



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

“DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA) – INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA), EN RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS E HIGIÉNICAS DE NIÑOS-AS MENORES A 5 AÑOS, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ - RIOBAMBA 2015”

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

NUTRICIONISTA DIETISTA

KEYLEE ALEXANDRA CEVALLOS PAREDES

RIOBAMBA – ECUADOR

2015

CERTIFICADO

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación.

Dra. Susana Heredia

DIRECTORA

CERTIFICACIÓN

El tribunal del trabajo de titulación CERTIFICA que: el trabajo de investigación titulado “DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA) – INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA), EN RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS E HIGIÉNICAS DE NIÑOS-AS MENORES A 5 AÑOS, QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ - RIOBAMBA 2015”; de responsabilidad de la Srta. Keylee Alexandra Cevallos Paredes, ha sido revisada y se autoriza su publicación.

Dra. Susana Heredia

DIRECTORA

Dr. Marcelo Nicolalde

MIEMBRO

Riobamba, 14 de julio 2015

AGRADECIMIENTO

Como prioridad en mi vida agradezco a Dios por su infinita bondad, por haber estado conmigo en los momentos que más lo necesitaba, por darme salud, fortaleza, responsabilidad y sabiduría, por haberme permitido culminar un peldaño más de mis metas, y porque tengo la certeza y el gozo de que siempre estará conmigo.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, a la Facultad de Salud Pública, Escuela de Nutrición y Dietética por ser fuente del saber, aportando conocimientos y valores para mi formación profesional como personal.

A mis profesores de manera especial a mi Tutora de Tesis de Grado, Dra. Susana Heredia y Miembro de Tesis, Dr. Marcelo Nicolalde por su visión crítica, por su rectitud en su profesión como docentes, por sus consejos y enseñanzas, impartidas en el desarrollo de la presente investigación y a lo largo de la carrera.

Al “Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez” por la apertura recibida para el desarrollo de esta investigación.

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a Dios quien ha sido mi fortaleza y apoyo en cada paso de mi vida.

A mis padres por que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba.

A mi abuelita por ser mi mayor ejemplo de lucha y amor, siempre la llevaré en mi corazón.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme todo su apoyo, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado.

Con todo mi cariño está tesis se las dedico a ustedes:

A mi hermana Lizzeth, mis tíos y tías, y a mis amigas con quienes he compartido desde el colegio.

Keylee Cevallos

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
I. <u>INTRODUCCIÓN</u>	3
II. <u>OBJETIVOS</u>	6
A. GENERAL	6
B. ESPECÍFICOS	6
III. <u>MARCO TEÓRICO</u>	7
A. CONCEPTOS GENERALES	7
B. TEÓRICO.....	7
1. <u>ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA</u>	7
2. <u>INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA</u>	12
3. <u>IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN DEL</u> <u>INFANTE</u>	14
IV. <u>METODOLOGÍA</u>	18
A. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
B. SUJETOS.....	18
C. VARIABLES.....	18
1. <u>IDENTIFICACIÓN</u>	18
2. <u>DEFINICIONES</u>	19

3.	<u>OPERACIONALIZACIÓN</u>	22
4.	<u>DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS</u>	25
V.	<u>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</u>	26
	A. ANÁLISIS UNIVARIADO	26
	B. ANÁLISIS BIVARIADO	51
VI.	<u>CONCLUSIONES</u>	64
VII.	<u>RECOMENDACIONES</u>	65
VIII.	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	67
IX.	<u>ANEXOS</u>	70
	ANEXO N°1: Formato de encuesta aplicada	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

A. ANÁLISIS UNIVARIADO

1. CONCOMITANTES DE CONTROL

- GRÁFICO N° 1: SEXO..... 26
- GRÁFICO N° 2: EDAD..... 27
- GRÁFICO N° 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE..... 28
- GRÁFICO N° 4: ÍNDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA..... 30

2. CONCOMITANTE PRINCIPAL

- GRÁFICO N° 5: FRECUENCIA DE EDA-IRA..... 32

3. CONCOMITANTES SECUNDARIAS

a. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

- GRÁFICO N° 6: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA..... 33
- GRÁFICO N° 7: EDAD DE INICIO DE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA..... 34
- GRÁFICO N° 8: USO DE BIBERÓN 36
- GRÁFICO N° 9: USO EXCLUSIVO DE VAJILLA..... 37
- GRÁFICO N° 10: CONSUMO DE ALIMENTOS PREPARADOS EN LA
CALLE..... 38

b. PRÁCTICAS HIGIÉNICAS

- GRÁFICO N° 11: HIGIENE ADECUADA DE LAS MANOS ANTES DE
LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS..... 43

➤ GRÁFICO N° 12: LAVADO DE FRUTAS Y VEGETALES ANTES DE SU CONSUMO.....	45
➤ GRÁFICO N° 13: LAVADO Y DESINFECCIÓN ADECUADA DEL BIBERÓN	46
➤ GRÁFICO N° 14: ASEO ADECUADO DE LA VAJILLA DEL NIÑO/A.....	47
➤ GRÁFICO N° 15: RECALENTAMIENTO DE ALIMENTOS.....	48

B. ANÁLISIS BIVARIADO

1. ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE CONCOMITANTE PRINCIPAL Y SECUNDARIAS

➤ GRÁFICO N° 16: FRECUENCIA DE EDA-IRA CON USO EXCLUSIVO DE VAJILLA.....	52
➤ GRÁFICO N° 17: FRECUENCIA DE EDA-IRA CON CONSUMO DE PRODUCTOS LÁCTEOS.....	54
➤ GRÁFICO N° 18: FRECUENCIA DE EDA-IRA CON ASEO ADECUADO DE LA VAJILLA	56
➤ GRÁFICO N° 19: FRECUENCIA DE EDA-IRA CON HIGIENE DE LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DE ASEAR AL NIÑO/A.....	58
➤ GRÁFICO N° 20: FRECUENCIA DE EDA-IRA CON ASEO DEL NIÑO/A LUEGO DE UTILIZAR EL BAÑO.....	60

➤ GRÁFICO N° 21: FRECUENCIA DE EDA-IRA CON ASEO DEL NIÑO/A
ANTES DE COMER..... 62

INDICE DE CUADROS

A. ANÁLISIS UNIVARIADO

1. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

- CUADRO Nº 1: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS..... 40

2. PRÁCTICAS HIGIÉNICAS

- CUADRO Nº 2: ASEO PERSONAL 49

B. ANÁLISIS BIVARIADO

1. ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE CONCOMITANTE PRINCIPAL Y SECUNDARIAS

- CUADRO Nº 3: RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE EDA-IRA CON PRÁCTICAS ALIMENTARIAS E HIGIÉNICAS..... 51

RESUMEN

Las enfermedades infecciosas marcan una gran brecha de mortalidad en niños/as concurriendo su causa de contagio los gérmenes que se encuentran en el medio ambiente. El objetivo fue determinar la prevalencia de EDAS – IRAS en relación con las prácticas alimentarias e higiénicas de niño-as menores a 5 años de edad, que acuden a consulta externa en el Hospital Pediátrico “ALFONSO VILLAGOMEZ”. Siendo un estudio de diseño descriptivo, no experimental de tipo transversal; en el cual participaron 75 niños/as menores de 5 años; se registraron características generales del infante y la madre, prácticas alimentarias e higiénicas; analizados mediante el programa JMP 5.1, obteniendo los siguientes resultados: 54,7% niños y 45,3% niñas, edad promedio 20,09 meses; nivel de instrucción de la madre 42,7% secundaria completa, índice de riesgo de la vivienda 60% mediano riesgo y frecuencia de EDA-IRA 70,7% IRA y 29,3% EDA. Concluyendo que existió una relación estadísticamente significativa con un $p < 0,05$ al relacionar frecuencia de EDA-IRA con prácticas alimentarias e higiénicas como: uso exclusivo de vajilla, aseo de la vajilla, frecuencia de consumo de productos lácteos; higiene de las manos: antes y después de asear al niño/a, luego de utilizar el baño y antes de comer. Recomendando fomentar buenas prácticas alimentarias e higiénicas para garantizar una apropiada nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

SUMMARY

Infectious diseases are the big gap in mortality in children concurring the cause of infection the germs found in the environment. The objective was to determine the prevalence of EDAS - IRAS in relation to food and hygiene practices of infant under 5 years old, attending outpatient at Children's Hospital "ALFONSO VILLAGOMEZ". Being a descriptive study design, no experimental cross-sectional; in which 75 children under 5 years participated; general characteristics of the infant and the mothers, food and hygiene practices were recorded; analyzed using JMP 5.1 program, with the following results: 54.7% boys and 45.3% girls, average age 20.09 months; and the mother's educational level 42.7% secondary educational level completed, housing risk index 60% medium risk and frequency of EDA-IRA 70.7% IRA and 29.3% EDA. Concluding that there was a statistically significant relationship with a $p < 0.05$ by relating the frequency of EDA-IRA with food and hygiene practices such as exclusive use of crockery, cleaning the dishes, frequency of consumption of dairy products; hand hygiene: before and after grooming the children, after using the bathroom and before eating. It is recommended to promote good food and hygiene practices to ensure proper nutrition, growth and development of children.

I. INTRODUCCIÓN

En la Región de las Américas, la reducción de la mortalidad en menores de 5 años es fundamental para la disminución de grandes brechas entre países, áreas y grupos humanos, con el objetivo de lograr una equidad en el acceso de estrategias para la prevención de enfermedades en la niñez debido al alto grado de mortalidad de las mismas.

Dentro de las enfermedades prevalentes de la infancia se encuentran las enfermedades diarreicas agudas, y las infecciones respiratorias agudas; siendo entre las primeras causas de mortalidad en niños menores de 5 años.

“Anualmente en el mundo se presentan más de un billón de casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) en niños menores de cinco años de los cuales más de cuatro millones son fatales, una parte de estos presenta mínimo un episodio de (EDA) antes de cumplir un año, y la mayoría que sobreviven quedan con grados de desnutrición y con otras enfermedades más graves.”¹

“El porcentaje de muertes por diarreas agudas se expresa en América del norte, 0.1% de muertes en niños menores de 5 años, en América latina y el Caribe 5.1% en menores de 5 años, Ecuador 6.7%.”²

En la mayoría de los países en desarrollo de América la neumonía que es la causa de entre 80-90% de las muertes por IRA, se encuentra entre las primeras 5 causas de mortalidad en menores de 5 años, y en algunos países llega a ser la 3 o 2 causa de mortalidad, solo por debajo de las afecciones originadas en el período perinatal y anomalías congénitas.

Las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas también constituyen una de las consultas más frecuentes en los servicios de consulta externa, urgencias y consultorios de médicos generales y pediatras.

La asociación entre las IRA y las EDA se observa con mucha frecuencia en las consultas de servicios de salud, y ambas enfermedades tienen una estrecha relación con la desnutrición, además de ser causa del agravamiento de la misma.

“En los umbrales del siglo XXI los niños de América aún mueren en proporciones alarmantes por causas prevenibles con medidas relativamente simples.” 3.

Medidas que abarcan una conducta alimentaria adecuada, prácticas higiénicas, controles médicos, adquisición y control adecuado de medicinas, etc.

Durante años, se ha relacionado a la alimentación adecuada con la salud. Con los avances científicos, se conocen cada día más propiedades de los alimentos que aportan una firme relación entre su consumo y la salud o prevención de enfermedades.

Hoy en día la alimentación es un factor importante que va de la mano con la salud, una alimentación segura es aquella que no causa daño, aplica prácticas apropiadas de producción, manipulación, higiene y conservación. Además que es adecuada y óptima para cada edad de la vida.

Teniendo en cuenta que la alimentación del niño es un proceso que comienza inmediatamente después del nacimiento y termina alrededor de los dos años, de manera especial, para luego compartir la mesa familiar. La lactancia materna tiene una posición prioritaria en los esfuerzos por mantener la salud y nutrición durante la infancia.

El acto de comer comprende múltiples factores: fisiológicos, psicológicos, emocionales, medioambientales, socioculturales.

Dentro de todo esto la implementación de hábitos higiénicos en la manipulación de alimentos, aseo del hogar, como la importancia de la higiene personal dentro de la familia; son factores primordiales para logra mantener una buena salud no solo del niño sino de la familia en general.

Todos y cada uno de estos elementos son de importancia a la hora de analizar los factores que intervienen en la prevalencia y el impacto de EDA-IRA en la población.

Con estas consideraciones, es importante realizar una vigilancia adecuada para determinar el impacto que tiene la alimentación y las conductas familiares, con respecto a la salud de cada uno de los individuos con mayor riesgo de afectación, en este caso los niños, que son uno de los grupos de mayor vulnerabilidad.

Por cada uno estos argumentos se plantea el presente trabajo de investigación titulado: “Determinación De La Prevalencia De Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) – Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en Relación con las Prácticas Alimentarias e Higiénicas de Niños-as Menores a 5 Años, que acuden a Consulta Externa en El Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez - Riobamba 2015”

Con el objetivo de demostrar que el nivel de conocimiento, la adecuación y riesgo de la vivienda, las prácticas alimentarias e higiénicas en casos de EDAS-IRAS, en niños menores de 5 años es deficiente; para lo cual se plantea el propósito de sensibilizar y proponer estrategias de intervención al personal de salud en la promoción y prevención de EDA-IRA dirigidas a las madres de familia como responsables del cuidado de sus hijos.

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

- Determinar la prevalencia de EDAS – IRAS en relación con las prácticas alimentarias e higiénicas de niños-as menores a 5 años de edad, que acuden a consulta externa en el hospital pediátrico” ALFONSO VILLAGÓMEZ” de Enero a Mayo de 2015.

B. ESPECÍFICOS

- Determinar las características generales de los niños-as menores de 5 años y de las madres de familia.
- Determinar la prevalencia de EDAS – IRAS de los niños-as menores de 5 años que acuden a consulta externa de Enero a Mayo de 2015.
- Evaluar las prácticas alimentarias e higiénicas que realizan las madres de familia, en relación a EDA-IRA.

III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

A. CONCEPTOS GENERALES:

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS:

Las enfermedades infecciosas son un estado patológico que surge en reacción del contagio con un microorganismo patógeno que atenta contra el sistema inmune del cuerpo, produciendo daños a la salud de las personas. 4

2. DIARREA:

Epidemiológicamente, se define como la eliminación de tres o más deposiciones de forma líquida o blanda dentro de un periodo de 24 horas. “Aclaración: La deposición frecuente de heces de consistencia sólida no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.” 5

3. INFECCIONES RESPIRATORIAS:

Las infecciones respiratorias son aquellas que afectan el tracto respiratorio, debido a la presencia de un agente patógeno. Son muy frecuentes y componen una importante causa de morbimortalidad en todas las edades. 6

B. TEORÍA

1. ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA (EDA)

Para que la enfermedad diarreica sea considerada aguda tiene que ser su aparición menor a 14 días. La causa más importantes y frecuente es la infección entero- colítica, teniendo manifestaciones de cuadros graves, síntomas moderados, y asintomática. 7

a. FISIOPATOLOGÍA

Los líquidos que pasan por el tracto digestivo en su mayoría son reabsorbidos y poco en pérdidas fecales. Existen 2 mecanismos básicos por las que se produce la diarrea: disminución de la absorción, aumento de la salida de líquidos a la luz intestinal.

En muchas de las diarreas infecciosas predomina la secreción sobre la absorción debido a daños estructurales de los enterocitos apicales de las vellosidades del intestino delgado, ocasionando la presencia de diarrea; también cuando el tiempo de exposición del contenido intestinal a la superficie encargada de la absorción disminuye o cuando el peristaltismo ha aumentado.

El aumento de secreción intestinal puede ser activado por infecciones bacterianas o virales; siendo la causa principal de las diarreas infecciosas las enterotoxinas bacterianas. 2

b. ETIOLOGÍA

Los factores infecciosos son el grupo más frecuente en el que se incluyen virus, bacterias y parásitos. Las bacterias enterales producen el 15% de diarreas agudas, y algunas en la intoxicación alimentaria, ocasionando brotes epidemiológicos por medio de alimentos contaminados y agua. 7

Hoy en día al emplear las técnicas microbiológicas adecuadas se puede identificar la causa de 60 a 80% de los casos de diarrea infecciosa.

Los agentes patógenos identificados más frecuentemente como causa de diarrea aguda, en niños de países en desarrollo son rotavirus, E. coli, enterotoxigénica, shigella sp, campylobacter jejuni, y en algunos países salmonella sp.

Se ha manifestado que mientras más bajos son los niveles de saneamiento e higiene personal de una población, mayor es la importancia relativa de las bacterias en la etiología de las diarreas en comparación con los virus. Además las bacterias tienen un mayor impacto en los meses de climas cálidos, en contraste con los rotavirus y otros virus generalmente que se manifiestan en estaciones más frías del año.

Dicho esto se ha observado que conforme mejora el desarrollo socioeconómico, la disponibilidad de agua potable, refrigeración doméstica, disposición de los desechos humanos y basuras, disminuye de forma importante la incidencia de diarreas bacterianas.

c. CAUSAS MICROBIANAS DE DIARREA AGUDA EN LACTANTES Y NIÑOS. 2

AGENTE	INCIDENCIA	COMENTARIOS
Virus		
Rotavirus	15-25% en niños de 6 a 24 meses, con mayor incidencia en las estaciones frías y secas.	Causa diarrea líquida, vómito y fiebre baja. Puede ser asintomática o producir deshidratación llegando a la muerte.
Bacterias		
Escherichia coli	Causa más de la cuarta parte de todas las diarreas en los países en desarrollo; se transmite básicamente por alimentos y agua contaminada.	Se reconocen 5 grupos de E. coli: - Enterotoxigénica - De Adherencia Localizada - De Adherencia Difusa - Enteroinvasiva - Enterohemorrágica
Shigella	10-15% en niños menores de 5 años, siendo la más común de diarrea con sangre. Su contagio se produce por contacto persona-persona o por agua y alimentos contaminados. Con mayor incidencia en estaciones cálidas.	Se divide en 4 serogrupos: - S. flexneri (> países en desarrollo) - S. sonnei (> países en desarrollo) - S. dysenteriae tipo 1 (epidemia de enfermedades graves con alta mortalidad) - S. boydii (< común) La shigella es particularmente grave en niños desnutridos y que no son amamantados. Produce fiebre, diarrea acuosa o disentería, cólicos, tenesmo.
Campylobacter jejuni	5-15% en lactantes. Se disemina por pollos y otros animales	La diarrea puede ser acuosa, fiebre baja, pero en un tercio de los casos después de 1 o 2 días aparecen heces disentéricas.
Vibrio cholerae 01 y 0139	Ocurre con frecuencia en estaciones calientes y húmedas, afecta a niños de 2 a 9 años de edad y muchos casos son graves. Su transmisión es por alimentos y agua contaminada y menos común por contacto persona-persona.	El cólera es causado por: - V. cholerae 01 y 0139 Aparecido en muchos países cepas de V. cholerae 01 resistentes a la tetraciclina.
Salmonella (no tifoidea)	1-5% en países más desarrollados, causando gastroenteritis, resultado de la ingesta de productos contaminados de origen animal.	Hay más de 2000 serotipos. Causa diarrea aguda acuosa, náuseas, dolor abdominal, fiebre. Los antibióticos pueden prolongar el estado de portador. Existen cepas resistentes a la ampicilina, cloranfenicol, cotrimoxazol.

d. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIARREA

1) CADENA DE TRANSMICIÓN EN LAS EDAS:

AGENTE INFECCIOSO.- todo microorganismo patógeno que tiene las siguientes propiedades:

PROPIEDAD	DESCRIPCIÓN
INFECTIVIDAD	Capacidad del agente patógeno a incorporarse al organismo de un ser vivo.
PATOGENICIDAD	Capacidad de ocasionar daño (Enfermedad infecciosa).
VIRULENCIA	Capacidad de causar daño severo e incluso la muerte del huésped.
INMUNOGENICIDAD	Capacidad de producir inmunidad específica por parte del agente infeccioso. En la diarrea la mayoría de los agentes causales es limitada esta propiedad motivo por el cual es frecuente contraer más de una vez la misma enfermedad.
RESERVORIO	Es el hábitat natural en donde vive el agente infeccioso, persona, animal u objeto; siendo alta la probabilidad de propagación.
PUERTA DE SALIDA	Es el caso de las diarreas, la puerta de salida es la digestiva, a través de las heces o vómitos.
MECANISMO DE TRANSMICIÓN	INDIRECTO: Es a través de los alimentos, agua u objetos contaminados con heces o vómitos, siendo el más frecuente. DIRECTO: A través de los mecanismos ano – mano – boca es decir por auto infección o darle la mano contaminada a un huésped susceptible, que luego podía llevarse la mano a la boca.
PUERTA DE ENTRADA	Al huésped por vía digestiva.
HUESPED	Un ser vivo infectado ante el cual desarrolla mecanismos de defensa, el organismo humano reconoce al agente por infección previo a la vacunación.
SUSCEPTIBILIDAD	Es la resistencia o susceptibilidad ante determinados agentes infecciosos. Por ejemplo; niños pequeños o desnutridos, poseen mayor susceptibilidad por inmadurez de su aparato inmunológico.
PORTADORES	Personas infectadas que no presentan signos de enfermedad.

e. EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

Existen complicaciones importantes en la enfermedad diarreica aguda:

Deshidratación aguda: se presenta en un 25% a nivel clínico, es una de las complicaciones más frecuentes y puede ser de mayor o menor intensidad.

Intolerancia secundaria a la lactosa: debido a alteraciones de la mucosa intestinal, puede ocurrir un cambio anatomofuncional de los enterocitos afectando la actividad lactásica.

Malnutrición: existe una atrofia de las vellosidades intestinales en niños malnutridos, complicando el cuadro de manera grave al repetirse la diarrea, provocando un círculo vicioso de la llamada “diarrea rebelde o intratable.” 7

f. MEDIDAS DE COMO ACTUAR DURANTE LA PRESENCIA DE DIARREA AGUDA.

EDAD	TIPO DE ALIMENTACIÓN
< 6 meses	Leche materna o sucedáneo sin diluir
>6 meses	Leche materna o fórmula láctea + alimentación complementaria
Si hay intolerancia ofrecer fórmula láctea sin lactosa	

- Continuar alimentando a la niña o niño, o aumentar la lactancia antes y después de la alimentación.
- Saber reconocer cuando su niño esta deshidratado y llevarlo al centro de salud para reposición de electrolitos.
- Prevenir la deshidratación, administrando a la primera señal de diarrea, mayor cantidad de líquidos o SRO.
- Bajo la supervisión del médico: Administrar 20 mg diarios de zinc durante 10-14 días, (10 mg si son menores de 6 meses). 8

2. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS)

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la causa principal de morbimortalidad en el mundo, a nivel pediátrico son la causa más frecuente de consultas médicas de manera más habitual en meses de invierno. Las IRA son complicaciones que afectan al tracto respiratorio con evolución menor a 15 días. Esta patología afecta tanto el tracto superior como inferior en forma concomitante o secuencial. Su principal complicación es la neumonía, siendo entre las primeras causas de mortalidad en el mundo. En un 40-60% se presentan en consulta pediátrica, llegando a la hospitalización de los pacientes.

Dentro del grupo de IRA altas tenemos: resfriado común, faringoamigdalitis, otitis media aguda, sinusitis, faringitis, adenoiditis, laringitis obstructiva y epiglotitis. 9

FACTORES PREDISPONENTES	
AMBIENTALES	<ul style="list-style-type: none">-Dentro Y Fuera Del Hogar- Tabaquismo Pasivo- Deficiente Ventilación De La Vivienda- Cambios Bruscos De Temperatura- Asistencia A Lugares De Concentración Pública- Contacto Con Personas Enfermas IRA
INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none">- Edad: Niños Menores De 1 Año- Bajo Peso Al Nacer- Ausencia De Lactancia Materna- Desnutrición- Infecciones Previas- Esquema Incompleto De Vacunación- Carencia De Vitaminas (Especial Vitam. A)
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none">-Hacinamiento- Piso De Tierra En La Vivienda- Madres Con Escasa Escolaridad.

a. ETIOLOGÍA

IRA BACTERIANA	IRA VIRAL
Se presenta con menor frecuencia	Se presenta en un 80-90% de casos con mayor frecuencia.

<p>Se relaciona con cuadros específicos de IRA alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otitis media aguda - Sinusitis - Adenoiditis - Faringoamigdalitis 	<p>Los grupos causales más importantes corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rinovirus - Coronavirus - Adenovirus - Influenza - Parainfluenza - Virus sincicial respiratorio (VRS) - Algunos enterovirus (ECHO y coxsackie) <p>Pueden producir reinfección por exposición debido a numerosos serotipos.</p>
---	---

b. PATOGENIA

La forma de contagio es por vía aérea (gotas de pflugger) o por vía directa (objetos contaminados con secreciones). El periodo de incubación de la IRA es corto (1-3 días), debido a que el órgano blanco de la infección es la mucosa respiratoria que sirvió como puerta de entrada. Sus agentes patógenos se propagan por vecindad en la vía respiratoria hacia las regiones contiguas, sin necesidad de pasar a través de la sangre. 10

PERÍODO DE INCUBACIÓN	
AGENTE INFECCIOSO	TIEMPO
Influenza	Usualmente de 2 días pero puede variar de 1 a 5 días aproximadamente.
Parainfluenza	De 2 a 6 días.
Virus Sincicial Respiratorio	De 3 a 6 días, pero puede variar en 2 o 8 días
Coronavirus	14 días.
Adenovirus	De 2 a 14 días
Rinovirus	De 1 a 4 días
Metapneumovirus	De 4 a 6 días
Bocavirus	De 5 a 14 días
Streptococcus Pneumoniae	De 1 a 3 días
Haemophilus Influenzae	De 2 a 4 días

c. FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

- Niños menores de 2 meses
- Menor de un año con antecedentes de bajo peso al nacer

- Desnutrición moderada o grave.
- Presencia de alguna inmunodeficiencia
- Dificultad para el traslado al médico si se agrava el niño
- Muerte de un menor de 5 años en la familia
- Madre analfabeta o menor de 17 años

d. PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE IRA. 11

1) Promover lactancia materna durante los primeros 6 meses y complementaria, después de esta edad.	2) Cumplir con el “Esquema Nacional de Vacunación” de acuerdo a la edad.
3) Vigilar y corregir el estado nutricional.	4) Fomentar la atención médica del niño sano.
5) Tomar abundantes líquidos.	6) Ventilar las habitaciones.
7) No fumar cerca de los niños.	8) Evitar el hacinamiento.
9) No quemar leña o usar braseros en habitaciones cerradas.	10) En época de frío, mantenerse abrigados.
11) Evitar cambios bruscos de temperatura.	12) Comer frutas y verduras que contengan vitaminas "A" y "C".

3. IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN DEL INFANTE MENOR DE 5 AÑOS. 12

a. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La leche materna es considerada un componente de perfecta coordinación, equilibrada y apta para otorgar múltiples funciones, para el correcto desarrollo de los sistemas y aparatos del cuerpo. Sus beneficios son diversos comenzando que se adapta a las necesidades y etapas de desarrollo de los bebés, aportando una perfecta nutrición según avanza la edad. Su composición es óptima, favoreciendo el proceso de mielinización progresiva de los primeros años de vida. También optimiza la maduración del sistema inmune: siendo un factor protector de alergias cutáneas, digestivas y respiratorias. Otorga protección específica contra infecciones, previniéndolas e influyendo de manera positiva en su evolución. Optimiza la succión-deglución.

El uso correcto del sistema estomatognático (boca, faringe, laringe), según el diseño fisiológico, genera estructuras más sanas y amplias, a diferencia del uso extendido del biberón y el chupón, que inhiben el modelo funcional neuromuscular normal.

La lactancia materna protege de múltiples enfermedades: enterocolitis necrosante, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes insulino dependiente en el niño y tipo 2 en la madre.

El evento de amamantar produce un estrecho vínculo entre madre- hijo, afianzando el apego.

1) VALORACIÓN DE LA LACTANCIA

Denominación que la Organización Mundial de la Salud (OMS) usa:

Lactancia materna exclusiva (LME)	Él bebe solo se alimentan e hidrata a través de la leche de la madre durante los 6 primeros meses de vida; no recibe ningún alimento o líquido aparte.
Lactancia predominante	Él bebe recibe leche materna como alimento principal y líquidos no nutritivos: sueros glucosados, agua y bebidas culturalmente aceptadas. (Esta práctica aumenta riesgo de contaminación).
Lactancia parcial	Él bebe recibe leche materna conjuntamente con otras leches o alimentos. Esta categoría incluye al bebe que ya recibe alimentación complementaria.
Destete	Es el proceso por medio del cual ya predominan otros líquidos y alimentos que la leche materna. Debe ser gradual y progresivo; tomando en cuenta los deseos de madre e hijo. Al producirse un destete indeseado por interurrencias, se puede reiniciar la lactancia

b. INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

Es importante iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, ya que el desarrollo psicomotor, digestivo, renal, inmunológico, entre otros, han madurado como para que se inicie el aprendizaje de incorporación de alimentos diferentes; a esta edad pueden procesarlos de forma adecuada.

La introducción de los alimentos debe ser progresiva y apropiada según las necesidades, sin discontinuarse la lactancia con tanta frecuencia como antes. El valor calórico de una sesión de lactancia no se reemplaza por las primeras raciones de comida, ya que, como su nombre lo indica, es alimentación complementaria a la lactancia.

El aprendizaje de la alimentación complementaria es una etapa trascendente, ya que inicia un vínculo con la comida que acompañara toda la vida. Por esto debe cuidarse el entorno, siendo libre de distracciones, sin televisión ni aparatos, con disponibilidad del tiempo suficiente para que el niño experimente con todos sus sentidos que puede tocar y ensuciarse, ver, oler, saborear y oír.

Este proceso requiere de la dedicación y paciencia por parte de los padres, ya que los alimentos tienen que ser preparados de forma especial, que sea de fácil masticación y digestión para él bebe y se advierte que un alimento nuevo puede requerir ofrecérselo hasta 15 veces para su aceptación. Depende de cuan efectiva sea esta práctica en esta etapa, para que a futuro estén arraigados buenos hábitos de alimentación.

c. ALIMENTACIÓN DEL PREESCOLAR

En esta etapa los niños/as manipulan utensilios, tazas y vasos de forma eficiente y se sientan a la mesa para comer. Su interés por la comida y su ingesta son muy variables, y pueden tener periodos de falta de interés. De todas maneras se debe promover la comensalidad, estimular a compartir la mesa (aun si no desea comer). Lo recomendable en esta edad es lograr su permanencia en la mesa, y se considera de 15 a 20 min como un periodo razonable.

En la etapa preescolar, comienza el aprendizaje entendiendo: cuándo y cómo se come, que diferentes tipos de comidas le ofrecen, y que existen situaciones especiales donde se consumen alimentos de manera diferente.

Durante la etapa preescolar, los niños van progresando desde alimentación por demanda hacia un patrón de alimentación familiar, con 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda, cena) y alguna colación controlada.

Los niños sanos que consumen una dieta completa, balanceada, variada, no deben recibir suplementos vitamínicos, ni minerales de forma rutinaria.

IV. METODOLOGÍA

A. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Es un estudio descriptivo, no experimental de tipo transversal: se mide toda la variable una sola vez y al mismo tiempo.

B. SUJETOS

1. POBLACIÓN FUENTE: Este estudio se realizará en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba, durante enero a mayo del 2015.
2. POBLACIÓN ELEGIBLE: participaran niños-as menores de 5 años de edad con presencia de EDA-IRA, que acudan a consulta externa.
3. POBLACIÓN TANGIBLE: se tomará una muestra de 75 niños y niñas.

C. VARIABLES

1. IDENTIFICACIÓN

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| a. CONCOMITANTE SECUNDARIA | b. CONCOMITANTE PRINCIPAL |
| Prácticas alimentarias | EDA - IRA |
| Prácticas higiénicas | |
- c. CONCOMITANTES DE CONTROL
- Edad
 - Sexo
 - Nivel de instrucción de la madre
 - Índice de riesgo de la vivienda

2. DEFINICIÓN

a. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

“La práctica alimentaria corresponde al término genérico que reúne el conjunto de las prácticas sociales relativas a la alimentación del ser humano. Influenciadas por la cultura, la religión o las tendencias, las prácticas alimentarias evolucionan con el tiempo.” 13

b. PRÁCTICAS HIGIÉNICAS

Parte de la medicina que trata de las normas de conservación de la salud, estudiando las relaciones del ser humano con el medio ambiente a fin de mejorar las condiciones sanitarias. 15

c. EDAD

“Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.” 15

d. SEXO

“Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres.” 16

e. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE 17

El nivel de instrucción materno, es el grado de educación cursada, y tiene importancia ya que es uno de los factores de riesgo para los hijos en cuanto a la probabilidad de sufrir daños (muerte, enfermedad y/o secuela) mientras más bajo sea el nivel de educación.

Se Categoriza el Nivel de Instrucción Materno en 4 grupos:

- Analfabeta
- Primaria Incompleta y Completa
- Secundaria Incompleta y Completa
- Terciaria o Universitaria Incompleta y Completa.

f. ÍNDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA

El índice de riesgo de la vivienda son las condiciones en las que se encuentra la vivienda.

Siendo los más afectados las poblaciones de bajos recurso, entre ellos las mujer por la exposición directa a los peligros del ambiente hogareño y por ende niños/as pequeños.

Los indicadores de evaluación de la vivienda son alto, medio, y bajo riesgo.

La vivienda debe proteger al ser humano contra los riesgos del entorno físico y social para la salud, siendo sus principios los siguientes: 18

Protección contra las enfermedades transmisibles mediante:
· abastecimiento de agua potable
· evacuación higiénica de las excretas
· evacuación de los residuos sólidos
· drenajes de las aguas superficiales

· higiene personal y doméstica
· preparación higiénica de los alimentos
· salvaguardas estructurales
Protección contra lesiones, intoxicaciones y enfermedades crónicas, prestando atención a:
· características estructurales y mobiliario
· contaminación del aire interior
· uso del hogar como lugar de trabajo
Reducción del estrés psicológico y social mediante:
· espacio vital suficiente, intimidad y comodidad
· seguridad personal y familiar
· acceso a zonas de recreo y entrenamiento comunitario
· protección contra el ruido
Acceso a un entorno vital favorable mediante la provisión de:
· servicios de seguridad y urgencia
· servicios sociales y de atención sanitaria
· acceso a la cultura y actividades recreativas
Protección de poblaciones que corren riesgos especiales:
· mujeres y niños
· poblaciones desplazadas y móviles
ancianos, enfermos y personas con discapacidad

3. OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
CARACTERÍSTICAS GENERALES		
Sexo	Nominal	Niño Niña
Edad	Continuo Ordinal	Meses 0-6 meses 6-24 meses 24-60 meses
Nivel de instrucción de la madre	Ordinal	-Analfabeta -Primaria completa -Secundaria Completa -Universitaria Completa.
Índice de riesgo de la vivienda	Ordinal	-Bajo riesgo -Mediano riesgo -Alto riesgo
Frecuencia de EDA-IRA	Nominal	EDA IRA
PRÁCTICAS ALIMENTARIAS		
Lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses.	Nominal Continua	Si No -Meses -No inicia

Edad de Inicio de la alimentación complementaria.	Nominal	Si No
Uso de biberón	Nominal	Si No
Uso exclusivo de vajilla para el niño/a	Nominal	Si No
Consumo de alimentos preparados en la calle.		Aun es lactante
Frecuencia por grupos de alimentos:	Continuo	-Nunca o casi nunca -1 vez a la semana -Varias veces a la semana
Productos Lácteos		-Diario
Cereales	Continuo	Nunca o casi nunca -1 vez a la semana -Varias veces a la semana -Diario
Carnes y Pescados	Continuo	Nunca o casi nunca -1 vez a la semana -Varias veces a la semana -Diario
		Nunca o casi nunca -1 vez a la semana

Verduras y Hortalizas	Continuo	-Varias veces a la semana -Diario
Frutas	Continuo	Nunca o casi nunca -1 vez a la semana -Varias veces a la semana -Diario
Azúcares y Grasas	Continuo	Nunca o casi nunca -1 vez a la semana -Varias veces a la semana -Diario
PRÁCTICAS HIGIÉNICAS		
Higiene adecuada de las manos antes de la preparación de alimentos	Nominal	Si No
Lavado de frutas y vegetales antes de su consumo	Nominal	Si No
Lavado y desinfección adecuada del biberón	Nominal	Si No No usa
Aseo adecuado de la vajilla de su niño/a	Nominal	Si No No usa
Recalentamiento de alimentos		

Aseo de la madre antes y después de asear (cambiar el pañal) al niño/a.	Nominal	Si No
Aseo del niño/a luego de utilizar el baño	Nominal	Si No No usa pañal
Aseo de la madre luego de utilizar el baño	Nominal	Si No Aun usa pañal
Aseo del niño/a antes de comer	Nominal	Si No
	Nominal	Si No No inicia A.C.

D. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

1. Acercamiento: para realizar el acercamiento se enviara un oficio a la Directora del hospital Economista Mary Pesantes León solicitando se permita la aplicación de una encuesta en las madres de los niños/as que acuden a consulta médica de esta institución.
2. Recolección de datos: la recolección de datos se realizará por medio de una encuesta aplicada a las madres de los niños/as que acuden a consulta médica.
3. Técnicas para el procesamiento de la información: para el procesamiento de los resultados de la entrevista se utilizara una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013; JMP versión 5.1 La información se expresará en porcentajes y gráficos.

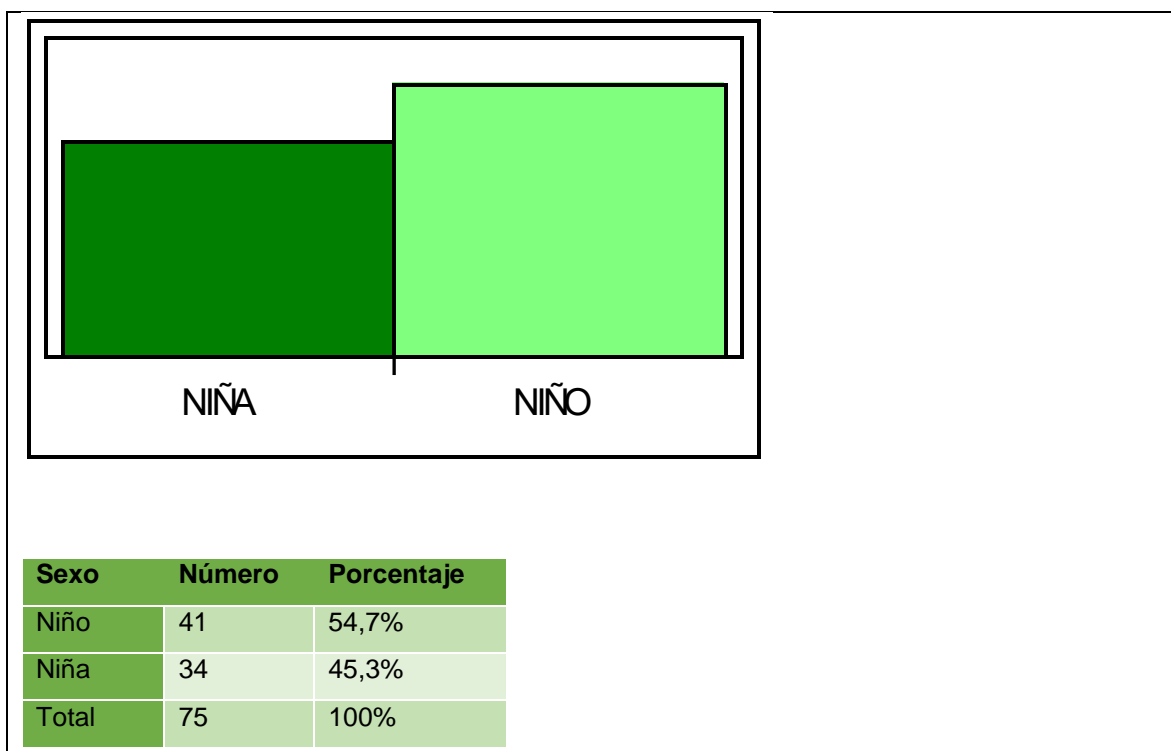
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. ANÁLISIS UNIVARIADO

1. CONCOMITANTES DE CONTROL

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN SEXO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

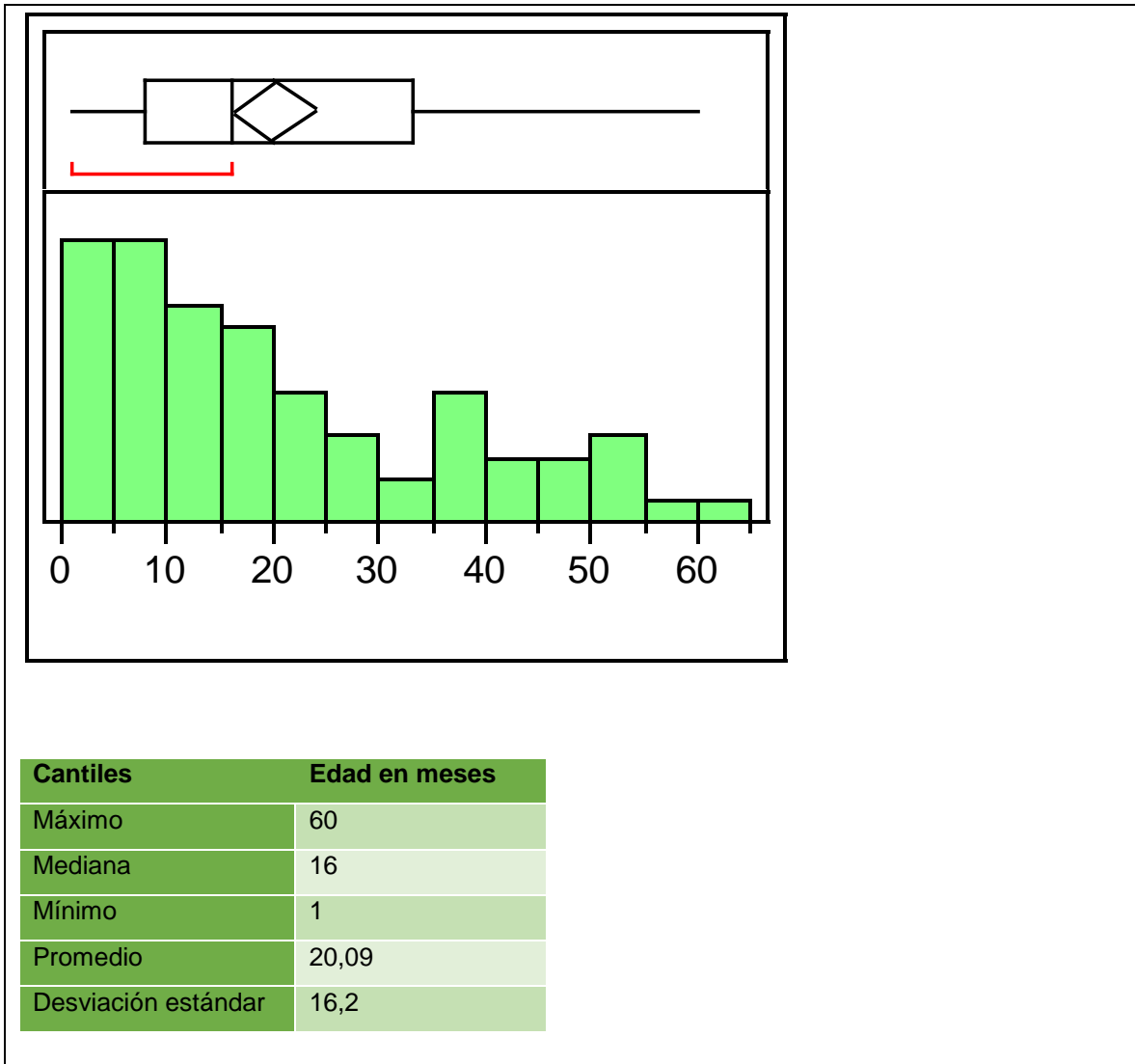


ANÁLISIS

En el presente estudio de acuerdo al indicador sexo en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes corresponde el 54,7% niños y el 45,3% niñas.

GRÁFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

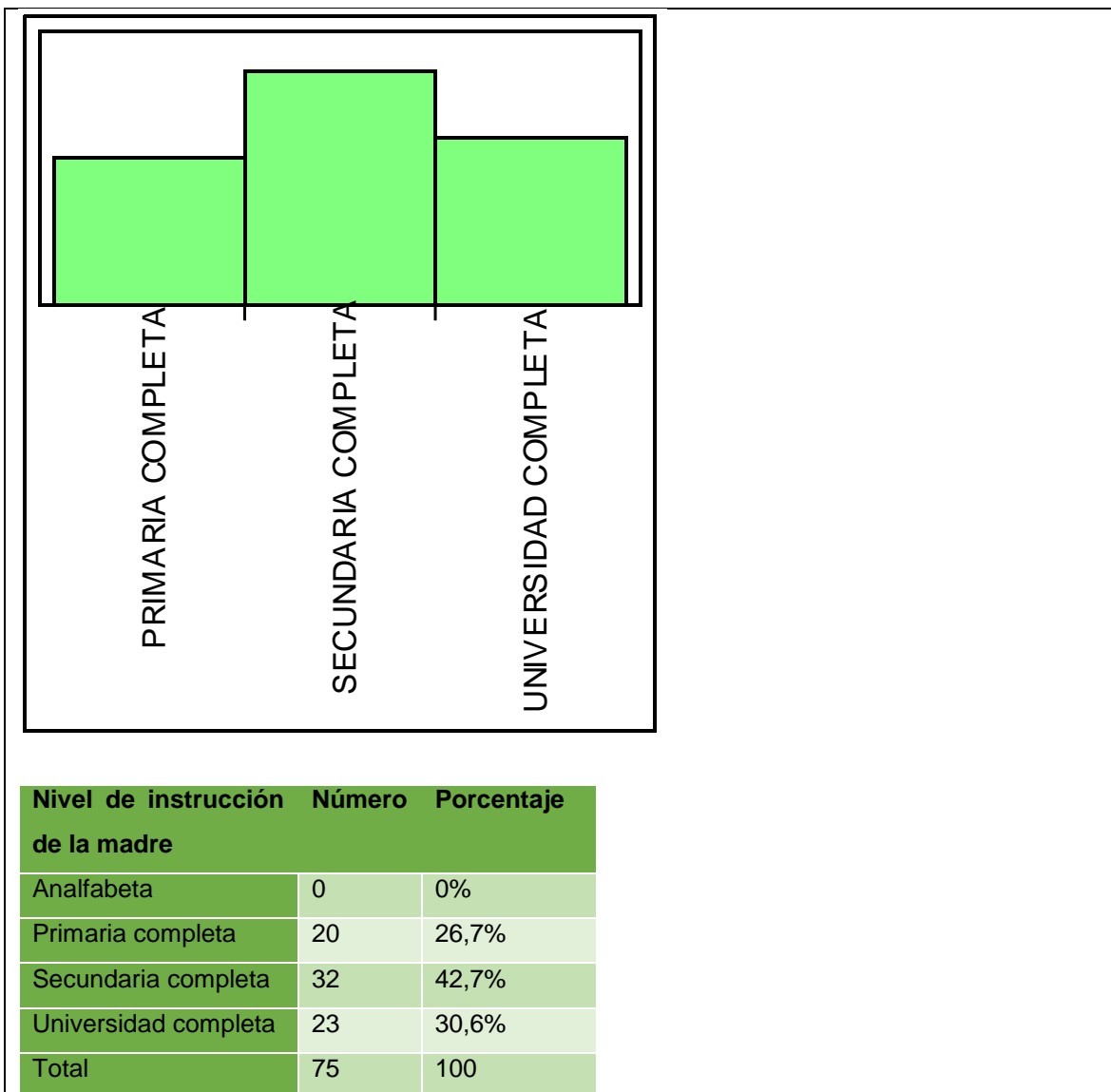


ANÁLISIS

En el presente estudio de acuerdo al indicador edad en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, se describe como máximo 60 meses, una mediana 16 meses, mínimo de 1mes, promedio 20,09, siendo mayor a la mediana con una asimetría de tipo positiva, una concentración de la población entre 0 a 15 meses de edad y desviación estándar 16,2.

GRÁFICO Nº 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



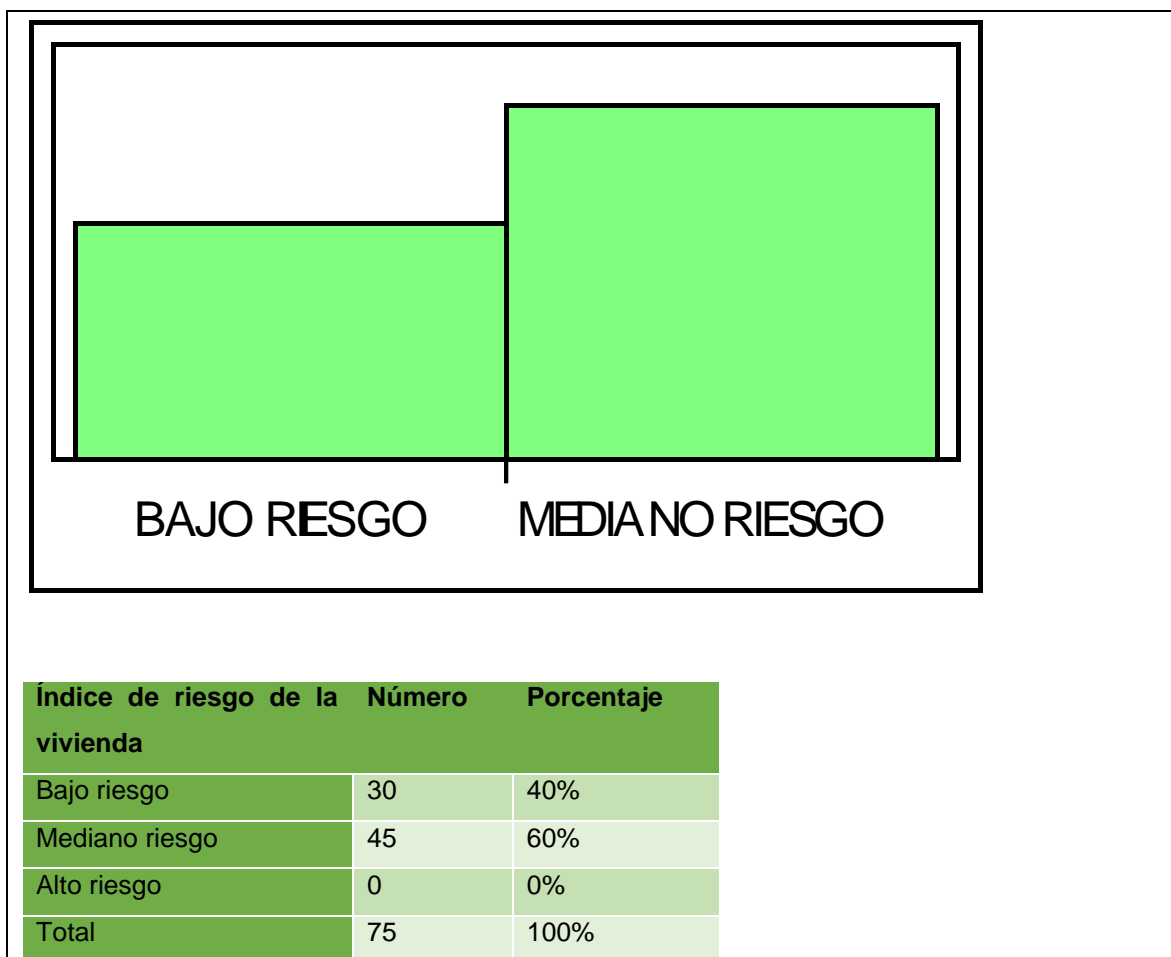
ANÁLISIS

Muchas personas no tienen acceso, o carecen de los conocimientos para una adecuada alimentación debido a un bajo nivel de educación, razón por la cual es de suma importancia analizar en el presente estudio de acuerdo al indicador nivel de instrucción de la madre en el grupo poblacional de pacientes

pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 madres de cada paciente corresponde el 26,7% primaria completa; el 42,7% secundaria completa y 30,6% universidad completa.

GRÁFICO N° 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN EL ÍNDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



ANÁLISIS

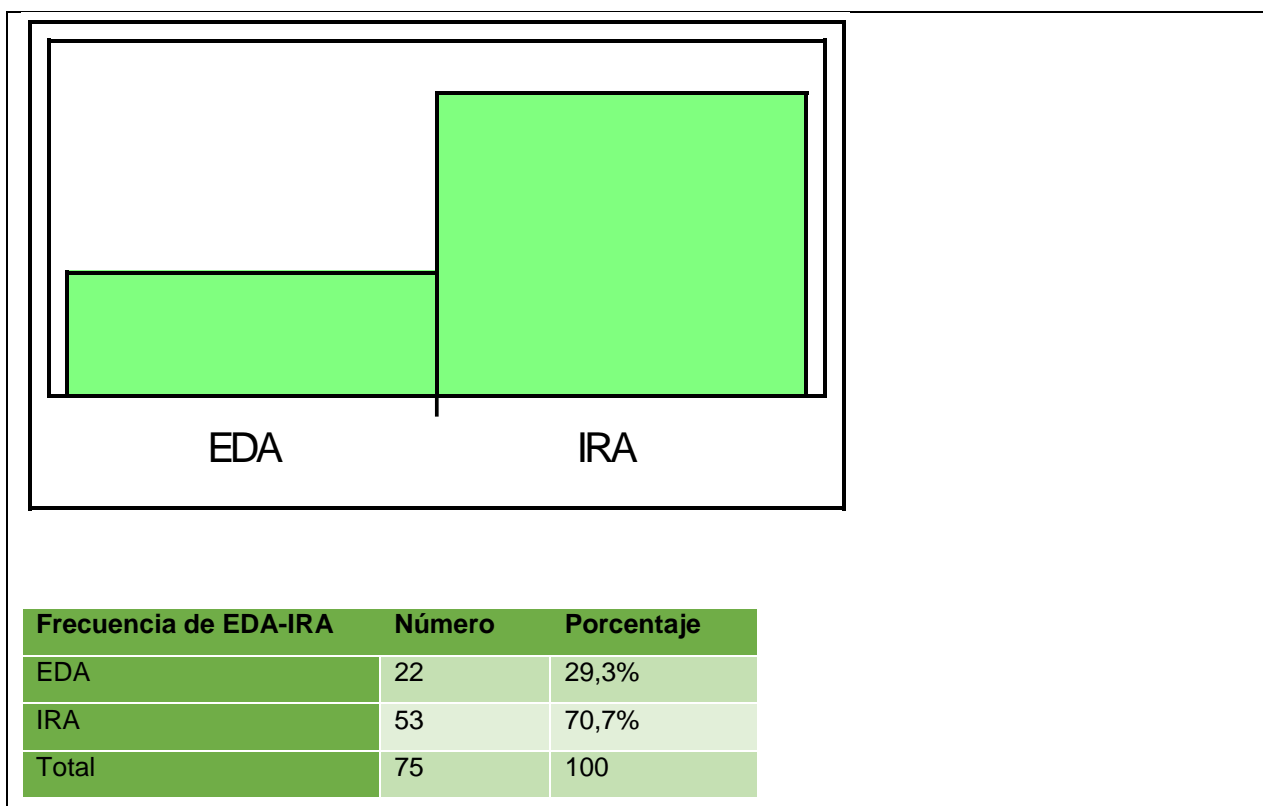
La vivienda y la salud no pueden tratarse como si fueran entidades independientes; requiere de puntos de vista multidisciplinarios que tengan en cuenta no sólo el daño físico esperado-enfermedad, sino los factores fundamentales para lograr una actitud preventiva ante las amenazas para la salud derivadas de las malas condiciones de la vivienda; motivo por el cual se analiza en el presente estudio de acuerdo al indicador índice de riesgo de la vivienda en el grupo poblacional de pacientes

pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes corresponde el 40% bajo riesgo; el 60% mediano riesgo y 0% alto riesgo.

2. CONCOMITANTE PRINCIPAL

GRAFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN FRECUENCIA DE EDA-IRA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



ANÁLISIS

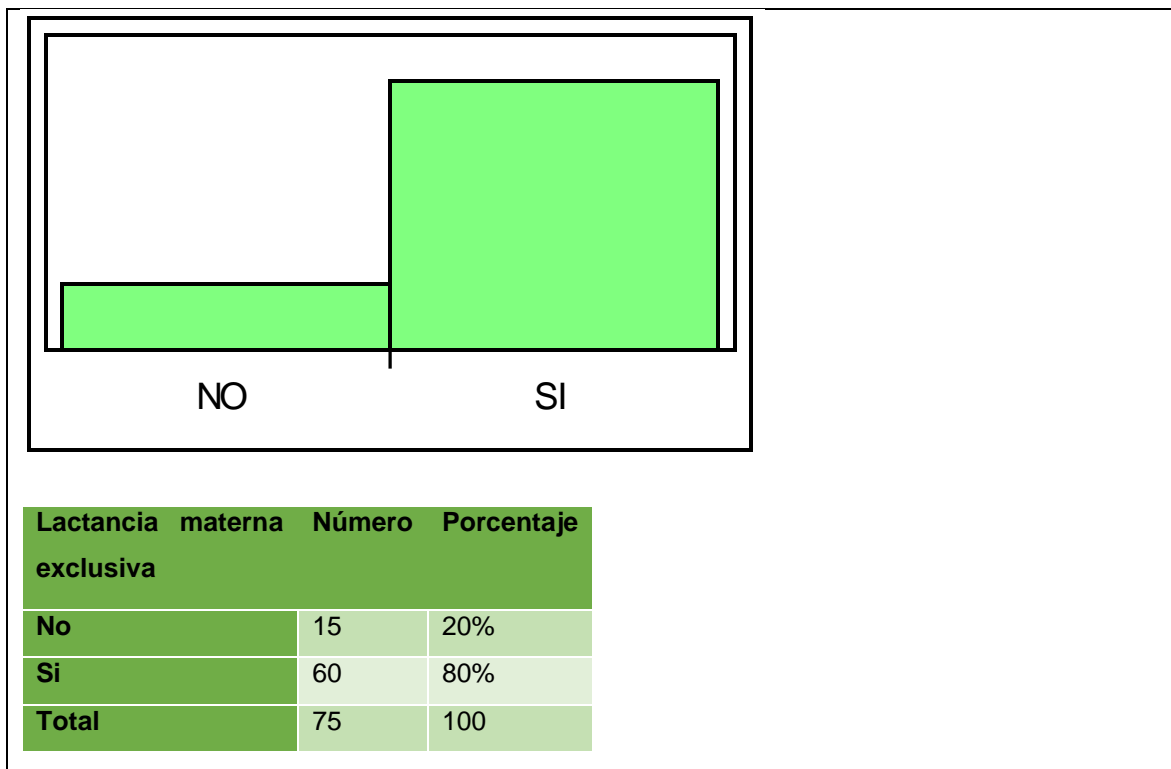
En el presente estudio de acuerdo al indicador frecuencia de EDA-IRA en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes corresponde el 29,3% enfermedad diarreica aguda (EDA) y el 70,7% infecciones respiratorias agudas (IRA).

3. CONCOMITANTES SECUNDARIAS

a. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

GRÁFICO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS (LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

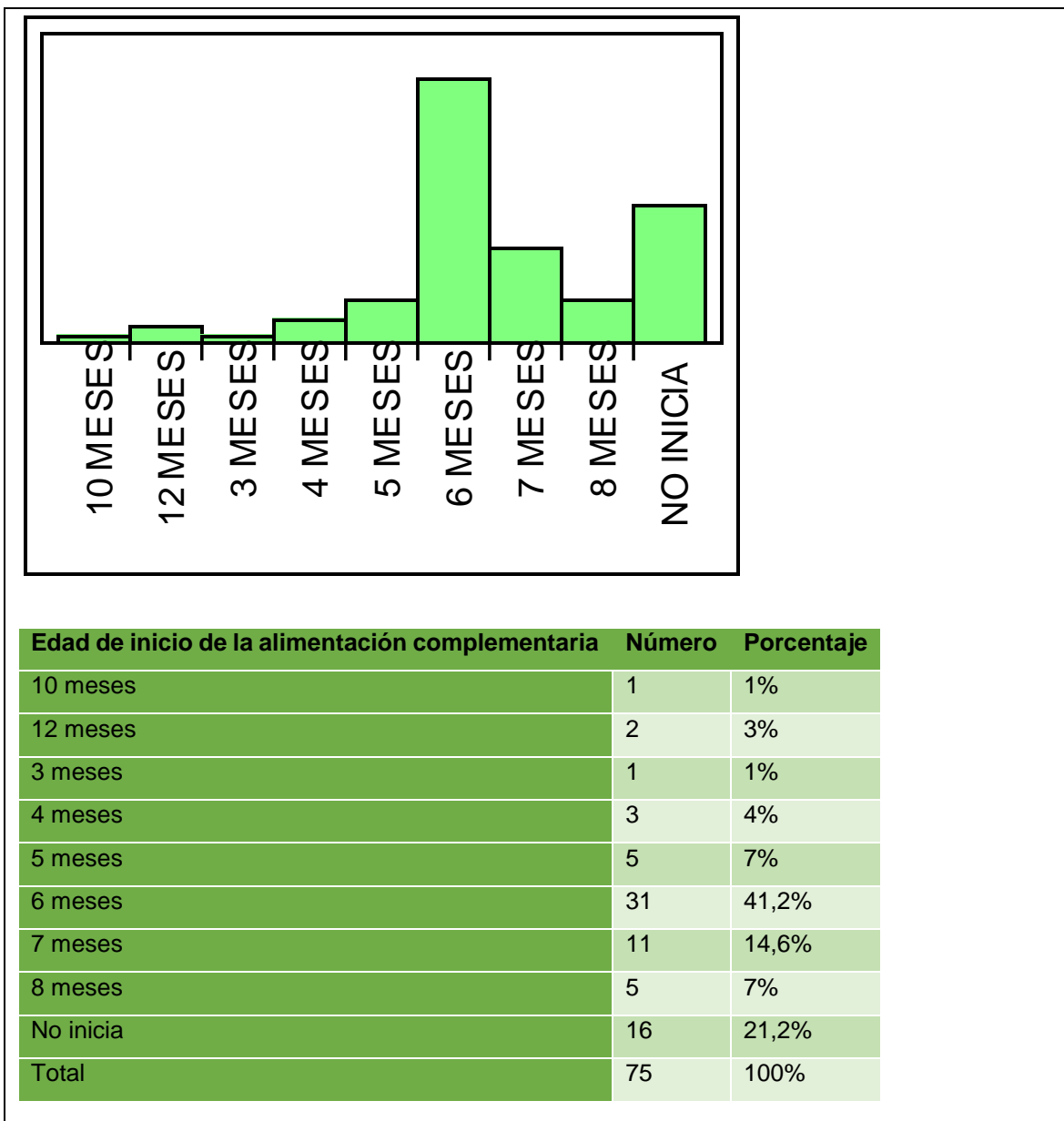


ANÁLISIS

La lactancia materna es la forma más adecuada y natural de proporcionar aporte nutricional, inmunológico y emocional al bebé, ya que le aporta todos los nutrientes y anticuerpos que lo mantendrán sano; motivo por el cual se analiza el presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Alimentarias (Recibe Lactancia Materna Exclusiva) en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 80% si recibe lactancia materna exclusiva.

GRÁFICO Nº 7

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS (EDAD DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



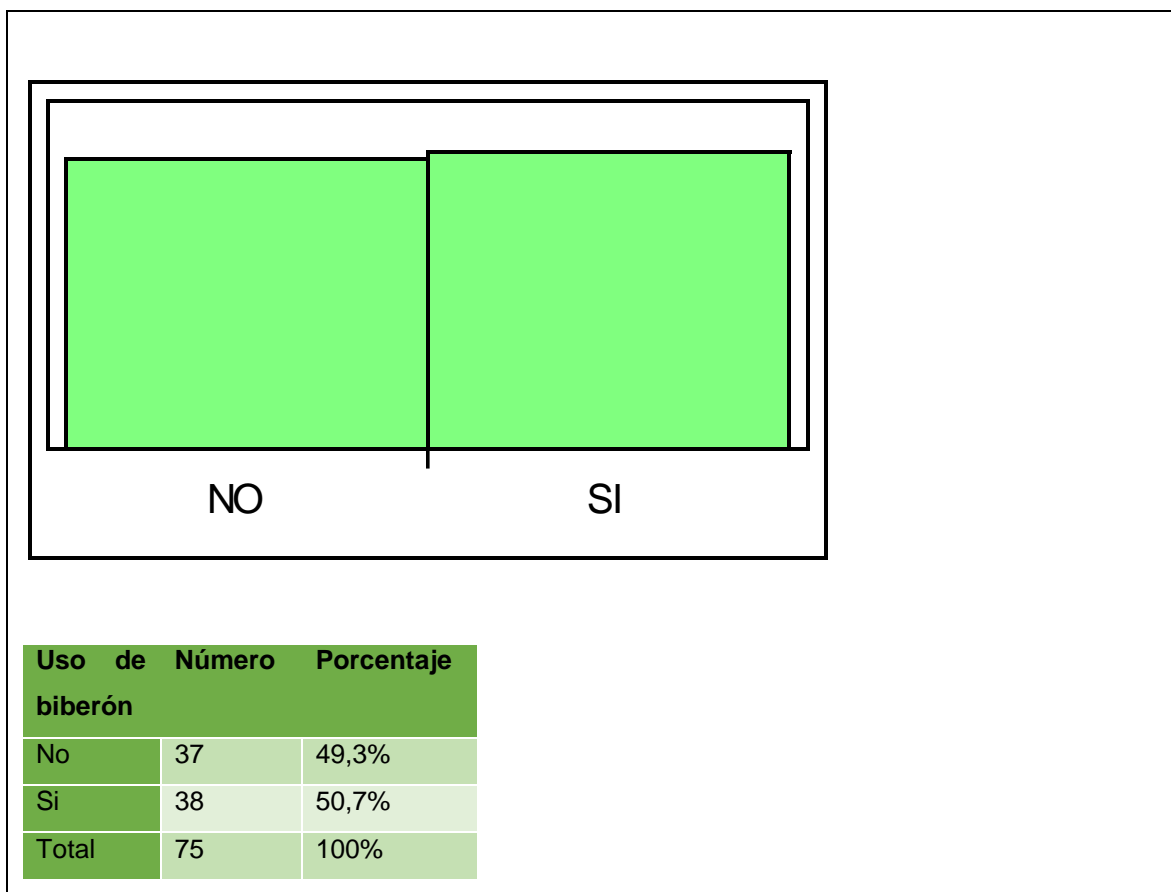
ANÁLISIS

La importancia de la edad ideal de inicio de la alimentación complementaria cumple un fuerte papel dentro del crecimiento, desarrollo y aporte de energía necesaria para él bebe, si esta se inicia a una

edad muy temprana puede provocar el remplazo de la lactancia materna, una dieta baja en nutrientes, incrementar el riesgo de enfermedades; de igual forma si se inicia la alimentación demasiado tarde se puede afectar al crecimiento y desarrollo, provocar deficiencias nutricionales y desnutrición, entre otros. Por tal razón se recomienda iniciar con la alimentación complementaria a partir de los 6 meses cumplidos, ya que el organismo del bebe se encuentra apto para ir asimilando ciertos alimentos, mientras va creciendo. Motivo por el que se analiza en el presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Alimentarias (Edad De Inicio De Alimentación Complementaria) en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 41.2% inició a la edad correcta la alimentación complementaria.

GRÁFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS (USO DE BIBERÓN) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

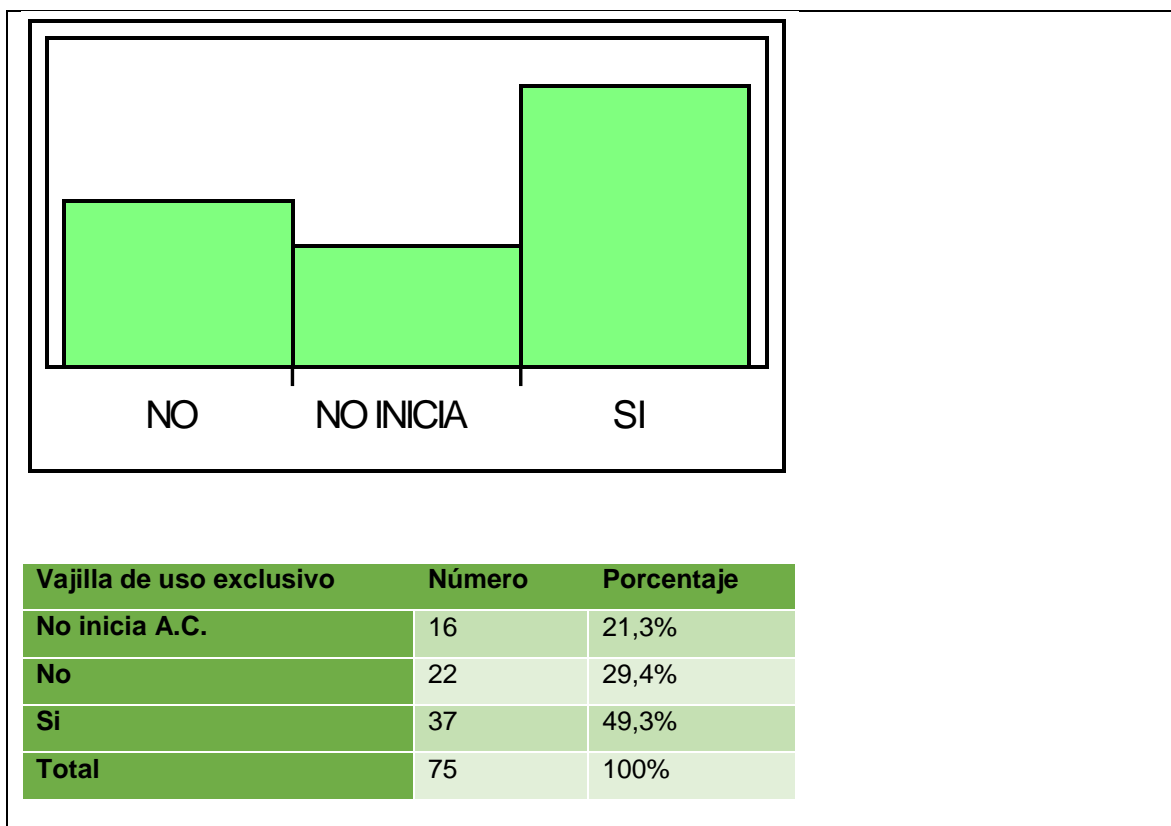


ANÁLISIS

El uso extendido del biberón tiende a provocar problemas, ya sea en el desarrollo del lenguaje o afectar los músculos orales, se recomienda limitar el uso del biberón (máximo hasta los 12-18 meses de edad); además que se necesita mantener un cuidado estricto en la limpieza y desinfección del mismo por ser foco de contaminación si no se mantiene una adecuada higiene, debido a estos motivos en el presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Alimentarias (Uso De Biberón) en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 50,7% si usa biberón.

GRÁFICO Nº 9

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS (USO EXCLUSIVO DE VAJILLA PARA SU NIÑO/A) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

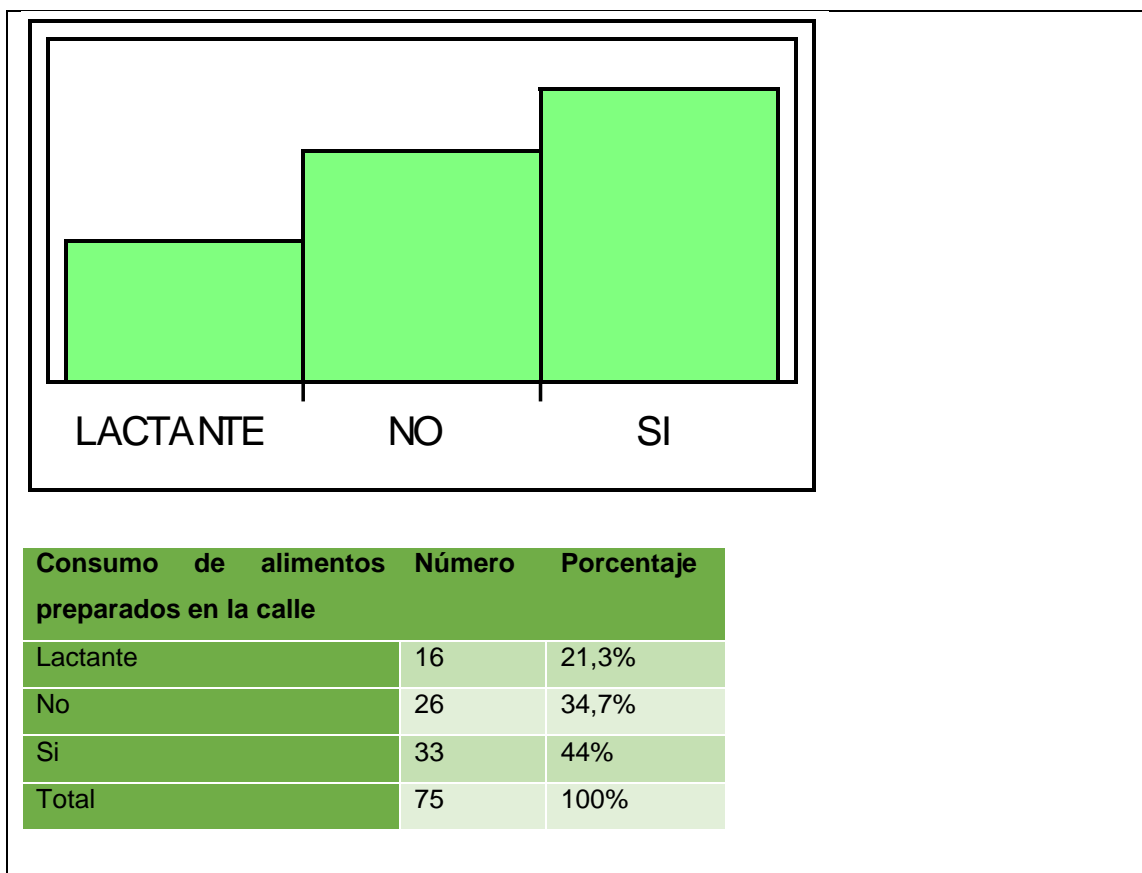


ANÁLISIS

Es importante el uso de una vajilla exclusiva en los primeros años de edad con el objetivo de que se vaya familiarizando a la hora de comer el niño/a, y que sea de forma exclusiva ya que aún no tienen la misma capacidad de defensas para combatir con algunos microorganismos, por lo cual se debe ser muy estricto en la higiene del mismo. En el presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Alimentarias (Uso Exclusivo De Vajilla Para Su Niño/A) en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 49,3% si tiene vajilla de uso exclusivo.

GRÁFICO Nº 10

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS (CONSUMO DE ALIMENTOS PREPARADOS EN LA CALLE) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



ANÁLISIS

La calidad nutricional y la inocuidad de los alimentos son factores importantes que repercuten en la salud y la calidad de vida de las personas; un alimento contaminado es aquél que contiene gérmenes capaces de provocar enfermedades a las personas que lo consumen y se encuentra en su mayoría en productos elaborados en la calle debido a la falta de higiene en la elaboración de los mismos, ya sea por escasos conocimientos de las personas que lo elaboran o por falta de equipamiento de material de producción. Debido a esta contaminación se produce la llamada enfermedades de transmisión alimentaria (ETA). Motivo por el cual se analiza en el presente estudio de acuerdo al indicador Practicas Alimentarias (Consumo De Alimentos Preparados En La Calle) en el grupo

poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 44% si consume alimentos preparados en la calle.

CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS (FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA DE CONSUMO							
	1 vez a la semana		Diario		Nunca o casi nunca		Varias veces a la semana	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Productos lácteos	7	9,3	20	26,7	28	37,3	20	26,7
Cereales	3	4	33	44	16	21,3	23	30,7
Carnes y pescados	7	9,4	24	32	19	25,3	25	33,3
Verduras y hortalizas	7	9,3	35	46,7	18	24	15	20
Frutas	1	1,3	43	57,4	18	24	13	17,3
Azúcares y grasas	11	14,6	26	34,7	26	34,7	12	16

ANÁLISIS

Es importante el consumo de productos lácteos no solo leche sino de forma variada ya que el queso y yogurt son más fáciles de digerir. Este grupo de alimentos aportan entre un 50-70% de calcio, además de un aporte proteico y de algunos minerales (fosforo, magnesio), se recomienda 3 porciones de lácteos al día, teniendo en cuenta que se inicia a partir del 1^a 6 meses a 2 años de edad ya que antes puede provocar futuras alergias en el niño/a.

En cuanto al consumo de cereales radica principalmente en el aporte energético, fibra, vitamina d y hierro en las cantidades que el cuerpo las necesita. Se recomienda de 6-11 porciones diarias, evitando el trigo antes de los 9 a 12 meses de edad por posibles intolerancias o alergias alimentarias.

El consumo de productos cárnicos es importante por el aporte de proteína de alto valor biológico y hierro; el consumo de pescados es fundamental por el aporte esencial de omegas 3y 6, excelentes para el desarrollo y crecimiento del niño/a. Se recomienda el consumo de 2-3 porciones diarias.

Los vegetales y frutas son el grupo que mayormente aporta una gran cantidad de vitaminas y minerales de forma variada, antioxidantes, además de fibra, y un alto contenido de agua; facilitando la eliminación de toxinas de nuestro cuerpo. Se recomienda el consumo de 3-5 porciones diarias, sin ser sometidas más de 5-10 min a cocción ya que se pierde el aporte de nutrientes.

Los azúcares básicamente aportan calorías vacías, deben ser consumidos con precaución ya que en exceso son los causantes de enfermedades como diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, etc. El azúcar en niños debe ser limitado; no se recomienda el uso de azúcares antes de los 2 años de edad. De hecho se encuentra en las manos de los padres generar buenos hábitos alimentarios y una muy buena práctica alimentaria es que el niño aprenda el sabor natural de los alimentos sin ser añadido azucares o sal.

En cuanto al consumo de grasas de igual manera debe ser moderada prefiriendo grasas de calidad poliinsaturadas y mono insaturadas (como las que se encuentran en pescados, nueces y aceites vegetales), y evitando grasas saturadas y grasas trans (alimentos procesados, grasas animales, etc.).

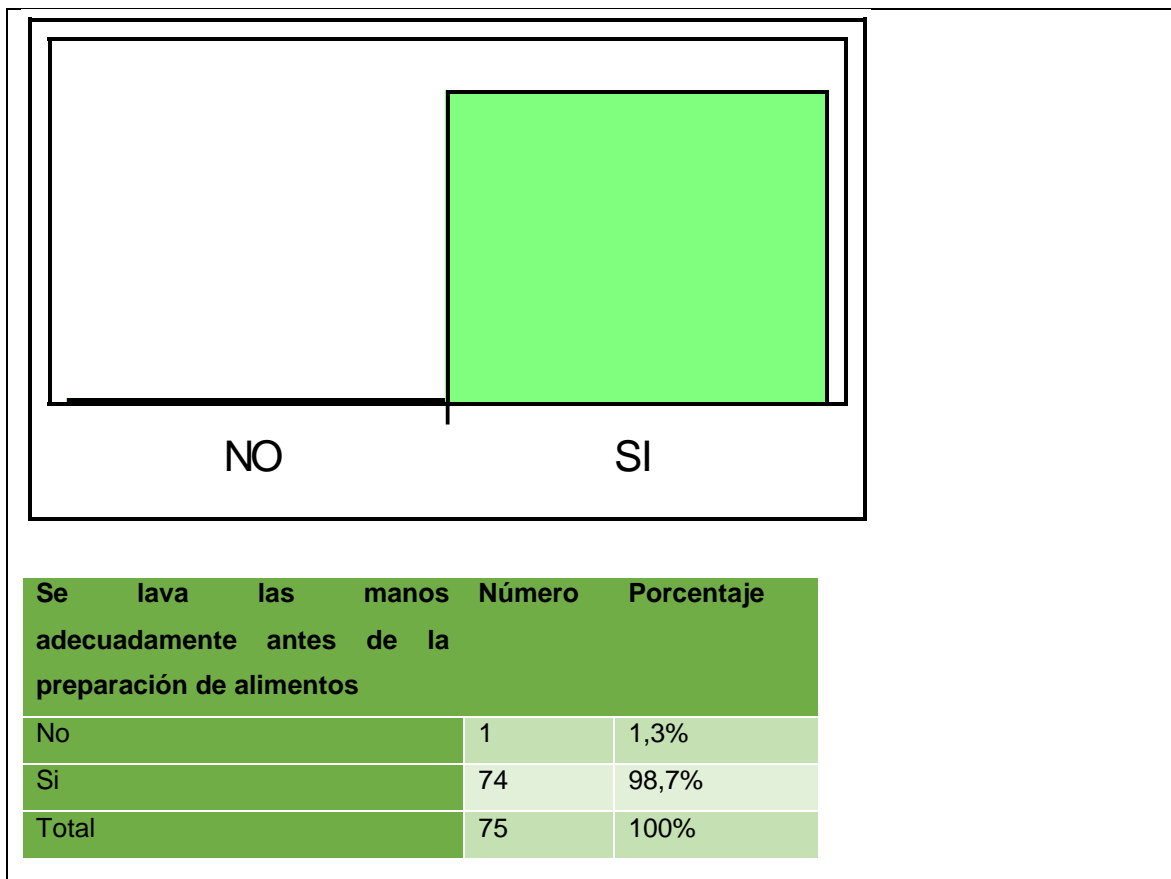
Dicho esto en el presente estudio de acuerdo al indicador Frecuencia De Consumo De Alimentos, de 75 pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez corresponde:

- Productos lácteos: mayor número de consumo 26,7% diario y varias veces a la semana, y un 37,3% en nunca o casi nunca teniendo en cuenta que se encuentran incluidos los infantes que no inician alimentación complementaria.
- Cereales: el mayor número de consumo 44% diario.
- Carnes y pescados: el mayor número de consumo 33,3% varias veces a la semana.
- Verduras y hortalizas: el mayor número de consumo el 46,7% diario.
- Frutas: el mayor número de consumo 57,4% diario.
- Azúcares y grasas: el mayor número de consumo 34,7% diario y nunca o casi nunca teniendo en cuenta que se encuentran incluidos los infantes que no inician alimentación complementaria.

b. PRÁCTICAS HIGIÉNICAS

GRÁFICO Nº 11

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (HIGIENE ADECUADA DE LAS MANOS ANTES DE LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



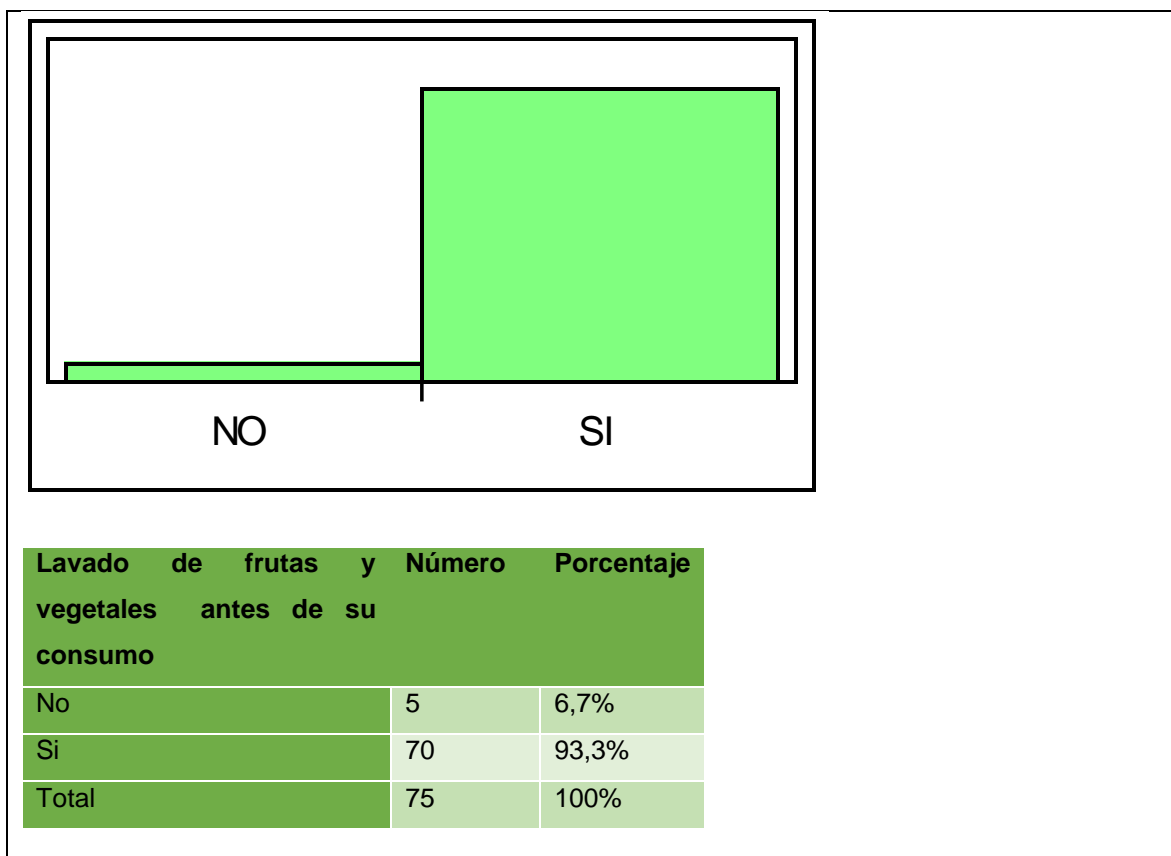
ANÁLISIS

La importancia de lavarse las manos radica en la prevención de enfermedades (especialmente diarreicas, respiratorias, parásitos intestinales e infecciones a la piel) ya que los gérmenes existen en todas partes de nuestro entorno, y la forma más fácil de combatirlos es lavarse adecuadamente las manos con agua y jabón. Mucho más si nos disponemos a realizar alguna actividad como preparar alimentos. Motivo del presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Higiénicas

(Higiene Adecuada De Las Manos Antes De La Preparación De Alimentos) en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 98,7% si se lava adecuadamente antes de preparar alimentos.

GRÁFICO N° 12

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (LAVADO DE FRUTAS Y VEGETALES ANTES DE SU CONSUMO) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

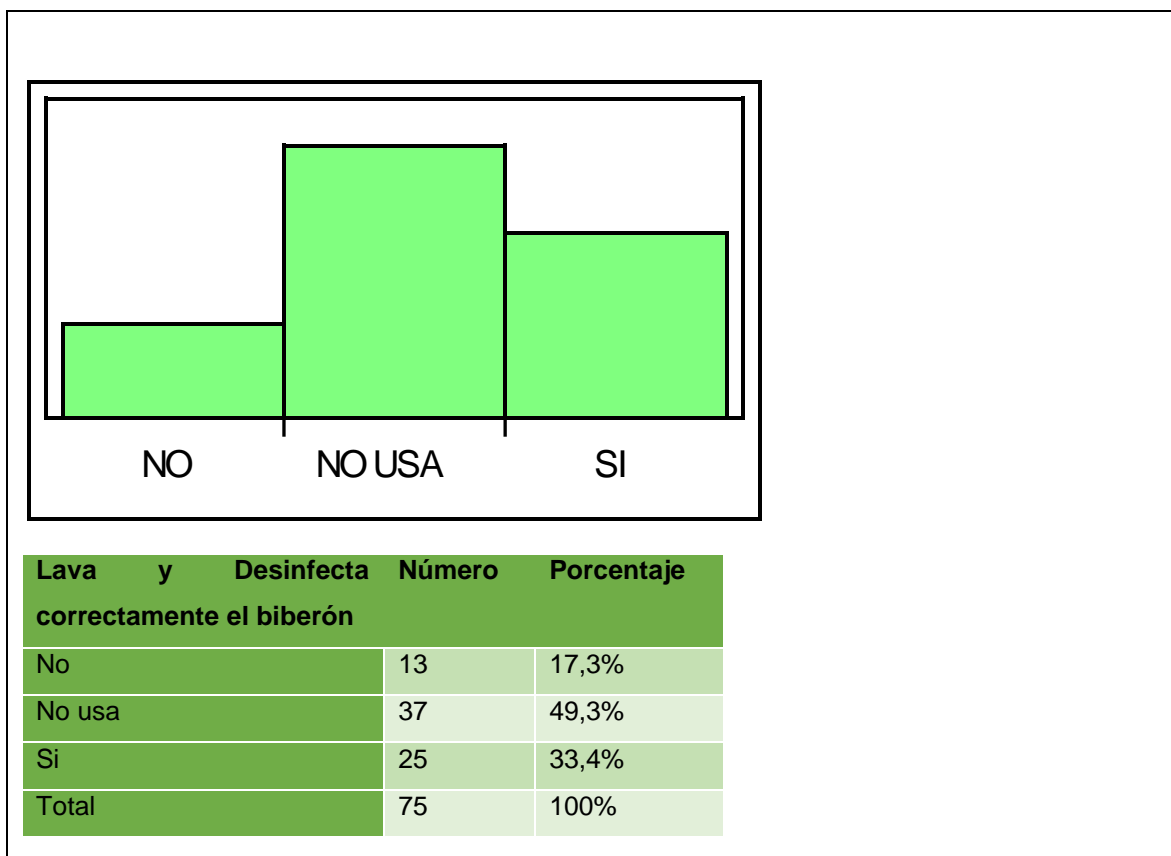


ANÁLISIS

La manipulación de frutas y vegetales puede constituir una de las principales fuentes de contaminación superficial procedente de las zonas de cultivo, de las manos y utensilios empleados durante la recolección y del ambiente en general. Razón por la cual es importante un adecuado aseo de dichos alimentos especialmente de los que crecen en contacto con el suelo. Motivo del presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Higiénicas (Lavado de Frutas Y Vegetales Antes De Su Consumo) en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 93,3% si lava frutas y vegetales antes de ser consumidos.

GRÁFICO N° 13

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (LAVADO Y DESINFECCIÓN ADECUADA DEL BIBERÓN) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

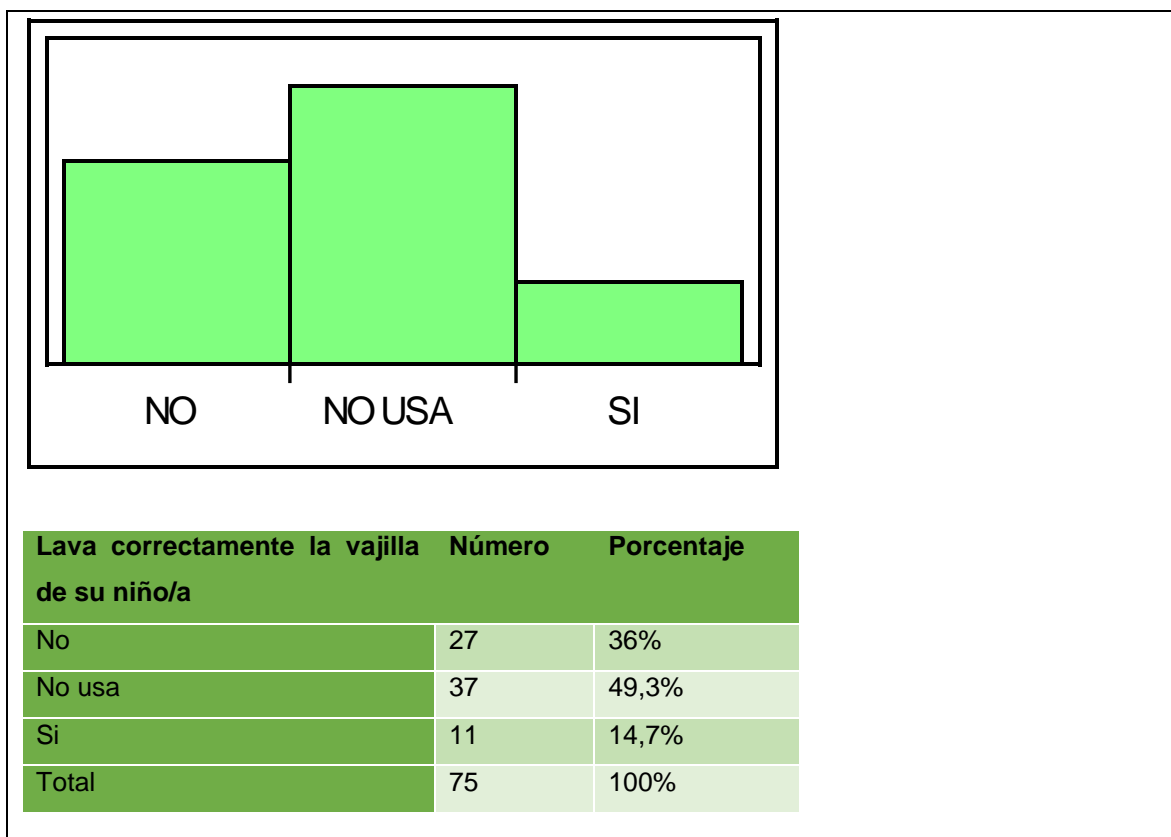


ANÁLISIS

Se debe mantener un cuidado minucioso en la limpieza y desinfección del biberón ya que puede ser foco de contaminaciones bacterianas y producir así diversas enfermedades, que puede ocasionar en el infante hasta la muerte. Motivo del presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Higiénicas (Lavado Y Desinfección Adecuado Del Biberón) en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 33,4% si lava y desinfecta correctamente el biberón.

GRÁFICO Nº 14

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (ASEO ADECUADO DE LA VAJILLA DE SU NIÑO/A) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

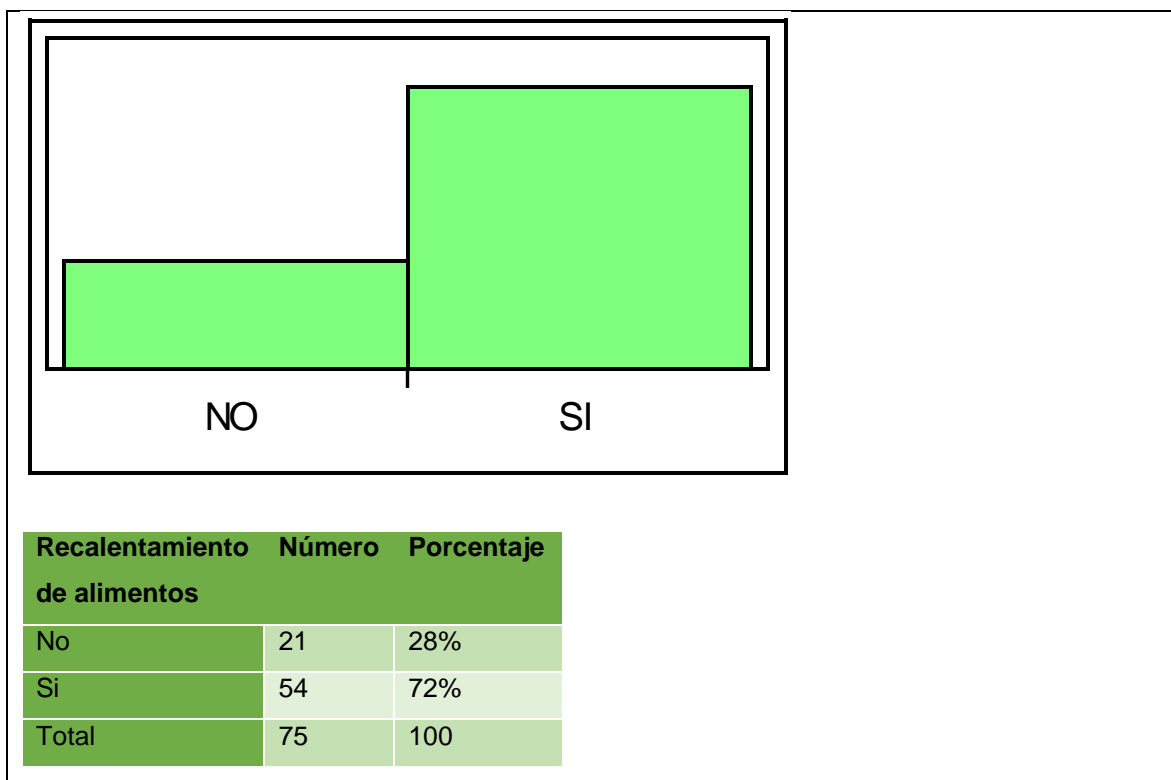


ANÁLISIS

El aseo y exclusividad de la vajilla en los pequeños radica en que su sistema inmunológico aún no tiene la misma capacidad de defensa contra microorganismos patógenos que un adulto. Motivo del presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Higiénicas (Aseo Adecuado De La Vajilla De Su Niño/A) en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 36% si lava correctamente la vajilla de su niño/a.

GRÁFICO N° 15

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (RECALENTAMIENTO DE ALIMENTOS) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



ANÁLISIS

El recalentamiento de los alimentos debe realizarse de manera rápida. Sea cual sea el método de cocción usado, deben asegurarse temperaturas de 70°C en el centro del producto, también en el caso del microondas se debe tenerse especial cuidado en remover los alimentos a mitad de la cocción para eliminar posibles zonas frías, donde las bacterias patógenas podrían sobrevivir. Importante que un producto no se recaliente más de una vez. Por el grado de importancia que tiene esta práctica dentro de la salud se analiza en el presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Higiénicas (Recalentamiento De Alimentos) en el grupo poblacional de pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez, de 75 pacientes el 72% si realiza recalentamiento.

CUADRO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (ASEO PERSONAL DE LA MADRE Y DEL INFANTE) DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

ASEO PERSONAL DE LA MADRE Y DEL INFANTE	Si		No		No usa pañal		Usa pañal		No inicia A.C	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Higiene de las manos antes y después asear (cambiar el pañal) a su niño/a	28	37,3	27	36	20	26,7	-----			
Aseo del niño/a luego de utilizar el baño	20	26,7	0	0	-----		55	73,3	-----	
Aseo de la madre luego de utilizar el baño	75	100	0	0	-----					
Aseo del niño/a antes de comer	44	58,7	15	20	-----				16	21,3

ANÁLISIS

El motivo de contagio de las enfermedades infecciosas se transmite por la presencia de agentes contaminantes localizados en el ambiente que nos rodea, razón por la cual hábitos cotidianos como lavarse las manos, los dientes, bañarse son esenciales para prevenir enfermedades. Y tiene gran importancia la educación de los mismos dentro de la familia, empezando por los más pequeños y manteniendo un control del cumplimiento adecuado de los mismos. En el presente estudio de acuerdo al indicador Prácticas Higiénicas de 75 pacientes pediátricos del Hospital Alfonso Villagómez corresponde:

- Higiene de las manos antes y después de cambiar el pañal al niño/a: el 37,3% si se lava las manos antes y después de asear a su niño/a.
- Aseo del niño/a luego de utilizar el baño: el 26,7% si lava las manos de su niño/a luego de utilizar el baño.
- Aseo de la madre luego de utiliza el baño: el 100% si se lava las manos luego de utilizar el baño.
- Aseo Del Niño/A Antes De Comer: el 58,7% si lava las manos de su niño/a antes de comer.

B. ANÁLISIS BIVARIADO

CUADRO N°3

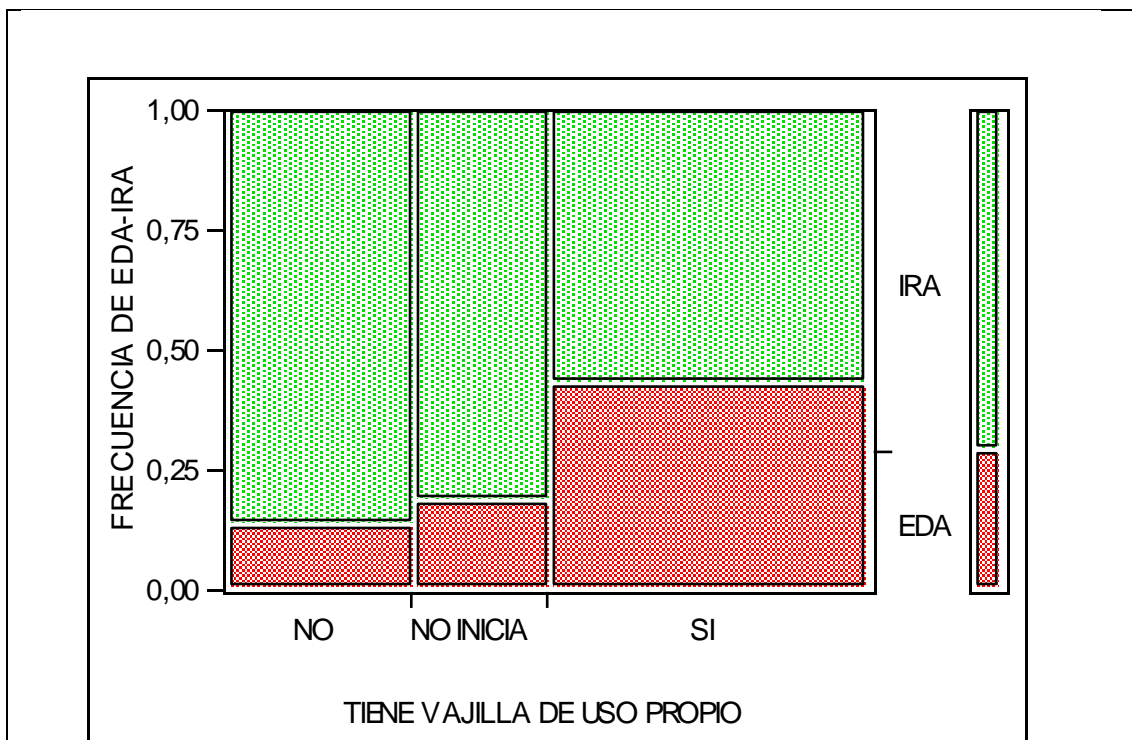
RELACIÓN ENTRE CONCOMITANTE PRINCIPAL (FRECUENCIA DE EDA-IRA) Y CONCOMITANTES SECUNDARIAS (PRÁCTICAS ALIMENTARIAS E HIGIÉNICAS).

FRECUENCIA DE EDA-IRA	VARIABLE	VALOR DE PROBABILIDAD
	PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	
	Lactancia materna exclusiva	0,7998
	Edad de inicio de la alimentación complementaria	0,1549
	Uso de biberón	0,3471
	Uso exclusivo de la vajilla	0,0312 *
	Consumo de alimentos preparados en la calle	0,5408
	FRECUENCIA DE CONSUMO	
	Productos lácteos	0,0465 *
	Cereales	0,4412
	Carnes y Pescados	0,2402
	Verduras y Hortalizas	0,0592
	Frutas	0,3081
	Azúcares y Grasas	0,9753
	PRÁCTICAS HIGIÉNICAS	
	Higiene adecuada de las manos antes de la preparación de alimentos	0,1182
	Lavado de frutas y vegetales antes de su consumo	0,6352
	Lavado y desinfección adecuado del biberón	0,5897
	Aseo adecuado de la vajilla de su niño/a	0,0212 *
	Recalentamiento de alimentos	0,6352
	Higiene de las manos antes y después de asear al niño/a	0,0145 *
	Aseo del niño/a luego de utilizar el baño	0,0266 *
	Aseo de la madre luego de utilizar el baño	00
	Aseo del niño antes de comer	0,0018 *

1. ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE CONCOMITANTE PRINCIPAL Y SECUNDARIAS
CON P < 0,05.

GRÁFICO Nº 16

ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DE EDA-IRA CON PRÁCTICAS ALIMENTARIAS (USO EXCLUSIVO DE VAJILLA PARA SU NIÑO/A).



Vajilla de uso exclusivo	Frecuencia de EDA-IRA				Total	
	EDA		IRA		Nº	%
	N	%	Nº	%		
No	3	4	19	25,3	22	29,3
No inicia A.C.	3	4	13	17,4	16	21,4
Si	16	21,3	21	28	37	49,3
Total	22	29,3	53	70,7	75	100

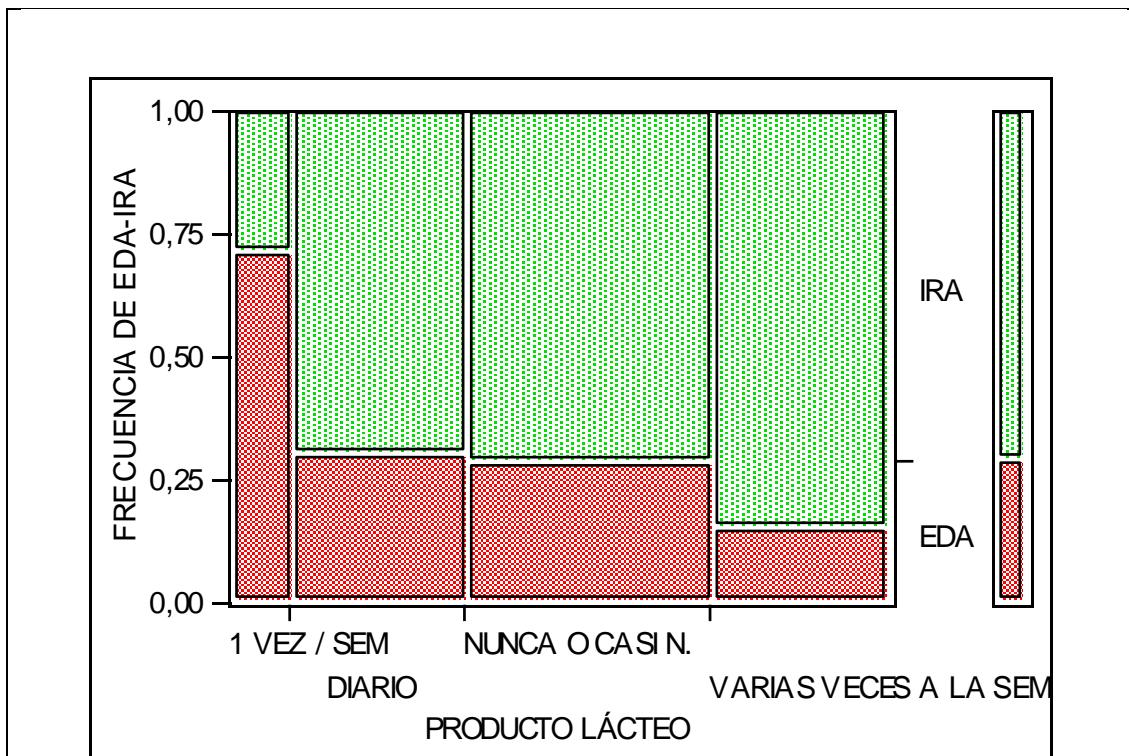
Test Chisquare Prob>chisq
 Pearson 6,933 0,0312

ANÁLISIS

Al relacionar el uso exclusivo de vajilla para el niño/a con frecuencia de EDA-IRA, estos datos son estadísticamente significativos por su $p=0,0312$. En este estudio se obtuvo un 28% que acudieron a consulta por IRA y 21,3% por EDA en niños/as que usan exclusivamente una vajilla, al tener relación con dichas enfermedades, su causa se debe a malas prácticas higiénicas asumiendo que el foco de infección se encuentra en el agua que utilizan para lavar, el material de aseo, el lugar y forma de secado.

GRÁFICO Nº 17

ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE EDA-IRA CON FRECUENCIA DE CONSUMO (PRODUCTO LÁCTEO).



Productos lácteos	Frecuencia de EDA-IRA				Total	
	EDA		IRA		Nº	%
	N	%	Nº	%		
1 vez a la semana	5	6,7	2	2,6	7	9,3
Diario	6	8	14	18,7	20	26,7
Nunca o casi nunca	8	10,7	20	26,6	28	37,3
Varias veces a la semana	3	4	17	22,7	20	26,7
Total	22	29,4	53	70,6	75	100

Test Chisquare Prob>chisq
 Pearson 7,978 0,0465

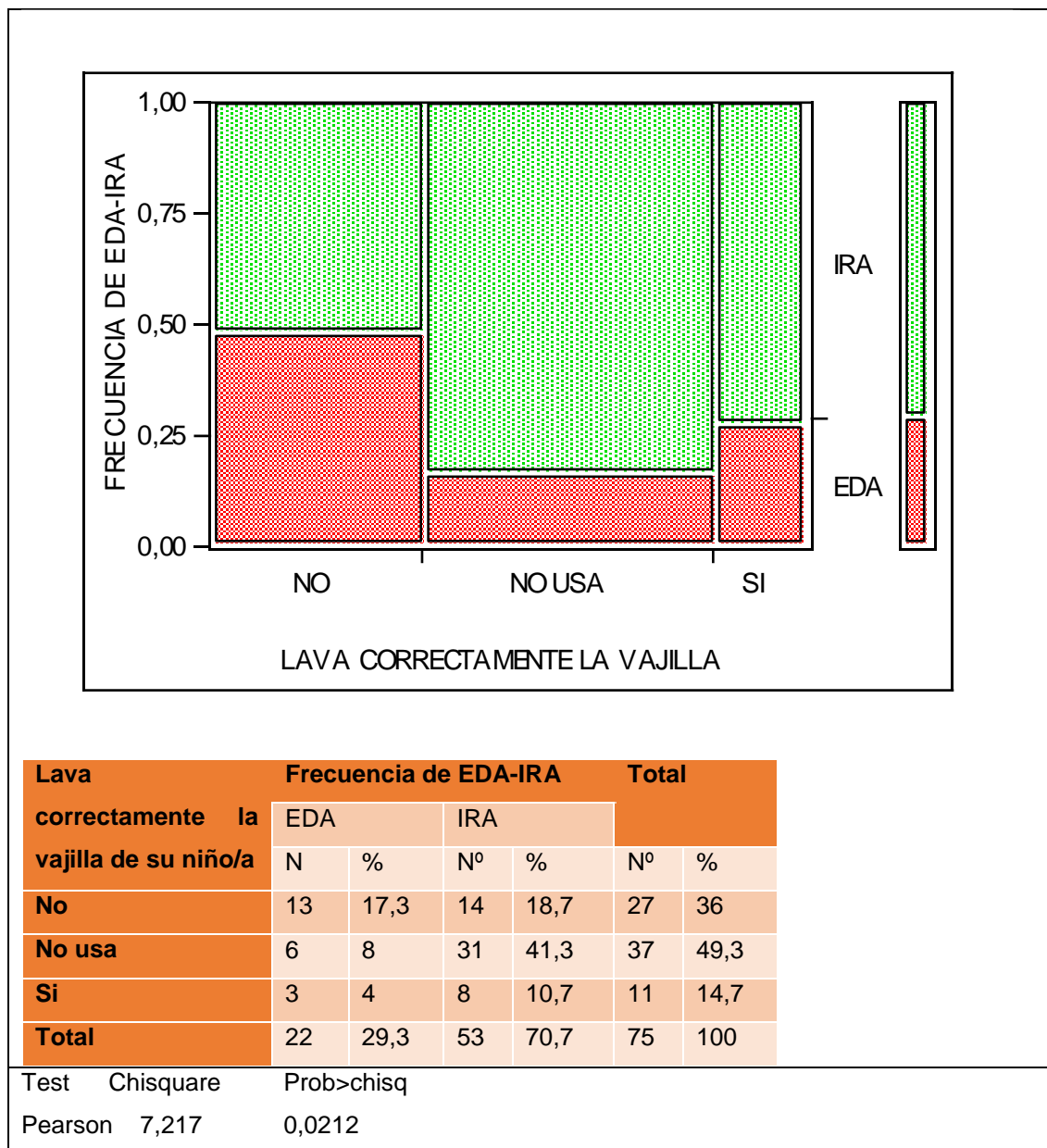
ANÁLISIS

Al relacionar la frecuencia de consumo de productos lácteos con frecuencia de EDA-IRA, estos datos son estadísticamente significativos por su $p=0,0465$. En este estudio se obtuvo un 26,6%

que acudieron a consulta por IRA y 10,7% por EDA en niños/as que nunca y casi nunca consumen productos lácteos; a pesar de estar incluidos los lactantes en este grupo, el motivo de dichas enfermedades, tiene relación con el déficit de vitaminas que protegen el sistema inmunológico, que se encuentra en productos de origen animal. En los niños/as que ya iniciaron alimentación complementaria el aporte de vitamina A debe ser a través de alimentos de origen animal en este caso productos lácteos; en niños/as lactantes el aporte de vitaminas es a través de la leche materna siendo necesario una correcta alimentación y estado nutricional de la madre.

GRÁFICO Nº 18

ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE EDA-IRA CON PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (ASEO ADECUADO DE LA VAJILLA DE SU NIÑO/A).



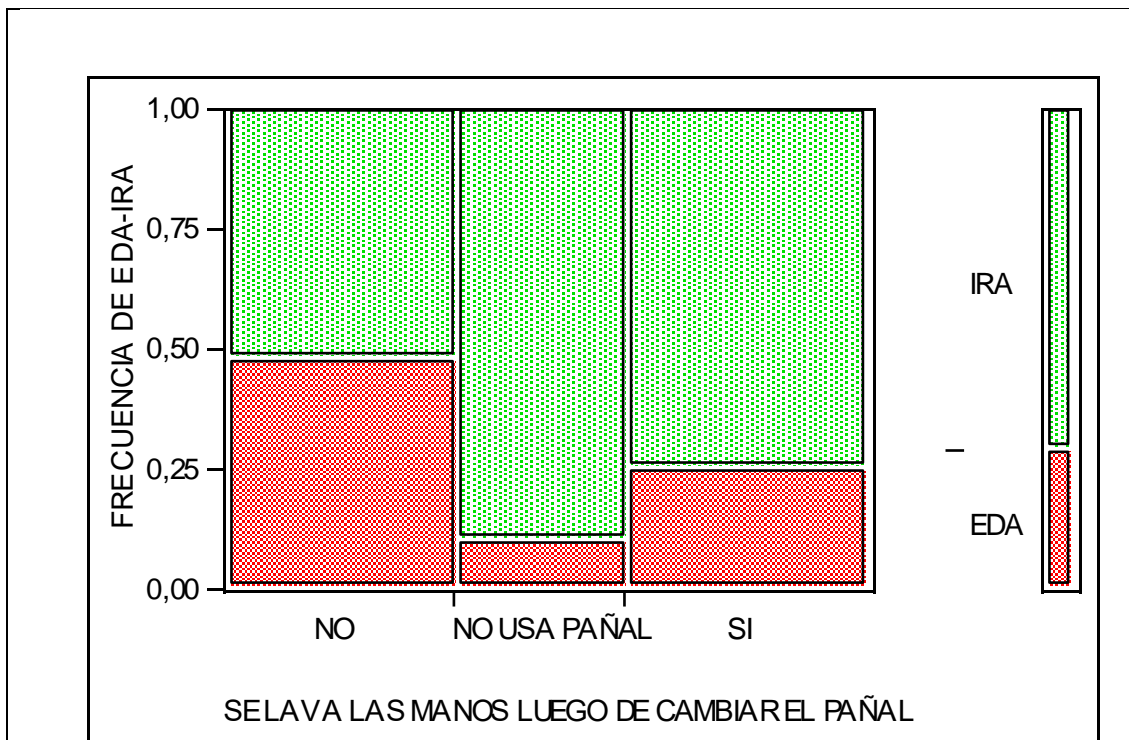
ANÁLISIS

Al relacionar el aseo correcto de la vajilla de su niño/a con frecuencia de EDA-IRA, estos datos son estadísticamente significativos por su $p=0,0212$. En este estudio se obtuvo un 41,3% que acudieron a consulta por IRA en niños/as que no tienen uso exclusivo de vajilla y 17,3% que

acudieron a consulta por EDA en niños/as que indicaron sus madres no realizar un adecuado aseo de la vajilla, el motivo de dichas enfermedades, radica en la ausencia de higiene en el aseo de la vajilla teniendo en cuenta, el agua con el que se lava, la forma de secado y almacenamiento de la misma.

GRÁFICO Nº 19

ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE EDA-IRA CON PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (HIGIENE DE LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DE ASEAR AL NIÑO/A).



Higiene de las manos antes y después de asear (cambiar el pañal) al niño/a	Frecuencia de EDA-IRA				Total	
	EDA		IRA		Nº	%
	N	%	Nº	%		
No	13	17,3	14	18,7	27	36
No usa pañal	2	2,7	18	24	20	26,7
Si	7	9,3	21	28	28	37,3
Total	22	29,3	53	70,7	75	100

Test	Chisquare	Prob>chisq
Pearson	8,471	0,0145

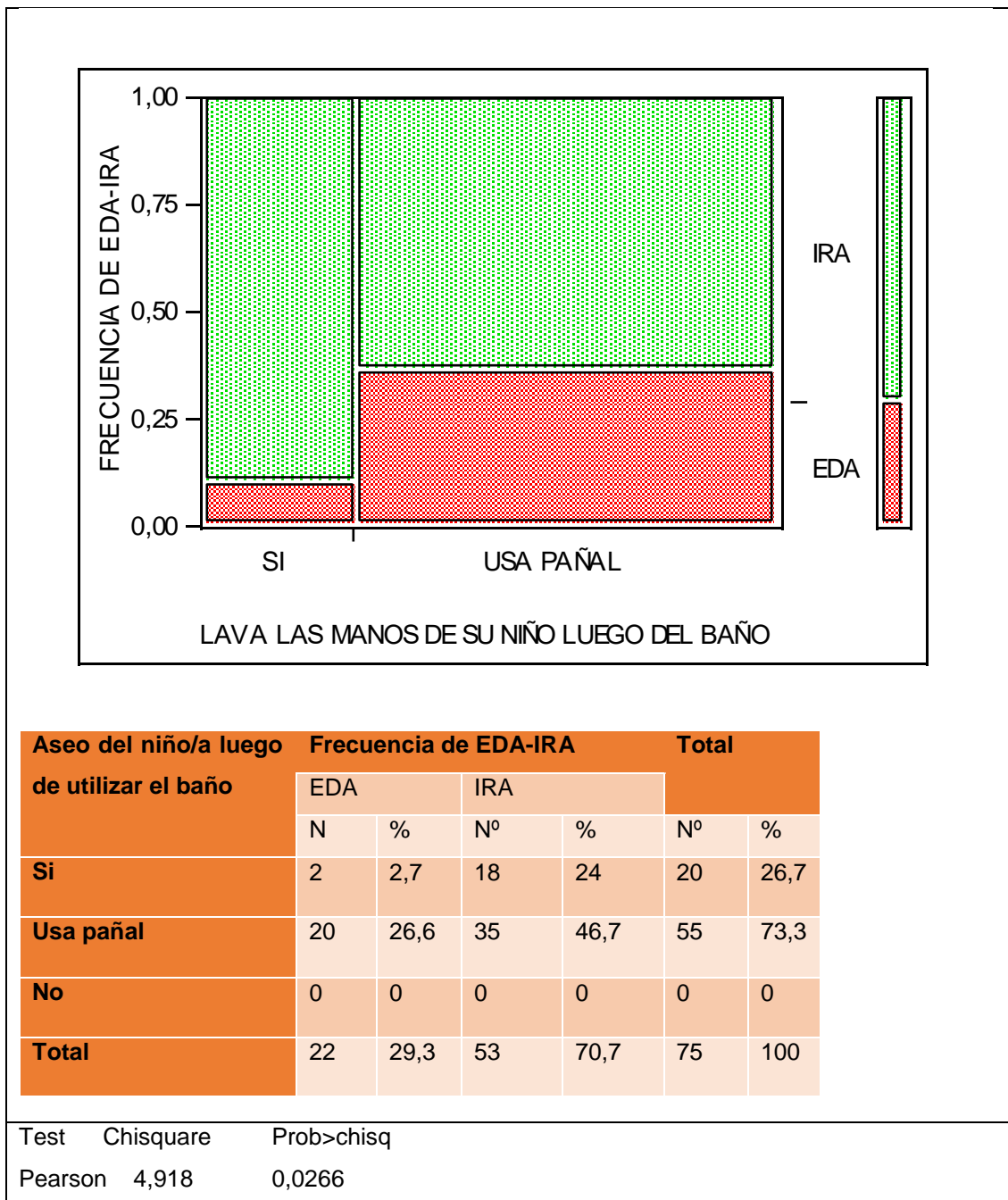
ANÁLISIS

Al relacionar la higiene de las manos antes y después de cambiar el pañal a su niño/a con frecuencia de EDA-IRA, estos datos son estadísticamente significativos por su $p=0,0145$. En este

estudio se obtuvo un 28% que acudieron a consulta por IRA en niños/as que indicaron sus madres lavarse las manos antes y después de asear a sus hijos y 17,3% que acudieron a consulta por EDA en niños/as que indicaron sus madres no lavarse las manos antes y después de cambiar el pañal, al tener relación, el motivo de dichas enfermedades, radica en la falta de conocimientos de como lavarse las manos de forma correcta es decir, frotar las manos palma con palma, dorso con palmas, entre los dedos, uñas y muñecas; sin dejar de lado el uso de jabón líquido, y toallas de papel desechables.

GRÁFICO Nº 20

ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE EDA-IRA CON PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (ASEO DEL NIÑO/A LUEGO UTILIZAR EL BAÑO).



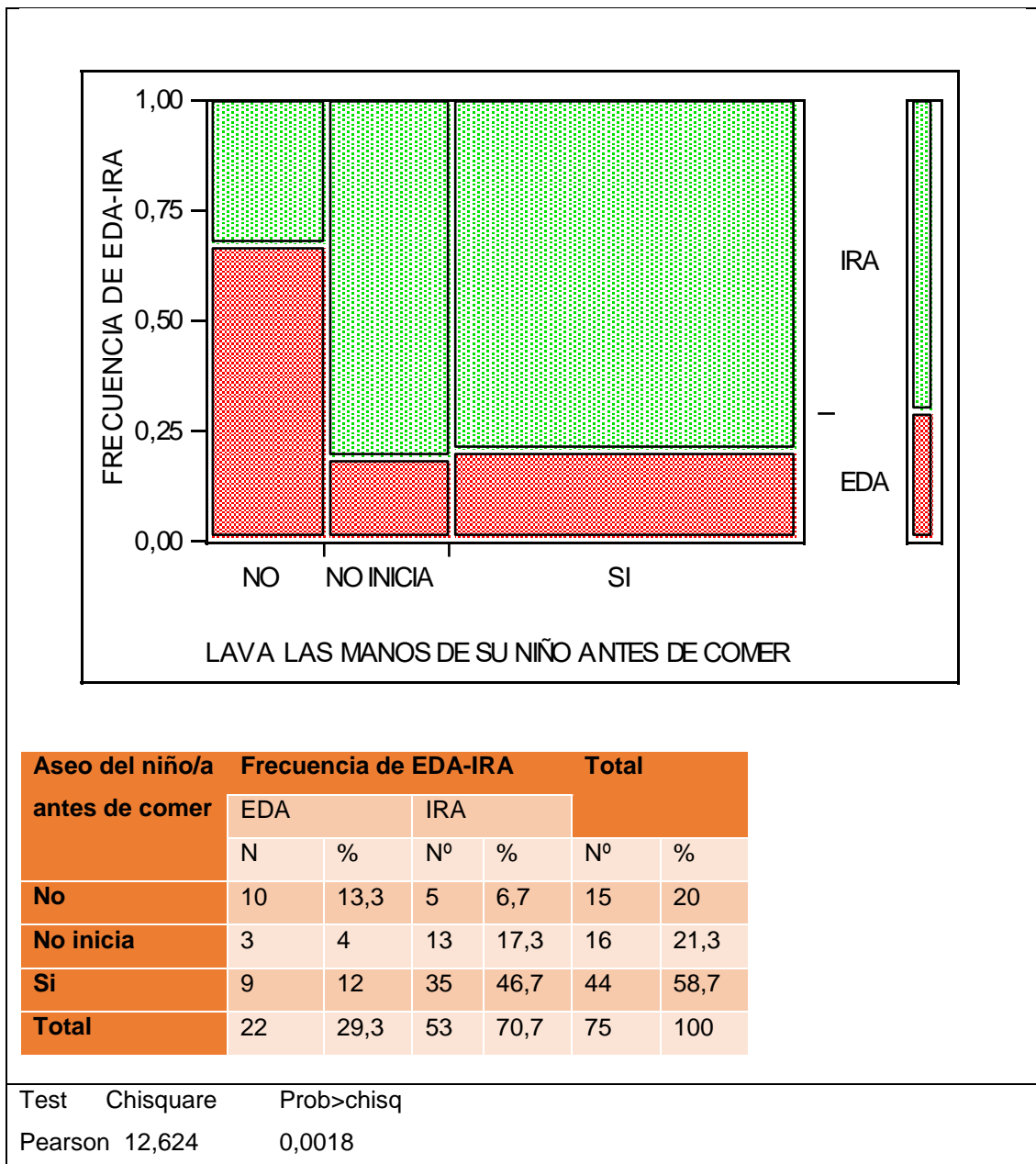
ANÁLISIS

Al relacionar el aseo del niño/a luego de utilizar el baño con frecuencia de EDA-IRA, estos datos son estadísticamente significativos por su $p=0,0226$. En este estudio se obtuvo un 24% que

acudieron a consulta por IRA y 2,7% por EDA en niños/as que indicaron sus madres que si lavan las manos de sus hijos luego de utilizar el baño, teniendo en cuenta que la mayoría de niños/as aun usan pañal, el motivo de dichas enfermedades, radica en la falta de atención de los padres a sus hijos ya que muchas de las veces los pequeños son quienes se lavan las manos sin tener la supervisión de un adulto, puesto que aún son muy pequeños no lo van a realizar adecuadamente.

GRÁFICO Nº 21

ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE EDA-IRA CON PRÁCTICAS HIGIÉNICAS (ASEO DEL NIÑO/A ANTES DE COMER).



ANÁLISIS

Al relacionar aseo del niño/a antes de comer con frecuencia de EDA-IRA, estos datos son estadísticamente significativos por su $p=0,0018$. En este estudio se obtuvo un 46,7% que acudieron a consulta por IRA en niños/as que sus madres indicaron lavar las manos de sus hijos

y 13,3% que acudieron a consulta por EDA en niños/as que indicaron sus madres no lavar las manos de sus hijos antes de comer, al tener relación, el motivo de dichas enfermedades, radica en la falta de conocimientos en cuanto a realizar esta práctica de forma adecuada y responsable, sin dejar de lado a los niños/as pequeños que aún no inician alimentación complementaria, ya que también los bebés se llevan las manos a la boca o tiene contacto directo con objetos a su alrededor, inclusive el contacto entre padres – hijos, es fuente de contagio por la presencia de gérmenes en el medio ambiente que nos rodea.

VI. CONCLUSIONES

- A. Se determinó en el presente estudio las características generales de los niños/as menores a 5 años de edad y de las madres de familia obteniendo los siguientes resultados 54,7% niños se superpone en un 45,3% niñas, con una edad promedio de 20,09 meses. En cuanto a las características de la madre predomina un nivel de instrucción de 42,7% secundaria completa y un mediano índice de riesgo de la vivienda en un 60%.
- B. Se determinó la frecuencia de enfermedades diarreicas agudas (EDAS), infecciones respiratorias agudas (IRAS) del grupo de estudio obteniendo los siguientes resultados 70,7% IRA y un 29,3% EDA, donde cabe recalcar que el clima fue un factor predisponente para el mayor número de infecciones respiratorias.
- C. Se evaluó la frecuencia de EDA-IRA, con relación a prácticas alimentarias e higiénicas que realizaron el grupo de estudio, obteniendo como resultado estadísticas significativas con una $p < 0,05$ en: uso exclusivo de vajilla, aseo adecuado de la vajilla, frecuencia de consumo de productos lácteos; higiene de las manos: antes y después de asear al niño/a, luego de que el niño/a utilice el baño y antes de comer.

VII. RECOMENDACIONES

- A. Educar a las personas sobre la influencia que tiene el índice de riesgo de la vivienda dentro del ámbito de la salud, donde es indispensable obtener servicios básicos como agua potable, recolección de basura, eliminación de aguas servidas, además de una estructura física (casa o departamento) apropiada para los miembros del hogar. Ya que estos factores proporcionan un buen vivir para la familia.

- B. Implementar información de prevención y tratamiento en hospitales y centros de salud sobre las enfermedades de mayor prevalencia en este caso EDAS-IRAS por el alto índice de morbimortalidad en los niños/as menores de 5 años. De modo que los padres estén informados sobre cómo actuar, en dichas enfermedades, disminuyendo el rango de muerte infantil.

- C. Brindar información a las madres o padres que concurren a la consulta con sus hijos acerca de prácticas alimentarias adecuadas como la lactancia materna exclusiva, la edad de inicio de la alimentación complementaria con una apropiada introducción de alimentos evitando futuras alergias, el destete a partir de los 2 años de edad, la importancia de una alimentación CESA (completa, equilibrada, suficiente, adecuada), mejorando su nutrición, crecimiento, desarrollo de sus niños/as; sin dejar a un lado los controles médicos, vacunación, estimulación temprana y suplementación según sean las necesidades.

- D. Fomentar las prácticas adecuadas de higiene y aseo, personal, del hogar, a la hora de consumir, preparar y conservar los alimentos, al mismo tiempo de esterilizar y desinfectar adecuadamente los objetos personales y aquellos que estén en contacto con él bebe, mucho más cuando empieza el gateo y los juegos; indicando ser una práctica

indispensable para la prevención de enfermedades, a más de promover hábitos de higiene a sus hijos desde pequeños, manteniendo vigilancia de los mismos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Teresa, Ferrer Yovanny, Batté Fofana, Niare Mohamed. Medicina Preventiva y Salud Pública Gastroenterología II. [publicación periódica en línea].2008 ene. [citada 2015 ene]. Se consigue en: URL: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/902/1/Comportamientoclinico-y-epidemiologico-de-las-diarreas-en-el-Hospital-Fousseyni-Daou-dekayes.html>
2. Benguigui Yehuda, Bernal Carlos, Figueroa Dante. Manual de Tratamiento de la Diarrea en Niños. Washington, D.C.: OPS 2008: 6-9, 77-80p.
3. Robaina Suárez Gloria, Campillo Molieva Rita. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Revista Cubana de Pediatría. [publicación periódica en línea]. 2003 jul-sep. [citada 2015 ene]. Se consigue en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Pid=S003475312003000300007&script=sci_arttext
4. Silvia Antoni de Jogna Prat. Enfermedades infecciosas. [publicación periódica en línea]. 2005. [citada 2015 jun]. Se consigue en: URL: <http://www.fm.unt.edu.ar/Servicios/publicaciones/archivosparasitologia/EDITOR.PDF>
5. Ministerio de la salud. Enfermedades diarreicas. [publicación periódica en línea]. [citada 2015 ene]. Se consigue en: URL: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/133-enfermedades-diarreicas>.

6. M. Marcelo, S. Mateos. Infecciones respiratorias. [publicación periódica en línea]. [citada 2015 jun]. Se consigue en: URL: <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/Infeccionesrespiratorias.pdf>
7. M. Cruz Hernández. Tratado de Pediatría. 10ª ed. España, Madrid: Ergon 2011: 1231- 1238p.
8. Ladino Meléndez, Velásquez O. Nutridatos: Manual de nutrición clínica. 1º ed. Colombia: Health Book´s 2010: 416p
9. Menenghello J, París E, Puga T. Pediatría Menenghello.5ª ed. Buenos Aires: Panamericana: 1235-1237p
10. Cifuentes Águila Lorena. Infecciones Respiratorias Agudas en Pediatría Ambulatoria. [publicación periódica en línea]. [citada 2015 feb]. Se consigue en: URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/infecRespAg.html>
11. Fonseca Salazar Martha Elba. Control del Niño Sano. [publicación periódica en línea]. 2015. [citada 2015 feb]. Se consigue en: URL: <http://www.slideshare.net/Powerman5000/control-del-nio-sano-1>
12. Setton D, Fernández A. Nutrición en Pediatría: bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos. 1ª ed. Argentina: Médica Panamericana 2014: 110-113, 135-144p.
13. Gastón Gaínza. La práctica alimentaria y la Historia. [publicación periódica en línea]. 2003 nov. [citada 2015 feb]. Se consigue en: URL: <http://www.ugr.es/~mcaceres/entretextos/pdf/entre2/gainza1.pdf>

14. Monreal José, Martí José, Gisper Carlos. OCEANO UNO: Diccionario Enciclopedia Ilustrado. Colombia: Océano Gallach; 1992.
15. Romero Castro Julio Alberto. Prácticas Higiénicas y manipulación en BPM. [publicación periódica en línea]. [citada 2015 feb]. Se consigue en: URL: <http://es.slideshare.net/julioarc7/prcticas-higienicas-de-manipulacin-en-bpm>
16. Organización Mundial de la Salud OMS. Significado sexo salud. [publicación periódica en línea]. [citada 2015 feb]. Se consigue en: URL: http://sexosaludyenfermeria.blogspot.com/p/definiciones-de-la-oms_22.html
17. Glosario de los términos básicos de las Estadísticas en Salud. [publicación periódica en línea]. [citada 2015 feb]. Se consigue en: URL: <http://campuscitep.rec.uba.ar/mod/glossary/view.php?Id=11413&mode=letter&hook=N&sortkey=&sortorder=>
18. Organización Mundial de la Salud OMS - Organización Panamericana de la Salud OPS: La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. [publicación periódica en línea]. [citada 2015 jun]. Se consigue en: URL: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>

IX. **ANEXOS**

Anexo Nº 1

Formato de encuesta aplicado a las madres que acudieron con sus hijos a consulta externa del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez.

 <p style="text-align: center;">ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO FACULTAD DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA</p>			
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO			
SEXO		EDAD (AYM)	MOTIVO DE CONSULTA
Hombre	Mujer		EDA IRA
NOMBRE DE LA MADRE O CUIDADOR DEL INFANTE			
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE O CUIDADOR DEL INFANTE			
Analfabeta	Primaria Comp.	Secundaria Comp.	Universidad Comp.
INDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA			
Condiciones de la vivienda	Ítems	P. asignado	P. corresponde
Hacinamiento(sin tomar en cuenta a niños menores de un año)	# de habitantes # de cuartos dormir	>=5.....6	
		3-4.....3	
		1-2.....1	
Piso	-Tierra, Cabaña, Otro.	2	
	-Madera, Cemento, Vinil.	1	
Abastecimiento de agua.	-Lluvia, Río, Pozo, Vertiente, Otro.	3	
	-Carro Repartidor Entubada.	2	
	-Potable	1	
Servicio higiénico	-Campo Abierto, Otro.	3	
	-Letrina, Excusado De Uso Común.	2	
	-Excusado Uso Exclusivo.	1	
Eliminación de aguas servidas	-Superficial	2	
	-Red Pública, Pozo Ciego.	1	
Eliminación de basura	-Aire Libre, Otro.	3	
	-Entierra, Incinera	2	

	-Recolector Publico.	1		
Ubicación de la cocina	-Ambiente Compartido	3		
	-Ambiente Separado	1		
PUNTUACIÓN TOTAL DE INDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA				
IRV	PUNTASIG	CLASIFICACIÓN		
De 7-8 puntos vivienda de bajo riesgo.				
De 9-17 puntos vivienda de mediano riesgo.				
De 18-22 puntos vivienda de alto riesgo.				
PRÁCTICAS ALIMENTARIAS				
RECIBIÓ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS 6 PRIMEROS MESES		SI		
		NO		
EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA		MESES		
		NO INICIA AUN		
SU NIÑO@ USA BIBERON		SI		
		NO		
SU NIÑO@ TIENE UNA VAJILLA DE USO PROPIO		SI		
		NO		
		NO INICIA A.C		
SU NIÑO CONSUME ALIMENTOS PREPARADOS EN LA CALLE		SI		
		NO		
		LACTANTE		
FRECUENCIA DE ALIMENTOS				
TIPO DE ALIMENTO	NUNCA O CASI NUNCA	1 VEZ A LA SEMANA	VARIAS VECES A LA SEMANA	DIARIO
Productos lácteos				
Cereales				
Carnes y Pescados				
Verduras y hortalizas				
Frutas				
Azúcares y grasas				
PRÁCTICAS HIGIÉNICAS				
SE LAVA ADECUADAMENTE LAS MANOS ANTES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS.		SI		
		NO		
LAVA FRUTAS Y VEGETALES ANTES DE SER CONSUMIDOS		SI		
		NO		
LAVA Y DESINFECTA CORRECTAMENTE LOS BIBERONES DE SU NIÑO@		SI		
		NO		
		NO USA		

LAVA CORRECTAMENTE LA VAJILLA DE SU NIÑO	SI
	NO
	NO USA
REALIZA EL RECALENTAMIENTO DE ALIMENTOS PREPARADOS	SI
	NO
SE LAVA LAS MANOS ANTES Y DESPUES DE ASEAR A SU NIÑO	SI
	NO
	NO USA PAÑAL
LAVA LAS MANOS DE SU NIÑO ANTES DE QUE CONSUMA LOS ALIMENTOS	SI
	NO
	NO INICIA A.C.
12. LAVA LAS MANOS DE SU NIÑO DESPUÉS DE UTILIZAR EL BAÑO	SI
	NO
	USA PAÑAL
SE LAVA LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DE UTILIZAR EL BAÑO	SI
	NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN