

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CIBAO ORIENTAL
(UTECO)

“Universidad Patrimonio de la Comunidad”



FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
Escuela de Bioanálisis

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
BIOANÁLISIS

TÍTULO

Prevalencia de Anemias por Periodo de Lactancia Materna en Infantes que Asisten al
Hospital Sigfredo Alba de Fantino.

SUSTENTADO POR:

Dominga Reyes De León.....2010-0039

Johanna Marino.....2010-0040

Altagracia De La Cruz Holguín....2010-1101

ASESORA

Licda. Rosa Altagracia Peña

Cotuí, Prov. Sánchez Ramírez

Año Académico 2015

**Prevalencia de Anemias por Periodo de Lactancia Materna en Infantes
que Asisten al Hospital Sigfredo Alba de Fantino.**

Por

Dominga Reyes De León

Johanna Marino

Altagracia De La Cruz Holguín

**Trabajo de Grado Sometido a la Universidad Tecnológica del Cibao Oriental, Como
Requisito Parcial Para Obtener el Título de Licenciada en Bioanálisis**

Aprobado por:

Licda. Rosa Altagracia Peña
Profesora Asesora

Licda. Eva Abreu
Miembro Comité Evaluador

Lic. Nelson Sánchez
Miembro del Comité Evaluador

Lic. Radhamés Aquiles Guzmán Ruiz
Miembro del Comité Evaluador

Licda. Carmen Lidia Fabián
Decana de la Facultad de Ciencias y Humanidades

Cotuí, Provincia Sánchez Ramírez
República Dominicana
Agosto, 2015

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos	II
Dedicatorias	III
Lista de tablas	IX
Resumen	X
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.3 Justificación	6
1.4 Objetivos	7
1.4.1 Objetivo general.....	7
1.4.2 Objetivos específicos	7
1.5 Variables e indicadores	8
1.6 Alcances y límites	8
1.7 Definición de términos.....	9
1.8 Marco contextual	11
1.8.1 Breve reseña histórica del Hospital Municipal Dr. Sigfredo Alba, Fantino	11
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 Introducción	13
2.2 La lactancia materna	13
2.3 Lactancia materna, ventajas y nutricionales para el niño menor de un año.....	16
2.4 Superioridad nutricional.....	16
2.5 Aporte inmunológico	17

2.6 Aspectos prácticos	19
2.7 Fertilidad de la mujer durante la lactancia.....	20
2.8 Fomento de lactancia	21
2.9 Ventajas de la lactancia natural.....	21
2.10 Propiedades y valores de la leche materna	22
2.11 Alimentación de los/as lactantes en niños/as pequeños/as	23
2.12 Cómo se produce la leche materna	24
2.13 Qué debemos enseñar a los/as niños/as sobre la lactancia materna.....	24
2.14 Tendencia de alimentación de los recién nacidos	25
2.15 Conducción de la lactancia	25
2.16 Problemas de lactancia.....	26
2.17 Producción insuficiente de leche	26
2.18 La lactancia y el SIDA.....	27
2.19 Falta de la leche materna.....	28

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Introducción	30
3.2 Tipo y diseño de la investigación.....	30
3.3 Descripción de la población.....	30
3.4 Muestra	30
3.4.1 Selección de la muestra.....	30
3.5 Criterio de inclusión y exclusión	31
3.5.1 Criterio de inclusión.....	31
3.5.2 Criterio de exclusión.....	31

3.6 Validación de los instrumentos	31
3.7 Equipos y cristalerías	31
3.7.1 Equipos	31
3.7.2 Cristales.....	31
3.8 Reactivos.....	31
3.9 Materiales.....	31
3.10 Procedimiento de laboratorio.....	32
3.11 Intervalo de referencia de hematocrito normal	33
3.12 Técnica de procedimiento para hematocrito	33
3.13 Dosificación de hemoglobina	33
3.14 Método sianometahemoglobina.....	33
3.14.1 Tipo de muestra.....	33
3.14.2 Almacenamiento de la muestra.....	33
3.14.3 Equipos	34
3.14.4 Materiales.....	34
3.14.5 Procedimiento para la hemoglobina.....	34

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Introducción	35
4.2 Relación de anemia con las características socio demográfica.....	36
4.3 Hábitos alimenticios.....	38
4.4 Suplementos vitamínicos	39

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 Introducción	40
------------------------	----

5.2 Conclusiones	41
5.3 Recomendaciones	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
WEBGRAFÍA	45
ANEXOS	

TÍTULO

**PREVALENCIA DE ANEMIAS POR PERIODO DE LACTANCIA MATERNA
EN INFANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL SIGFREDO ALBA DE FANTINO**

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Gracias por guiarnos, por la salud, por la inteligencia y por darnos la fuerza para seguir adelante para poder lograr este sueño, sin ti no hubiese sido posible.

A UTECO:

Por ser la Universidad que ha hecho posible la realización de esta meta convirtiéndonos en profesionales de bien para la sociedad.

A la asesora: Lic. Rosa Peña

Por ser una persona maravillosa, colaboradora y estar ahí para ayudarnos.

A los/as maestros/as:

Por compartir sus conocimientos, sirviéndonos de guía en el trayecto de esta carrera, en especial a la Lic. Eva Abreu por estar siempre dispuesta en ayudarnos.

Al Hospital Sigfredo Alba de Fantino:

Por abrirnos sus puertas, y a cada una de las madres, por su colaboración en esta investigación.

Dominga Reyes De León
Johanna Marino
Altagracia De La Cruz Holguín

DEDICATORIAS

A Dios:

Primero antes que nada dar gracias a Dios por darme la vida y por haberme acompañado y cuidado a lo largo de la carrera y sobre todo por brindarme salud.

A mis padres: Escolático y Esmeralda

Por ser ellos la inspiración de este sueño por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una buena educación en el transcurso de mi vida sobre todo por ser un buen ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanos: Eduvirgis, Cándido, Margarita, Daniel, Juan Carlos, Oscar, Ismael

Por ser parte de mi vida y representar la unidad familiar, gracias por brindarme su apoyo y llenar todo este tiempo vivido de alegría, sigan con su estudio, los llevo en mi corazón. A Clementina, aunque ya no está, te llevo en mi corazón.

A Cristina:

Por ser casi como una madre para mí, le agradezco la confianza y el apoyo, por sus buenos consejos, por su colaboración y estar a lo largo de esta carrera, de una manera u otra, siempre confiando en que yo podía hacer posible mi sueño.

A mis sobrinos: Gabriel, Pedro, Santos Alberto, Diego, Juan Alberto y Monzerrat

Por ser tan especial para mí, los quiero mucho.

A mis tíos/as:

Por creer en que yo podía realizar esta meta.

A mis compañeras de tesis: Johanna y Altagracia

Más que compañeras, amigas, gracias por estar ahí y creer en mí y haber hecho de esta etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidaré.

A Omar y Erlendy:

Por apoyarme y casi ser como mis hermanos, gracias por estar presente y sobre todo por ser tan especiales.

A mis amigos:

Ana María, Leandro, Anyelisa, Elizabeth, Esthefani, Juana, Erika, Joselito y en especial a Florentina (Boba); por todo lo que hemos vivido, por apoyarme durante todo el periodo de estudio.

A mis primas:

Isabel, porque aun de lejos camina a mi lado, siempre está presente, a Mercedita por ser como eres, una buena profesional y una gran luchadora, por tus sueños, sigue hacia adelante, te lo mereces.

En general:

Quisiera agradecer a todos y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de este triunfo y que no necesito nombrar porque tanto ellos como yo sabemos que desde lo más profundo del corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo amistad.

Dominga Reyes De León

DEDICATORIAS

A Dios:

Quien supo guiarme por el buen camino, darme la fuerza para seguir adelante y no desmayar en mis problemas que se presentaban, enseñarme a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento, gracias por brindarme una vida llena de comprensión y sobre todo amor.

A mi madre: Benita Ángela

Quien me dio la vida y ha sido motivo de inspiración para lograr esta meta, sin tu amor y comprensión no hubiese sido posible, gracias por ser la mejor madre del mundo. Te amo.

A mi padre: Santos

Por ser un hombre maravilloso y apoyarme en cada momento de mi vida, por tus sabios consejos que me enseñaron a no rendirme ante nada y seguir siempre adelante con este sueño, gracias mi adorado padre.

A mis hermanos: Johan Manuel, José Ángel, José Manuel, José Anibal y Soribel

Por estar conmigo y apoyarme siempre y formar la unidad familiar que me dio fuerza para lograr esta carrera.

A mis abuelos: Marino y Nereida

Por su amor incondicional. Te quiero mucho. A mi abuela Nereida que aunque no estemos juntas se que desde el cielo me cuidas.

A mis tíos/as:

Nena, Sila, Grecia, María, Radhamés, Manuel, Fermín, Ignacio y Domingo.

A mis primos: Dilenia, Ana Iris, Abigail, María Irene, Jeuri y Moreno

Por su amistad y sobre todo su cariño.

A mis sobrinos: Joervi y Jonervi

Que me alegran en cada momento cuando más lo necesito.

A mis compañeras de tesis y amigas: Dominga y Altagracia

Por haber sido unas compañeras excelentes y motivarme a seguir adelante y sobre todo por creer en mí.

A mis maestros:

Que en el transcurso de esta carrera, influyen con sus lecciones y experiencias en formarme en una persona de bien y preparada para el futuro.

A UTECO:

Por abrirme la puerta para lograr esta meta.

A mi adorado novio: Eduardo Luís Cruz Contreras

Por estar conmigo en cada momento y brindarme su amor, lo que me dio la fuerza para realizar este sueño.

A mis amigos/as:

Dania, Elizabeth, Leopoldo, Idalina, Jazmin, Isidro, Denise, Enrique, Leandro, Joselito, Felicia, Solani, Moreno, por estar conmigo en la realización de este sueño.

Johanna Marino

DEDICATORIAS

A Dios:

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan especial, por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más.

A mis padres: Erasmo de la Cruz y María Nelis Holguin

Por ser el pilar más importante en mi vida y demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional y ser quienes me han acompañado durante todo este trayecto estudiantil para convertirme en una profesional.

A mis hermanos: Dominga de la Cruz y Pedro Luís de la Cruz

Que siempre han estado junto a mí brindándome su apoyo, muchas veces poniéndose en el papel de padre.

A mis tíos: Victoria, Ramón, Estela, Andrés

Por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuestos a ayudarme en cualquier momento.

A mi sobrino Brailin:

Por ser una persona importante y especial en mi vida.

A mis primos:

En especial a Alex, Mari, Alexander e Idalina por ser un apoyo en esta carrera y mis primos más queridos.

A mis compañeras de tesis: Johanna y Dominga

Gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y que hasta el momento seguimos siendo amigas.

A mis amigos:

Damaris, Elizabeth, Aurelia, Rossi, Denise, Luís, Ana Gabriela y en especial a Samuel y Alberto, por ser personas importantes en mi vida.

A mi enamorado: José Ramón Estévez

Que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional.

A mi cuñada: Corni Winifer Blanco

Por una amiga y compañera.

A los profesores:

Gracias por su tiempo, su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A las demás personas:

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Altagracia De La Cruz Holguín

LISTA DE TABLAS

No. de Tabla	Contenido	Pág.
Tabla 4.1	Prevalencia de anemia periodo de lactancia materna en infantes que asistieron al Hospital Dr. Sigfredo Alba (Fantino), abril-junio, 2015.	35
Tabla 4.2	Distribución de los niños/as que asistieron al Hospital Dr. Sigfredo Alba, Fantino con relación a la edad.	36
Tabla 4.3	Distribución de frecuencia y prevalencia con relación al sexo de los niños/as en estudio.	36
Tabla 4.4	Distribución de frecuencia con relación de la zona de procedencia con los resultados de los análisis de los niños/as que asistieron al Hospital Sigfredo Alba de Fantino, abril-junio, 2015.	37
Tabla 4.5	Distribución de frecuencia con relación a la nacionalidad de los niños/as que visitaron el Hospital Dr. Sigfredo Alba de Fantino, abril-junio, 2015.	37
Tabla 4.6	Prevalencia de anemia según hábitos alimenticios de los niños/as que visitaron el Hospital Dr. Sigfredo Alba, Fantino, abril-junio, 2015.	38
Tabla 4.7	Prevalencia de los niños/as consultados en el Hospital Dr. Sigfredo Alba de Fantino con relación a si consumen vitamina.	39

República Dominicana

**Universidad Tecnológica Del Cibao Oriental
(UTECO)**
“Universidad Patrimonio de la Comunidad”



Título: Prevalencia de Anemias por Periodo de Lactancia Materna en Infantes que Asisten al Hospital Sigfredo Alba de Fantino.

Sustentantes: Dominga Reyes De León, Johanna Marino y Altagracia De La Cruz Holguín.

Asesora: Licda. Rosa Altagracia Peña.

RESUMEN

En esta investigación el objetivo principal fue contactar la prevalencia de anemia por periodo de lactancia materna.

Se corresponde a un estudio transeccional descriptivo en los cuales se evaluaron 90 niños/as de 0-1 año de edad, siendo la lactancia materna el estándar para la adecuada nutrición del lactante, es el mejor medio para propiciar al niño/a las sustancias nutritivas y vitales que necesita para su crecimiento y desarrollo, protección contra enfermedades.

La edad más estudiada fue menor o igual 12 meses que es igual a un año con una prevalencia de 42.22% y la menos estudiada fue 0-3 y 4-7 meses, siendo el sexo más estudiado el femenino con 60 casos correspondiente a una prevalencia de 66.67%.

La zona de procedencia más estudiada fue la urbana con 42 casos negativos, 13 casos positivos siendo el alimento más usado por estos niños/as la leche seguido de habichuela.

La nacionalidad más estudiada fue la dominicana con 84 casos y la vitamina más usada es la multivitamina.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La aparición de cualquier enfermedad induce involuntariamente a todo el que está bajo su efecto a experimentar cambios tanto físico como emocional.

La anemia durante la gestación es un proceso de salud pública, mucho mayor en los países en vía de desarrollo como el nuestro, donde contribuye a incrementar la morbilidad y mortalidad materna y feto neonatal, es muy importante, conocer la realidad nutricional de nuestro pueblo, para contribuir a disminuir los riesgos pluricarenciales, pretendiendo obtener el mejor resultado perinatal.

La lactancia materna es el estándar para la adecuada nutrición del lactante, por ser el elemento ideal de niños recién nacidos hasta los seis meses; sin embargo muchos niños son alimentados los tres primeros meses de vida con fórmulas lácteas, lo cual no es mejor acción.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia natural exclusiva a partir del nacimiento hasta los ocho meses de vida, y hasta los dos años o más luego que se continúe con alimentos complementarios adecuados. Sin embargo, muchas madres comienzan a darle a sus hijos comidas y bebidas artificiales antes de los cuatro meses y dejan de amamantarlos mucho tiempo antes de que el niño/a tenga dos años. *(Descargado: http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/1_leche_materna.pdf).*

Las razones comunes que influyen, que las madres creen que no producen suficiente leche o que tienen alguna otra dificultad para lactar. A veces se trata de que las madres ven el modelaje en su casa, una amiga o vecina, y usan técnicas inadecuadas para

amamantar a sus hijos; creencias erróneas transmitida en el hogar por una información inadecuada por falta de conocimientos.

También se puede observar que al hablar con la madre adolescentes sobre la técnica correcta que se deben usar durante la lactancia materna no saben colocarse el niño/a al pecho, la posición no es la adecuada y se nota en muchas oportunidades el esfuerzo que hacen la madre con el lactante en el momento de la alimentación, y además se evidencia una gran dificultad para adecuarse a la técnica de amamantar. *(Descargado de: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2991/1/TESIS%20FINAL.pdf>).*

Por otra parte, preocupa mucho que las madres tengan cada una de ellas sus propias creencias y costumbres, y se hace un problema de salud pública, y se ve afectado el crecimiento y desarrollo del niño en relación a su alimentación.

En cuanto a su costumbre son personas que van a fiesta, tienen cierta libertad de hacer su propias cosas, no tiene control de su vida en cuanto ahora de llegada a su casa, escuchar mucha música, andar en grupos grandes con otros adolescentes, se fijan mucho en la moda, fuman, se le nota personalidad rebelde, y carecen de grandes disposición para mantener a sus hijos con el seno materno ya que puede tener la creencia que los senos se caen con el amamantamiento y así perder la forma de su seno, convirtiendo esta situación en razón para el abandono de la lactancia materna.

Buscando en otras universidades, en la biblioteca, como la de UTECO, en la cual no se encontró ningún trabajo relacionado con la lactancia materna, mientras que en UCATECI, se encontró temas relacionados con la Anemia Ferropénica. Buscando o indagando en las diferentes universidades de San Francisco de Macorís, el CURNE, la Nordesteana, no se encontró ninguna investigación referente a la lactancia materna.

Siguiendo la investigación en el internet encontrando que, Domínguez et-al, (2009) Venezuela, Información a las Madres Adolescentes entre 12 a 17 años, sobre lactancia materna, Universidad cerca de Venezuela durante segundo trimestre (2009), concluyendo que el 86.67% posee otro nivel de información acerca del alimento ideal y que las adolescentes tienen bajo nivel de información en cuanto a los nutrientes carbohidratos, calcio, cloruro de sodio, hierro y vitamina que deben suministrar.

Con relación al pezón y a los conductos lactíferos, las madres adolescentes demostraron tener alto nivel de información, mientras que con referencia a los glóbulos, mamarias y células alveolares, se evidenció que tuvieron mediana información. *(Descargado de: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2991/1/TESIS%20FINAL.pdf>).*

Los antecedentes se limitaron debido a que no se encontró las suficientes informaciones referentes al tema.

1.2 Planteamiento del problema

La lactancia materna, es el mejor medio para proporcionar al niño/a las sustancias nutritivas y vitales que necesitan para su crecimiento y desarrollo, protección contra enfermedades alérgicas e infecciosas, seguridad emocional de la madre y ayuda a establecer un vínculo afectivo entre ella y su hijo.

Cuando este contacto se establece inmediatamente después que el niño/a nace, hay un incremento y desarrollo rápido del apego de la madre y el niño. La lactancia materna llamada alimentación natural, debe iniciarse inmediatamente después del parto. La primera mamada debe tener lugar en la cama o en la mesa del parto inmediatamente después de haber expulsado la placenta. *(Descargado de: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2991/1/TESIS%20FINAL.pdf>).*

Desde la primera vez que el niño se amamanta, la madre le brinda al recién nacido el alimento más importante de su vida, el calostro, el cual es la primera leche que se produce y la misma tiene una duración entre 2 y 5 días antes de que se empiece a producir la leche definitiva. El calostro es un alimento primordial, ya que en esta inmersa la primera inmunización de el recién nacido y resuelve la necesidades alimentarias y sus pequeños órganos aún no maduro.

A pesar de esto, las adolescentes o madre en proceso, crecen rodeada de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, revistas y algunos familiares transmiten frecuentemente mensajes negativos sobre el amamantamiento afectivo, dando como resultado que las jóvenes madres se inclinen con leche de vaca, de esa forma se ha comprobado que las madres adolescentes tienen baja información sobre la lactancia materna, y le suministra tetera a sus hijos para complementar su alimentación, de esta forma los niños no quedan con hambre. *(Descargado de: http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm).*

La leche materna es el alimento más complejo que puede tomar un niño, ya que su composición se va adaptando a las necesidades del niño en cada etapa de su vida de cero a seis meses en su crecimiento y desarrollo.

Las madres adolescentes son personas que no han terminado su desarrollo biológico, físico, psicológico y social por este aspecto mencionado es importante hacer énfasis sobre la ciencia materna en las adolescentes, en la etapa prenatal previamente en la edad escolar.

La lactancia materna para los recién nacidos durante los primeros meses de vida es de suma importancia, por la que estudios realizados en diversas parte del mundo

muestran que miles de niños mueren cada día, y millones más se desnutren, y sufren varias enfermedades como son, enfermedades respiratorias, diarrea, caries dentales, anemias, entre otras y no desarrollan todo su potencial afectivo e intelectual por no ser amamantado exclusivamente durante el tiempo requerido y durante el tiempo establecido. Siendo la leche materna la primera vacuna de inmunización en el niño que los protege de todas estas enfermedades. (Descargado de: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula más de 1, 000, 000 y medio de muertes infantiles, evitándolos si estos niños hubieran sido alimentados por leche materna, esta organización ha estimado que el fomento de la lactancia materna podría llevar a una relación de 25 % de la mortalidad en los primeros seis meses de vida.

Los niños deben ser amamantados los primeros tres meses de vida y para el tercer mes el tetero reemplaza el pecho materno. El abandono de la lactancia materna ha traído varias consecuencias, destacándose entre ellas el aumento de enfermedades gastrointestinales infantiles y con ella la desnutrición en el niño, sobre todo en la clase más pobre donde no se dispone de las condiciones higiénicas.

El niño al nacer tiene su sistema inmunológico inmaduro, hasta que con el tiempo este se va desarrollando y ya para los dos años tiene su sistema inmunológico desarrollado en un 70% a 80%. La madre aporta su inmunidad adquirida durante su vida de la placenta y el primer trimestre de embarazo lo protege contra los virus y bacterias creando así su protección de tipo sistemática y complementándose a través de la lactancia materna.

Por todo lo antes expuesto y en vista que este constituye un problema que afecta a los recién nacidos, se formularon las siguientes interrogantes.

¿Cuál es la prevalencia de anemia en los niños/as que asistieron al Hospital Sigfredo Alba por periodo de lactancia materna?

¿Cuáles características socio demográficas están relacionadas con los niños/as que asistieron al Hospital Sigfredo Alba de Fantino?

¿Cómo es el hábito alimenticio de los niños/as que asistieron al Hospital Sigfredo Alba de Fantino?

¿Cuáles son los suplementos vitamínicos que usaron los niños/as en estudio?

1.3 Justificación

Hoy las enfermedades por anemia representan un problema de salud pública y privada que se manifiesta con notable frecuencia en la consulta de hematología y en particular se decidió realizar esta investigación en niños/as de 0 a 1 año de edad, en el Hospital Sigfredo Alba de Fantino, ya que los centros hospitalarios disponen de poca información sobre la importancia que tiene la lactancia materna de los niños/as recién nacidos, esta información reviste gran importancia ya que permite formular la creatividad el dinamismo y el análisis crítico de la realidad de alternativa y soluciones a la importancia de la lactancia materna.

Desde hace aproximadamente dos décadas se ha dado énfasis a la lactancia materna para el niño, la madre y la familia. Esta contribuye a la unión familiar por medio del aumento de apego afectivo, entre estos conlleva al niño más seguro, sano e inteligente. Es totalmente gratis ya que la madre siempre estará produciendo leche materna en todo momento que el niño lo requiera.

Por otro lado, el tener niño recibiendo lactancia materna exclusiva, no invertirán en leche de vaca la cual es más costosa, mientras que la leche materna forman niños más sanos, lo cuales no requieren de medicamentos necesarios para una buena digestión o de vitamina extras, pues la leche materna posee todo lo que un niño necesita para alcanzar una buena nutrición beneficiando a los recién nacidos porque esta leche contiene todos los nutrientes necesarios para el bebé.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de anemias por periodo de lactancia materna en infantes que asisten al Hospital Sigfredo Alba de Fantino.

1.4.2 Objetivos específicos

Verificar las características socio demográficas que están relacionadas con los niños/as que asisten al Hospital Sigfredo Alba de Fantino con anemia por periodo de lactancia materna.

Determinar la prevalencia de anemias por lactancia materna de niños/as que asisten al Hospital Sigfredo Alba de Fantino, abril-junio 2015.

Constatar el hábito alimenticio de los niños/as que asisten al Hospital Sigfredo Alba de Fantino.

Constatar cuáles son los suplementos vitamínicos que le están suministrando a los niños/as en estudio.

1.5 Variables e indicadores

Variables	Indicadores
Relación de anemia con las características socio demográfica	-Edad. -Años cumplidos. -Sexo: Femenino o masculino. -Zona de procedencia: Rural o urbana. -Nacionalidad.
Prevalencia de anemia por periodo de lactancia materna	Números de niños/as con anemia por falta de leche materna
Hábitos alimenticios	-Leche. -Habichuela. -Carne. -Huevo. -Vegetales. -Cereales.
Suplementos vitamínicos	- Prolin. -Globitón. -Apeten. -Multivitamina. -No vitamina.

1.6 Alcances y límites

Delimitación de contenido

Campo: Bioanálisis.

Área: Hematología.

Aspecto: Prevalencia de anemias por periodo de lactancia materna en infantes que asisten al Hospital Sigfredo Alba de Fantino.

Delimitación espacial

Esta investigación se realizó en el Hospital Sigfredo Alba de Fantino.

Determinación temporal

La investigación se realizó tomando muestra de sangre en el periodo abril/junio 2015.

Alcance y limite

Este trabajo abarcó todos los niños/as que asistieron a consulta externa en el Hospital Sigfredo Alba de Fantino, con edades de 0 a 1 año, no forman parte de este estudio aquellos niños/as que su madre, padre, tutores, no estaban en disposición de que se le realizara la prueba de determinación de anemia.

1.7 Definición de términos

Calostro: primera leche que da la madre después de parida. (*Gran Diccionario Enciclopédico, 2002*).

Células alveolares: son células que ayudan a producir la leche materna. (*Descargado de: http://www.bebes.sutterhealth.org/breastfeeding/bf_production.html*)

Etapa-prenatal: es el comienzo de la vida humana, tiene lugar en una fracción de segundos, cuando un solo espermatozoide se une a un ovulo. Desde la concepción cada persona es afectada por influencias hereditarias y ambientales, las cuales lo afectan de manera más discreta durante el periodo prenatal, el cual ocurre de acuerdo con las instrucciones genéticas y va desde una simple célula hasta un organismo complejo. (*Martínez, 2005*).

Fomento: es el impulso para desarrollar o aumentar la intensidad de una actividad u otra cosa. (*Descargado de: http://www.sccalp.org/boletin/161/Boldepediatr1997_37_153-159*).

Fórmulas lácteas: es un producto que debe elaborarse a partir de los ingredientes propios de la leche (caseína, lacta, suero, grasas, y agua). (Busdiecker, 2000).

Glándulas mamarias: órganos que tienen las hembras de los mamíferos para producir la leche que alimenta a sus crías durante las primeras semanas o meses de vida. En los niños y en los varones estas glándulas son pequeñas y no funcionales. (Descargado de: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/glandula-mamaria>).

Hematocrito: es el porcentaje del volumen total de la sangre compuesta por glóbulos rojos. Los valores medios varían entre el 40,3 y el 50,7 % en los hombres y entre el 36,3% en las mujeres, debido a la mayor musculatura y por ende mayor necesidad de oxígeno de los hombres. (Descargado de: <http://www.aeal.es/index.php/la-sangre-y-la-medula-osea-normales/las-celulas-de-la-sangre/ique-son-los-globulos-rojos-hematies-o-eritrocitos>).

Morbilidad: índice demográfico que indica el número anual de disfunciones por cada 1,000 habitantes en una población determinada. (Gran Diccionario Enciclopédico, 2002).

Mortalidad: es la estadística sobre las muertes en una población también determinada, es decir, lo que ha de morir o está sujeto a la muerte, todo lo contrario a la vida. (Descargado de: <http://www.definicionabc.com/salud/morbimortalidad.php>).

Pezón: es una protuberancia pequeña en la parte más o menos central del seno, por donde los hijos chupan leche. (Gran Diccionario Enciclopédico, 2002).

Pluricarencial: es una clase de desnutrición, se produce cuando el niño es destetado y por consiguiente, privado del elevado valor nutricional y contenido proteico

de la leche materna. (Descargado de: <http://www.monografias.com/trabajos15/desnutricion-clases/desnutricion-clases.shtml>).

Puérpera: mujer que ha parido hace poco tiempo, es decir recientemente. (Descargado de: <http://es.thefreedictionary.com/pu%c3%A9rperas>).

1.8 Marco contextual

1.8.1 Breve reseña histórica del Hospital Municipal Dr. Sigfredo Alba, Fantino

El Hospital municipal de Fantino está ubicado en el Municipio de Fantino, este limita al este con el barrio La Altagracia, al norte con la calle Francisco del Rosario Sánchez, al oeste con la farmacia Néstor y al sur con el barrio María Trinidad Sánchez.

Entre los años 1968 al 1970 por ver la necesidad de este municipio y zonas aledañas de tener un hospital municipal, se crea este hospital bajo el nombre del sub centro materno infantil María Trinidad Sánchez en el periodo gubernamental del presidente Dr. Joaquín Balaguer.

El síndico para ese entonces era el Sr. Salomón Castaño, fue el principal propulsor que esta obra se llevara a cabo ya que era necesario un Hospital Municipal.

Desde sus inicios este centro funcionaba con la categoría de sub centro materno infantil María Trinidad Sánchez, en este tiempo contaba con 5 habitaciones con capacidad de 8 camas, una emergencia y 5 consultorios y estaban distribuidos de la siguiente manera: un consultorio de pediatría, un consultorio de ginecología y obstetricia, un consultorio de planificación familiar, una sala de parto, dos salas de internamiento habitados con 8 camas.

Las primeras personas que laboraron en el sub centro fueron: Dr. Anderson Rodríguez (Director), Dr. Francisco Matero (Médico general) y Lic. Leonide Puello (Administrador).

El primer licenciado en Bioanálisis fue Nelson Jaquez y más tarde la primera licenciada fue Milagros García y la licenciada en enfermería fue Leonilca Puello (española), contaba con 7 auxiliares en enfermería, que eran: Cesilia Puello, Aura Cruz, María del Carmen, Susana Castaño, Lucía Azuma, Piedad Cassó, Adalgiza González.

Han pasado como directores del centro el Dr. Anderson Rodríguez, Dr. Sánchez, Dr. Eligio Ulloa, Dr. Sócrates Núñez, Dr. Wilman Rodríguez, Dr. Altagracia Paulina, Dr. Valenzuela, Dr. Domingo Ant. Japa, Dr. Lucía Rosa Concepción y actualmente Dr. Josué González.

Hoy día el Hospital consta de varios departamentos administrativos como son: 16 médicos generales y asistente, 3 pediatras, 3 Gineco obstetra, un internista, 2 cirujanos, 3 anestesiólogos, 1 cardiólogo, 1 epidemiólogo, 2 ortopedas, 5 pasantes de ley, 2 personal de diagnóstico por imágenes y Rx, 2 psicólogos, 5 personal de odontología, 13 licenciadas enfermería, 65 auxiliares en enfermería, 13 licenciadas en Bioanálisis, 1 farmacéutico, 1 promotor de salud, 1 encargado de estadística, 8 personal administrativo, 5 personal de apoyo administrativo,, para un mejor funcionamiento del centro de salud.

Para seguir brindando un servicio de calidad y amor se inició un módulo con capacidad para 40 camas.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Introducción

En este capítulo se presentan las teorías que sustentan este estudio, haciendo énfasis en el tema del periodo de lactancia materna y todo lo relacionado con el mismo.

2.2 La lactancia materna

La lactancia materna contribuye a la unión familiar por medio del aumento del apego afectivo entre la madre y el recién nacido, esto conlleva a niños más seguros, sanos e inteligentes.

La lactancia materna efectiva es totalmente gratis ya que la madre siempre estará produciendo leche materna en todo momento que el niño lo requiera. Por otro lado al tener niños recibiendo lactancia materna exclusiva, no invertirían en leche de vaca la cual es más costosa y la leche materna formarían niños más sanos los cuales no requerirán de medicamentos necesarios para una buena digestión o de vitaminas extras pues la leche materna no posee todo lo que el niño necesita para alcanzar un buen y óptimo estado de nutrición, disminuyendo de esta manera el índice de morbilidad y mortalidad infantil. *(Descargado de: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2991/1/TESIS%20FINAL.pdf>).*

De acuerdo al Centro Nacional de Información de la Salud de la Mujer (NWHIC siglas en inglés) la anemia es el desorden más común de la sangre, la sangre es el sistema de envío del cuerpo. Envía oxígeno y otros nutrientes alrededor del cuerpo humano, a las células que la necesitan. Al mismo tiempo, la sangre recoge y elimina los productos de desecho. Una de las cosas más importantes que la sangre envía es el oxígeno de los pulmones a todas las células de todos los músculos y órganos.

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno, la OMS y la UNICEF señalan así mismo que la lactancia materna es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correspondiente de los niños. *(Descargado de: <http://www.yubelkisalmonte.com/index.php/articulos/92-lactancia-materna>).*

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia), recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de recién nacidos, también recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos hasta mínimo de dos años. *(OMS, 2010).*

La Academia Americana de Pediatría recomienda tener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF. *(Descargado de: <http://www.salud180.com/salud-z/lactancia>).*

Según la OMS y la UNICEF a partir de los dos primeros años la lactancia materna tiene que mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración normal de la lactancia materna en la especie humana. La referente sobre los términos y característico de la lactancia se comprende desde el contexto cultural de la madre que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender como la variabilidad de la cultura existente en el mundo.

En el mundo podemos referir casos en donde se considera un acto únicamente de bebés o de pocas semanas o meses así como también se encuentran casos en lo que se ha mantenido la lactancia durante varios años.

Con algunos estudios antropológicos publicados concluyen la franja natural de la lactancia en humanos se encuentra situada en los dos años y medio.

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencia sociales y culturales que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX, tanto se trata de leche de la propia madre o si se trata de otra madre a cambio o no de algún tipo de compensación. *(Descargado de: <https://luadeleiteblog.wordpress.com/lactancia-materna/>).*

A principio del siglo XX se inicia lo que ha sido considerado como “el mayor experimento a gran escala en una especie animal”: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. *(Descargado de: http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_materna).*

La anemia por deficiencia de hierro en bebé exclusivamente lacteado es rarísima. Los niños cuando nacen tienen niveles altos de hierro, en general es más de 15g/dl y comienza a disminuir poco a poco durante los primeros meses de edad. Este nivel comienza a aumentar gradualmente, sobre todo cuando se comienzan a introducir los alimentos sólidos rico en hierro, es por eso que se recomienda las carnes entre los primeros alimentos para dar al bebé, cuando el niño/a tiene alrededor de un año su hemoglobina alcanza niveles 12g/dl o más.

Aunque la leche materna contiene poco hierro, la absorción del hierro de la leche materna es muy alto; esto unido a otros mecanismo metabólicos hace que los bebés lacteados rara vez padezcan de anemia, la excepción para estos pudieran ser uno, o un bebé que nació muy prematuro ya que no tuvo tiempo de hacer su reserva de hierro que cogen de su madre en las últimas 12 semanas de gestación, otra razón es un o una bebé

que perdió mucha sangre en el nacimiento o el corte prematuro del cordón umbilical antes de que el parto deje de salir.

2.3 Lactancia materna, ventajas y nutricionales para el niño menor de un año

La lactancia natural es la mejor para alimentar al niño durante el primer año de vida. Las ventajas para el lactante son: superioridad nutricional, ausencia de agresión físico-química y antigénica, apoyo inmunológico específico e inespecífico, apoyo al crecimiento y desarrollo del tubo digestivo y prevención de morbimortalidad. (*Gil, 2010*).

Las ventajas para la madre son: recuperación física postparto, separación de los embarazos y menor probabilidad de cáncer mamario y ovárico y de osteoporosis en edades futuras. Además, la lactancia ofrece un espacio para mayor y mejor interacción entre la madre y el niño, lo que influye en el desarrollo psicomotor del lactante.

2.4 Superioridad nutricional

La leche materna es superior a las fórmulas derivadas de la leche de vaca y de otras fuentes, ya que los nutrientes que contiene: proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua están en cantidad y proporción adecuadas para lograr una máxima biodisponibilidad en el lactante menor de 1 año. (*Collins, 2004*).

La osmolaridad de la leche materna y su contenido en enzimas digestivas y en factores moduladores de crecimiento permiten su mejor digestión y contribuyen al desarrollo del tubo digestivo durante los primeros meses de vida del niño.

La relativa ausencia de antígenos alimentarios en la leche materna reduce considerablemente el riesgo de enfermedades alérgicas. Los factores moduladores de crecimiento promueven el desarrollo de la mucosa intestinal, lo que reduce la posibilidad de ingreso de proteínas extrañas, como macromoléculas, que desencadenen reacciones

alérgicas. La leche materna no provoca las microhemorragias demostradas en lactantes alimentados con leche de vaca, los cuales pierden hierro por esta vía.

La leche materna ofrece grasas, hierro y aminoácidos más asimilables que los de la leche de vaca, para los niños, además contiene anticuerpos para las defensas y ciertas proteínas necesarias para el desarrollo cerebral.

La proporción de nutrientes, el pH, la cantidad y calidad de las proteínas, el contenido en ácido ascórbico y otros factores en la alimentación, influyen en la absorción de hierro por parte del intestino. Esta absorción es máxima y varias veces superior en el lactante alimentado al pecho exclusivo que en aquél con alimentación combinada o artificial. *(Descargado de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/lactmater.html>).*

Es necesario destacar que la adición de sólidos u otros alimentos a la dieta del lactante al pecho produce un quiebre en el equilibrio descrito, por la interferencia de fitatos (verduras), lactatos y xantinas (té) en la absorción de hierro. La vitamina D se encuentra en baja proporción en la leche materna. Sin embargo, ésta contiene una dosis importante de vitamina D hidrosoluble, cuyo rol biológico se encuentra en estudio.

2.5 Aporte inmunológico

La presencia de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima y células linfocíticas vivas en la leche materna produce una protección local y general contra las infecciones. La leche materna, como órgano vivo, trasplanta en el niño menor la experiencia inmunológica de su madre adulta.

El recién nacido recibe inmunoglobulinas de la clase IgG a través del transporte placentario, pero las produce lentamente en los primeros meses, debido a la menor

función de sus linfocitos T y B. Presenta, además, un déficit relativo de IgA, y de SIgA (inmunoglobulina IgA secretora). Por esta razón, es dependiente de la inmunidad que recibe de la madre a través de la leche materna. *(Descargado de: <http://elplaneta.com/news/2014/apr/01/la-importancia-de-la-lactancia-materna/>).*

La leche materna aporta al niño inmunoglobulinas IgG e IgM y, especialmente, SIgA, que es el anticuerpo dominante y que se sintetiza en la glándula mamaria. El niño recibe 0,5 g diarios de SIgA por la leche materna, la cual es resistente a la destrucción por enzimas proteolíticas y se une a bacterias, virus y antígenos, constituyendo un tipo de defensa local muy importante.

En la fracción SIgA de la leche humana se han descrito anticuerpos contra muchas bacterias y virus. Conviene destacar que SIgA protege contra E. coli, Salmonella, B. Pertussis y virus Polio. *(Descargado de: <http://claraley-bloglley-bloglley.blogspot.com/2011/04/el-recien-nacido-riesgos-clasificacion.html>).*

La síntesis de anticuerpos en la glándula mamaria se realiza con información proporcionada por el tubo digestivo de la madre, a través del llamado círculo enteromamario, por migración de linfoblastos.

La fracción de la leche rica en anticuerpos tiene receptores análogos y se une a bacterias, impidiendo que éstas ingresen a las células faríngeas. Probablemente ésta es una de las explicaciones de la menor incidencia de infecciones respiratorias en niños amamantados. En resumen, la leche materna contiene los siguientes factores de defensa: anticuerpos, receptores análogos, lactoferrina, lisozima y leucocitos, que están representados por macrófagos, granulocitos y linfocitos T y B, cuyo rol biológico es desconocido.

La barrera intestinal del lactante madura anatómicamente y funcionalmente durante los primeros meses de vida, impidiendo el paso de bacterias y antígenos en edades posteriores. La leche materna brinda protección pasiva y acelera la maduración, mediante los moduladores de crecimiento.

2.6 Aspectos prácticos

Estudios prospectivos han demostrado que el crecimiento de niños por lactancia materna es similar a los patrones normales, aceptados internacionalmente. También se describe ausencia de déficit de hierro en lactantes cuyas madres no están afectadas por enfermedad ferropénica. El raquitismo por déficit de vitamina D es raro en niños alimentados al pecho.

La supervisión del crecimiento y desarrollo del niño, como también de la salud integral de la madre por parte de un equipo de salud capacitado, garantizará el éxito de la lactancia materna. Las experiencias chilenas han corroborado la buena lactancia de la mujer sana atendida por un equipo de salud capacitado, el adecuado crecimiento del niño sano en lactancia exclusiva y la rareza de anemia ferropénica y morbilidad importante en el niño amamantado con éxito. *(Descargado de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/lactmater.html>).*

El método para lograr lactancia materna de buen éxito que se usó en estos estudios fue fundamentalmente el siguiente: permitir al niño alimentarse por libre demanda, no interferir con chupetes ni sólidos y controlar el binomio madre-hijo por personal de salud capacitado.

Si bien hay un grupo de madres que tendrán lactancia de buen éxito en forma espontánea y aún sin cumplir estas recomendaciones, es preciso enfatizar que con estos

consejos básicos es como investigadores han conseguido que el 50-60% de las mujeres sanas, con hijos sanos, amamanten 6 meses en forma exclusiva y que sólo un 10-30 por ciento hayan llegado al destete a esa edad. *(Descargado de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/lactmater.html>).*

El crecimiento de los niños de término sanos, en lactancia exclusiva y en control adecuado, ha demostrado ser óptimo y muchas veces superior a los patrones internacionales.

El recién nacido (RN) de pretérmino también es beneficiado al ser alimentado con leche de su propia madre, la que presenta características apropiadas a la inmadurez del niño (ejemplo: mayor contenido de sodio y de nitrógeno) y que le transmite factores inmunológicos. Puede ser complementada su alimentación según necesidad individual.

2.7 Fertilidad de la mujer durante la lactancia

La fertilidad de la mujer durante los meses de lactancia es significativamente menor que durante sus ciclos sin lactancia. Los métodos de regulación de los nacimientos son particularmente efectivos en este período. La separación de embarazos que la mujer desee puede ser apoyada con buenos métodos naturales. *(Descargado de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/lactmater.html>).*

La lactancia tiene que ser absoluta (sin adición de líquidos ni sólidos y sin horario) y mantener un buen crecimiento del lactante; durante la amenorrea la mujer es no fértil hasta dos meses y levemente fértil hasta los seis meses post parto; los momentos de rápida recuperación de fertilidad son: el tercer mes post parto, el primer sangramiento menstrual, aunque sea gotas, y los seis meses post-parto aunque la lactancia y la amenorrea sean absolutas.

2.8 Fomento de lactancia

El conocimiento acerca de la importancia de la lactancia lleva naturalmente a recomendarla a las madres y a la población. La práctica de amamantar forma parte de los estilos de vida, de modo que es susceptible de modificarse negativa o positivamente.

La actitud y el conocimiento del personal de salud se correlacionan con los resultados de la lactancia en la población.

2.9 Ventajas de la lactancia natural

Durante los últimos 50 años, y especialmente en la última década, se han publicado extensos estudios que comparan la composición y beneficios relativos de la leche humana y de sus sustitutos.

Las ventajas de la lactancia respecto a la alimentación con biberón y los motivos por los que se recomienda tan ampliamente, se resumen a continuación: la lactancia es conveniente, el alimento tiene una disponibilidad fácil para el niño y no requiere preparación o equipo especial; la leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el niño lactante; el calostro y la leche materna tienen elementos anti infecciosos que ayudan a limitar las infecciones; la alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, así como los biberones, chupetes y otros artículos utilizados para la alimentación del niño; la lactancia es más económica que la alimentación con biberón, que comprende los costos de la fórmula, o la leche de vaca, los biberones y los chupetes al igual que el combustible necesario para la esterilización; la lactancia prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos; la lactancia promueve un mayor

vínculo y relación entre la madre y el niño; aparentemente se observa un menor riesgo de alergias, obesidad y ciertos problemas de salud en niños amamantados con leche materna en comparación con los que se alimentan en forma artificial.

Existe ahora una evidencia decisiva sobre las ventajas de la lactancia natural para la salud, por ejemplo una menor morbilidad y mortalidad infantil, con respecto a los niños alimentados con biberón. Las ventajas favorecen en especial modo a las dos terceras partes de la población mundial que vive en la pobreza, aunque algunos estudios han demostrado tasas menores de diarrea y otras infecciones y menos hospitalizaciones en niños alimentados con leche materna de comunidades ricas. *(Descargado de: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>).*

Se tiene también evidencia que las mujeres que lactan a sus niños presentan un riesgo menor de cáncer de pecho, y quizá de cáncer uterino, en comparación con las mujeres que no lo hacen.

2.10 Propiedades y valores de la leche materna

Inmediatamente después de dar a luz al bebé, la madre produce calostro por ambos pechos. En pocos días, la leche «llega» y aumenta en cantidad para suplir las necesidades del niño. La producción de leche de una madre está influenciada sobre todo por las exigencias de su bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre. La cantidad con frecuencia aumenta de alrededor de 100 a 200 ml al tercer día del nacimiento a 400-500 ml en el momento en que el bebé tiene diez días de edad.

La producción puede continuar aumentando hasta 1 000 ó 1 200 ml por día. Un niño sano de cuatro meses de edad, de peso promedio y que crece normalmente, si se

alimenta al pecho exclusivamente, recibirá de 700 a 800 ml de leche materna en un período de 24 horas. Al considerar que los bebés pueden comer tanto cuanto deseen, siempre tendrán suficiente leche. *(Descargado de: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>).*

2.11 Alimentación de los/as lactantes en niños/as pequeños/as

Para que la alimentación de un recién nacido sea satisfactoria debe existir una cooperación entre la madre y su hijo, que empieza con la experiencia inicial de la lactancia y continua mientras el niño depende de la madre.

Muchos niños empiezan a mamar al poco de nacer y otro, en las 4 – 6 horas siguientes al parto. La madre debe de dar pecho a su hijo o una leche artificial cada 3 – 4 horas, día y noche. Los niños alimentados con biberón deben recibir agua estéril en la primera toma, debido a que la regurgitación y la aspiración de este líquido producen menos irritación de la vía respiratoria.

Para la alimentación de los recién nacidos se requiere una interpretación práctica de las necesidades nutricionales específicas de cada niño, que varían enormemente en cada caso, del apetito y la conducta respecto a los alimentos que presenta el niño normal.

El estómago del recién nacido tarda entre 1 y 4 horas o más en vaciarse; por eso, los deseos de comer del niño oscilan tanto en las distintas horas del día. Lo ideal es diseñar un horario basado en una “autorregulación” razonable. En las primeras semanas, mientras se establece el plan de autorregulación, cabe esperar variaciones en el tiempo a tomar y la cantidad ingerida por tomada. Hacia el final del primer mes, más del 90% de los niños habrá establecido un horario adecuado y razonablemente regular. *(Gil, 2010).*

2.12 Cómo se produce la leche materna

La leche en los pechos se produce en un gran número de estructuras tipo bolsas denominadas los alvéolos y luego los canales lácteos la llevan al pezón. El pezón tiene nervios y es sensible al estímulo. *(Descargado de: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>).*

Alrededor del pezón existe un área circular pigmentada que se denomina la areola, debajo de la cual se encuentran las glándulas que producen aceite para mantener sanos la superficie del pezón y la areola. La producción de leche es influenciada por hormonas, en particular la prolactina y la oxitocina, y por reflejos.

2.13 Qué debemos enseñar a los/as niños/as sobre la lactancia materna

Para que la práctica de lactancia materna se haga nuevamente norma cultural, es importante que los conocimientos básicos sobre la lactancia materna se incluyan en todo el sistema educacional. Estos conocimientos pueden incluir:

El amamantamiento es la manera normal de alimentar a los bebés y las madres y los bebés tienen derecho a alimentarse libre de influencias comerciales, las madres y bebés amamantados deben ser bienvenidos en todas partes. Tienen derecho de estar: en escuelas, oficios religiosos, restaurantes, transporte público, centros de trabajo, visitando a los amigos, en el hospital o estando de compras, cargar al bebé le da un sentido de seguridad y un estímulo a su cerebro en desarrollo y aunque las madres necesiten trabajar fuera de casa, los bebés necesitan la leche materna, especialmente durante el primer año de la vida. *(Descargado de: http://www.crianzanatural.com/forum/forum_posts.asp?TID=189541&PN=1).*

2.14 Tendencia de alimentación de los recién nacidos

El porcentaje de madres que lactan a sus niños y la duración de la lactancia varían entre los países y dentro de ellos. Los científicos consideran que la lactancia exclusiva o casi exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, y luego mantenida durante varios meses mientras se introducen otros alimentos, brinda una óptima alimentación al niño. Este ideal, sin embargo, no existe en ningún país, en el Norte o en el Sur. *(Descargado de: <http://quienmemandabaami.blogspot.com/2007/08/calostro-y-otras-curiosidades-sobre-la.html>).*

Casi todas las madres en las sociedades tradicionales, sobre todo en áreas campesinas en los países en desarrollo, todavía lactan a todos sus hijos durante un período prolongado. Pocas, sin embargo, practican exclusivamente, y muchas no les suministran calostro a sus bebés.

2.15 Conducción de la lactancia

Si es posible, la lactancia se debe iniciar unos minutos después del parto (o ciertamente dentro de un término de una hora). Esta succión temprana tiene ventajas fisiológicas debido a que eleva los niveles de la hormona oxitocina secretada en la sangre de la madre. Como se describió antes, la oxitocina estimula las contracciones uterinas que primero ayudan a expeler la placenta y en segundo lugar tienen una importante función en la reducción de la pérdida sanguínea.

Después del parto la madre y su bebé deben estar juntos en cama, en casa o en la sala del hospital. En el pasado se consideraba normal en los hospitales modernos llevar al bebé a una sala especial para los niños y a la madre a una sala de maternidad, pero esta práctica es altamente indeseable. Si la práctica habitual del hospital de «colocarlos

juntos» no se realiza es necesario cambiar los procedimientos. *(Descargado de: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>).*

Es absolutamente seguro para el bebé dormir en la misma cama con la madre. Hay muy pocas contraindicaciones (salvo grave enfermedad de la madre o del niño) para que puedan estar juntos en la habitación o el niño pueda ser amamantado.

2.16 Problemas de lactancia

Muy pocas madres - menos de 3 por ciento - experimentan una falla completa o casi completa de la lactancia. Si la madre tiene serias dificultades y busca ayuda porque realmente desea amamantar a su hijo, entonces pueden ser necesarios algunos métodos más drásticos, la madre puede necesitar hospitalización en una sala donde otras mujeres estén lactando con éxito. *(Descargado de: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>).*

Se le debe examinar a ella y a su niño para verificar si hay algún motivo físico para la incapacidad de amamantar. La madre debe recibir suficientes líquidos, incluso leche. Estos son principalmente inducción psicológica enfocada a promover la lactancia.

En general, la base importante para el tratamiento es ayudar a la madre a relajarse, apoyarla para que el niño succione del pecho y asegurarse que, aunque se confía en el pecho, el niño no esté perdiendo peso. El dilema es que mientras el niño succione más el pecho, mayor es el estímulo para la producción y el descenso de la leche. *(Descargado de: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>).*

2.17 Producción insuficiente de leche

Mucho más común que la falla de la lactancia, es la creencia de una madre que ella no puede producir suficiente cantidad de leche para satisfacer a su bebé. Las madres

en los países industrializados con frecuencia informan que no tienen bastante leche; quizá el bebé llora mucho o la madre opina que no crece en forma adecuada, o puede haber muchos otros motivos. En medicina esta condición se denomina «síndrome de leche insuficiente». (Collins, 2004).

En muchos estudios, sobre todo de países industrializados, se cita «leche insuficiente» como la razón más común de las madres para terminar de manera precoz la lactancia o para iniciar una rápida suplementación con otros alimentos, en especial fórmula láctea. (Descargado de: <http://quienmemandabaami.blogspot.com/2007/08/calostro-y-otras-curiosidades-sobre-la.html>).

Es muy fácil suponer que muchas mujeres son incapaces de producir leche en buena cantidad para alimentar a sus niños pequeños. La respuesta de un médico, cuando una madre se queja de no tener leche suficiente, es a menudo la de aconsejarle suplementar la leche materna con biberón.

2.18 La lactancia y el SIDA

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es hoy un importante reto para la salud mundial, la infección con VIH a menudo continúa, algunos años después, con una enfermedad progresiva y eventualmente la inmunosupresión. El síndrome resultante, llamado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se caracteriza por el desarrollo de diversas infecciones, frecuentemente con diarrea y neumonía, y de procesos malignos como el sarcoma de Kaposi que ocasiona al final la muerte. (Descargado de: <https://lactanciamaternal.wordpress.com/category/bebeslactancia%E2%99%A5/>).

En muchos países en desarrollo, la infección por VIH es casi tan común en las mujeres como en los varones. Cada vez más un número de niños/as pequeños se infectan por sus madres. Los mecanismos exactos de transmisión de la madre al feto o al niño no se conocen.

La transmisión puede ocurrir en el útero por el paso del virus a través de la placenta; alrededor de la época del parto por la exposición a las secreciones vaginales, la ingesta de sangre materna o la transfusión materno fetal durante el trabajo de parto y en el parto; y en la infancia, por la ingesta del virus en la leche materna. En muchos países, se ha informado que la infección de VIH de los niños nacidos de madres VIH es entre un 25 y un 45 por ciento. (*Descargado de: <https://lactanciamaternal.wordpress.com/>*).

La evidencia sugiere que el VIH se puede transmitir de madres infectadas a sus bebés no infectados a través de la leche materna. Ha sido posible aislar el virus de la leche humana.

2.19 Falta de la leche materna

La leche materna es el alimento natural para los recién nacidos a término durante los primeros meses de vida, siempre está fácilmente disponible, a la temperatura adecuada. Es leche fresca y no contiene bacterias contaminantes, lo que reduce que se produzcan trastornos gastrointestinales.

La leche humana también es fuente de lactoferrina, la proteína sérica ligadora de hierro que normalmente está saturada con hierro en un tercio y que tiene un efecto inhibidor sobre el crecimiento de *Escherichia coli* en el intestino. Las heces del lactante alimentado al pecho tienen un pH más bajo que las del alimentado con leche de vaca.

La flora intestinal de los lactantes alimentados con leche humana puede protegerles frente a infecciones por algunas especies de *Escherichia coli*. *(Descargado de: <http://www.yseterapias.com/flora-intestinal-del-bebe/>).*

La falta de lecha materna es un problema que afecta a un 2% de las madres, es un problema glandular que provoca la falta de leche materna (producción limitada) y por consiguiente, la imposibilidad de amamantar al bebé.

Este problema puede aparecer tras el parto o después de haber abordado un periodo de lactancia materna normal. Las causas de este problema pueden ser varias, por ejemplo las de tipo idiopáticas, es decir, una interrupción espontánea de causa desconocida o por la falta de hormonas como la prolactina y la oxitocina, la primera se encarga de la producción y la segunda de la salida de la leche, aunque se pueden señalar otros motivos como por ejemplo el estrés que pueda sufrir la madre.

Hay que tener claro que aunque la producción sea reducida, es un alimento que aporta todos aquellos nutrientes esenciales que necesitan los bebés, gracias al preciado alimento se desarrolla el sistema inmunológico, se previenen enfermedades y se garantiza un desarrollo adecuado, por lo que es interesante recibir consejo médico sobre qué se debe hacer.

Consultar al pediatra por la alimentación es algo frecuente, algunas madres terminan dando el biberón creyendo que no producen suficiente leche, en consecuencia limitan el desarrollo y bienestar del bebé, algo que brinda la leche materna. *(Martínez, 2005).*

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Introducción

En este capítulo se detallan las técnicas y métodos que se utilizaron para alcanzar los resultados que permitieron la realización de esta investigación, además se describe el diseño, población y muestra y los procedimientos a desarrollar.

3.2 Tipo y diseño de la investigación

En este trabajo se presentan los instrumentos y las informaciones que fueron recolectadas a través de una ficha de consulta o cuestionario, la investigación corresponde a un tipo de estudio transeccional descriptivo y los resultados se presentan como se encontraron al momento de realizar el levantamiento de datos para cada variable, como son: edad, zona de residencia, género, entre otros.

3.3 Descripción de la población

Después de realizar inspección en el departamento de estadísticas del Hospital Dr. Sigfredo Alba de Fantino, de los/as niños/as lactantes de 0 a 1 año, durante el primer trimestre 2015 donde se esperaba una asistencia de 90 niños/as, se determinó que la población de este estudio fue incluyendo la zona rural y urbana.

3.4 Muestra

3.4.1 Selección de la muestra

La muestra a seleccionar fue de 90 niños/as que representan la asistencia de 3 meses, abril-junio, por lo que no fue necesario utilizar fórmula, puesto que se trabajó con la totalidad de los/as niños/as lactantes.

3.5 Criterio de inclusión y exclusión

3.5.1 Criterio de inclusión

La muestra que conforma este estudio solo están los niños/as lactantes que asistieron a consulta externa y que su padre, madre o tutores estaban en disposición de que se le realizara la prueba de hematocrito y hemoglobina.

3.5.2 Criterio de exclusión

No formaron parte de la muestra de este estudio los niños/as mayores de 1 año, ni aquellos que su padre, madre o tutores no estuvieron en disposición que se le realice dicha prueba.

3.6 Validación de los instrumentos

Para la validación de los instrumentos de recopilación de esta investigación, se presentaron las informaciones a la asesora y otros profesionales del área de investigación del UTECO que hicieron la enmienda del lugar.

3.7 Equipos y cristalerías

3.7.1 Equipos

Microcentrífuga con su lector reloj.

3.7.2 Cristalerías

- Tubos de ensayo: para depositar la muestra de sangre.

3.8 Reactivos

Alcohol al 70% EDTA, preparación listo para su uso.

3.9 Materiales

- Plantilla o masilla: se usó para sellar los tubos micro hematocrito.

- Guantes desechables: para proteger las manos de cualquier contagio.
- Lanceta: se usó para puncionar las yemas de los dedos cuando sea necesario.
- Torniquete: se utilizó para colocar dos o tres dedos por encima del pliegue del codo para que la vena se haga más turgente.
- Gasa o algodón: se usó para desinfectar el área donde se tomó la muestra.
- Jeringa desechable: se utilizó para extraer la muestra de sangre.
- Tubos capilares de micro hematocrito: se usaron para llenarlo de sangre para hacer los micro hematocritos.

3.10 Procedimiento de laboratorio

- El paciente se llevó al espacio de la toma de muestra (sangre).
- Se eligió el antebrazo o yema del dedo anular y si es en antebrazo se le coloca un torniquete dos o tres dedos por encima del pliegue del codo para que la vena se torne más turgente, es decir, más visible.
- Se desinfectó el área con algodón o gaza y alcohol o cualquier solución antiséptica.
- Se tomó una jeringuilla de 3 a 5 cc, se introduce en la vena del antebrazo del paciente y se extrae 3 ml de sangre y se deposita en un tubo que contenga anticoagulante y se rotula con la identificación de un número o una letra del paciente, luego se procede a llenar los tubos micro hematocrito con la muestra de sangre.
- Se llevaron los micro hematocritos a la micro centrífuga por un tiempo de 5 minutos y luego se procede a leer la cantidad del paquete globular.
- Después de obtener el paquete se efectuó la lectura en parte de abajo del micro hematocrito donde ubica el paquete globular, se lee en una tabla de la micro centrífuga

que es el lector o tablas prefijadas y se obtiene el valor del hematocrito que se expresa en por ciento (%).

3.11 Intervalo de referencia de hematocrito normal

- Recién nacido 54 + 10%.
- Niños de un año 35%

3.12 Técnica de procedimiento para hematocrito

El método que se utilizó fue Clay Adams por centrifugación, se fundamenta en centrifugar una muestra de sangre anti coagulada por un tiempo determinado y la muestra es sangre venosa o capilar.

3.13 Dosificación de hemoglobina

Valores de referencia de hemoglobina en la sangre.

	Valor mínimo	Valor máximo
Recién nacido	14 g/dL	24g/dL
Bebé	9.5 g/dL	13g/dL

3.14 Método sianometahemoglobina

Método colorímetro.

3.14.1 Tipo de muestra

Sangre venosa obtenida con EDTA o sangre capilar.

3.14.2 Almacenamiento de la muestra

A temperatura ambiente y no debe pasar un tiempo mayor de 2 horas.

3.14.3 Equipos

- Espectrofotómetro.
- Pipeta automática de 20 ul ó de Sally.
- Reloj.

3.14.4 Materiales

- Gasa.
- Gradilla.
- Papel de parafina: para sellar los tubos.
- Algodón.
- Lanceta.
- Torniquete.
- Guantes desechables.

3.14.5 Procedimiento para la hemoglobina

Pipetear en tubos de ensayo como lo indica el esquema.

	Blanco	Estándar	Muestra
Reactivo para HB	5 ML	5 ML	5 ML
Estándar HB	-	20 UL	-
Muestra	-	-	20 UL

Se deja reposar por 5 minutos a temperatura ambiente. Se lee la observancia de la muestra y el estándar frente al blanco de reactivo a la longitud de onda de 540 mm: el color es estable por lo menos 2 horas.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Introducción

En este capítulo se presentan los resultados representados en tablas, para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario padres, madres o tutores que asistieron con sus niños/ a la consulta en el Hospital Dr. Sigfredo Alba de Fantino con edades de 0 - 1 año durante los meses abril-junio, 2015.

Tabla 4.1: Prevalencia de anemia periodo de lactancia materna en infantes que asistieron al Hospital Dr. Sigfredo Alba (Fantino), abril-junio, 2015.

Resultado	Frecuencia	Prevalencia
Negativo	70	77.78%
Positivo	20	22.22%
Total	90	100 %

Fuente: Prueba de anemia y cuestionario aplicado por las sustentantes, 2015.

De los 90 niños/as analizados, 70 resultaron sin anemia correspondiente a una prevalencia de 77.78% de acuerdo al valor de referencia del Hto (Hematócrito) que es menos de 35% y un valor de Hemoglobina (Hb) de 10 g/dl por lo que 20 casos estaban por debajo de estos valores correspondiente a una prevalencia de 22.22%.

4.2 Relación de anemia con las características socio demográfica

Tabla 4.2: Distribución de los niños/as que asistieron al Hospital Dr. Sigfredo Alba, Fantino con relación a la edad.

Edad	Niños/as consultados/as		Positivos	
	Frecuencia	Prevalencia	Frecuencia	Prevalencia
0-3 meses	15	16.67%	2	10%
4-7 meses	15	16.67%	6	30%
8-11 meses	22	24.44%	5	25%
≤12 meses	38	42.22%	7	35%
Total	90	100%	20	100%

Fuente: Prueba de niños y cuestionario aplicado por las sustentantes, 2015.

En relación a las edades de 0-3 meses hay 15 casos con una prevalencia de 16.67, de 4-7 meses hubo 15 casos de los cuales 6 resultaron con anemia, de 8-11 meses 22 casos de los cuales 5 resultaron positivos, de menor o igual 12 meses, 38 casos con 7 casos positivos con una prevalencia de 35.

Tabla 4.3: Distribución de frecuencia y prevalencia con relación al sexo de los niños/as en estudio.

Sexo	Pacientes consultados		Positivos	
	Frecuencia	Prevalencia	Frecuencia	Prevalencia
Femenino	60	66.67%	13	65%
Masculino	30	33.33%	7	35%
Total	90	100%	20	100%

Fuente: Prueba de anemia y cuestionario aplicado por las sustentantes, 2015.

De los 90 niños/as en estudio de sexo femenino se analizaron 60 casos de los cuales 13 casos resultaron positivos con una prevalencia de 65% y del sexo masculino se analizaron 30 casos de los cuales 7 casos resultaron positivos correspondientes a una prevalencia de 35%, por lo que el sexo más afectado en este caso fue el femenino.

Tabla 4.4: Distribución de frecuencia con relación de la zona de procedencia con los resultados de los análisis de los niños/as que asistieron al Hospital Sigfredo Alba de Fantino, abril-junio, 2015.

Zona de procedencia	Resultado de análisis de los niños/as		
	Positivo	Negativo	Total
Urbana	13	42	55
Rural	7	28	35
Total	20	70	90

Fuente: Cuestionario aplicado por las sustentantes, 2015.

En relación a la zona de procedencia, en la zona urbana 13 casos positivos y 42 negativos, mientras que en la zona rural 7 casos positivos y 28 negativos por lo que la zona urbana fue la más estudiada y más afectada.

Tabla 4.5: Distribución de frecuencia con relación a la nacionalidad de los niños/as que visitaron el Hospital Dr. Sigfredo Alba de Fantino, abril-junio, 2015.

Nacionalidad	Niños/as analizados/as					
	Frecuencia	Prevalencia	Positivo	Prevalencia	Negativo	Prevalencia
Extranjera	6	6.67%	2	10%	4	5.71%
Dominicana	84	93.33%	18	90%	66	94.29%
Total	90	100%	20	100%	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por las sustentantes, 2015.

Con relación a la nacionalidad de los niños/as que visitaron el Hospital Dr. Sigfredo Alba de Fantino, 6 casos eran extranjeros con una prevalencia de 6.67% y dominicanos 84 con una prevalencia de 93.33%, de los 6 extranjeros, 2 resultaron con anemia con una prevalencia de 10 y de estos 4 casos negativos con una prevalencia de 5.71, mientras que los dominicanos, de los 84 hubo 18 casos positivos con una prevalencia de 90% y 66 casos negativos con una prevalencia de 94.29%.

4.3 Hábitos alimenticios

Tabla 4.6: Prevalencia de anemia según hábitos alimenticios de los niños/as que visitaron el Hospital Dr. Sigfredo Alba, Fantino, abril-junio, 2015.

Hábito alimenticio	Pacientes consultados		Pacientes afectados	
	Evaluados	Negativo	Positivo	Prevalencia
Leche	86	32	7	35%
Carne	12	10	2	10%
Huevo	18	8	4	20%
Vegetales	3	2	1	5%
Cereales	12	5	4	20%
Habichuela	32	13	2	10%
Total	163	70	20	100%

Fuente: Cuestionario aplicado por las sustentantes, 2015.

La prevalencia de anemia por hábitos alimenticios de los niños/as evaluados, de los 86 que consumían leche, 7 resultaron positivos con una prevalencia de 35%, lo que consumían carne, 2 resultaron con anemia con una prevalencia de 10, los que consumían huevo, 4 resultaron positivo con una prevalencia de 20, los que consumían vegetales 1 con una prevalencia de 5% y de los que consumían cereales 4 casos resultaron positivo con una prevalencia de 20%, los que consumían habichuela 2 casos resultaron positivos con una prevalencia de 10%.

4.4 Suplementos vitamínicos

Tabla 4.7: Prevalencia de los niños/as consultados en el Hospital Dr. Sigfredo Alba de Fantino con relación a si consumen vitamina.

Niños/as consultados/as		
Vitaminas que toman	Incidencia	Prevalencia
Prolin	18	20%
Apeten	12	13.33%
Globitón	22	24.44 %
Multivitamina	24	26.67%
No vitamina	14	15.56%
Total	90	100 %

Fuente: Cuestionario aplicado por las sustentantes, 2015.

Con relación a los niños/as que están tomando suplemento vitamínico, de 90 casos, 18 toman prolin con una prevalencia de 20%, apetén 12 casos con una prevalencia de 13.33%, globitón están tomando 22 niños/as con una prevalencia de 24.44%, multivitamina están tomando 24 casos con una prevalencia de 26.67% y 14 casos no están tomando ninguna vitamina con una prevalencia de 15.56%, por lo que el suplemento vitamínico más usado era multivitamina.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 Introducción

En este capítulo se presentan los análisis de los resultados obtenidos en este estudio relacionado con la prevalencia de los niños/as con anemia por periodo de lactancia que asistieron al Hospital Dr. Sigfredo Alba de Fantino, abril-junio, 2015.

Con relación a la prevalencia de anemia en lactantes, al realizar la prueba de anemia a los niños/as consultados/as se encontró que de 90 casos analizados 20 resultaron con anemia (Ver tabla 4.1).

Con relación de anemia con referencia a los factores socio demográficos, la edad más afectada fue de menor o igual 12 meses con una prevalencia de 42.22% y la menos estudiada fue de 0-3 meses y 4-7 meses con una prevalencia de 16.67% (Ver tabla 4.2).

Con relación al sexo el más afectado fue el femenino con 13 casos positivos con una prevalencia de 65% con 60 casos (Ver tabla 4.3).

En cuanto a la procedencia, la zona más estudiada fue la urbana con 55 casos de los cuales 13 casos resultaron positivos y en la zona rural se estudiaron 35 casos con 7 casos positivos (Ver tabla 4.4).

En cuanto a la nacionalidad se estudiaron 6 casos extranjeros de los cuales 2 casos resultaron positivos y dominicanos se analizaron 84 casos de los cuales 18 resultaron positivos con anemia con valor por debajo de los valores de referencia que son por debajo de 35% el Hematocrito y de 10g/dl la Hemoglobina (Ver tabla 4.5).

De acuerdo a los hábitos alimenticios la leche fue el alimento más utilizado por estos recién nacidos seguido de la salsa de habichuela, y el alimento menos consumido por estos niños/as es los vegetales (Ver tabla 4.6).

Con relación a los suplementos vitamínicos, la multivitamina es el suplemento más usado por estos niños/as de 0-12 meses y el suplemento menos usado es apetén (Ver tabla 4.7).

5.2 Conclusiones

Los resultados reportan una prevalencia de anemia de 20 casos positivos y 70 negativos de 90 niños/as analizados.

La edad más estudiada fue menor o igual 12 meses con 38 casos correspondiente a una prevalencia de 42.22% con 7 casos positivos.

Mientras que el sexo predominante en este estudio fue el femenino con 13 casos positivos, la zona de mayor estudio fue la urbana con 42 casos negativos y 13 casos positivos.

Con relación a los hábitos alimenticios los más utilizados son leche, habichuela, huevo, carne, otros, siendo la leche el más utilizado por estos niños en estudio y el menos utilizado es el uso de vegetales.

Los resultados evidencian que la nacionalidad más estudiada fue la dominicana con 84 casos de los cuales 18 resultaron positivos, extranjeros 6 casos con 2 casos positivos.

Los resultados evidencian que las vitaminas usadas por estos niños/as son variables y que la más usada es la multivitamina y la menos usada es apetén.

5.3 Recomendaciones

Analizados los resultados obtenidos en esta investigación, el grupo investigador se permite hacer las siguientes recomendaciones:

A los padres, madres y tutores

Que tengan niños/as lactante que le realicen a sus niños/as la prueba de anemia para poder detectarla a tiempo porque es más fácil de controlar con tratamiento adecuado y dar seguimiento a la alimentación adecuada de sus niños/as, para de esta forma disminuir la anemia a su bebé.

A la Universidad UTECO (Escuela de Bioanálisis)

Aplicar estrategias de observación con los diferentes centros hospitalarios para darles charlas y orientación a todas las adolescentes principalmente los que visitan estos.

Al Hospital Dr. Sigfredo alba de Fantino

Que traten de dar mayor seguimiento y orientación a las embarazadas con relación al bebé que llevan en su vientre para evitar mayor deterioro de su salud.

A las autoridades del Ministerio de Salud Pública (Provincial de Salud Sánchez Ramírez)

Que realicen jornada de concientización a través de campañas publicitarias que contribuyan a educar la población de Fantino sobre la alimentación adecuada para reducir riesgos de anemia en los recién nacidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arriba C., J. M. y Vallina Álvarez, E. (2005). Hematología Clínica Temas de Patología Médica. España. Editor: Universidad de Oviedo.
2. Busdiecker SB, Castillo CD, Salas IA. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. Rev Chil Pediatr; 71:5-11.
3. Centro Nacional de Información de la Salud de la Mujer (NWHIC) (Siglas en inglés).
4. Collins, Jane (2004). La Salud del Bebé y del Niño. España. Editor: Ediciones AKAL.
5. Cuellar Ambrosis, Francisco y Falabella, Francisco (2004). Hematología. 6ta edición, Colombia. Editor: Corporación para las investigaciones biológicas.
6. Domínguez M, Rodríguez M, Ramos M. Información que poseen las madres adolescentes entre 12 y 17 años sobre la lactancia materna en el período post-parto para la redacción de un programa en el Hospital General de los Valles del Tuy “Simón Bolívar” [tesis]. Caracas (Venezuela). Universidad Central de Venezuela; 2009. Disponible en: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2991/1/TESIS%20FINAL.pdf>
7. Dvorkin, M. A. (2010). Bases Fisiológicas de la Práctica Médica. España. Ed. Médica Panamericana.
8. Ferri, Fred F. (2006). Ferri Consultor Clínico 2006-2007: Claves Diagnóstica y Tratamiento. España. El Sevier España.
9. Gil H., Á. (2010). Tratado de Nutrición. España. Ed. Médica Panamericana.
10. Gran Diccionario Enciclopédico (Universo). Edición 2002.

11. Hernández L. y Genao D. (2009). Incidencia de Anemia en Embarazadas que Asistieron al Centro de Salud Integral y Desarrollo (CENSAIDE) en el Periodo abril-julio 2009. Universidad Católica Tecnológica del Cibao (UCATECI).
12. Manascero Gómez, Aura R. (2003). Atlas de Morfología Celular, Alteraciones y Enfermedades Relacionadas. Colombia. Editor: Pontificia Universidad Javeriana.
13. Martínez R. (2005). La Salud del niño y del adolescente. 5a ed. Editora: El Manual Moderno. México.
14. Restituyo R. y Gervacio P. (1999). Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños de 0-10 Años que Asisten al Laboratorio Clínico Centro Médico Padre Fantino La Vega, Rep. Dom. marzo-junio 2009. Universidad Católica Tecnológica del Cibao (UCATECI).

WEBGRAFÍA

<http://www.monografias.com/trabajos15/desnutricion-clases/desnutricion-clases.shtml>

<http://ask.fm/flordeturra/answer/2610095742>

<http://www.definicionabc.com/salud/morbimortalidad.php>

<http://www.bvs.org.ar/pdf/vigilancia.pdf>

<http://www.aeal.es/index.php/la-sangre-y-la-medula-osea-normales/las-celulas-de-la-sangre/i-que-son-los-globulos-rojos-hematies-o-eritrocitos>

http://www.ecured.cu/index.php/Desarrollo_prenatal

http://www.bebes.sutterhealth.org/breastfeeding/bf_production.html

<http://www.yseterapias.com/flora-intestinal-del-bebe/>

<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2991/1/TESIS%20FINAL.pdf>

http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/1_leche_materna.pdf

<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2991/1/TESIS%20FINAL.pdf>

<http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2991/1/TESIS%20FINAL.pdf>

http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm

http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

<http://www.yubelkisalmonte.com/index.php/articulos/92-lactancia-materna>

<http://www.salud180.com/salud-z/lactancia>

<https://luadeleiteblog.wordpress.com/lactancia-materna/>

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/lactmater.html>

<http://elplaneta.com/news/2014/apr/01/la-importancia-de-la-lactancia-materna/>

<http://claraley-bloglley-bloglley.blogspot.com/2011/04/el-recien-nacido-riesgos-clasificacion.html>

<http://quienmemandabaami.blogspot.com/2007/08/calostro-y-otras-curiosidades-sobre-la.html>

<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/glandula-mamaria>

Anexos

ANEXO I
Universidad Tecnológica del Cibao Oriental
(UTECO)



Universidad Patrimonio de la Comunidad

Estimado/a paciente: El cuestionario que se aplicará a continuación forma parte del estudio sobre la Prevalencia de Anemia por Periodo de Lactancia Materna en Infantes que Asisten al Hospital Sigfredo Alba de Fantino.

Las informaciones y respuestas serán de gran importancia para este estudio, la cual será generalmente marcada con una x, de acuerdo a la opción que usted considere cierta.

Este cuestionario es anónimo no tiene que firmarlo ni identificarte a menos que desees hacerlo (muchas gracias).

I. Prevalencia de anemia en lactantes

a) Positivo ☐ b) Negativo ☐

II. Relación anemia, factores socio demográficos

Edad: _____

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

Procedencia: Rural ☐ Urbana ☐

Nacionalidad: Dominicana ☐ Extranjera ☐

III. Hábito alimenticio:

Leche ☐ **Carne** ☐ **Huevo** ☐ **Vegetales** ☐

Cereales ☐ **Habichuela** ☐

IV. Suplementos vitamínicos

Prolin ☐ **Apeten** ☐ **Multivitamina** ☐ **Globitón** ☐ **No vitamina** ☐

ANEXO II

Presupuesto de gasto

CONCEPTO	MONTOS \$
Recolección de datos, internet, viajes y otros proceso de investigación.	3,300
Útiles gastables, reactivo, jeringa y otros materiales para las pruebas.	10,000
Fotocopias.	4,700
Digitación.	20,000
Asesora y consultoría.	6,000
Inscripción de tesis.	7,000
Encuadernación e imprevisto.	8,000
Total	RD \$ 59,000