

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**MORBILIDAD ASOCIADA AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMACOLA-2020.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Arevalo Choquehuanca, Paola Vanessa

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Gutiérrez Morales, Javier Herbert

Arequipa - Perú

2022

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 12 de Abril del 2022

Dictamen: 003683-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 003683, presentado por:

2003402282 - AREVALO CHOQUEHUANCA PAOLA VANESSA

Titulado:

**MORBILIDAD ASOCIADA AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ZAMACOLA-2020**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

1592 - FUENTES CHICATA NANCY GEORGINA
DICTAMINADOR



1791 - DELGADO RENDON JUAN ENRIQUE
DICTAMINADOR



2387 - FUENTES FUENTES DANTE MANUEL
DICTAMINADOR

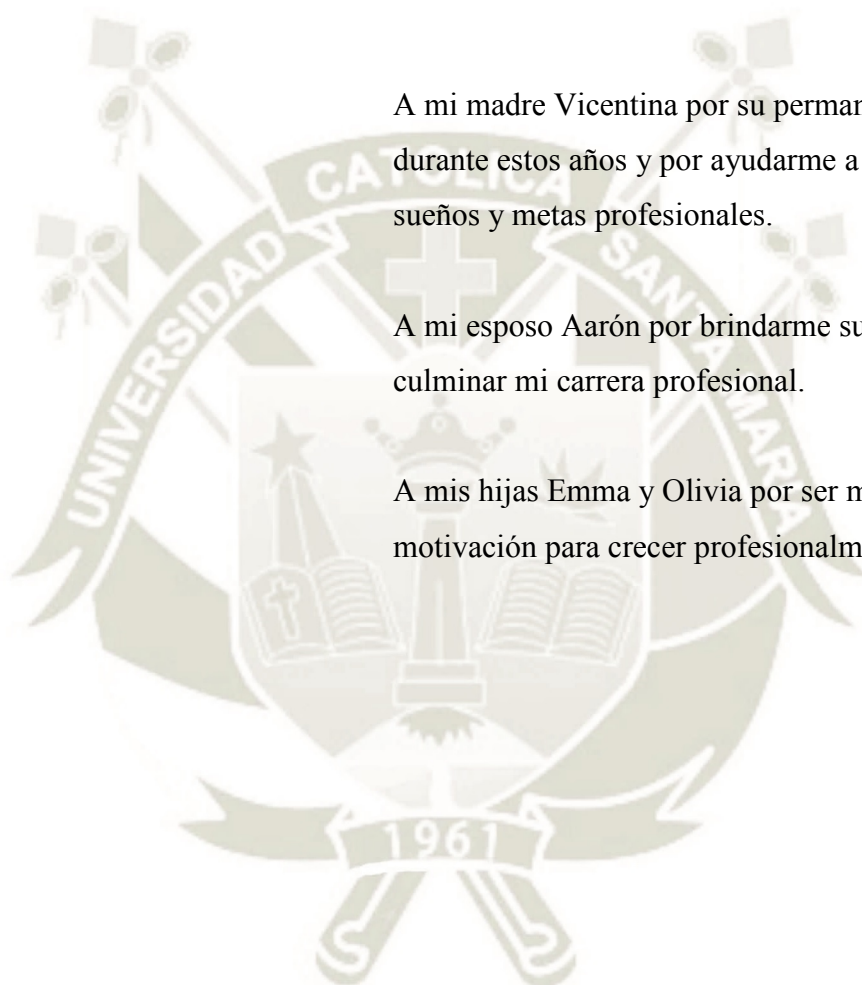


DEDICATORIA

A mi madre Vicentina por su permanente apoyo durante estos años y por ayudarme a lograr mis sueños y metas profesionales.

A mi esposo Aarón por brindarme su tiempo para culminar mi carrera profesional.

A mis hijas Emma y Olivia por ser mi principal motivación para crecer profesionalmente



AGRADECIMIENTO

*A Dios, por darme vida y fuerzas para no rendirme y
lograr mis objetivos.*



RESUMEN

Objetivo: Identificar frecuencia y morbilidad asociados al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses atendidos en el Centro de Salud Zamácola Arequipa. **Material y métodos:** La investigación fue de tipo retrospectivo observacional, diseño no experimental, analítico. Se examinaron 96 expedientes clínicos que corresponden a 96 niños de 6 meses. La información sobre el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva y la morbilidad, fueron registrados en la ficha de recolección de datos; la asociación entre las variables fue verificada con la prueba Chi Cuadrado. **Resultados:** De las 96 historias clínicas revisadas, 41,7% de los niños abandonaron la LME al mes de edad, 24% no recibieron LME desde el nacimiento, 20,8% a los 2 meses y 13,5% a los 3 meses. El 49% que presentó bronquiolitis abandonaron la LME con predominio al 1 mes de edad ($p < 0,05$). El 3,1% que presentó neumonía adquirida en la comunidad, no recibieron LME desde el nacimiento ($p > 0,05$). El 39,6% que presentó diarrea aguda viral, principalmente fueron los niños que no recibieron LME desde el nacimiento y los que abandonaron a los 2 meses de edad ($p < 0,05$). El 30,2% que presentó diarrea aguda bacteriana fue mayor en niños que abandonaron la LME al mes de edad ($p > 0,05$), así mismo, del 32,3% de niños que presentaron dermatitis atópica ($p < 0,05$). Respecto a la edad en que enfermaron con bronquiolitis (29,2%), neumonía (2,1%) y diarrea aguda viral fue a los 3 meses de edad; la diarrea aguda bacteriana (15,6%) a los 4 meses y la dermatitis atópica entre 1 y 2 meses (14,6%). En relación a los episodios, el 49,0% de niños presentaron un episodio de bronquiolitis, de igual forma el 3,1% con neumonía, 35,4% con diarrea aguda viral y el 27,1% con diarrea aguda bacteriana. **Conclusión:** Existe una alta frecuencia de morbilidades respiratorias (bronquiolitis), digestivas (diarrea aguda viral y bacteriana) y dérmicas (dermatitis atópica), asociadas significativamente ($p < 0,05$) al abandono temprano de la LME.

Palabras clave: Abandono precoz, lactancia materna exclusiva, morbilidad.

ABSTRACT

Objective: To identify frequency and morbidity associated with early abandonment of exclusive breastfeeding in children under 6 months of age treated at the Zamácola Arequipa Health Center. **Material and methods:** The research was retrospective observational, non-experimental, analytical design. 96 medical records that met the inclusion criteria were reviewed. Information on early abandonment of exclusive breastfeeding and morbidity were recorded in the data collection form; the association between the variables was verified with the Chi Square test. **Results:** Of the 96 medical records reviewed, 41.7% of the children abandoned EBF at one month of age, 24% did not receive EBF from birth, 20.8% at 2 months and 13.5% at 3 months. . The 49% who presented bronchiolitis abandoned the EBF, predominantly at 1 month of age ($p<0.05$). The 3.1% who presented community-acquired pneumonia did not receive EBF from birth ($p>0.05$). The 39.6% who presented acute viral diarrhea were mainly children who did not receive EBF from birth and those who abandoned at 2 months of age ($p<0.05$). The 30.2% who presented acute bacterial diarrhea was higher in children who left the EBF at one month of age ($p>0.05$), likewise, the 32.3% of children who presented atopic dermatitis ($p<0.05$). Regarding the age at which they became ill with bronchiolitis (29.2%), pneumonia (2.1%) and acute viral diarrhea, it was 3 months of age; acute bacterial diarrhea (15.6%) at 4 months and atopic dermatitis between 1 and 2 months (14.6%). In relation to the episodes, 49.0% of children presented an episode of bronchiolitis, likewise 3.1% with pneumonia, 35.4% with acute viral diarrhea and 27.1% with acute bacterial diarrhea. **Conclusion:** There is a high frequency of respiratory (bronchiolitis), digestive (acute viral and bacterial diarrhoea) and skin (atopic dermatitis) morbidities, significantly associated ($p<0.05$) with early abandonment of exclusive breastfeeding.

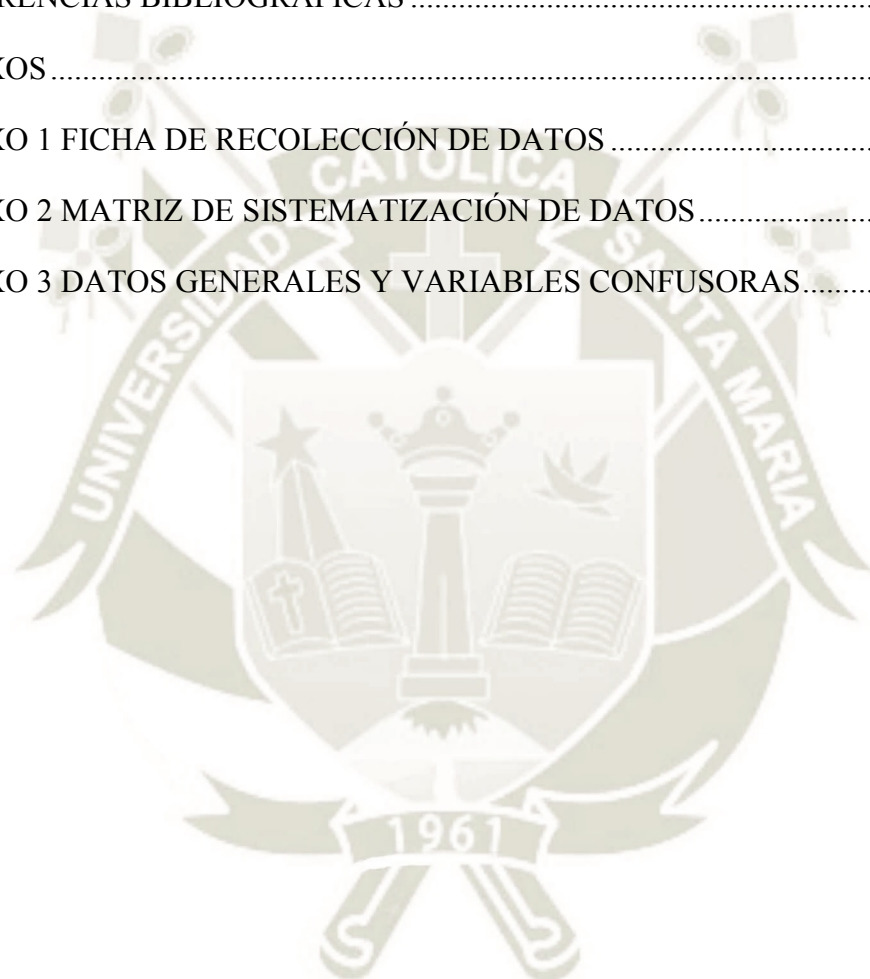
Keywords: Early abandonment, exclusive breastfeeding, morbidity.

ÍNDICE GENERAL

DICTAMEN APROBATORIO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
1. Problema de Investigación.....	3
1.1. Determinación del problema.....	3
1.2. Enunciado del problema.....	3
1.3. Descripción del problema.....	3
1.3.1. Área del conocimiento.....	3
1.3.2. Análisis de variables.....	3
1.4. Justificación del problema.....	5
2. Objetivos.....	5
2.1. Objetivo general.....	5
2.2. Objetivos específicos.....	5
3. Marco teórico.....	6
3.1. Conceptos básicos.....	6
3.1.1. Morbilidad en niños menores de 6 meses.....	6
3.1.2. Lactancia Materna.....	12
3.2. Revisión de antecedentes investigativos.....	18
3.2.1. A Nivel local.....	18
3.2.2. A nivel nacional.....	19
3.2.3. A Nivel Internacional.....	20

4. Hipótesis.....	23
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	24
1. Técnicas, Instrumentos Y Materiales De Verificación	25
1.1. Técnica:.....	25
1.2. Instrumento:	25
1.3. Materiales de verificación.....	25
2. Campo De Verificación.....	25
2.1. Ámbito de estudio	25
2.2. Unidades de estudio	25
2.2.1. Universo	25
2.2.2. Muestra:.....	25
2.3. Temporalidad	27
2.4. Unidades de verificación	27
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.1. Organización.....	27
3.1.1. Validación del instrumento.....	28
3.1.2. Plan de recolección de datos.....	28
3.1.3. Plan de procesamiento.....	28
3.1.4. Plan de calificación.....	28
3.1.5. Plan de codificación.....	28
3.1.6. Plan de recuento.....	28
3.1.7. Pan de análisis	28
3.2. Recursos.....	28
3.2.1. Humanos.....	28
3.2.2. Materiales	28
3.2.3. Financieros	29

CAPITULO III RESULTADOS	30
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	53
ANEXO 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
ANEXO 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	56
ANEXO 3 DATOS GENERALES Y VARIABLES CONFUSORAS	58



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Frecuencia de morbilidades asociada al abandono de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses de edad	31
Tabla N° 2. Bronquiolitis asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.....	32
Tabla N° 3. Neumonía adquirida en la comunidad asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva	33
Tabla N° 4. Diarrea aguda asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.....	34
Tabla N° 5. Diarrea bacteriana asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.....	35
Tabla N° 6. Dermatitis atópica asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.....	36
Tabla N° 7. Morbilidades según edad del niño que abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses	37
Tabla N° 8. Número de episodios según morbilidad en niños que abandonaron la lactancia materna exclusiva.....	38

INTRODUCCIÓN

La morbilidad en la primera infancia de vida por enfermedades virales e infecciosas constituyen un problema de salud para los niños, porque los alejan del estado de bienestar físico y mental (1); siendo el impacto mayor cuando estos niños al no recibir la leche materna están desprotegidos para enfrentar a las enfermedades infecciosas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan que la leche materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad. Dentro de los beneficios para el niño, la leche materna reduce la morbilidad por infecciones respiratorias, gastrointestinales y alérgicas, y propicia una mejor supervivencia (2).

A pesar de este conocimiento y la promoción “Hospital amigo de la madre y el niño” que se desarrolla en los establecimientos de salud, muchas madres no alimentan con leche materna a sus hijos en los primeros 6 meses de vida, algunas por factores que limitan la práctica del amamantamiento, otras por razones injustificadas (3).

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2018, reportó que el 66,4% de los menores de seis meses reciben LME; sin embargo, en algunas regiones la proporción es baja, con porcentajes que oscilan entre 28, 6% a 60,8%, en Arequipa se registra un 55,6%, lo que estaría indicando que el 44,4% de los niños habían abandonado la lactancia materna exclusiva (4).

Con la situación descrita, esta investigación buscó conocer la frecuencia y morbilidades que se encuentra asociado al abandono temprano de la LME; en tal sentido, los resultados sirvan para mejorar las actividades de promoción sobre la lactancia materna exclusiva y disminuir la morbilidad en este grupo etareo y el abandono precoz de la lactancia materna antes de los 6 meses de edad.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Determinación del problema

Morbilidad asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Zamácola, Arequipa-2020.

1.2. Enunciado del problema

¿Cuál es la frecuencia y morbilidad asociadas al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses atendidos en el Centro de Salud Zamácola, Arequipa-2020?

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Pediatría
- Línea: Morbilidad Pediátrica

1.3.2. Análisis de variables

VARIABLES	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Variable Independiente			
Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses	Mes en que se abandona la Lactancia Materna Exclusiva	0 mes 1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses	Ordinal
Variable dependiente			
Bronquiolitis	Edad en meses	1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses	Ordinal
	Número de episodios	Ninguno 1 a 3 episodios Más de 3 episodios	Intervalo

Neumonía Adquirida en la comunidad	Edad en meses	1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses	Ordinal
	Número de episodios	Ninguno 1 a 3 episodios Más de 3 episodios	Intervalo
Diarrea aguda viral	Edad en meses	1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses	Ordinal
	Número de episodios	Ninguno 1 a 3 episodios Más de 3 episodios	Intervalo
Diarrea bacteriana	Edad en meses	1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses	Ordinal
	Número de episodios	Ninguno 1 a 3 episodios Más de 3 episodios	Intervalo
Episodios de Dermatitis atópica (*)	Edad en meses	1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses	Ordinal

1.4. Justificación del problema

La investigación sobre el problema la salud que presentan los lactantes antes de cumplir los 6 meses de vida se considera justificable por su originalidad porque no se registra en la actualidad estudios investigativos en el ámbito regional y local.

La presente investigación presenta relevancia científica, porque se obtendrá información real de la situación de salud de los niños atendidos en el centro de salud Zamácola, el cual será un aporte al conocimiento sobre las morbilidades más frecuentes en los niños que abandonan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

El estudio presenta relevancia práctica, porque el conocimiento sobre la morbilidad que presenta los niños que abandonan la lactancia materna, permitirá mejorar la orientación y consejería en las madres, para así disminuir las infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y dérmicas en el niño menor de 6 meses de edad.

El estudio presenta relevancia social, al fortalecer la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses, se contribuirá en la disminución del gasto económico, porque se incrementan los gastos de la familia al utilizar otras leches artificial o mixta y los cuidados de la salud si el niño enferma por no haberse alimentado con LME.

La motivación personal de realizar esta investigación en el campo de la Pediatría, es generar información sobre la morbilidad que presentan los niños menores de 6 meses asociados al abandono de la lactancia materna, los que servirán de fundamento para identificar este problema durante la atención del niño en el campo clínico.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Identificar frecuencia y morbilidad asociadas al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses atendidos en el Centro de Salud Zamácola Arequipa.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar las morbilidades respiratorias asociadas al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.

- Identificar las morbilidades digestivas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Identificar las morbilidades de la piel asociadas al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.
- Cuantificar la frecuencia de abandono precoz de la lactancia materna, según edad.

3. Marco teórico

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Morbilidad en niños menores de 6 meses

En los consultorios de atención primaria existe una gran magnitud de la morbilidad atendida cuando el niño aún no ha cumplido los 6 meses, los que proporciona información de gran utilidad para orientar acciones de prevención y promoción en los servicios de salud.

La literatura menciona que las morbilidades pediátricas, condicionadas por el abandono de la LME, ocasiona un importante gasto de los recursos sanitarios que son utilizados para establecer el diagnóstico e instaurar el tratamiento, buscar la recuperación o evitar las complicaciones, con los cuales se aumentan los casos de niños enfermos, debido a que se incrementan los niveles de “lactoferrina”, porque desencadenan con suma facilidad la morbilidad pediátrica (5).

3.1.1.1. Morbilidades respiratorias

En edad pediátrica, son frecuentes las infecciones respiratorias virales y constituyen un alto porcentaje de la morbilidad y mortalidad infantil. En lactantes menores de 6 meses el agente más frecuente es el virus sincitial respiratorio, que puede presentarse en forma aislada o asociada a otros virus o bacterias. Los síntomas que usualmente presentan los niños con morbilidad respiratoria se puede observar tos, dificultad para respirar, fosas nasales obstruidas, incremento de la temperatura corporal, catarro y otros síntomas que están asociados a la gravedad de la enfermedad (6).

La revisión de la literatura científica publicada en los últimos años muestra una reducción muy significativa de la morbimortalidad infantil de los niños con LM exclusiva durante al menos 6 meses (7). Un estudio realizado sobre

la reducción del riesgo de enfermedades infecciosas en lactantes, demostró menor número de casos de enfermedad respiratoria y gastrointestinal en aquellos niños que habían recibido por 4 meses la LME (8). En el estudio realizado por Yamakawa y cols, demostraron que existe menor riesgo de hospitalización de los niños con enfermedades respiratorias cuando recibieron LME (9).

La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, estima que la tercera parte de todas las IRA son prevenibles si los niños reciben leche materna en forma exclusiva (10). Bueno y Col afirma que entre las ventajas de la lactancia materna (LM) se incluye su papel protector ante infecciones respiratorias (IR); más aún cuando dura más de 90 días; por ello se debe fomentar el mantenimiento de la LM más allá del tercer mes de vida. Además, se afirma que prolongar la LM exclusiva más de 90 días resulta un factor protector contra las infecciones respiratorias; de esta manera, se infiere que, por cada cuatro niños que reciben LM exclusiva más de 90 días se evitaría una IR (11).

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) habitualmente son una de las principales causas de mortalidad de la niñez. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el año 2019 esta morbilidad se presentó en el 12,1% y en los niños de 6 a 11 meses el 18,5%, de los cuales el 61,5% llegan a la consulta externa (12).

Un estudio al investigar el Perfil anual de menores de 6 años identificó 2 498 episodios de morbilidad en 12 meses de observación, los que originaron 3 122 consultas. Esto significa 5,3 episodios y 6,7 consultas por niño por año. Los episodios que originan repetidas consultas corresponden a problemas respiratorios graves: bronquitis aguda, síndrome bronquial obstructivo, neumopatías y otitis media. En cuanto a diagnóstico, las afecciones respiratorias son las más frecuentes, en este caso, ellas significan dos tercios de los problemas que requieren atención médica en los niños (13).

3.1.1.1.1. Bronquiolitis

Se define como una enfermedad infecciosa aguda que ocasiona inflamación del tracto respiratorio superior e inferior, en sus inicios el niño con esta infección presenta sibilancias, llamadas también ruidos bronquiales ocasionadas por la obstrucción de los bronquiolos (14).

La bronquiolitis en los primeros meses de vida del lactante se debe a que el “Virus Sincitial Respiratorio (VSR) presenta mayor tropismo por el epitelio de la vía aérea. Se replica en las células epiteliales y causa necrosis y lisis, con liberación de mediadores de la inflamación. La lesión de la vía aérea y del parénquima pulmonar resulta de una combinación de los efectos del virus y de la respuesta inmune.” Por otro, el epitelio necrosado se debe a la proliferación de un epitelio cuboide sin cilias y exceso de secreción de moco. Además, durante este proceso los linfocitos plasmáticas y macrófagos invaden el espacio peribronquial y entre las células epiteliales. Se produce también, el edema de la submucosa y la adventicia de la vía aérea, pero no destruyen de los componentes del tejido conectivo.

La combinación de necrosis y descamación del epitelio, la pérdida del epitelio ciliar y el incremento de la producción de moco que se presenta en la bronquiolitis predisponen al lactante a la obstrucción de la luz bronquial, que puede ser parcial produciendo hiperinsuflación distal por un mecanismo valvular; mientras la obstrucción total forma atelectasias, debido a que los lactantes presentan una deficiente ventilación colateral por inmadurez de los canales de Lambert y los poros de Kohn (15).

La bronquiolitis aguda que se presenta en los primeros años de la infancia, ocasiona una carga asistencial a los servicios de salud (16); aunque esta morbilidad es autolimitante; es muy necesario monitorear e instaurar un adecuado tratamiento para evitar las complicaciones (17), especialmente cuando los niños no han recibido LME, por ser una de las causas de esta morbilidad (18).

Esta morbilidad se presenta con más frecuencia en los meses fríos, por ello se dice que es una enfermedad estacional, suele presentarse en los

meses de noviembre a abril, con máxima incidencia de noviembre a febrero de cada año. La alta incidencia de casos se presenta en los primeros meses de vida del niño, asociados a la baja capacidad inmunogénica del niño.

“La clínica consiste en cuadro de vía aérea superior de 1-3 días de evolución seguido de síntomas de vía aérea inferior con dificultad respiratoria, crepitantes y/o sibilancias, con pico de síntomas en los días 5-7 y posteriormente resolución gradual” (14).

3.1.1.1.2. Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)

La neumonía en un paciente pediátrico, “es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar. Existe variabilidad en cuánto a los criterios necesarios para su diagnóstico ya que hay autores que requieren únicamente presencia de infiltrados radiológicos en la radiografía de tórax mientras que para otros basta con la presencia de sintomatología respiratoria.”

Respecto a su etiología, en la infancia, la mayor frecuencia corresponde a neumonías producidas por microorganismos, siendo menos importantes las secundarias a causas no infecciosas (cuerpo extraño, aspiración). Las etiologías de la NAC en edad pediátrica son virales y en menor proporción son bacterias o mixtas (19).

La orientación etiológica de la NAC según grupo de edad, los lactantes de 2 a 3 meses, presentan una NAC viral, seguido de Gram (-), estafilococos y C. Trachomatis; el lactante a partir de los 3 meses, también presenta una NAC viral, seguido por neumococos, micoplasma, C.pneumoniae y H.influenzae. La Organización Mundial de la Salud, por su parte señala que la neumonía extrahospitalaria, tiene como agente causal potencial a los virus (67%), bacterias (53%) y mixtas (33%) (20). Cuando existe daño tisular, que muchas veces se hace crónico, los virus respiratorios pueden causar hiperreactividad particularmente si alcanzan la vía aérea baja (6).

En relación a las infecciones respiratorias, comparado con aquellos niños con LME durante los primeros seis meses de vida, los niños no amamantados presentan casi quince veces más mortalidad por neumonía.

El riesgo de hospitalización por infección respiratoria baja durante el primer año de vida disminuye un 72% en niños alimentados con LME por al menos 4 meses (21).

3.1.1.2. Morbilidad Digestiva

En niños menores de 6 meses como morbilidad digestiva se considera a la diarrea aguda (DA), que se presenta con evacuaciones líquidas o blandas en forma frecuente y suelen presentarse con o sin fiebre o vómitos (22).

3.1.1.2.1. Diarrea aguda viral

Esta morbilidad dura menos de 7 días. En los primeros meses de vida, un cambio en la consistencia de las heces es más indicativo de diarrea que el número de deposiciones. Tener en cuenta que en niños con diarrea aguda los vómitos por lo general tiene una duración de 1-2 días, y en la mayoría se detiene en un plazo de 3 días (22).

Respecto a las enfermedades diarreicas, la leche materna protege de forma activa y pasiva al lactante, gracias a su riqueza en inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima, citoquinas y otros numerosos factores inmunológicos, como leucocitos maternos, que proporcionan inmunidad activa y promueven el desarrollo de la inmunocompetencia del bebé; porque durante la infección activa en lactantes, el número total de glóbulos blancos, específicamente el número de macrófagos, y los niveles de $TNF\alpha$ aumentan en la leche materna de sus madres. Estos resultados pueden respaldar la naturaleza dinámica de la defensa inmunológica proporcionada por la lactancia materna a los bebés enfermos (23).

En un ensayo aleatorizado, la lactancia materna como alimento del lactante por 6 meses y de forma exclusiva demostró disminuir el riesgo de infecciones gastrointestinales (24); cualquier volumen de LM es protectora, ésta se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia (7). Otro estudio evidenció que la práctica de la lactancia materna exclusiva limita la frecuencia de procesos diarreicos y la aparición de sus complicaciones, en los primeros seis meses de vida (25). El estudio

realizado en el Reino Unido, concluyeron que la mayor duración de la LM se asocia con caídas graduales de la morbilidad gastrointestinal y respiratoria en la infancia. Sus resultados muestran que, aunque el efecto protector de la LM es más significativo en los primeros 6 meses, sigue siendo efectiva después, especialmente contra episodios diarreicos (26).

3.1.1.2.2. Diarrea Aguada Bacteriana

Se define “Diarrea Aguda Infecciosa (DAI) o bacteriana cuando existe una disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o un aumento en la frecuencia de las evacuaciones, con o sin fiebre o vómitos” (22). “Respecto a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son *Salmonella* spp y *Campylobacter* spp, seguidos de *Shigella* spp, *Aeromona* spp y *Yersinia* spp” (27).

Los lactantes pueden ser protegidos de esta morbilidad con el amamantamiento exclusiva de la leche materna, porque los compuestos nitrogenados que contiene ayudan a reforzar el sistema inmunológico del lactante, enzimas como lisozima que actúa como bactericida y lipasa que tiene la acción de inactivar a las bacterias (28).

La Organización Mundial de la Salud menciona que casi la mitad de estos episodios de diarrea se previenen cuando la lactancia materna es exclusiva, con ello se reduce la morbilidad y mortalidad infantil y aminora la presión en los sistemas de atención de salud (10).

3.1.1.3. Morbilidad de la piel

3.1.1.3.1. Dermatitis atópica.

“La dermatitis atópica (DA) es un proceso inflamatorio cutáneo crónico, intensamente pruriginoso, de carácter recurrente. Usualmente aparece durante la infancia temprana.”

El curso de este proceso inflamatorio es crónico y se caracteriza por presentar intenso prurito. Es una enfermedad multifactorial resultante de la interacción de varios factores como: “genéticos, ambientales, defectos en la función barrera y una serie de factores inmunológicos. La DA afecta sobre todo a la infancia.”

En los lactantes la dermatitis suele presentarse o debutar entre el tercer y el quinto mes de vida en el 75% de los casos. Se observan en cara y mejillas placas eritematoedematosas, vesiculosas, exudativas, simétricas. También puede observarse en las extremidades superiores e inferiores (29).

Para la prevención de la dermatitis atópica, se asume que la LME protege al niño de este proceso inflamatorio; a pesar de la controversia sobre la asociación entre la lactancia materna y la dermatitis atópica, un estudio encontró que lactancia materna exclusiva tendría un efecto protector sobre la presencia de dermatitis atópica (OR= 0,62; IC95%= 0,41-0,94) (30). Otro estudio tuvo similares resultados; al concluir que la LME y parcial durante 6 meses disminuye la prevalencia del desarrollo de la dermatitis atópica en los primeros años de vida del infante (31).

3.1.2. Lactancia Materna

La leche materna es un fluido dinámico y cambiante que se adapta a la edad y a las necesidades del niño. Está compuesta por nutrientes y minerales esenciales para el crecimiento del bebé, así como por factores inmunológicos y hormonales que presentan un efecto protector. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que la leche materna es el mejor alimento para el bebé durante los primeros 6 meses de vida, de forma exclusiva (32).

La leche materna cubre todas las necesidades nutricionales, calóricas, inmunológicas para el ser humano, desde el nacimiento y de manera exclusiva

durante los primeros seis meses de vida y no existe otra leche artificial que iguale sus bondades nutricionales (33).

La OMS, señala que la LME nutrientes necesarios para un organismo que necesita crecer y desarrollarse en forma saludable (34). Científicamente está comprobado que la LME es un alimento óptimo para alimentar al niños en sus primeros 6 meses de vida (35).

Otras organizaciones internacionales y nacionales recomiendan que la leche materna debe ser el alimento exclusivo durante los primeros seis meses de edad y proveer alimentos complementarios seguros y apropiados desde los seis meses, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más (36); porque se considera que 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” (35).

Además, la leche materna no solo fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, sino 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 y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades”; De ahí que la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es una prioridad de los ministerios de salud de la región. Sin embargo, las cifras observadas distan mucho de lograr la recomendación de la OMS (37).

Muchas investigaciones han evidenciado que los niños amamantados con leche materna presentan menor número de infecciones tanto gastrointestinales y respiratorias, mientras los niños que no reciben este alimento en forma exclusiva hasta los 6 meses, son más susceptibles de enfermar, no solo al reducir su prevalencia, sino también se acorta el tiempo hospitalario en los que enfermaron gravemente (32).

Según los informes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019, el 64,0% de niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva, menor que el año 2018 (66,4%) (38). En las zonas urbanas solo un

59,7% reciben lactancia materna exclusiva; datos que muestran que existen un margen porcentual importante donde los niños no reciben este alimento en forma exclusiva (36).

3.1.2.1. Componentes de la leche humana

Componentes	Leche humana
Factores bacterianos	Ninguno
Factores antiinflamatorios	Presentes
Factores crecimiento	Presentes
Proteínas	Calidad correcta y fácil de digerir
Grasas	Suficientes ácidos grasos esenciales Contiene lipasa para la digestión
Hierro	Pequeña cantidad bien absorbida
Agua	Suficiente
Vitaminas	Suficientes

Fuente: Urquiza (2014) (35)

Los componentes sufren modificaciones en las diferentes etapas de su producción:

3.1.2.1.1. El precalostro

Se encuentra acumulado en los alveolos durante el último trimestre de la gestación. Está compuesto mayoritariamente de exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, cloro, sodio y lactosa. Tiene una densidad alta y posee de un bajo contenido en grasas y lactosa, para adaptarse así a las necesidades calóricas del bebé en sus primeras semanas de vida. Tiene un alto contenido en inmunoglobulinas, proteínas, minerales, lactoferrina y leucocitos (39).

3.1.2.1.2. El calostro

Se secreta entre cinco a siete días después del parto. Es de consistencia pegajosa y contiene la mayor cantidad de proteína en un 97% como: “inmunoglobulina A-IgA), vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus, sodio y zinc”. Esta leche es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del recién nacido. “El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm³ y altas concentraciones de lisozima” (40).

3.1.2.1.3. La leche de transición

Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Suele durar hasta el sexto día hasta los 15 días posparto (41). En esta etapa aumentan las concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles, debido a la dilución de la leche (39).

3.1.2.1.4. La leche madura.

Su producción experimenta variaciones, porque depende de la lactancia, la hora del día, la nutrición de la madre y la edad gestacional del bebé. Su contenido nutricional es rico en proteínas, ácido láctico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos y tienen un alto contenido de minerales, sodio, zinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso (39).

3.1.2.2. Beneficios Inmunológicos de la lactancia materna

La leche tiene la función constante de proporcionar nutrición, protección y programación de desarrollo a los jóvenes, con efectos a corto y largo plazo. Entre sus componentes que le confieren beneficios inmunológicos, la leche materna contiene células maternas, desde leucocitos hasta células epiteliales de diversas etapas de desarrollo que incluyen células madre, células progenitoras, lactocitos y células mioepiteliales. En el calostro humano, los macrófagos son el tipo de leucocitos predominantes (40-50% de los

leucocitos totales), seguido por los neutrófilos polimorfonucleares (40-50% de los leucocitos totales) y linfocitos (5-10% de los leucocitos totales) (42).

Cuadro 1
“Inmunología de la leche humana”

Componente		Función
Celular	Macrófagos	Fagocita microorganismos (E. coli, S. aureus, Salmonella), hongos (Candida), virus (herpes simple) y protozoos por lactoperoxidasas. Madura enzimas del intestino por factor de crecimiento celular
	Polimorfonucleares	Protege al tejido mamario de mastitis.
	Linfocitos	Estimula inmunidad de memoria por la vía entero-mamaria.
Humoral	Inmunoglobulinas (A, G, M, E, D)	Ofrece inmunidad pasiva al recién nacido. Antimicrobianos y antivirales al promover fagocitosis de neutrófilos. Forma anticuerpos contra bacterias y virus.
Proteínas	Lactoferrina	Bacteriostático y antimicrobiano al atacar la membrana celular, secuestrar el hierro y bloquear el metabolismo de hidratos de carbono de S. aureus, Vibrio cholerae, E. coli, Pseudomonas. Antiviral (contra VIH, CMV, HSV).
	Lisozima	Bactericida por lisis bacteriana de los peptidoglicanos de las bacterias, inmunomodulador y reductor del efecto endotóxico.
	K-caseína	Antiadherente, promotor del crecimiento de Bifidobacterium bifidum
Enzimas	Lipasa	Antibacteriana y contra protozoarios.

	Catalasa	Antiinflamatoria, degrada el H_2O_2 .
	Glutathion peroxidasa	Antiinflamatoria, previene la peroxidación lipídica.
	Factor activador plaquetario	Protege contra enterocolitis necrosante.
Hormonas	Prolactina	Desarrolla linfocitos T y B, promueve la diferenciación del tejido linfoide intestinal.
	Cortisol, tiroxina, insulina y factores de crecimiento	Madura el intestino y desarrolla mecanismo de defensa.
Citocinas		Inmunomoduladores del sistema inmunitario
Factores bifidus		Estimula el crecimiento de Bifidobacterium bifidum y Lactobacillus bifidus, acidifican intestino al producir ácido acético, ácido fórmico y ácido succínico contra Gram negativos (E. coli, Shigella, Bacteroides fragilis, S. aureus) y Protozoarios.
Complem ento		Específicamente C3 y C4. Provoca lisis bacteriana junto con anticuerpos específicos (IgG e IgM) y tiene actividad opsonizante, quimiotáctica y bacteriolítica

Fuente: Reyes, (2011) (39)

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. A Nivel local

Autor: Camargo Coaguila Kristel Marelia

Título:

Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil. Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020

Resumen:

Fue un estudio de campo, observacional, prospectivo transversal, en una muestra de 100 madres lactantes. Los resultados evidencian, de las 100 madres evaluadas, 30% abandonan la LME. Hubo proporciones similares de edades entre las madres que abandonaron la LME y las madres adherentes, predominando en ambos grupos las madres de 20 a 39 años (93.33% entre las no adherentes y 88.57% entre las adherentes; $p > 0.05$). En ambos grupos predominaron las mujeres convivientes (56.67% en las que abandonaron, 64.29% en las adherentes; $p > 0.05$) (43).

Autor: Chumpitaz Tovar, Luz Kasandra; Rada Zuñiga, Yania Violeta

Título:

Factores condicionantes del abandono de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 6 meses, Hospital I Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa 2018.

Resumen:

El enfoque de este estudio fue cuantitativo, con método descriptivo, diseño correlacional y de corte transversal. Realizado en 60 madres de niños de 6 meses. Aplicando un cuestionario mediante la entrevista obtuvieron que, el 83.3% de madres presentaron dificultades para brindar LME, donde a mayoría tenían poca leche. Solo un 35% de madres tuvieron un conocimiento bueno sobre LME. Al concluir determinaron que existe relación entre el factor biológico, problemas de la madre y económicos como la ocupación con la LME (44).

3.2.2. A nivel nacional

Autor: Maldonado W, Chuan J, Guevara G, Gutiérrez C, Sosa J.

Título: Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención

Resumen:

En este estudio al evaluar si la lactancia materna exclusiva asociada a la dermatitis atópica en niños menores de siete años, se planificó un estudio tipo casos y controles no pareado, para cual se evaluó 260 casos y 260 controles captados en consulta externa de los servicios de Dermatología y Pediatría. En el análisis multivariado usando regresión logística se encontró que lactancia materna exclusiva tendría un efecto protector sobre la presencia de dermatitis atópica (OR= 0,62; IC95%= 0,41-0,94) ajustado por edad, sexo, procedencia, nivel educativo de los padres, inicio de alimentación complementaria, familiar con atopía y hábito de fumar. El estudio concluyó que la lactancia materna exclusiva tendría un efecto protector sobre la presencia de dermatitis atópica en niños menores de siete años (45).

Autor:

Huaquisto Marivel Puno.

Título:

Abandono de lactancia materna exclusiva en relación a prevalencia de enfermedades infecciosas en lactantes menores de 6 meses del Centro de Salud Simón Bolívar 2019-Puno.

Resumen:

En esta investigación relacionó el abandono de la LME con las enfermedades infecciosas que presentaron los lactantes menores de 6 meses del Centro de Salud Simón Bolívar; aplicando un cuestionario a 82 madres mediante la entrevista, encontraron que un 44% de madres que alimentaron a sus niños con LMM, 32% de los niños habían presentado EDAs y 44% IRAs antes de cumplir los 6 meses. Con estos valores se demostró que existe relación entre el abandono de lactancia exclusiva con padecer enfermedades infecciosas (46).

Autor: Jara A, Pillaca S, Aguilar E.

Título: Abandono de lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el primer nivel de atención de Chosica. 2018.

Resumen:

Esta investigación al determinar los factores asociados al abandono de la LME en niños atendidos en el primer nivel de atención de Chosica, planificó un estudio observacional-analítico de casos y controles, donde participaron 84 madres de niños menores de 6 meses de edad. Los resultados evidenciaron que la edad media de las madres fue 25 años, 70,2 % eran convivientes, 88,1% con educación básica, 60,7% profesaban la religión católica, 63,1% tuvo un hijo y 54,8% eran de Lima y el resto de provincias. Se concluyó que los problemas educativos, información sobre las técnicas de amamantamiento, y el trabajo fueron determinantes que contribuyeron en el abandono de la LME (47).

3.2.3. A Nivel Internacional

Autor: Brahm P, Valdés V.

Título: Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar

Resumen:

Este estudio después de revisar las evidencias actualizadas sobre los beneficios de la LME y los riesgos que representa el alimentar con fórmulas lácteas; demostró que, la lactancia es un factor protector contra diferentes enfermedades infectocontagiosas, en especial las enfermedades intestinales. También, se señaló que tiene un efecto beneficioso en el desarrollo neuronal ya que mejora el coeficiente intelectual y previene las alteraciones de conducta. La LME llega a prevenir la muerte súbita del niño en un 36% y la mortalidad en un 13% a nivel mundial (48).

Autor: Borges M, Alonso RM, Rodríguez B, Uranga R, Santos J.

Título: Abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en el hijo/a de madre adolescente

Resumen:

Esta investigación determinó “la relación del destete precoz con algunas variables relacionadas con la madre y con los lactantes hijos e hijas de madres adolescentes”. Fue un estudio “observacional, descriptivo, realizado en el Hospital Pediátrico Docente San Miguel del Padrón”. La muestra estuvo conformada por 312 lactantes hospitalizados. En sus resultados mostraron que, la mayoría de los niños abandonaron la lactancia materna exclusiva a los tres meses de vida; solo un 13,8% había lactando hasta los 6 meses y en estos niños las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas fue en mayor porcentaje de los casos (49).

Autor: Estrada Y, Téllez M, Reid RC, Cobas K.

Título: Diarrea y lactancia materna en menores de seis meses, de enero 2016 a diciembre 2017.

Resumen:

En este estudio al “caracterizar los niños menores de 6 meses con enfermedades diarreicas agudas y su relación con el tipo de lactancia, en pacientes ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”, se planificó un estudio de tipo analítico transversal. Realizado en una muestra de 127 pacientes con diagnóstico de enfermedades diarreica aguda. En los resultados se evidencian que más de la mitad de los niños (58,3 %) recibían lactancia mixta; predominaron las complicaciones en los niños con lactancia mixta (44,9 %), mucho menor en los de lactancia exclusiva (8,7 %); predominó la corta estadía hospitalaria, que fue mayor en los de lactancia exclusiva, de los cuales el 28,3 % estuvieron hospitalizados más de cinco días. El estudio concluyó que, alimentar al niño con leche materna se disminuye los procesos diarreicos y sus complicaciones, dentro de los primeros seis meses de vida (25).

Autor: González I, Hoyos A, Torres M, González I, Romeo D, De León M.

Título: Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias.
Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015

Resumen:

Este estudio se realizó con el objetivo de identificar causas y consecuencias del abandono de la lactancia materna exclusiva. Fue una investigación descriptiva, en una muestra de 255 madres con lactantes menores de 6 meses, que cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados que encontraron revelan que: En la mayoría de los niños se utilizó la alimentación artificial. El abandono de la LME en el 38,4% de niños fue a los 2 meses. La causa principal del abandono fue la hipogalactia prevaleció (47,1 %). El 63,2 % de niños presentaron enfermedades alérgicas, respiratorias, y diarreicas agudas (51,7 %), y malnutridos el 48,3 %. La investigación concluyó que los niños que abandonaron la LME a los 2 meses y que luego fueron alimentados con Lactancia artificial, de forma proporcional aumentó enfermedades alérgicas, IRA, EDA y mal nutrición (50).

Autor: Gorriera R, Ravelo Y, Hernández E, Oliva M.

Título: Morbilidad y lactancia materna exclusiva en el primer semestre en relación con una intervención educativa.

Resumen:

El estudio tuvo como objetivo evaluar los resultados de la lactancia materna exclusiva en el primer semestre y la morbilidad de los niños, después una intervención educativa en las gestantes. El estudio fue cuasiexperimental de casos y controles. Los resultados evidenciaron que, las causas del abandono de la lactancia materna para ambos grupos estuvieron relacionadas con la hipogalactia. Los lactantes del grupo no intervenido tuvieron mayor frecuencia de procesos mórbidos, ingresos y consumo de antibióticos. Predominó la IRA (31,52%) y EDA (11,96%) por lo que se concluyó que, que los niños con lactancia materna exclusiva presentaron menor morbilidad y menos ingresos hospitalarios (51).

4. Hipótesis

Dado que, la lactancia materna exclusiva tiene propiedades antimicrobianas e inmunológicas, factores antiinflamatorios, hormonas, enzimas digestivas y moduladores del crecimiento que protegen contra las infecciones respiratorias, digestivas y dérmicas.

Es probable que la presencia de estas morbilidades en el niño menor de 6 meses este asociado al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, Instrumentos Y Materiales De Verificación

1.1. Técnica:

Para la recolección de datos se utilizó la Observación documental.

1.2. Instrumento:

Ficha de recolección de datos (Anexo 1)

1.3. Materiales de verificación

- Material de escritorio
- Laptop personal con programas de procesamiento de textos,
- Base de datos y estadísticos.
- Fichas de recolección de datos

2. Campo De Verificación

2.1. Ámbito de estudio

La investigación se desarrolló en el Centro de Salud Zamacola, situado en el Distrito de Cerro Colorado de la provincia de Arequipa y en el Consultorio de Pediatría donde se realiza la atención a pacientes pediátricos.

2.2. Unidades de estudio

2.2.1. Universo

La población estuvo compuesta por 496 niños menores de 6 meses atendidos con morbilidad respiratoria, digestiva y de piel en la consulta pediátrica del Centro de Salud Zamácola de Arequipa, en el periodo 1 de abril del año 2019 al 30 de marzo del año 2020, los que fueron tomados de referencia para el cálculo del tamaño de la muestra.

2.2.2. Muestra:

La investigación se desarrolló en una muestra de 96 historias clínicas de lactantes menores de 6 meses de edad, atendidos en la consulta Pediátrica por presentar bronquiolitis aguda, diarrea aguda viral o bacteriana y/o dermatitis atópica, que cumplieron los criterios de inclusión y que no recibieron LME desde el nacimiento o abandonaron antes de los 6 meses de edad. Esta muestra fue calculada haciendo uso de la fórmula para una población conocida:

$$n = \frac{N \cdot Z^2}{4N (\alpha)^2 + Z^2}$$

$$n = \frac{496 (1,96)^2}{4(496) (0,09)^2 + (1,96)^2}$$

$$n = \frac{1905.4336}{16,0704 + 3,8416} = \frac{1905.4336}{19,912} = 95,69$$

$$n = 96$$

Donde:

n = Muestra

N = Población

Z = Desviación normal estandarizada

α = error probable

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de lactantes menores de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Zamácola de Arequipa.
- Historia clínica de niños atendidos por morbilidad pediátrica.
- Historia clínica de lactantes que abandonaron la lactancia materna antes de los 6 meses
- Historia clínica de niños nacidos a término
- Lactantes que recibieron lactancia materna mixta y artificial

Criterios de exclusión:

Historias clínicas de lactantes con información incompleta.

2.3. Temporalidad

En el estudio se revisaron las historias clínicas de los lactantes de 6 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Zamácola de Arequipa comprendidos en el periodo del 1 de abril del año 2019 al 30 de marzo año 2020.

2.4. Unidades de verificación

La investigación se desarrolló en el Centro de Salud Zamacola Arequipa, situado en el Distrito de Cerro Colorado. específicamente en el Consultorio de Pediatría de este establecimiento de salud de nivel III-1.

a) Tipo de investigación

Investigación retrospectiva observacional

b) Nivel de investigación

Relacional causal

c) Diseño de investigación

No experimental, analítico

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se realizó los trámites respectivos para solicitar la autorización del jefe del Centro de Salud Zamacola para recabar la información a través de la revisión de historias clínicas de los niños menores de 6 meses de edad.
- Se mantuvo una coordinación estrecha con el jefe de la Unidad de Estadística para la obtener los números de historias clínicas de niños con morbilidad Pediátrica y que hayan cumplido 6 meses de edad
- Seguidamente se realizó la revisión correspondiente, los datos encontrados fueron registrados en la ficha de recolección de datos
- Se tomó en cuenta como abandono de la LME, si el abandono fue antes de los 6 meses y en su reemplazo el lactante recibió fórmula u otro tipo de leche (evaporada, vaca)
- Se sistematizó la información obtenida en una hoja electrónica del programa Excel.
- El procesamiento de la información se realizó en el Programa SPSS-25.

3.1.1. Validación del instrumento

Por tratarse de un estudio retrospectivo, no fue necesario realizar la validación, debido a que la información se encuentra en la historia clínica del niño.

3.1.2. Plan de recolección de datos

El instrumento fue aplicado después de haber obtenido la aceptación para llevar a cabo la ejecución del presente estudio.

3.1.3. Plan de procesamiento

La información obtenida previa a la sistematización fue codificada de manera consecutiva para el respectivo procesamiento en el Software SPSS-25.

3.1.4. Plan de calificación

Los datos fueron sistematizados y clasificados según las variables del estudio.

3.1.5. Plan de codificación

Los datos fueron codificados en forma nominal y ordinal, con la finalidad de facilitar el procesamiento en el programa estadístico.

3.1.6. Plan de recuento

Tomando como base los datos obtenidos, el recuento de datos fue realizado en el Software SPSS-25.

3.1.7. Plan de análisis

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva porcentual que permitió obtener información en tablas porcentuales.

La hipótesis planteada en la investigación fue verificada con el estadístico chi cuadrado.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Estuvo conformada por la investigadora
- El asesor de tesis

3.2.2. Materiales

- Material de escritorio

- Computadora
- Impresora
- Fichas de recolección de datos
- Historias clínicas

3.2.3. Financieros

La integridad de los gastos que demanda el trabajo de investigación fue asumida por la investigadora





CAPITULO III

RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla N° 1.

Frecuencia de morbilidades asociada al abandono de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses de edad

Abandono de la LME	Morbilidades											
	Bronquiolitis		Neumonía		Diarrea aguda		Diarrea bacteriana		Dermatitis atópica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 meses	17	36,2	2	66,7	11	28,9	4	13,8	5	16,1	39	26,4
1 mes	19	40,4	1	33,3	9	23,7	14	48,3	22	71,0	65	43,9
2 meses	7	14,9	0	,0	11	28,9	5	17,2	4	12,9	27	18,2
3 meses	4	8,5	0	,0	7	18,4	6	20,7	0	,0	17	11,5
Total	47	100,0	3	100,0	38	100,0	29	100,0	31	100,0	148	100,0

Fuente: Elaboración propia

Chi² = 27, 392

GL = 12

p = 0.007

En la tabla N° 01 se observa los resultados de la frecuencia de las morbilidades asociadas al abandono de la LME antes de los 6 meses de edad, el cual predomina al 1 mes de edad, seguido de 26,4% no recibe LME desde el nacimiento, 18,2% a los 2 meses y el 11,5% a los 3 meses.

Al asociar el abandono de la LME con las morbilidades presentadas, resalta un 40,4% que abandona al mes de edad presentó bronquiolitis, el 66,7% que abandona a los cero meses presentó neumonía, el 28,9% que abandona desde el nacimiento y otros en proporción similar que abandona a los 2 meses presentaron diarrea aguda, el 48,3% que abandona al mes presentó diarrea bacteriana, así como el 71,0% dermatitis atópica.

Tabla N° 2.
Bronquiolitis asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva

	Bronquiolitis aguda				Total	
	No		Si			
	N°	%	N°	%	N°	%
0 meses	6	6,3	17	17,7	23	24,0
1 mes	21	21,9	19	19,8	40	41,7
2 meses	13	13,5	7	7,3	20	20,8
3 meses	9	9,4	4	4,2	13	13,5
Total	49	51,0	47	49,0	96	100,0

Fuente: Elaboración propia
 $\chi^2 = 9,046$

GL = 3

 $p = 0.029$

Los resultados de la tabla 2, muestran de un total de 96 niños, el 49,0% presentaron bronquiolitis aguda con predominio en niños que abandonaron la LME al mes de edad y un 17,7% desde el nacimiento.

Tabla N° 3
Neumonía adquirida en la comunidad asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva

	Neumonía adquirida en la comunidad					
	No		Si		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 meses	21	21,9	2	2,1	23	24,0
1 mes	39	40,6	1	1,0	40	41,7
2 meses	20	20,8	0	,0	20	20,8
3 meses	13	13,5	0	,0	13	13,5
Total	93	96,9	3	3,1	96	100,0

Fuente: Elaboración propia

Chi2 = 3,474

GL = 3

p = 0.324

Los resultados de la presente tabla muestran que un 3.1% de los niños en estudio habían presentado neumonía adquirida en la comunidad, siendo la mayor parte de niños que no recibieron LME desde el nacimiento.

Tabla N° 4
Diarrea aguda viral asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva

	Diarrea aguda viral					
	No		Si		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 meses	12	12,5	11	11,5	23	24,0
1 mes	31	32,3	9	9,4	40	41,7
2 meses	9	9,4	11	11,5	20	20,8
3 meses	6	6,3	7	7,3	13	13,5
Total	58	60,4	38	39,6	96	100,0

Fuente: Elaboración propia
 $\chi^2 = 8,628$
 $GL = 3$
 $p = 0.035$

En la tabla se muestra los resultados que se presentan sobre la asociación entre la diarrea aguda viral y el abandono precoz de la LME, donde se observa al 39,6% de niños que presentaron esta morbilidad, en los que predomina el 11,5% de niños que no recibieron LME desde el nacimiento, con similar porcentaje (11.5%) los que abandonaron a los 2 meses de edad.

Tabla N° 5
Diarrea aguda bacteriana asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva

	Diarrea aguda bacteriana				Total	
	No		Si		N°	%
	N°	%	N°	%		
0 meses	19	19,8	4	4,2	23	24,0
1 mes	26	27,1	14	14,6	40	41,7
2 meses	15	15,6	5	5,2	20	20,8
3 meses	7	7,3	6	6,3	13	13,5
Total	67	69,8	29	30,2	96	100,0

Fuente: Elaboración propia

Chi2 = 4,053

GL = 3

p = 0.256

En la tabla 5, se muestra la asociación entre la diarrea aguda bacteriana y el abandono precoz de la LME, donde se aprecia que el 30,2% de niños presentaron esta morbilidad, de los cuales el 14,6% de niños habían abandonado la LME al mes de edad.

Tabla N° 6
Dermatitis atópica asociada al abandono precoz de la lactancia materna exclusiva

	Dermatitis Atópica					
	No		Si		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 meses	18	18,8	5	5,2	23	24,0
1 mes	18	18,8	22	22,9	40	41,7
2 meses	16	16,7	4	4,2	20	20,8
3 meses	13	13,5	0	,0	13	13,5
Total	65	67,7	31	32,3	96	100,0

Fuente: Elaboración propia
 $\chi^2 = 18,187$
 $GL = 3$
 $p = 0.000$

La siguiente tabla muestra la dermatitis atópica asociada al abandono de la LME, donde se observa que el 32,3% de los niños presentaron esta morbilidad, de los cuales el 22,9% de los niños habían abandonado la LME al mes de edad.

Tabla N° 7
Morbilidades según la edad del niño en que enfermaron antes de los 6 meses

	Edad en que enfermaron														Chi2
Morbilidad	1 mes		2 meses		3 meses		4 meses		5 meses		Ninguno		Total		P<0,05
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Bronquiolitis aguda	0	0	10	10,4	28	29,2	0	0,0	0	0,0	58	60,4	96	100	0,002
Neumonía	1	1,0	0	0,0	2	2,1	0	0,0	0	0,0	93	96,9	96	100	0,249
Diarrea aguda viral	4	4,2	9	9,4	16	16,7	7	7,3	2	2,1	58	60,4	96	100	0,000
Diarrea aguda bacteriana	0	0,0	2	2,1	3	3,1	15	15,6	6	6,3	67	69,8	96	100	0,004
Dermatitis Atópica	14	14,6	14	14,6	1	1,0	2	2,1	0	0,0	65	67,7	96	100	0,018

Fuente: Elaboración propia

La presente tabla demuestra, del total de niños que enfermaron con bronquiolitis el 29,2% enfermó a los 3 meses de edad, así mismo el 16,7% con diarrea aguda viral; mientras el 15,6% que enfermó con diarrea aguda bacteriana fue a los 4 meses, en cambio el 14,6% con dermatitis atópica enfermó al mes de edad y en igual proporción a los 2 meses de edad.

Tabla N° 8

Número de episodios según morbilidad en niños que abandonaron la lactancia materna exclusiva.

Morbilidad		Número de episodios								Chi2
		1 Episodio		2 Episodios		Ninguno		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Bronquiolitis aguda		47	49,0	1	1,0	48	50,0	96	100	0,078
Neumonía		3	3,1	0	0,0	93	96,9	96	100	0,324
Diarrea aguda viral		34	35,4	4	4,2	58	60,4	96	100	0,053
Diarrea	aguda	26	27,1	3	3,1	67	69,8	96	100	0,239
bacteriana										

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se muestra que el 49,0% de niños que enfermaron con bronquiolitis presentaron un solo episodio; así mismo el 3,1% que presentaron neumonía, el 35,4% con diarrea aguda viral y el 27,1% con diarrea aguda bacteriana. Con 2 episodios presentaron los niños con diarrea aguda viral (4,2%) y bacteriana (3.1%).

DISCUSIÓN

Esta investigación fue realizada para comprobar si la morbilidad que los niños presentaron antes de los 6 meses de edad están asociados al abandono precoz de la LME, así como se ha señalado en la hipótesis planteada, estudio que fue desarrollada en el Centro de Salud Zamácola Arequipa, en una muestra de 96 historias clínicas de niños de 6 meses edad que presentaron morbilidad respiratoria, digestiva, o en la piel, cuya información fue registrada en una ficha de recolección de datos, resultados que permitieron establecer la asociación entre las variables haciendo uso de la prueba estadística programada (Chi cuadrado).

En la tabla 1, se muestra la frecuencia de las morbilidades que presentaron los niños antes de cumplir los 6 meses edad, así mismo la edad en que abandonaron en forma precoz la LME; de un total de 96 historias clínicas revisadas y que cumplieron los criterios de inclusión, se ha encontrado a 47 niños con bronquiolitis (48,9%), 38 con diarrea aguda viral (39,6%), 29 con diarrea aguda bacteriana (30,2%), 31 con dermatitis atópica (32,3%) y la neumonía solo en 3 niños (3,1%). Respecto al abandono de la LME, el 43,9% de los niños abandonaron al mes de edad, 26,4%, desde el nacimiento, 18,2% a los 2 meses y el 11,5% a los 3 meses. Huaquisto en su investigación encontró porcentajes cercanos de morbilidad respiratoria (44%) y digestiva (32%) en los menores de 6 meses que no habían recibido LME, confirmando que existe relación entre estas dos variables (46). Respecto al abandono Borges y Col. mostró en sus resultados que la mayoría de los niños que abandonaron la lactancia materna exclusiva fue a los tres meses de vida, en quienes encontró con predominio infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas; resultados que tienen semejanza con los valores encontrados en nuestro estudio, esto significa que las morbilidades en especial las respiratorias y digestivas se presentan con regularidad en los menores de 6 meses que no reciben LME aun en contextos diferentes, lo que implica que no se estaría promocionado adecuadamente la LME (49).

En la tabla 2 se muestra al 49,0% de los niños que presentaron bronquiolitis, donde el 19,8% abandonaron la LME al mes de edad, 17,7% al nacimiento y en menor porcentaje en los meses posteriores, valores que representan asociación significativa ($p=0,029$); la presencia de esta morbilidad se atribuye a la ausencia de anticuerpos virales en niños que no se alimentan con leche materna, teniendo como agente causal principalmente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS) (3,52). Similares resultados obtuvieron Rodríguez, quien reportó que el 49,1% de los niños menores de 3 meses presentaron bronquiolitis

aguda, especialmente los niños con menos de 6 meses (79,5%) y que habían abandonado la lactancia materna exclusiva (60,7%) (53); Huaquisto en sus hallazgos demostró que los niños que no recibieron LME antes de los 6 meses de edad presentaron infecciones respiratorias agudas (46); así como Borges y Col quienes demostraron que los niños que no reciben LME presentan enfermedades respiratorias en un alto porcentaje (87,1%) (49); y un reciente estudio realizado por Pérez en Lima demostró que el niño que no recibe LME tiene 5,25 veces más de riesgo de presentar bronquiolitis aguda que aquellos niños que reciben este alimento hasta los 6 meses de edad; estos estudios son compatibles con nuestros resultados, porque cerca de la mitad de los niños del estudio que abandonaron la LME en forma precoz presentaron esta morbilidad respiratoria (54).

En la tabla 3 se muestra la NAC asociada al abandono precoz de la LME, donde se aprecia que un 3.1% de los niños que presentaron esta morbilidad abandonaron la LME a los cero meses, estos resultados no representan significancia estadística ($p=0,325$). Sobre esta morbilidad el Centro de práctica basada en la evidencia del Tufts-New England Medical Center ha señalado que disminuye en un 72% cuando los niños son amamantados con leche materna por lo menos hasta los 4 meses de edad, mientras en nuestro estudio los niños que enfermaron con esta patología abandonaron la LME antes de los 2 meses, de ahí la severidad del caso, porque estos niños para su tratamiento tuvieron que ser hospitalizados (21).

En la tabla 4 se muestra la asociación entre la diarrea aguda viral y el abandono precoz de la LME, donde el 39,6% de niños presentaron diarrea aguda viral con disminución de la consistencia de las heces y aumento de la frecuencia de evacuación que dura menos de 7 días (55), en su mayoría habían abandonado precozmente la LME a los cero y 2 meses de edad; esta asociación representa significancia estadística ($p=0,035$), lo que demuestra que el abandono de la LME es un factor negativo para prevenir la diarrea aguda viral, porque el niño no recibe las inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima, citoquinas y otros numerosos factores inmunológicos que contiene la leche materna (23), especialmente los niños que no recibieron la vacuna rotavirus antes de los 2 meses de edad (26,55). En los resultados que presenta Huaquisto se encontró 32% de niños con EDAs (46), Borges y col reportó en sus hallazgos, abandono de la LME en niños que no habían cumplido los tres meses de vida, los que presentaron diarrea aguda viral en un alto porcentaje (49). González y Col. en niños que abandonaron la LME encontraron enfermedades diarreicas agudas (51,7 %) con predominio a los 2 meses de edad (50). Estrada y Col, en 127 niños con diarrea aguda viral, más de la

mitad (58,3%) de los que no habían recibido LME; con los resultados encontrados en nuestro estudio y haber mostrado los resultados de otros investigadores, significa que la diarrea aguda viral se presenta, cuanto más temprano abandona el niño la LME (25).

Los resultados de la tabla 5, muestran la asociación entre la diarrea aguda bacteriana y el abandono de la LME, donde se aprecia que el 30,2% de niños presentaron diarrea aguda bacteriana, de los cuales el 14,2% abandonaron la LME al mes de vida; sin embargo, estos resultados estadísticamente no presentan asociación ($p=0,256$); esto se debe a que los casos se distribuyen con porcentajes considerables en las diferentes edades de abandono de la LME. Muñoz señaló que esta morbilidad puede ser protegida con el amamantamiento exclusivo de la leche materna gracias a los compuestos nitrogenados que contienen, los que ayudan a reforzar el sistema inmunológico del lactante y especialmente la lipasa que tiene la acción de inactivar a las bacterias (28), además la LME contribuye en la disminución de los procesos diarreicos y la aparición de sus complicaciones, en los primeros seis meses de vida (25). La ausencia de estos compuestos en niños que abandonaron la LME, predisponen a la diarrea aguda bacteriana que se presenta con sangre, moco y/o pus, porque los patógenos ocasionan daño en la mucosa intestinal (56), en la que posiblemente se sumaron otros factores como el uso del biberón (Anexo 3) que no está bien higienizado, considerando que la etiología de esta morbilidad principalmente es la Shiguella, Salmonella spp y Campylobacter spp, que pueden ser transportados mediante las manos y objetos que manipula tanto la madre como el niño (27).

Los resultados que se muestran en la tabla 6, se refiere a la asociación entre la dermatitis atópica asociada al abandono precoz de la LME, donde se ha encontrado que el 32,3% de los niños presentaron esta morbilidad, principalmente los niños que habían abandonado la LME al mes de edad; lo que nos indica que esta morbilidad se presenta a muy temprana edad en el lactante, resultados que demuestran que existe asociación significativa ($p=0,000$) entre las variables. Este resultado se debe a que este proceso inflamatorio crónico aparece en la infancia temprana, como se presenta en nuestros resultados, más de la tercera parte de la población en estudio presentaron esta morbilidad sobre todo en niños que abandonaron la LME entre cero y dos meses de edad (29). El estudio realizado por Maldonado y Col, encontró que lactancia materna exclusiva tendría un efecto protector sobre la presencia de dermatitis atópica (30). Chih y Col demostró que la prevalencia de dermatitis atópica en el lactante menor disminuye con el amamantamiento exclusivo durante los 6 meses (31), pero cuando el niño abandona la LME como se muestra en nuestros resultados, esta morbilidad

se presentó a muy temprana edad; aunque suele debutar con frecuencia entre el tercer y el quinto mes de vida en el 75% de los casos (57).

En la tabla 7 se muestra que el 29,2% de niños enfermaron con bronquiolitis a los 3 meses de edad y el 10,4% a los 2 meses, así mismo el 16,7% con diarrea aguda; mientras el 15,6% que enfermó con diarrea bacteriana fue a los 4 meses, en cambio el 14,6% con dermatitis atópica enfermó al mes de edad y en igual proporción a los 2 meses de edad. Estos resultados nos indican que los niños que no fueron amamantados enferman a temprana edad, porque no tienen los anticuerpos inmunológicos que actúan como un efecto protector, en especial los que abandonaron la LME a temprana edad. Al que se suman otros factores como ser menor de 3 meses de edad que predisponen al niño a presentar por ejemplo una bronquiolitis aguda de ahí observamos niños que enfermaron a los 2 meses de edad (52). Melgar señala que dentro de los beneficios de la leche materna se encuentran propiedades inmunológicas y componentes bio-activos que no se encuentra en ninguna otra leche y que protege al niño de enfermedades a corto plazo (58). De ahí, que la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que es necesario que los niños reciban la LME hasta los 6 meses de edad y con ello se reduce las morbilidades de la infancia (59). Casado y Col demostró que la lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses protege al lactante de la dermatitis atópica, a diferencia en nuestro estudio la dermatitis atópica se presentó antes de los 3 meses de edad asociado al abandono precoz de la LME (60).

En la tabla 8, se evidencia que el 49,0% de niños que enfermaron con bronquiolitis presentaron un solo episodio, así mismo el 3,1% que presentaron neumonía, el 35,4% con diarrea aguda viral y el 27,1% con diarrea aguda bacteriana. Con 2 episodios solo se observa en niños con procesos diarreicos aguda viral y bacteriana. Sobre los episodios Benito y Paniagua señaló que un 20% de los niños presentan en el primer año de vida un episodio de bronquiolitis aguda, en nuestra investigación el 49,0% de los niños presentó un episodio antes de los 6 meses (61). Eidelman y Col, sostienen que el no amamantar, predispone al niño a adquirir enfermedades virales e incluso bacterianas antes de los 3 meses de edad, al no tener protección con los factores inmunológicos de la leche materna, situación que se muestra en esta investigación (62). Al respecto la Organización Mundial de la Salud señala que en países en desarrollo los lactantes menores durante un año presentan 3 episodios de diarrea (63), pero pueden prevenirse casi la mitad de ellos si el niño recibe leche materna (64). El Ministerio de Salud del Perú, por su parte sostiene que uno de los factores que contribuyen en la presentación de diarrea aguda viral es la edad menor de 3 meses; y se

sostiene que sería mayor cuando no han recibido LME, así como se ha encontrado en nuestro estudio (65).



CONCLUSIONES

- Primera** De un total de 96 niños que abandonaron en forma precoz la lactancia materna exclusiva en su mayoría antes de los 3 meses, presentaron 148 morbilidades, donde 49,0% de los casos fueron bronquiolitis aguda, 39,5% diarrea aguda viral, 30,2% diarrea aguda bacteriana, 32,2% dermatitis atópica y 3,1% de casos de neumonía. Respecto al abandono de la LME, 41,7% abandono al mes de edad, 24,0% a los cero meses, 20,8% a los 2 meses y 13,5% a los 3 meses. Por tanto, la frecuencia de la morbilidad y el abandono de la LME se encuentra asociadas significativamente ($p=0,007$).
- Segunda** Los niños que habían presentado bronquiolitis aguda predominantemente fueron aquellos que abandonaron en forma precoz la lactancia materna exclusiva entre los 0 y 1 mes de edad y enfermaron entre los 2 a 4 meses de edad, en su mayoría con un episodio; mientras los niños que presentaron la NAC, fueron los que habían abandonado la LME entre los 0 a 1 mes de edad y enfermaron a los 3 y 5 meses de edad, presentando de 1 a 2 episodios. Se encontró asociación significativa entre la frecuencia de bronquiolitis aguda ($p=0,029$), la edad en que enfermaron ($p=0,002$) con el abandono precoz de la LME.
- Tercera** Los niños que habían presentado diarrea aguda viral con predominio fueron aquellos que abandonaron en forma precoz la LME entre los 0 y 2 mes de edad y la mayoría había enfermado entre los 2 a 4 meses de edad, la mayor parte de los niños un solo episodio. Los niños con diarrea aguda bacteriana, fueron los que habían abandonado la LME entre los 0 a 2 mes de edad y enfermaron a los 3, 4 y 5 meses de edad, presentando de 1 episodio la mayor parte de los niños. Se encontró asociación significativa entre la frecuencia de la diarrea aguda viral ($p=0,035$), la edad en que enfermaron ($p=0,000$) y el número de episodios ($p=0,053$) con el abandono precoz de la LME; mientras los niños que enfermaron con diarrea aguda bacteriana, solo la edad ($p=0,004$) se asocia significativamente con el abandono de la LME.
- Cuarta** Los niños que habían presentado dermatitis atópica en mayor proporción fueron los que abandonaron en forma precoz la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento y al mes de edad y la mayoría de estos niños enfermaron al mes y 2 meses de edad. La frecuencia de esta morbilidad ($p=0,000$) y la

edad en que enfermaron ($p=0,018$), se encuentra asociada con significancia estadística al abandono precoz de la LME.



RECOMENDACIONES

Primera

Se sugiere mejorar la promoción y protección de la LME en niños menores de 6 meses, mediante el trabajo en conjunto con el equipo multidisciplinario para enfatizar la lactancia materna exclusiva desde la atención prenatal hasta la consulta médica.

Segunda

Se recomienda al profesional del servicio de pediatría que brinda atención al niño antes de los 6 meses, indagar exhaustivamente la causa de la morbilidad respiratoria, digestivas y de piel que presenta el niño con la finalidad de identificar el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Tercera

Se sugiere mejorar las estrategias de Orientación y Consejería del servicio de enfermería en las madres, para garantizar la práctica del amamantamiento desde los 6 meses de edad de forma exclusiva, con la finalidad de disminuir las morbilidades que presenta el niño que abandona la alimentación materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. [Online].; 2020 [cited 2021 enero 23. Available from: <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020>.
2. González de Cosío T, Hernández S. La lactancia materna: la estrategia más costo-efectiva para prevenir la mortalidad infantil. [Online].; 2022 [cited 2022 febrero 26. Available from: <https://www.insp.mx/avisos/4510-lactancia-materna-estrategia-salud.html>.
3. Sánchez L, Dominguz W, Smith M. Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en menores de 1 año. *Revista científica estudiantil*. 2021; 3(4).
4. Ministerio de Salud. Lactancia materna en menores de 6 meses se incrementó 2.2% en el país. [Online].; 2022 [cited 2022 febrero 27. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/49398-lactancia->.
5. Breakey A, Hinde K, Valeggia C, Sinofsky A, Ellison P. La enfermedad en los lactantes se relaciona con la concentración de lactoferrina y la inmunoglobulina A secretora en la leche materna. *Revista Evol Med Salud Pública*. 2015; 2015(1): 21-31.
6. Bayona Y, Niederbacher J. Infecciones respiratorias virales en pediatría: generalidades sobre fisiopatogenia, diagnóstico y algunos desenlaces clínicos. *Revista MÉD.UIS*. 2015; 28(1): 133-141.
7. Sección de Lactancia Materna. La lactancia materna y el uso de la leche humana. *Revista Pediatría*. 2012 marzo; 129(3): e827-41.
8. Duijts L, Jaddoe V, Hofman A, Moll H. La lactancia materna prolongada y exclusiva reduce el riesgo de enfermedades infecciosas en la infancia. *Revista Pediatría*. 2010 julio; 126(1): e18-25.
9. Yanakawa M, Yorifuji T, Kato T, Inoue S, Tokinobu A, Tsuda T. Efectos a largo plazo de la lactancia materna en la hospitalización de niños por infecciones del tracto respiratorio y diarrea en la primera infancia en Japón. *Revista Salud Materna Infantil*. 2015 setiembre; 19(9): 1956-65.
10. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud. Lactancia Materna en el siglo XXI. Costo económico de las enfermedades infantiles debidas a una lactancia materna subóptima. [Online].; 2016 [cited 2020 diciembre 17. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/LactanciaMaternaEnSigloXXI-April15.pdf>.

11. Bueno M, Calvo C, Jimenez S, Faustino M, Quevedo S, Martinez M, et al. Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011 abril-junio; 13(50): 213-224.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Capítulo 9: Salud Infantil Lima Perú: Endes-2019; 2019.
13. López I, Sepúlveda H, Guerra J, Nazar R, Valle P. Perfil de morbilidad anual de menores de 6 años consultantes. *Revista Chilena de Pediatría*. 2000 julio; 17(4): 321-327.
14. Pérez J. Bronquitis y bronquiolitis. *Revista Pediatría Integral*. 2016; 20(1): 28-37.
15. Cifuentes L. Manual de pediatría. Pontificia Universidad Chile: Infecciones respiratorias agudas en pediatría Chile; 2002.
16. Coronel C. Factores asociados al desarrollo de la bronquiolitis. *Revista archivo médico de Camaguey*. 2019 octubre; 23(5): 639-647.
17. Martinez B, Martinón F. ¿Es urgente actualizar las guías de práctica clínica españolas para el tratamiento de la bronquiolitis aguda? *Revista Anales de Pediatría*. 2016 agosto; 85(2): 106-108.
18. Martinez L, Pardo H, Alonso P. ¿Es urgente actualizar las guías de práctica clínica españolas para el tratamiento de la bronquiolitis aguda? *Revista Anales de Pediatría*. 2016; 85(2): 1-3.
19. Rupérez E, Herranz M, Bernaola E. Neumonía en el paciente pediátrico. [Online].; 2020 [cited 2020 diciembre 12]. Available from: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Neumonia%20en%20pediatria.pdf>.
20. Cevey M, Galletto A, Gervaix A, Bille J, Bescher B, Kaiser L. Etiología de la neumonía extrahospitalaria en niños hospitalizados según las guías clínicas de la OMS. *Revista Eur J Pediatric*. 2009 febrero; 168(2): 1429–1436.
21. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. *Revista American Academy of Pediatrics*. 2012; 129(3): e827-e841.
22. Gonzalez C, Bada C, Rojas R, Bernaola G, Chávez C. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú – 2011. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2011 julio-setiembre; 31(3): 258-277.
23. Riskin A, Almog M, Peri R, Halasz K, Srugo I, Kessel A, et al. Cambios en los componentes inmunomoduladores de la leche materna en respuesta a una infección activa en el lactante. *Pediatría Res*. 2012 febrero; 71(2): 220-5.

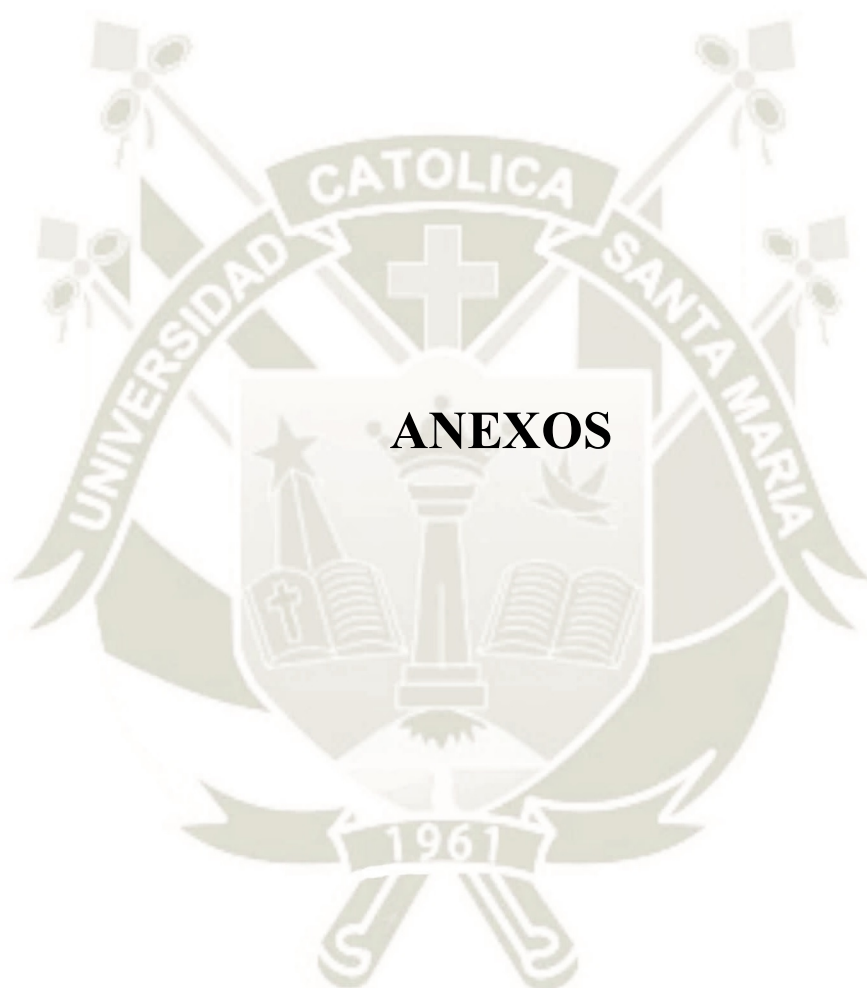
24. Kramer M, Hodnett E, Sevkovskaya Z, Dzikovich Y, Shapiro S, Collep J, et al. Promoción del ensayo de intervención en la lactancia materna (PROBIT): ensayo aleatorizado en la República de Bielorrusia. *JAMA*. 2001 enero; 285(4): 413-20.
25. Estrada Y, Tèllez M, Fajardo A, Reid R, Cobas K. Diarrea y lactancia materna en menores de seis meses. *Revista Electronica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2018; 43(5).
26. Fisk C, Crozier S, Inskip H, Godfrey K, Cooper C, Roberts G, et al. Lactancia materna y morbilidad informada durante la infancia: hallazgos de la Encuesta de mujeres de Southampton. *Matern Child Nutri*. 2011 enero; 7(1): 61-70.
27. Román E, Barrio J, López J. Diarrea Aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP. .
28. Muñoz C. ¿Es la leche materna el mejor alimento para el lactante? *Revista UH Ciencias de la Salud*. 2016 enero-marzo; 2(1): 107-108.
29. Querol I. Dermatitis atòpica. *Revista Atenció Primaria*. 2009 oct-dic; 11(Supl.17).
30. Maldonado W. Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2019; 36(2): 239- 246.
31. Chih C, Sui L, Kuan S, Ming T, Man H, Shen L, et al. La lactancia materna exclusiva o parcial durante 6 meses se asocia con una menor sensibilización a la leche y un riesgo de eccema en la primera infancia. *Revista Medicina (Baltimore)*. 2016 abril; 95(15): 1-6.
32. Aguilar M, Baena L, Sánchez A, Guisado R, Hermoso E, Mur N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. *Revisión sistemática. Nutrición hospitalaria*. 2016 marzo-abril; 33(2): 482-493.
33. Urquizo R. Simposio Nutrición en la Gestación y Lactancia. Lactancia materna exclusiva ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014 abril; 60(2): 171-176.
34. Organizaciòn Mundial de la Salud. Temas de salud: Lactancia Materna. [Online]. [cited 2020 setiembre 12. Available from: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
35. Organizaciòn Mundial de la Salud. Nutriciòn: Lactancia Materna Exclusiva. [Online].; 2020 [cited 2020 noviembre 12. Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/.
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. CAPÍTULO 10: Lactancia, desarrollo y nutriciòn infantil temprano de niñas y niños y nutriciòn de mujeres Lima Perú: ENDES 2019; 2019.

37. Menenghello Pediatría. Pediatría. Capítulo 20: Políticas y Programas de Nutrición en América Latina y el Caribe. Tomo I. Sexta ed.: Médica Panamericana; 2013.
38. ENDES-Perú. Indicadores de resultados de los programas presupuestales del primer semestre 2019. [Online].; 2019 [cited 2020 setiembre 16. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/.
39. Reyes H. Características de la leche materna. Lactancia Humana Bases para lograr su éxito. Primera ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2011.
40. Aguilar M. Composición, propiedades y bioquímica de la Leche Humana. Lactancia Materna. Primera ed. Madrid-España: : Elsevier Science; 2005.
41. Audrey J, Ruth A. Lactation Management. Tercera ed. Wellstart international; 2009.
42. Hassiotou F, Geddes D, Harman P. Células en la leche materna: estado de la ciencia. *Revista J Hum Lac*. 2013 marzo; 29(2): 171-82.
43. Camargo K. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres en edad fértil. Hospital Goyeneche de Arequipa, 2020. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Arequipa-Perú: Universidad Católica de Santa María; 2020.
44. Chumpitaz L, Rada Y. Factores condicionantes del abandono de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 6 meses, Hospital I Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa 2018. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Enfermería; 2019.
45. Maldonado W, Chuan J, Gutierrez C, Guevara G, Sosa J. Asociación entre lactancia materna exclusiva y dermatitis atópica en un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2019 junio-setiembre; 36(2): 239-246.
46. Huaquisto M. Abandono de lactancia exclusiva, lactantes, enfermedades infecciosas en lactantes menores de 6 meses. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano Puno, Facultad de Ciencias de la Salud; 2020.
47. Jara A, Pillaca S, Aguillar E. Abandono de lactancia materna exclusiva en niños atendidos en el primer nivel de atención de Chosica. *Revista Peruana de Salud Pública y comunitaria*. 2018; 1(1): 35-37.
48. Brahm P, Valdes V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*. 2017; 88(1): 15-21.
49. Borques M, Alonso R, Rodríguez B, Uranga R, Santos J. Abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en el hijo/a de madre adolescente. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2016 septiembre; 18(2): 21-36.

50. González I, Hoyos A, Torres i, Gonzalez I, Romeo D, Candelaria de León M. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. *Revista Mèdica Electrònica*. 2017 setiembre-octubre; 39(5): 1052-1050.
51. Gorrita R, Ravelo Y, Hernández E, Oliva M. Morbilidad y lactancia materna exclusiva en el primer semestre en relación con una intervención educativa. *Revista de Ciencias mèdicas, la Habana*. 2015; 21(3): 526-539.
52. Vega L. Actualización de la Bronquiolititis aguda. *Revista Neumol Pediatr*. 2021; 16(2): 69-64.
53. Rodriguez Y. Comportamiento de bronquiolititis aguda. Intervención educativa de enfermería para su prevención. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Cuba;, Universidad Virtual de Salud; 2011.
54. Pérez J. Factores de riesgo asociados a gravedad en pacientes con bronquiolititis aguda hospitalizados en el servicio de pediatría en el hospital vitarte en el periodo del año 2018 – 2019. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2020.
55. Reyes U, Reyes K, Santos L, Luévanos A, Guerrero M, Martinez P, et al. Enfermedad Diarréica Aguda. 2018 septiembre-diciembre ; 11(40): 34-41.
56. Brú J. Gastroenteritis aguda. *Revista Pediatría Integral*. 2019; 23(7): 348 –355.
57. Nasarre Q. Dermatitis atópica. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 2009; 11(17): p:s317-s329.
58. Melgar M. Lactancia Materna y COVID-19. *Acta Pediátrica Hondureña*. 2021 marzo; 11(2): 1181-1185.
59. Organizacion Panamericana de la sald/Organizacion Mundial de la Salud. Lactancia Materna en el siglo XXI. Costo económico de las enfermedades infantiles debidas a una lactancia materna sub-óptima. [Online].; 2020 [cited 2022 diciembre 17. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/LactanciaMaternaEnSigloXXI-April15.pdf>.
60. Casado L, Pozo M, Marinez E, Gásquez M. Relación entre Dermatitis Atópica en la infancia y tipo de lactancia. *Revista Matronas*. 2021; 9(2).
61. Benito J, Paniagua N. Diagnóstico y tratamiento de bronquiolititis aguda en urgencias. *Protoc diagn ter pediatr*. 2021; 1: 63-73.
62. Eidelman E, Schanler R, Johston M, Landers S. La lactancia materna y el uso de la leche humana. *Revista Pediátrica*. 2012 Febreo; 129(3): e827-e841.

63. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades diarreicas. [Online].; 2021 [cited 2022 marzo 10. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.
64. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Centro de Prensa. [Online].; 2021 [cited 2022 marzo 20. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
65. Ministerio de Salud. Situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas (EDA) en el Perú. *Boletín Epidemiológico*. 2018 diciembre; 27(52).





ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES:

N° HCL: _____ N° de Ficha _____

Nombre del niño _____

Motivo de abandono la lactancia materna exclusiva:

Hipogalactia () Dificultad para coger el pezón () Enfermedad de la madre ()

Enfermedad del hijo () Trabajo de la madre () Cuestiones estéticas ()

INFORMACIÓN SOBRE LAS VARIABLES

1. Bronquiolitis aguda Si () No ()

Edad en que presentó bronquiolitis

1 mes () 2 meses () 3 meses () 4 meses () 5 meses () 6 meses ()

Número de episodios de bronquiolitis

Ninguno () 1 episodios () 2 episodios ()

2. Neumonía adquirida en la comunidad Si () No ()

Edad en que presentó Neumonía

1 mes () 2 meses () 3 meses () 4 meses () 5 meses () 6 meses ()

Número de episodios de Neumonía

Ninguno () 1 episodios () 2 episodios ()

3. Diarrea aguda viral Si () No ()

Edad en que presentó Diarrea aguda

1 mes () 2 meses () 3 meses () 4 meses () 5 meses () 6 meses ()

Número de episodios de Diarrea

Ninguno () 1 episodios () 2 episodios ()

4. Diarrea aguda bacteriana Si () No ()

Edad en que presentó diarrea infecciosa

1 mes () 2 meses () 3 meses () 4 meses ()

5 meses () 6 meses ()

Número de episodios de diarrea infecciosa

Ninguno () 1 a 2 episodios () Más de 3 episodios ()

5. **Dermatitis atópica** Si () No ()

Edad en que presentó dermatitis

1 mes () 2 meses () 3 meses () 4 meses ()

5 meses () 6 meses ()

Número de episodios de dermatitis

Ninguno () 1 a 2 episodios () Más de 2 episodios ()

Abandono de la lactancia materna exclusiva en meses:

- Lactantes que abandonaron la LME:

0 mes () 1 mes () 2 meses () 3 meses ()

4 meses () 5 meses ()

- Lactantes de 6 meses que han recibido lactancia materna exclusiva ()

Variables Confusoras

Uso de biberón en la alimentación del niño

Si () No ()

Uso de Chupón

Si () No ()

Estación en que presentó la IRA

Primavera () Verano () Otoño () Invierno ()

Estación en que presentó la EDA

Primavera () Verano () Otoño () Invierno ()

Vacuna Rotavirus Si () No ()

ANEXO 2

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

			ENF. RESPIRATORIAS						ENF.- DIGESTIVAS						ENF. PIEL			VARIABLES CONFUSORAS				
			bronquiolitis			Neumonia			Diarrea aguda			Diarrea bacteriana			Ermatitis Atópica			Uso de biberón	Uso de chupón	Estación IRA	Estación EDA	Vacuna Rotavirus
N°	Sexo	Motivo de abandono	Tipo	Edad	N° Episodios	Tipo	Edad	N° Episodios	Tipo	Edad	Episodi	Tipo	Edad	N° Episodios	Tipo	Edad	Abandono de la LME					
1	F	5	0	0	0	1	5	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	si	no	1	0	1
2	M	2	1	2	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si	NO	2	0	1
3	F	5	1	3	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1	4	1	si	si	0	3	1
4	f	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	si	no	3	0	1
5	m	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	si	si	2	0	1
6	m	5	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	3	1	0	0	1	si	no	0	4	1
7	f	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	si	no	0	3	1
8	f	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1	2	1	si	no	0	4	1
9	m	2	1	3	1	0	0	0	1	3	1	1	4	1	0	0	0	si	si	0	1	1
10	m	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	si	no	0	0	1
11	m	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	2	si	no	3	1	1
12	f	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si	no	2	0	1
13	f	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	si	si	3	0	1
14	m	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	si	no	0	3	1
15	m	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	si	no	1	0	1
16	f	2	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	4	1	0	0	2	si	no	0	3	1
17	m	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	0	0	3	si	si	0	4	1
18	f	2	1	4	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	si	no	3	3	1
19	m	5	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	si	si	0	2	2
20	f	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	si	no	1	0	1
21	m	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	5	1	0	0	0	si	no	0	1	1
22	m	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	1	si	si	0	2	1
23	f	3	1	3	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	2	si	no	3	0	1
24	m	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si	no	1	0	1
25	m	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	si	si	0	0	1
26	f	5	1	4	1	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	3	si	no	2	0	1
27	f	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	1	si	no	0	4	1
28	m	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	si	si	4	0	2
29	m	2	1	3	1	0	0	0	1	4	2	0	0	0	0	0	0	si	si	2	3	1
30	f	5	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	3	si	no	0	3	1
31	f	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	2	si	si	0	0	
32	f	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	si	no	3	0	1
33	m	3	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	2	si	si	1	3	1
34	f	2	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	si	si	4	0	1
35	m	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	0	0	3	si	no	0	3	1
36	f	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	si	si	3	0	1
37	f	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	si	no	0	1	1
38	m	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	si	no	0	3	1
39	f	5	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	4	1	0	0	3	si	si	3	1	1
40	m	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	si	no	1	0	1
41	f	5	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	si	no	2	0	1
42	m	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	1	1	si	si	0	4	1
43	m	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	si	no	1	0	1
44	f	1	0	0	0	0	0	0	1	3	2	0	0	0	0	0	2	si	si	0	3	1
45	m	2	1	3	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	1	si	no	2	4	1
46	F	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	si	no	1	0	1
47	M	2	1	2	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Si	NO	2	0	1
48	F	5	1	3	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1	4	1	si	si	0	3	1
49	f	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	si	no	3	0	1
50	m	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	si	si	2	0	1
51	m	5	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	3	1	0	0	1	si	no	0	4	1
52	f	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	si	no	0	3	1
53	f	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1	2	1	si	no	0	4	1
54	m	2	1	3	1	0	0	0	1	3	1	1	4	1	0	0	0	si	si	0	1	1
55	m	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	si	no	0	0	1
56	m	1	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	2	si	no	3	1	1
57	f	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si	no	2	0	1
58	f	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	si	si	3	0	1
59	m	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	si	no	0	3	1
60	m	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	si	no	1	0	1
61	f	2	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	4	1	0	0	2	si	no	0	3	1
62	m	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	0	0	3	si	si	0	4	1
63	f	2	1	4	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	si	no	3	3	1
64	m	5	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	si	si	0	2	2
65	f	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	si	no	1	0	1
66	m	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	5	1	0	0	1	si	no	0	1	1
67	m	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	3	2	0	0	1	si	si	0	2	1
68	f	3	1	3	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	2	si	no	3	0	1
69	m	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	si	no	1	0	1
70	m	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	si	si	0	0	1

71	f	5	1	4	1	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	3	si	no	2	0	1
72	f	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	1	si	no	0	4	1
73	m	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	si	si	4	0	2
74	m	2	1	3	1	0	0	0	0	1	4	2	0	0	0	0	0	0	si	si	2	3	1
75	f	5	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	3	si	no	0	3	1
76	f	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	2	si	no	0	0	1
77	f	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	si	no	3	0	1
78	m	3	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	2	si	si	1	3	1
79	f	2	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	si	si	4	0	1
80	m	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	0	0	3	si	no	0	3	1
81	f	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	si	si	3	0	1
82	f	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	1	si	no	0	1	1
83	m	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	si	no	0	3	1
84	f	5	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	1	4	1	0	0	3	si	si	3	1	1
85	m	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	si	no	1	0	1
86	f	5	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	si	no	2	0	1
87	m	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	1	1	1	si	si	0	4	1
88	m	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	si	no	1	0	1
89	f	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	0	0	0	0	0	2	si	si	0	3	1
90	m	2	1	3	1	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	1	si	no	2	4	1
91	f	5	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	0	0	0	0	0	3	si	no	0	3	1
92	f	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	2	si	si	0	0	1
93	f	2	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	si	no	3	0	1
94	m	3	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	2	si	si	1	3	1
95	f	2	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	si	si	4	0	1
96	f	2	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	si	si	4	0	1



ANEXO 3

DATOS GENERALES Y VARIABLES CONFUSORAS

SEXO	N°	%
Femenino	49	51,0
Masculino	47	49,0
Total	96	100,0

Fuente: Elaboración propia

MOTIVO DE ABANDONO	N°	%
Hipogalactia	27	28,1
Dificultad para coger el pezón	37	38,5
Enfermedad de la madre	11	11,5
Enfermedad del niño	0	0,0
Trabajo de la madre	21	21,9
Cuestiones estéticas	0	0,0
Total	96	100,0

Fuente: Elaboración propia

Variables Confusoras	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Uso de biberón	100	100,0	0	0,0	100	100,0
Uso de chupón	38	39,5	58	60,5	100	100,0
Vacuna Rotavirus	100	100,00	0	0,0	100	100,0

Fuente: Elaboración propia

ESTACION EDA	N°	%
Primavera	10	20,4
Verano	4	8,2
Otoño	23	46,9
Invierno	12	24,5
Total	49	100,0

Fuente: Elaboración propia