducir el riesgo de infecciones respiratorias, disminuir su duración y la necesidad de hospitalización. Estudios médicos revelan que infantes que recibieron leche materna parcial o los que no la recibieron tuvieron 2.2 veces más riesgo de morir por cualquier enfermedad, en particular por infecciones respiratorias (2.5 veces más riesgo).

**Gráfico 3:** Del 100% de los niños atendidos en relación a lactancia materna como factor protector de enfermedades digestivas; el 66% no ha presentado

cuadros de diarreas durante los dos primeros años y solo ha presentado el 34% de los niños, respecto a la frecuencia el 66% no ha presentado y el 18% ha presentado 4 veces durante los dos primeros años y fue tratado de la infección digestiva el 85% por el médico, nuestros resultados son parecidos con los obtenidos por nuestros antecedentes de estudio como Rafael L.(13) Los conocimientos, prácticas y actitudes hacia de lactancia materna exclusiva se relacionan con la disminución de los episodios de enfermedades diarreicas agudas, Lozano K.(14) La frecuencia de lactancia materna exclusiva en niños sin enfermedad diarreica aguda fue de 73%, comparándolos con aquellos que no recibieron lactancia materna exclusiva; la frecuencia de lactancia materna exclusiva en niños con enfermedad diarreica aguda fue de 46%, concluyendo que la lactancia materna exclusiva es factor protector de enfermedad diarreica aguda en niños del Centro de salud Alto Moche; Ccencho S. (17) demostró en el estudio realizado que si existe relación entre los efectos de la LME y los casos de EDAS en niños de 6 meses del Hospital Augusto Hernández Mendoza EsSalud -Ica, ya que se observa en los datos estadísticos obtenidos la disminución de estos casos infecciosos en niños que recibieron LME hasta los 6 meses.

Por los resultados hallados se puede inferir que la base de una alimentación sana, correcta y equilibrada tiene su fundamento en la lactancia materna, exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y después, hasta que la criatura y la madre lo deseen, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud. En este sentido cobra interés la función que desempeña la lactancia materna exclusiva en la disminución de la morbilidad por EDA, asimismo observamos que hay porcentajes mínimos de niños que han presentado cuadros diarreicos los cuales son los niños que no han recibido lactancia materna exclusiva, aunque también está asociado a los malos hábitos de higiene, y otros factores relacionados con el medio ambiente. Como la leche materna se ingiere de forma directa, sin manipulación previa que pudiera manipularla el niño que es alimentado exclusivamente con ella se espera que la frecuencia de diarrea sea inferior a la que se produce en niños alimentados de otra forma.

## CONCLUSIONES

1. Según el objetivo N° 1 se concluye que la lactancia materna exclusiva es un factor protector de enfermedades respiratorias porque el 72% de los niños menores de 5 años no ha presentado tos con fiebre en los dos últimos años y solo ha presentado el 28%, el 72% no ha presentado cuadros de iras y solo el 13% ha tenido 4 episodios, siendo tratado por un médico el 85% y el 9% por la madre con ayuda de familiares.
2. Respecto al objetivo N° 2 se concluye que del 100% de los niños atendidos en relación a lactancia materna como factor protector de enfermedades digestivas; el 66% no ha presentado cuadros de diarreas durante los dos primeros años y solo ha presentado el 34% de los niños, respecto a la frecuencia el 66% no ha presentado y solo el 18% ha presentado 4 veces durante los dos primeros años y fue tratado el 85% por el médico.

## RECOMENDACIONES

1. A la Coordinadora de las Estrategias sanitarias de CREd y Esni del Hospital Regional para que aseguren que las madres continúen con la lactancia materna exclusiva promoviendo en el establecimiento los 10 pasos de la lactancia materna exitosa, que las madres compartan sus experiencias, realicen preguntas y se ayuden entre sí promoviendo y apoyando las practicas apropiadas de alimentación materna de esta manera se asegura disminución de la morbilidad de infecciones respiratorias agudas.
2. A las madres de familia de los niños menores de 5 años para que realicen el lavado de manos al preparar los alimentos para sus niños, y las que están amamantando hacerlo los seis primeros meses para evitar cuadros episódicos de edas, así como tengan cuidado con el agua y el entorno evitando algún proceso infeccioso digestivo en el niño menor de 5 años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. (2014). Datos y cifras sobre obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud.
2. Marques V. La lactancia materna exclusiva y la anemia por deficiencia de hierro durante los primeros 6 meses de edad. Rev. Asoc. Medicina. Bras. [Internet]. 2014 febrero [citado 2016 30 de junio]; 60 (1): 18-22.
3. Mena N. Patricia A. Marcela. Variaciones en la composición nutricional de la leche materna. Algunos aspectos de importancia clínica. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 1998 Jun [citado 2017 Feb 01] ; 69( 3 ): 116-121.
4. Organización Mundial de la Salud [Homepage en Internet]. Ginebra. OMS; c2016 [Actualizada 2016, consultada 20 Enero 2017]. Disponible: [http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia\\_data\\_status\\_t2/es/](http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/)
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015[Libro Electrónico] Lima: Biblioteca Nacional del Perú: 2016 [Consultado: 20 Enero 2017]. Disponible en:
6. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1356](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356)
7. 6.- Organización Mundial de la Salud. Prevalencia global de anemia. Geneva: OMS; 2015.
8. Bustamante G. 2016. Lactancia materna exclusiva como factor protector frente al desarrollo de sobrepeso infantil en niños ecuatorianos de 1.5 a 5 años de edad.
9. Gonzáles T. 2014. La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se asocia con un mejor peso para la longitud en hogares con inseguridad alimentaria en México. Salud pública Méx vol.56 supl.1 Cuernavaca 2014.
10. Bedoya J. 2014. La lactancia materna y su relación con patologías prevalentes en la infancia en jardines infantiles de la ciudad de Manizales,

Colombia. Archivos de Medicina (Col), vol. 14, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 29-43 Universidad de Manizales Caldas, Colombia.

11. Ramos M. 2018. Lactancia materna exclusiva como factor protector para la obesidad en niños preescolares atendidos en el hospital belén de Trujillo.
12. Reyes G. 2016. Lactancia materna exclusiva como factor protector de enfermedades respiratorias prevalentes en menores de 4 años en el Hospital Regional Docente de Trujillo
13. Torres L. 2016. Lactancia materna exclusiva como Factor de Riesgo asociado a Anemia en Lactantes de 06 meses atendidos en el Hospital Nacional PNP "LNS" durante el periodo Enero 2014-Diciembre del 2016.
14. Rafael, L. (2016). Nivel de conocimiento práctica y actitudes sobre lactancia materna exclusiva y su relación con los episodios de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 meses de vida que asisten al Centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis. Lima Perú.
15. 14.- Lozano K. 2015. Lactancia Materna exclusiva como factor protector para enfermedad diarreica aguda en menores de seis meses en el Centro de Salud Alto Moche 2015
16. 15. Rocha A. 2014. Lactancia Materna Exclusiva como factor protector para Bronquiolitis en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo
17. 16. Injante M. 2014. Lactancia materna exclusiva como factor de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, en niños de 6 a 11 meses en un hospital general de Ica, Perú. Rev méd panacea. 2014; 4(2): 51-55
18. 17. Ccencho, S, (2014). Efectos de la lactancia materna exclusiva sobre las infecciones respiratorias agudas y diarreas en niños de 6 meses de edad en el Hospital Augusto Hernandez Mendoza - EsSalud Ica 2014.

- 19.18.-** Peña M. Importancia de la Lactancia Materna. Nutrición en el Perú. [en línea]. 2014: 1(1): 14-15. [Consultado 2014 diciembre 08]. Disponible en:
- 20.** <http://radio.rpp.com.pe/nutricion/la-importancia-de-la-lactancia-materna-exclusiva/>.
- 21.19.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito de la semana mundial de la lactancia MATERNA 2016.
- 22.20.** Gobierno de la República (2016). Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018. México: Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Salud.
- 23.21.** Ianicelli J. Prevalencia de anemia en lactantes menores de 6 meses asistidos en un centro de atención primaria de la ciudad de La Plata. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Ene 20] ; 110( 2 ): 120-125. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S032500752012000200007&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752012000200007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.120>.
- 24.22.** Picos S. Factores de riesgo en la aparición de anemia en lactantes de 6 meses. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Ene 20] ; 87( 4 ): 404-412.
- 25.23.** Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2008). La Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Revisada, actualizada y ampliada para la atención integral. Washington, D.C.: OPS. Recuperado el 15 de abril de 2016, de:
- 26.** [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourses1es.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourses1es.pdf)
- 27.24.** Organización Mundial de la Salud [OMS], (2015). 10 datos sobre la lactancia materna. Recuperado el 10 de marzo de 2016, de:
- 28.** <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

- 29.25.** Rachel R. Prevalencia y predictores de la deficiencia de hierro en bebés boliviana. FASEB J de abril del año 2015 29 : 729,6
- 30.26.** Tsai, Shu-Fan et al. La anemia por deficiencia de hierro en niños amamantados predominantemente joven. Pediatría y Neonatología. 2014. Volumen 55, Número 6, 466 - 469
- 31.27.** Brahm, P. Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista Chilena de Pediatría, 88(1), 7 – 14. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-4106201>
- 32.28.** Deutsche A. [DPA]. (2016, 20 de abril). Expertos suizos descubren más propiedades de la leche materna. Periódico La Jornada [en línea]. Recuperado el 20 de abril de 2016, de 2018. Disponible en. <http://www.jornada.unam.mx/2016/04/20/ciencias/a02n1cie>
- 33.29.-** Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención Primaria. (2015). Guía de Lactancia Materna. Granada.
- 34.30.** Medela. (s. f.). Conservación y descongelamiento de la leche materna. Recuperado el 16 de marzo de 2016. Disponible en:
- 35.** <http://www.medela.com/ES/es/breastfeeding/qood-to-know/storing-and-thawing-breastmilk.html>
- 36.31.** Mediavilla, D. (2016, 20 de abril). Por qué la leche materna no se puede sustituir por nada. El País [en línea]. Recuperado en abril de 2016, de: <http://elpais.com/elpais/2016/04/2Q/ciencia/1461107830407893.html>
- 37.32.** Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2016). La lactancia materna en el siglo XXI. Recuperado 2016, de:
- 38.** <http://www.paho.org/hq/index.php?option=comdocman&task=docdownload&Itemid=&qid=34257 &lanq=es>
- 39.33.-** Cañas, E (2016). Lactancia materna intrahospitalaria a la luz de la Teoría del cuidado informado de Kristen Swanson.

# **ANEXOS**

### ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema general	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Instrumento	Fuente
¿Es la lactancia materna exclusiva un factor protector contra enfermedades respiratorias y digestivas, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-Noviembre 2018?	Determinar si la lactancia materna exclusiva es un factor protector contra enfermedades respiratorias y digestivas, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-Noviembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer si la lactancia materna exclusiva es un factor protector contra las enfermedades respiratorias, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-noviembre 2018</li> <li>• Indicar si la lactancia materna exclusiva es un factor protector contra las enfermedades digestivas, en menores de 5 años atendidos en el Hospital Regional de Ica Octubre-Noviembre 2018</li> </ul>	<p><b>Hipótesis general</b> Por ser un trabajo descriptivo no se coloca hipótesis.</p>	Cuestionario	Madre

## ANEXO N° 2

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### CUESTIONARIO

##### **A.- Infección del tracto respiratorio**

¿Ha presentado tos con fiebre su niño durante los dos primeros años?

**(SI) (NO)**

¿Cuántas veces por año hasta los 2 primeros años? \_\_\_\_\_ veces

¿Quién lo trató a tu niño?

(El médico) (El farmacéutico) (Yo misma con la ayuda de mis familiares)

##### **B.- Infección del tubo digestivo**

¿Ha presentado diarreas su niño durante los dos primeros años?

**(SI) (NO)**

Cuántas veces por año hasta los 2 primeros años \_\_\_\_\_ veces

¿Quién lo trató a tu niño?

(El médico) (El farmacéutico) (Yo misma con la ayuda de mis familiares)

##### **C.- Lactancia materna exclusiva**

¿Usted alimentó – dio de lactar- a su niño solo con leche materna durante los primeros 6 meses?

**(SI) (NO)**

¿Si es NO, porque abandonó la lactancia materna exclusiva?

(No tenía leche) (Me dio infección en las mamas) (Por voluntad propia)

(Falta de tiempo) (Por el trabajo o estudios)

## ANEXO N° 3

### UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### JUICIO DE EXPERTOS

#### I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE.....  
 1.2. GRADO ACADÉMICO.....  
 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA.....  
 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR PROTECTOR DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, DIGESTIVAS, Y NO INFECCIOSAS, EN MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA OCTUBRE-NOVIEMBRE 2018  
 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO: CAMILA VICUÑA CHANG  
 1.6. LICENCIATURA  
 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

#### II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					
Sub Total						
Total						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4)..... Leyenda: 01-13 Improcedente

VALORACIÓN CUALITATIVA.....14-16 Aceptable con recomendación

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD..... 17-20 Aceptable

Lugar y Fecha..... Firma del Experto

DNI.....

**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS”**  
**FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

**JUICIO DE EXPERTOS**

**I. DATOS PERSONALES:**

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE.....  
 1.2. GRADO ACADÉMICO.....  
 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA.....  
 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR PROTECTOR DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, DIGESTIVAS, Y NO INFECCIOSAS, EN MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA OCTUBRE-NOVIEMBRE 2018  
 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO: CAMILA VICUÑA CHANG  
 1.6. LICENCIATURA  
 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

**II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)**

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					
Sub Total						
Total						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4)..... Leyenda: 01-13 Improcedente

VALORACIÓN CUALITATIVA.....14-16 Aceptable con recomendación

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD..... 17-20 Aceptable

Lugar y Fecha..... Firma del Experto

DNI.....

## ANEXO N° 4

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente fórmula.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

$S_i^2$ : La suma de la varianza de cada ítems.

$S_T^2$ : La varianza del total

K: el número de ítems.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{8}{8-1} \left( 1 - \frac{7.50}{23.50} \right)$$

(1.14) (1- 0.31)

(1.14) (0.69)

Alfa de Cronbach: 0.78

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es confiable.

## **ANEXO N° 5**

### **Consentimiento Informado**

La presente investigación titulada: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA COMO FACTOR PROTECTOR DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, DIGESTIVAS, Y NO INFECCIOSAS, EN MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA OCTUBRE-NOVIEMBRE 2018 de la Universidad Alas Peruanas. Tiene como objetivo determinar los beneficios de esta práctica en la salud de mi menor hijo(a)

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de la Encuesta.

Se le pesará y tallará a su menor hijo a fin de determinar su estado nutricional actual, la que no trae riesgo alguno.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación y sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar en la Investigación: -----

**FIRMA DEL PADRE**