



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“ENFERMEDADES PREVALENTES EN NIÑOS DEL CENTRO INFANTIL
CARITAS ALEGRES DE LA PARROQUIA TUFÍÑO-TULCÁN, 2016”

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciado
en Enfermería

AUTOR: William Andrés Tatamués Chenás

DIRECTORA: MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

IBARRA - ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de tesis de Grado titulada “**ENFERMEDADES PREVALENTES EN NIÑOS DEL CENTRO INFANTIL CARITAS ALEGRES DE LA PARROQUIA TUFÍÑO-TULCÁN, 2016**”, para obtener el título de Licenciatura en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 25 días del mes de octubre de 2019

Lo certifico

(Firma)..........

MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

C.C.: 1002120432

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040164970-2		
APELLIDOS Y NOMBRES:	William Andrés Tatamués Chenás		
DIRECCIÓN:	Tufiño. Calle Gran Colombia		
EMAIL:	tatamueswilliam@yahoo.com		
TELÉFONO FIJO:	s/n	TELÉFONO MÓVIL:	0985388099
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“ENFERMEDADES PREVALENTES EN NIÑOS DEL CENTRO INFANTIL CARITAS ALEGRES DE LA PARROQUIA TUFIÑO-TULCÁN, 2016”		
AUTOR (ES):	William Andrés Tatamués Chenás		
FECHA:	2019/10/25		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
DIRECTOR:	MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa		

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 25 días del mes de octubre de 2019.

EL AUTOR

(Firma).....

William Andrés Tatamués Chenás

C.I.: 040164970-2

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

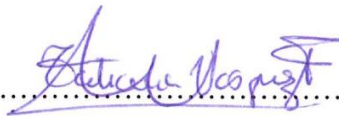
Fecha: Ibarra, 25 de octubre de 2019.

William Andrés Tatamués Chenás “APLICACIÓN DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DEL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO 2018” TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTORA: MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

El principal objetivo de la presente investigación fue: Caracterizar las enfermedades prevalentes en niños del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, en el año 2016. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar socio demográficamente a la población estudio. Caracterizar socio demográficamente al grupo de estudio del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño. Definir las enfermedades en los niños del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño. Identificar factores de riesgo de las enfermedades prevalentes de los infantes del Centro Infantil en estudio. Elaborar un poster educativo sobre prevención de enfermedades en la infancia.

Fecha: Ibarra, Ibarra, 25 de octubre de 2019



MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

Directora



William Andrés Tatamués Chenás

Autor

DEDICATORIA

Con total agradecimiento, dedico este trabajo y todo mi esfuerzo a Dios y a mi familia; en especial a mi madre María Ismenia Chuquizán y a mi madrina Martha Elvina Chenás Chuquizán, por el amor y apoyo incondicional que me brindaron, durante mi vida diaria y estudiantil.

A mis hermanos, que son el cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentando las bases de responsabilidad y deseos de superación, espejos en los cuales me quiero reflejar por sus virtudes infinitas y grandes corazones. Agradezco a mi familia, por apoyarme y confiar en mí en cada propósito que me he planteado, dándome palabras de aliento para continuar y no desfallecer.

William Andrés Tatamués Chenás

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por bendecirme y guiarme en cada paso que doy, y por permitirme culminar exitosamente este trabajo. A la Universidad Técnica Del Norte, del Norte, a la Facultad de Ciencias de la Salud, por ser el santuario de conocimientos para cada uno de sus estudiantes. Al Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, que siempre está con las puertas abiertas para la realización y la investigación científica de éste trabajo. Agradezco a la Magister Tatiana Vásquez, quien supo guiarme durante todo el proceso investigativo.

William Andrés Tatamués Chenás

TABLA DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vii
TABLA DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
TEMA:	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPITULO I.....	1
1. Problema de investigación	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General:.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
1.5. Preguntas de investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1. Marco referencial.....	7
2.1.1. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.....	7

2.1.2. Enfermedad neumológica invasiva en población infantil de Valenciana.	7
2.1.3. Prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años en San Pedro Chirilagua y Uluazapa de Lima.	8
2.1.4. Perfil Conocimiento de los padres sobre signos de alarma en niños menores de 5 años.	8
2.1.5. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años.	9
2.1.6. Perfil de morbilidad por enfermedades infecciosas de las comunidades indígenas de Casanare, Colombia.	9
2.1.7. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años.	9
2.1.8. Enfermedades prevalentes en niños guatemaltecos menores de 5 años	10
2.2. Marco Contextual	11
2.2.1. Localización de la Parroquia Tufiño.	11
2.2.2. Localización Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño.	12
2.3. Marco conceptual	12
2.3.1. Prevalencia.	13
2.3.2. Incidencia.	13
2.3.3. A.I.E.P.I.	14
2.3.4. Enfermedades Prevalentes	16
2.3.5. Enfermedades de la Infancia.	31
2.4. Marco legal y Ético	38
2.4.1. Marco Ético.	38
2.4.2. Marco Ético.	44
CAPÍTULO III	48
3. Metodología de la investigación.	48
3.1. Tipo de la investigación.	48
3.2. Diseño de la investigación.	48
3.3. Localización y ubicación de estudio.	48
3.4. Criterios de Inclusión	49
3.5. Criterios de Exclusión	49

3.6. Operacionalización de variables	49
3.7. Métodos y técnicas para la recolección de la información	50
3.7.1. Métodos	50
3.7.2. Técnicas	50
3.7.3. Instrumentos.....	51
3.8. Análisis de datos.....	51
CAPÍTULO IV.....	52
4. Análisis de resultados.....	52
4.1. Análisis y discusión.....	67
4.1.1. Caracterización socio demográfica.....	67
4.1.2. Enfermedades prevalentes	67
4.1.3. Factores de riesgo de las enfermedades prevalentes.....	68
4.1.4. Educación y capacitación de los padres de familia y trabajadores del CIBV	70
CAPÍTULO V	71
5. Conclusiones y recomendaciones.....	71
5.1. Conclusiones.....	71
5.2. Recomendaciones	73
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	81
Anexo 1. Encuesta.....	81
Anexo 2. Operacionalización de variables	87
Anexo 3. Fotografías	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características socio demográficas de los niños	52
Tabla 2. Datos sociales del cuidador de los niños.....	53
Tabla 3. Medidas antropométricas en el año 2016.....	55
Tabla 4.- Serie temporal de episodios presentados en el 2016	56
Tabla 5. Periodicidad con que se enferman y lugar dónde les atienden	57
Tabla 6. Tipo de enfermedades prevalentes en el CIBV	58
Tabla 7. Factores de riesgos asociados al conocimiento.....	63
Tabla 8. Participación de las madres en el Centro Infantil Caritas Alegres.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Factores que inciden en el apareamiento de E.D.A. en los niños	60
Gráfico 2. Factores de riesgo para el apareamiento de I.R.A. según la percepción del cuidador.....	61

RESUMEN

ENFERMEDADES PREVALENTES EN NIÑOS DEL CENTRO INFANTIL
CARITAS ALEGRES DE LA PARROQUIA TUFÍÑO-TULCÁN, 2016

Autor: William Andrés Tatamués Chenás

Correo: shenacitowilliam@gmail.com

Esta investigación buscó determinar las enfermedades más prevalentes, que debido a factores ambientales, coyunturales se producen con más frecuencia en los niños. El tipo de investigación es: observacional, descriptivo ya que identifica el problema. No es experimental ya que no manipula variables; por la temporalidad corresponde a un estudio transversal. La técnica usada es la encuesta para recoger información y además se hizo la revisión de las Historias Clínicas. Se cumplieron los objetivos con los siguientes resultados: 1) Caracterización socio demográfica: en el Centro Infantil que pertenece al área rural existen 28 niños/as, siendo la edad en mayoría de 2 a 3 años; los ingresos familiares son inferiores al sueldo básico, las madres realizan quehaceres domésticos, apoyan a sus esposos en la agricultura, son jornaleras y vendedoras ambulantes; las viviendas son de bloque o ladrillo; todos tienen servicios básicos. 2) Las enfermedades prevalentes que todos tuvieron fueron: enfermedades respiratorias y diarrea, las mamás llevan a los niños al Centro de Salud y pocas al Hospital. La gran mayoría de madres señalaron que dieron el seno a sus hijos máximo solo hasta los 18 meses. La mayoría de niños tuvieron diarrea aguda y el resto diarrea persistente. 3) Los factores de riesgo que se identificaron fueron: para la EDA no se lavan las manos antes de comer, ni después de ir al baño; no hierven el agua; y tienen consumo excesivo de grasas, sal y golosinas. Con respecto a la I.R.A., la patología más común fue el resfrío, y pocos con bronquitis, los factores fueron: frío intenso, exposición al humo de cocinas a leña, un 19% viven en hogares con hacinamiento.

Palabras claves: E.D.A. (Enfermedad diarreica aguda), I.R.A. (Infecciones respiratoria agudas), Incidencia, Patología, Prevalente.

ABSTRACT

PREVALENT DISEASES IN CHILDREN OF THE CHILDREN'S CENTER "CARITAS ALEGRES" OF THE COMMUNITY OF TUFÍÑO

Author: William Andrés Tatamués Chenás

Email: shenacitowilliam@gmail.com

This research sought to determine the most prevalent diseases, which due to environmental, cyclical factors occur more frequently in infant. The type of research is: observational, descriptive as it identifies the problem. It is not experimental since it does not manipulate variables; due to temporality it corresponds to a cross-sectional study. The technique used is the survey to collect information and also the review of the Medical Records was made. The objectives were met with the following results: 1) Socio-demographic characterization: in the Children's Center that belongs to the rural area there are 28 infant, the age being in the majority of 2 to 3 years; family income is lower than the basic salary, mothers do housework, support their husbands in agriculture, are day laborers and street vendors; the houses are block or brick; Everyone has basic services. 2) The prevalent diseases that everyone had were: respiratory diseases and diarrhea, moms take the children to the Health Center and few to the Hospital. The vast majority of mothers said they breastfed their children only until 18 months. The majority of infant had acute diarrhea and the rest persistent diarrhea. 3) The risk factors that were identified were: for EDA they do not wash their hands before eating, or after using the bathroom; they don't boil water; and have excessive consumption of fats, salt and treats. With respect to the I.R.A., the most common pathology was the cold, and few with bronchitis, the factors were: intense cold, exposure to wood-burning smoke, 19% live in overcrowded homes.

Keywords: E.D.A. (Acute diarrheal disease), I.R.A. (Acute respiratory infections), Incidence, Pathology, Prevalence.

TEMA:

Enfermedades prevalentes en niños en el Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia de Tufiño –Tulcán 2016.

INTRODUCCIÓN

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez.

La estrategia AIEPI se basa en identificación de unos signos, clasificación adecuada y tratamiento oportuno además descubrir la mayoría de las razones principales que se llevan un niño a una consulta, en la actualidad la Organización Panamericana de la Salud destina que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueran antes de alcanzar los cinco años de edad. La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia.

Según la Organización Mundial de la Salud se estima que unos 5,9 millones de niños murieron antes de cumplir los cinco años vida en el 2015. Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía, las complicaciones por parto prematuro, la asfixia perinatal y la malaria; aproximadamente 45% de las muertes infantiles están asociadas a problemas de malnutrición. Desde el final del periodo neonatal (primeros 28 días) hasta los cinco años, las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea y el paludismo. La malnutrición es una causa subyacente que contribuye aproximadamente a 45% del total de las muertes, ya que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves (1).

En los países en desarrollo, se estima que entre el 2 y el 3% de los niños y niñas menores de dos años, tuvieron neumonía severa lo que requirió hospitalización y las tasas de mortalidad por IRA calculadas en estos países oscilan entre 60 y 100 casos por 1.000 niños menores de cinco años (2). Estas enfermedades se relacionan con los del aparato respiratorio: nariz, oídos, garganta, bronquios, y pulmón. No todas son graves, algunas sólo requieren cuidados en casa, atención de personal de salud y las

muy graves requieren de la atención médica especializada u hospitalización. El riesgo está cuando no da los cuidados primarios adecuados, dejando que se compliquen. Los padres no saben reconocer los signos de alarma, llegando tarde a la consulta con el médico, en consecuencia, los niños y niñas se agravan y mueren, especialmente los menores de dos meses de edad.

El interés por realizar este trabajo es conocer si los factores señalados por la OMS coinciden con los factores que incidieron en el apareamiento de enfermedades prevalentes en el Centro Infantil del Buen Vivir de Tufiño. Los niños que tienen una mala nutrición, tienen más probabilidades de morir por cualquier enfermedad común como es la diarrea, neumonía y paludismo. Los factores que contribuyen a las muertes de niños menores de cinco años son: niños que no se alimentan con leche materna, agua y alimentos insalubres, falta de higiene, malnutrición, bajo peso al nacer, también afectan la mala nutrición, el hacinamiento. Es necesario un buen fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel mundial poder salvar a tiempo la vida de los niños. Esto es prevenible si se realizan controles, vacunaciones, preparando una adecuada nutrición, brindar lactancia exclusivamente materna, reduciendo la contaminación dentro de las habitaciones, ingerir agua y alimentos inocuos, mantener limpios las personas y los lugares que habitan.

La presente investigación se enfoca a determinar las Enfermedades más prevalentes y los factores que afectan a los niños del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia de Tufiño del Cantón Tulcán de la provincia del Carchi, para lo cual se caracteriza socio demográficamente al grupo de estudio, se establece la frecuencia de casos de las enfermedades prevalentes en los niños y se identifica los factores de riesgo de las enfermedades prevalentes.

Las enfermedades prevalentes en la infancia temprana son en su mayoría, patologías infectocontagiosas, de fácil prevención, auto limitadas, pero muchas veces requieren un manejo sintomático para evitar complicaciones. Las enfermedades de la infancia son causa de inasistencia de los niños a los centros de aprendizaje y por ende de ausentismo laboral de los padres.

Esta situación motiva a realizar el presente estudio aplicado al padre de familia de los niños en edades de riesgo, ya que se evaluará, analizará y educará sobre los conocimientos de prevención de enfermedades de los niños, a fin de evitar la morbimortalidad infantil. Muchos padres desconocen la evolución de estas enfermedades lo que les lleva a la automedicación con posibles complicaciones. En el área rural es necesario realizar este tipo de investigación, para determinar los factores que inciden en este problema ya que traen problemas como el ausentismo laboral de las madres de familia. Por esto es necesario además la elaboración de un poster sobre prevención de enfermedades para el Centro infantil Caritas Alegres de la Parroquia de Tufiño. De tal forma tanto profesionales, padres de familia y personas encargadas de los cuidados directos de los niños; podrán beneficiarse con el conocimiento brindado.

CAPITULO I

1. Problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema

La mortalidad en los niños menores de 5 años sigue siendo un problema importante en la mayoría de países de la Región de las Américas. A pesar de las campañas de asistencia pediátrica de la década de los 80, tales como los programas ampliados de vacunas, infecciones respiratorias agudas o enfermedades diarreicas agudas, los resultados aún no son satisfactorios. Millones de padres, cada día acuden a hospitales, centros de salud, médicos en busca de atención sanitaria para sus hijos enfermos. Los estudios indican que en muchos casos estos centros de salud no evalúan ni tratan adecuadamente a los niños, y los padres no reciben asesoramiento adecuado. Según las cifras de 2010, “cada año mueren 7,6 millones de menores de cinco años. Más de dos tercios de estas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles” (2).

En el último trimestre de 2016 la fundación de la iglesia católica, Caritas Venezuela, realizó una evaluación nutricional en 25 Parroquias, determinado desnutrición aguda presentes en 53 % de los niños menores de cinco años. El 28 % está en riesgo por desnutrición, 15 % demuestra signos de afección leve, 7 % tiene desnutrición moderada y los casos más graves alcanzan el 3 % de desnutridos severos. Las cifras más altas engrosan los niños entre seis meses y dos años. En este grupo de edad la prevalencia de desnutrición aguda global es de 22,1 %, mientras que los menores de seis meses presentaron un 14,3 % (3).

El cuidado y protección de la salud de los infantes ha sido siempre una prioridad por parte de todos los países del mundo. La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia en este sentido se compromete a reducir la mortalidad y morbilidad, y mejorar la

condición de salud de la infancia, es el punto de partida de un gran número de iniciativas que fortalecieron la importancia y extensión de las acciones.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador cumpliendo su rol rector de la salud y en el marco de las políticas, planes, programas, normas y protocolos tiene la responsabilidad de la revisión y actualización continua de las estrategias técnicas basadas en las últimas evidencias científicas, dentro del entorno de los determinantes social, económico, cultural y sanitario, que garanticen el derecho a una adecuada atención con equidad, universalidad y solidaridad a todos los niños y niñas ecuatorianos, En este contexto, el Área de Salud de la Niñez de la Dirección de Normalización del Ministerio de Salud Pública, presenta la “Norma de atención integral a la niñez”, para contribuir a mejorar la calidad de atención de los niños y niñas menores 5 años.

La mortalidad en menores de 5 años abarca un grupo de enfermedades infecciosas como las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, el sarampión, la sepsis y la desnutrición que sin ser infecciosa contribuye a que los pacientes evolucionen a la muerte. El conjunto de estas enfermedades afecta a los niños del Ecuador y en especial a los niños menores de cinco años de la Parroquia de Tufiño.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las enfermedades prevalentes en los niños que asisten al Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño 2016?

1.3. Justificación

Las enfermedades prevalentes en la infancia temprana son en su mayoría, patologías infectocontagiosas, de fácil prevención, por lo general auto limitadas, pero que muchas veces requieren un manejo sintomático para evitar posteriores complicaciones. Las enfermedades de la infancia son la principal causa de ausentismo laboral por parte de los padres y de la inasistencia de los niños a los centros de cuidado o de aprendizaje.

Esta situación nos motiva a realizar el presente estudio aplicado al padre de familia de los niños en edades de riesgo, ya que se evaluará, analizará y educará sobre los conocimientos de prevención de enfermedades de los niños, a fin de evitar la morbimortalidad infantil.

El desconocimiento de la evolución normal de estas enfermedades puede traer consigo la automedicación por parte de padres o cuidadores, un gasto innecesario de recursos y posibles complicaciones y resistencia a los antibióticos.

En el área rural es necesario realizar este tipo de investigación, para determinar los factores que inciden en este problema: por ejemplo, el ausentismo laboral de las madres de familia en este sector en comparación a las áreas urbanas; otros factores importantes son la falta de alimentación que deterioran la salud y la precariedad de los servicios de agua y saneamiento.

Por estas razones se ha planificado el avance de este estudio y la elaboración de un poster sobre prevención de enfermedades para el Centro infantil Caritas Alegres de la Parroquia de Tufiño. De tal forma tanto profesionales, padres de familia y personas encargadas de los cuidados directos de los niños; podrán beneficiarse con el conocimiento brindado a través de charlas, para identificar oportunamente las enfermedades de la infancia.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General:

Caracterizar las enfermedades prevalentes en niños del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, en el año 2016

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente al grupo de estudio del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño.
- Definir las enfermedades en los niños del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño.
- Identificar factores de riesgo de las enfermedades prevalentes de los infantes del Centro Infantil en estudio
- Elaborar un poster educativo sobre prevención de enfermedades en la infancia

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la situación socio demográfica de la población en estudio de la Parroquia de Tufiño?
- ¿Cuáles son las enfermedades de los niños del Centro Infantil “Caritas Alegres” de Tufiño?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo de las enfermedades prevalentes de los infantes en estudio?
- ¿El poster educativo expuesto en el Centro Infantil contribuye a socializarla prevención de enfermedades de prevalentes de la infancia?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco referencial

2.1.1. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas que tienen las madres de menores de 5 años acerca de la atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el distrito de Quilmaná – Cañete en México en el año del 2016, obteniéndose los siguientes resultados: los conocimientos de las madres referentes a la atención integrada del cuidado del menor de 5 años fueron buena y muy buena, pero existen debilidades relacionadas a VIH-SIDA. El 28,7% refirió que disminuye la leche cuando el niño tiene diarreas. El 26% no tuvo claro a qué edad deben incluir en la alimentación la vitamina A y el hierro. El 17% no conocía la importancia de que el padre acompañe al niño al establecimiento de salud a su control o consulta, y en la práctica el 64,9% de las madres no interactúan con sus niños de forma lúdica. En conclusión si existe una relación significativa entre los conocimientos que tiene la madre y las prácticas que realiza en la atención integrada del cuidado de su niño menor de 5 años (4).

2.1.2. Enfermedad neumológica invasiva en población infantil de Valenciana.

En este estudio realizado en el año de 2013 se determinó que la enfermedad neumológica es la causa frecuente de morbilidad y mortalidad entre la población infantil. La reciente autorización de la vacuna conjugada heptavalente ha incrementado el interés científico. Los datos obtenidos de las historias clínicas de los niños menores de 15 años, son con aislamiento del neumococo. La evolución de la incidencia se valoró mediante la comparación de tasas, los signos clínicos y su evolución. Se registró

un total de 127 casos, lo que representa un promedio de tasa anual de 3,89/105 habitantes en los menores de 15 años y de 20,14 en los menores de 2 años. Presentaron antecedentes de problemas de salud un 29,1% de los pacientes. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron sepsis/bacteriemia (38%), neumonía (31%) y meningitis (24%). Al alta, presentaban secuelas 10 niños, de los que el 75% eran menores de 2 años. Fallecieron 8 niños (letalidad del 6,3%)(5) .

2.1.3. Prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años en San Pedro Chirilagua y Uluazapa de Lima.

En este estudio el objetivo fue determinar la prevalencia de desnutrición en los niños menores de 5 años de las UCSF de Uluazapa y San Pedro Chirilagua en el departamento de San Miguel y UCSF Periférica de Santa Rosa de Lima para establecer factores que pueden favorecer la prevalencia de desnutrición. Se determinó que la prevalencia de desnutrición en San Pedro Chirilagua y Uluazapa es de 4.6% y en Santa Rosa de Lima es de 5.04%; se conoció que factores como el tipo de vivienda, tipo de letrina de la familia, y los ingresos, favorecen la prevalencia de desnutrición; también se determinó que la edad más prevalente de desnutrición es la de 2 a 5 años es del 68% y el sexo más prevalente es el femenino con el 55.5% (6).

2.1.4. Perfil Conocimiento de los padres sobre signos de alarma en niños menores de 5 años.

En este trabajo el objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento que tienen los padres sobre los signos de alarma en menores de 5 años y la concurrencia inmediata a un establecimiento de salud. Se determinó que el 82,1% de madres conocen por lo menos 2 signos de alarma de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y solo el 44.6% lleva al centro de salud; el 60,7% conocen los signos de alarma sobre Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y el 28.6% les lleva a su hijo al centro de salud. No se encontró relación significativa entre el conocimiento de los signos de alarma y la concurrencia al establecimiento de salud para ser atendidos(7).

2.1.5. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años

El objetivo de este estudio fue determinar los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años de Cala-marca (La Paz, Bolivia) sobre signos de alarma en infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) para concurrir a un servicio de salud entre julio y septiembre de 2006. Los resultados fueron que la mitad reconoció la deshidratación severa (58.2%) y la disentería (59.5%) como signos de alarma del EDA. En relación a IRA, aproximadamente un tercio consideró signo de alarma la dificultad respiratoria (39.8%) e identifica la respiración rápida y la respiración ruidosa como signo de alarma en más del 50% de los casos. En conclusión se determinó que la falta de reconocimiento de signos de alarma en madres del área rural podría ser un factor determinante de mayor morbilidad y mortalidad infantil(8).

2.1.6. Perfil de morbilidad por enfermedades infecciosas de las comunidades indígenas de Casanare, Colombia.

El propósito de esta investigación fue establecer el perfil de morbilidad infecciosa en la población indígena ubicada en el departamento de Casanare durante los años 2010 a marzo de 2012. Se usaron datos registrados por las instituciones encargadas de su atención y los recolectados por la Secretaría de Salud de Yopal. Los resultados mostraron que las enfermedades de tipo infeccioso prevalentes en las comunidades indígenas estudiadas son: diarrea con 702 casos, infección de vías respiratorias 570 casos y parasitismo intestinal 187 casos(9).

2.1.7. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años

Este estudio realizado en Cuba, señala que se mantienen dentro de los principales problemas de salud, y permanecen como grupos de edades más vulnerables desde los 0 hasta los 4 años. La detección y valoración de los factores de riesgo, unidos a medidas de promoción de salud, medidas específicas de prevención y atención médica,

aplicadas por un personal calificado a tal efecto, podrían reducir la morbilidad y sus complicaciones, así como en la mortalidad por IRA, y disminuir costos derivados del uso excesivo e inapropiado de los medicamentos, sobre las IRA y la educación a familiares es un aspecto imprescindible para lograr un manejo integral de estas entidades y, consecuentemente, afrontar correctamente este tipo de problema de salud(10).

2.1.8. Enfermedades prevalentes en niños guatemaltecos menores de 5 años

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 1643 niños menores de 5 años de edad, atendidos en la consulta de Pediatría del Hospital Nacional San Pedro Necta, perteneciente al municipio de San Pedro Necta en el Departamento de Huehuetenango, Guatemala, desde junio del 2008 a mayo del 2010, con vistas a caracterizarles y determinar la morbilidad por enfermedades prevalentes en ellos. Los datos se obtuvieron de las consultas y de las historias clínicas. Se determinó que en la serie predominaron las infecciones respiratorias agudas, causadas principalmente por el catarro común. Factores que incidieron fueron los contaminantes ambientales (humo de biomasa y ambiente polvoriento en el hogar), las madres con baja escolarización y madres en edades adolescentes. La tasa bruta de morbilidad por IRA resultó la más elevada en el bienio estudiado (57,5 por cada 100 pacientes atendidos en consulta); en tanto la tasa de morbilidad específica relativa a grupos etarios fue de: 60,1% de 1-4 años, 33,0% en lactantes mayores y 6,8% en los lactantes pequeños(11).

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Localización de la Parroquia Tufiño.

La Parroquia Rural Tufiño se establece durante sesión extraordinaria del 6 de junio de 1935 a las cuatro y media de la tarde, bajo el cargo del Presidente de aquel entonces Don. Enrique Proaño. De acuerdo al Registro Oficial No. 178 de abril de 1941. Los límites de la Parroquia Tufiño, constantes en la ordenanza expedida por el Concejo Cantonal de Tulcán el 18 de octubre de 1940 son los siguientes: y pertenece al Cantón Tulcán, Provincia del Carchi. La Parroquia Tufiño está situada al norte de la República del Ecuador. Su cabecera se encuentra a una altitud de 3200 metros sobre el nivel del mar. Su clima es frío andino debido su proximidad al volcán Chiles. Se encuentra a 20 Km de Tulcán, comunicada por la Vía Colectora Maldonado-Tulcán y por una vía secundaria que conecta a varios municipios del departamento de Nariño en Colombia (13).

Tufiño cuenta con 2.339 habitantes (1.168 mujeres y 1.171 hombres) y la tasa de crecimiento anual de la Parroquia, en los últimos 20 años, aumento en 3,06% entre 1990 y 2010. La proyección referencial a nivel Parroquial para 2015 es de 2.608 personas. La tasa de crecimiento promedio anual entre 2010 y 2015 fue de 2,18% y experimentará una baja en los próximos cinco años, con un promedio de 1,20%. Y la tasa de niños entre las edades de 1 a 3 años es de 300 niño en el 2016 (13).

En la Parroquia Tufiño se llevan a cabo fiestas religiosas y cívicas, entre las principales celebraciones está las fiestas de Parroquialización (6 de junio), la fiesta en honor al Señor del Río, patrono de la Parroquia del 11 al 26 de enero, con misa solemne, procesión, toros populares y verbena; celebración de Semana Santa, día de Difuntos, fiesta por Navidad y Año Nuevo. Otras fiestas religiosas de celebración son: la Virgen de las Mercedes, la Virgen del Quinche, la Virgen de las Lajas, la Virgen del Carmen, la Virgen de Fátima, el Niño Jesús y la de San Francisco de Asís(13).

El Plan Estratégico establece un impacto positivo en el Caserío, de manera que la demanda de visitantes y turistas genere divisas que contribuyan a un crecimiento económico en esta zona. El turismo es una fuente inagotable de ingresos, es decir favorece el desarrollo humano en este sector de la Provincia del Carchi, ya que esta Parroquia es agrícola-ganadera, de ahí obtiene el mayor ingreso económico para su desarrollo.

2.2.2. Localización Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño.

El Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia de Tufiño en el año de 1983 se encontraba ubicado en la casa del Sr. Segundo Rosero, a 100 mtrs al norte de la Escuela Mixta “Los Ríos Tufiño”. Ya en 1990 se construye la infraestructura en terrenos del Municipio del Cantón Tulcán, entre las calles Bolívar y 11 de Abril frente al coliseo de la misma Parroquia. Tiene capacidad para 30 niños de los diferentes barrios aledaños a la Parroquia y niños de Colombia que es el Corregimiento de Chiles, tiene una infraestructura adecuada para buena atención a los niños que acuden al CIBV, las personas encargadas en la atención son cinco personas las cuales son: tres bachilleres (Srtas. Irene Morales, Mercedes Chiles, Erika Chiles), una Licenciada (Sra. María Muñoz) en Cuidado Directo a la Infancia y una persona con primaria que se encarga de la cocina (Sras. Alicia Pérez). Asisten niños desde los 18 meses hasta los 36 meses de edad, luego ya son incorporados a la escuela a grado inicial. El presupuesto para el funcionamiento del Centro Infantil Caritas Alegres está sustentado por el Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) y por el Ministerio de Inclusión Social (MIES).

2.3. Marco conceptual

La situación de la salud infantil en la región de las Américas constituye una preocupación constante para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), además de que forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) declarados por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2000. Es por ello, que motivada por los preocupantes índices de salud que notifican los países de la región, la OPS ha

comprometido sus esfuerzos en el logro de la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil(14).

Conociendo que la salud es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). Las enfermedades prevalentes de la infancia son aquellas que afectan a los niños y que comprometen su vida de cada uno de los infantes.

2.3.1. Prevalencia

La prevalencia se define como el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado. Existen dos tipos de prevalencia: Prevalencia puntual y Prevalencia de periodo(15)

$$\text{Prevalencia} = \frac{(\text{Nro casos} + \text{Nro. casos antiguos})}{\text{Población total}} * 100$$

2.3.2. Incidencia

La incidencia refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición. Se puede medir con dos índices: incidencia acumulada y densidad (o tasa) de incidencia. La Incidencia acumulada, es la proporción de individuos que desarrollan el evento durante el periodo de seguimiento. (16)

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Nro. De eventos}}{\text{Nro. De individuos susceptibles al comienzo}}$$

2.3.3. A.I.E.P.I.

Es una estrategia de salud, que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas menores de 5 años. Brinda una herramienta de trabajo concreta para fortalecer la integración de los servicios de salud, tanto en una misma institución, como entre instituciones de salud (hospitales, centros de salud, puestos de salud), agentes comunitarios y otros sectores que trabajan con la infancia.

En los servicios de salud, la estrategia AIEPI promueve el diagnóstico de las enfermedades más frecuentes de la infancia que son vistas en consultorios para pacientes ambulatorios, garantiza el tratamiento apropiado de todas las enfermedades principales, fortalece los consejos a las personas que se encargan de atender a las niñas y niños, y acelera la referencia a los servicios de salud, de niños gravemente enfermos.

Los Objetivos de la estrategia AIEPI son:

- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la ocasionada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.
- Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, tuberculosis, malaria, además de los trastornos nutricionales.
- Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años, tanto en los servicios de salud como en el hogar.
- Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.

- Apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los niños menores de 5 años y la protección del ambiente.

Los componentes de la estrategia AIEPI son:

- La estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia se operacionaliza a través de tres componentes:
 1. El primero consiste en el Mejoramiento del desempeño del Personal de Salud, que incluye la adaptación, la capacitación y el seguimiento posterior para la prevención y control de enfermedades infantiles
 2. El segundo, Fortalecimiento de los Servicios de Salud, para apoyar al trabajador de salud en sus tareas permanentes para que ofrezcan una atención de buena calidad
 3. El tercero el Mejoramiento de las Prácticas Familiares y Comunitarias que incluye las intervenciones que se hacen desde el servicio de salud, cuando se atiende a la madre y al niño, y las acciones en el hogar y la comunidad en beneficio de la salud de los niños.
- Las intervenciones de la Estrategia AIEPI en el hogar son:
 - Educar a la madre y otros responsables del cuidado del niño.
 - Enseñar los signos generales de peligro para la búsqueda oportuna de atención.
 - Manejo precoz de los casos.
 - Búsqueda apropiada de asistencia.
 - Brindar atención de seguimiento para controlar la evolución del niño a partir del tratamiento indicado, o de las recomendaciones para su cuidado (17).

2.3.4. Enfermedades Prevalentes

- **Diarrea.**

Es un cambio en las evacuaciones intestinales que causa heces más blandas que lo normal. Las heces son lo que queda una vez que el sistema digestivo absorbe los nutrientes y líquidos de lo que usted come y bebe. Las heces salen del cuerpo a través del recto. Si los líquidos no se absorben, las heces serán blandas y líquidas. Las heces también serán blandas y líquidas si el sistema digestivo produce un exceso de líquidos.

En la diarrea el contenido de agua en las heces es más elevado que el nivel normal, deposiciones normales frecuentes no constituyen diarrea y, generalmente, la cantidad de deposiciones diarreicas depende de la dieta y la edad del niño o niña. En muchas regiones, la definición de diarrea incluye 3 o más deposiciones sueltas o líquidas en un periodo de 24 horas. Los bebés que se alimentan exclusivamente con leche materna suelen tener heces blandas, pero no se considera diarrea. La madre de un lactante puede reconocer la diarrea porque la consistencia o la frecuencia de las heces son diferentes a lo normal(17).

Los síntomas de la diarrea son:

- Inflamación en el abdomen
- Sensación de molestia alrededor del ano
- Necesidad urgente de evacuar los intestinos
- Incapacidad de controlar los intestinos (incontinencia fecal)
- Escalofríos
- Fiebre
- Deshidratación

A veces no se puede determinar ninguna causa para la diarrea, pero las causas más comunes son:

- Bacterias, virus o parásitos (organismos muy pequeños que viven dentro de un organismo más grande)
- Medicinas como los antibióticos
- Alimentos como la leche

Los tipos de diarrea en niños menores de 5 años, en la mayoría de los casos son sueltas o acuosas, el cólera es un ejemplo de diarrea suelta o acuosa pero solo una baja proporción de las diarreas sueltas o acuosas se deben al cólera.

- **Diarrea aguda.** - dura menos de 14 días, provoca deshidratación y contribuye a la mal nutrición. Generalmente la muerte de un niño con diarrea aguda se debe a deshidratación.
- **Diarrea persistente.** - dura 14 o más, aproximadamente el 20% de los episodios de diarrea son persistentes. El tipo de diarrea suele ocasionar problemas nutricionales que contribuyen a la mortalidad de los niños con diarrea, no hay deshidratación.
- **Disentería.** - diarrea con sangre en las heces, con o sin moco, la causa más común de la disentería es la bacteria Shigella, la disentería amebiana es inusual en niños y niñas pequeñas. Un niño puede parecer diarrea y disentería.

La deshidratación de niños y bebés ocurre cuando existe la falta de líquidos en el cuerpo necesarios para que lleve a cabo sus funciones a nivel óptimo. Los bebés y niños pequeños son los que corren el mayor riesgo de padecerla.

La deshidratación significa que el cuerpo no tiene líquido suficiente para funcionar en forma adecuada. El cuerpo pierde líquido siempre que respira, suda, orina o evacúa los intestinos. La diarrea aumenta la pérdida de líquidos a través de las evacuaciones. Junto con el líquido, se pierde sales (sustancias químicas que el cuerpo necesita para funcionar correctamente).

Los síntomas son:

- Vómitos,
- Diarrea,
- Sudoración,
- Poca ingesta de líquidos,
- Ojos hundidos,
- Lengua y mucosa de la boca secas o pegajosas,
- Fontanelas hundidas en los lactantes
- Falta de elasticidad en la piel, llanto sin lágrima,
- Fiebre alta.
- Intranquilo irritable
- Ojos hundidos
- Signos de pliegue cutáneo la piel vuelve lentamente a su estado anterior.

Los tratamientos para la deshidratación y diarrea son:

Plan A.- Tratar la diarrea en casa. Enseñar a los padres las 3 reglas del tratamiento en casa: darle más líquidos, continuar alimentándole y cuando regresar al control.

- Darle el seno con más frecuencia durante más tiempo cada vez.
- Si el niño se alimenta exclusivamente con leche materna, dele suero oral además de la leche materna.
- Si el niño no se alimenta exclusivamente con leche materna, darle además de la leche materna líquidos caseros y suero oral.
- Enseñar a los padres a preparar y dar el suero oral entregarle 2 sobres de suero oral para usar en la casa.
- Mostrar a los padres la cantidad de líquido adicional que debe darle al niño después de cada deposición diarreica.
- Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquido en tasa y con cuchara.

- Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente.
- Continuar dando más líquido hasta que la diarrea pare.
- Continuar con la alimentación habitual de manera fraccionada
- Informar a los padres cuando regresar al control.

Plan B.- Tratar la deshidratación con suero oral. Administrar durante cuatro horas en el servicio de salud, la cantidad recomendada de SRO.

- Determinar la cantidad de suero oral que deberá administrarse durante las primeras 4 horas.
- Si el niño quiere más suero oral que la cantidad indicada darle más.
- Verificar la ingesta de suero oral mientras el niño permanece en el servicio de salud.
- Indicar a los padres como administrar la solución de suero oral.
- Dar con frecuencia pequeños sorbos de suero oral con tasa y cuchara
- Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar, pero mas lentamente.
- Continuar dándole el seno siempre que el niño lo desee
- Cuatro horas después, reevaluar al niño y clasificar la deshidratación
- Seleccionar el plan adecuado para continuar el tratamiento.
- Comenzar a alimentar al niño según tolerancia.
- Si los padres tienen que irse antes que se termine de administrar el tratamiento
- Enseñar a preparar la solución de suero oral en casa
- Mostrar la cantidad de suero oral que deben administrar para terminar las cuatro horas de tratamiento en casa
- Entregar suficientes sobres de suero oral para terminar la rehidratación.
- Entregar también 2 sobres de suero oral tal como se recomienda en el plan A.

Plan C.- Tratar rápidamente la deshidratación grave.

- Administrar líquidos inmediatamente por vía intravenosa.
- Si el niño puede beber, darle SRO mientras se instale el equipo de venoclisis.
- Evaluar al niño cada hora, si la deshidratación no mejora, aumentar la velocidad del goteo intravenoso
- Dar también SRO apenas pueda beber.
- Al cabo de 3 horas clasificar la deshidratación y seleccionar el plan aprobado(17).

- **Infecciones respiratorias agudas.**

Son la inflamación, de origen generalmente infeccioso, de la vía aérea y/o de los pulmones. Eso hace que al bebé le cueste trabajo respirar normalmente y por eso aparece un pequeño silbido en su respiración. Son un conjunto de enfermedades que afectan las vías por donde pasa el aire en el cuerpo humano y son causadas tanto por virus como por bacterias

Tipos de I.R.A.

- Resfrío común
- Sinusitis
- Faringitis, amigdalitis
- Bronquitis
- Otitis media
- Neumonía
- Nasofaringitis, rinofaringitis

Signos y síntomas

IRA sin neumonía	Tos, rinorrea, exudado purulento en faringe, fiebre, Otagia, otorrea, disfonía y odinofagia.
IRA con neumonía leve	Se agrega: taquipnea (menores de 2 meses más de 60x', de 2 a 11 meses más de 50x' y de 1 a 4 años más de 40 x')
IRA con neumonía grave	Se agrega: Aumento de la dificultad respiratoria, tiraje, cianosis y en los menores de 2 meses hipotermia.

Diagnóstico

- Los rayos X
- Los errores más frecuentes en el diagnóstico son:
 - Inadvertencia de signos tempranos de neumonía
 - Solicitud excesiva o inadecuada de exámenes de laboratorio
 - Clasificación equivocada

Tratamiento

IRA sin neumonía	Incrementar ingesta de líquidos Mantener la alimentación habitual. No suspender la lactancia al seno materno. Si hay otorrea: limpieza del conducto auditivo externo Control del dolor y el malestar general, con: acetaminofen 60 mg/kg./día por vía oral, divididos en cuatro a seis tomas. No usar ácido-acetil-salicílico o vasoconstrictores nasales Control de la temperatura con medios físicos No aplicar supositorios para la fiebre, en menores de un año. No utilizar antitusivos o antihistamínicos
IRA con neumonía leve	Antibiótico: trimetoprim con sulfametoxazol 8/40 mg/kg/día, dividido en 2 tomas, cada 12 horas, 7 días V.O. o bencil penicilina procainica 400 000 UI, cada 24 horas, por 7 días. I.M

	<p>Incrementar ingesta de líquidos.</p> <p>Alimentación habitual, en pequeñas fracciones, más veces al día.</p> <p>Control de la temperatura con medios físicos cuando es menor de 38° C. Se administrará acetaminofén 60 mg/kg./día V.O. dividido cada 6 horas sin pasar de 5 dosis al día cuando la temperatura es mayor de 38° C.</p> <p>En caso de sibilancias: salbutamol jarabe 0.2-0.3 mg/kg/día en tres tomas, V.O. En menor de un año valorar la respuesta en una a dos horas. Si es positiva, continuar con salbutamol; si es negativa, suspender. En mayores de un año continuar</p> <p>Educación a la madre para que sea capaz de reconocer signos de alarma. Si identifica alguno de los signos indicarle que acuda de inmediato a la unidad de salud.</p>
IRA con neumonía grave	<p>Envío inmediato al hospital más cercano, donde se instalará el tratamiento adecuado</p> <p>Traslado con oxígeno (15)</p>

- **Fiebre**

Un niño con fiebre puede tener malaria, sarampión u otra enfermedad grave, de lo contrario tal vez tenga tos, resfriado simple u otra infección vírica.

La fiebre, conocida a veces como temperatura o calentura, es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal. La temperatura normal del cuerpo humano es de 37 °C (98,6° F).¹La fiebre actúa como respuesta adaptativa que ayuda al cuerpo a combatir los organismos que causan enfermedades y surge en respuesta a unas sustancias llamadas pirógenos que se derivan de bacterias o virus que invaden el cuerpo, o que son producidas por las propias células. Debido al sistema inmunitario poco experimentado con el que cuentan, los niños son más propensos a sufrir fiebres elevadas.

La fiebre está relacionada habitualmente con la estimulación del sistema inmunitario del organismo. En este sentido, puede ser útil para que el sistema inmunitario tome ventaja sobre los agentes infecciosos, haciendo al cuerpo humano menos receptivo para la replicación de virus y bacterias, sensibles a la temperatura.

La principal y más importante complicación de la fiebre son las convulsiones y en la hiperpirexia el desequilibrio hidroelectrolítico. Pero en general, el aumento moderado de la temperatura corporal no reviste mayor gravedad y más bien puede tener un efecto potenciador de la respuesta inmune.

- **Sarampión**

El sarampión es una enfermedad infecciosa, exantemática como la rubéola y la varicela, bastante frecuente, especialmente en niños o adolescentes, causada por un virus, específicamente un paramixovirus del género Morbillivirus. Se caracteriza por típicas manchas en la piel de color rojo (exantema) así como fiebre y un estado general debilitado. También puede, en algunos casos de complicaciones, causar inflamación en los pulmones y el cerebro que amenazan la vida del paciente(16).

El diagnóstico se hace por el cuadro clínico y la detección de anticuerpos en la sangre. No existe terapia específica para el tratamiento de la enfermedad, sin embargo, se puede prevenir la enfermedad mediante la vacunación. La vacuna triple vírica SPR ha reducido el número de infecciones en el pasado. En la mayoría de los países, la enfermedad es de declaración obligatoria a las autoridades de salud social.

El sarampión usualmente dura de 4–12 días, durante los cuales no hay síntomas. Las personas infectadas permanecen contagiosas desde la aparición de los primeros síntomas hasta los 3–5 días después de la aparición del sarpullido.

El primer síntoma suele ser la aparición de fiebre alta, que puede alcanzar los 40 °C, por lo menos tres días, toscoriza (nariz moqueante), conjuntivitis (ojos rojos). Las manchas de Koplik que aparecen dentro de la boca son patognomónicas (su aparición

diagnostica la enfermedad) pero son efímeras, desapareciendo en unas 24 horas de haber aparecido. Otro síntoma es la Exantema que aparece tres o cuatro días después de comenzar la fiebre, es una erupción cutánea de color rojizo que desaparece al presionar con el dedo. El característico exantema del sarampión es descrito como una erupción generalizada, maculo papular, que comienza 2-3 días después de la aparición de la fiebre y de la sintomatología catarral(16).

Aparecen primero detrás de las orejas, se extiende luego progresivamente a la frente, mejillas, cuello, pecho, espalda, extremidades superiores, abdomen y, por último, a las extremidades inferiores, por lo que se dice que el brote sigue una dirección de cabeza a pies, con discreto picor. Al tercer día, el brote palidece; al cuarto, se vuelve de color pardusco, ya no se borra con la presión y la piel tiende a descamarse; desaparecer en el mismo orden que apareció. Por esa razón se suele decir que el salpullido se "mancha", cambiando de color de rojo a café oscuro, antes de desaparecer. La erupción y la fiebre desaparecen gradualmente durante el séptimo y décimo día, desapareciendo los últimos rastros de las erupciones generalmente a los 14 días, con descamación ostensible

El sarampión es un patógeno de transmisión aérea altamente contagioso, el cual se propaga primordialmente a través del sistema respiratorio. El virus es transmitido en secreciones respiratorias, y puede ser pasado de persona a persona vía gotas en aerosol que contienen partículas del virus, como las producidas por un paciente con tos. Una vez que la transmisión ocurre, el virus infecta las células epiteliales de su nuevo huésped, y pueden replicarse en el tracto urinario, el sistema linfático, la conjuntiva, los vasos sanguíneos y el sistema nervioso central.

Los humanos son los únicos huéspedes naturales conocidos del sarampión, aunque el virus puede infectar algunas especies no humanas de primates. Los anticuerpos maternos protegen a los lactantes pequeños contra el sarampión durante aproximadamente 6 meses y luego la protección desaparece gradualmente, en su mayoría los casos corresponden a niños de 6 meses a 2 años de edad. El hacinamiento y la mal nutrición contribuyen a aumentar el riesgo de una edad temprana.

El sarampión es causado por un virus que infecta la piel y las capas de células que revisten los pulmones, los intestinos, la boca, los ojos y la garganta. El virus del sarampión daña el sistema inmunitario incluso muchas semanas después de su aparición por, lo cual el niño queda expuesto a otras infecciones.

En aproximadamente el 30% de los casos se producen complicaciones derivadas del sarampión, las más importantes son: Diarrea incluida la disentería y la diarrea persistente, neumonía, estridor, úlceras en la boca, otis supurativa, conjuntivitis.

En aproximadamente uno de cada mil casos se produce encefalitis. Un niño con encefalitis puede presentar signos generales de peligro como convulsiones, letargia o pérdida de conocimiento. El sarampión contribuye a la mal nutrición porque causa diarrea, fiebre alta y úlceras en la boca(16).

La inmunización ó vacunación de tantos niños como sea posible es la mejor manera de prevenir el sarampión. Dos dosis de vacuna del sarampión se recomiendan para todos los niños. La primera dosis del sarampión en combinación con la de las paperas y de la rubeola (MMR) se debe administrar a los 12-15 meses de edad y la segunda dosis cuando el niño comienza la escuela primaria ó la escuela secundaria. Una persona con sarampión debe permanecer lejos de la escuela, de la guardería ó de otros lugares donde otras personas se podrían exponer por lo menos durante cuatro días después de que aparece la erupción.

- **Rubeola**

La rubéola es una infección que afecta prioritariamente a la piel y los ganglios linfáticos. Está provocada por el virus de la rubéola (que no debe confundirse con el virus que provoca el sarampión), que generalmente se transmite mediante la inhalación de gotitas procedentes de la nariz o la garganta de personas infectadas. También la puede transmitir una mujer embarazada a su hijo antes del nacimiento. Puesto que se trata de una enfermedad que suele ser leve, el principal riesgo médico de la rubéola es

la infección de una mujer embarazada, lo que puede provocar un síndrome de rubéola congénita en el feto en proceso de desarrollo.

La infección por rubéola puede empezar con uno o dos días de febrícula (entre 37,2 y 37,8° C) y ganglios linfáticos inflamados y dolorosos al tacto, generalmente en la parte posterior del cuello y detrás de las orejas. Seguidamente aparece una erupción cutánea que empieza en la cara y se extiende por el resto del cuerpo en sentido descendente. A medida que se va extendiendo por el tronco, la erupción suele ir desapareciendo de la cara. Esta erupción suele ser el primer signo de la enfermedad que detectan los padres.

La erupción de la rubéola tiene un aspecto similar al de otras erupciones de origen vírico. Consiste en granitos de color rosa o rojo claro que se agrupan formando áreas de color uniforme. La erupción puede cursar con picor y puede durar hasta tres días. A medida que va remitiendo la erupción, a veces la piel afectada se descama en láminas muy finas.

Otros síntomas de la rubéola, que son más frecuentes en la población adulta y adolescente, incluyen: dolor de cabeza; pérdida del apetito; conjuntivitis leve (inflamación de la capa que recubre el interior de los párpados y los globos oculares); nariz tapada o secreción nasal; ganglios linfáticos inflamados en otras partes del cuerpo; y dolor e inflamación de las articulaciones (especialmente en las mujeres jóvenes). Muchas personas que contraen la rubéola tienen pocos síntomas o ningún síntoma en absoluto.

Cuando una mujer embarazada contrae la rubéola, puede provocar en el feto un síndrome de rubéola congénita, con consecuencias potencialmente devastadoras para el bebé en proceso de desarrollo. Los niños que contraen la rubéola antes de nacer corren el riesgo de presentar retraso del crecimiento; deficiencia mental; malformaciones en el corazón y los ojos; sordera; y problemas en el hígado, el bazo y la médula ósea.

La rubéola se contagia de una persona a otra a través de pequeñas gotas de secreciones contaminadas procedentes de la nariz y la garganta. Las personas con rubéola son más contagiosas durante el período de tiempo comprendido entre una semana antes y una semana después de la aparición de la erupción. Las personas que están infectadas, pero todavía no presentan síntomas también pueden contagiar el virus.

Los lactantes afectados por el síndrome de rubéola congénita pueden transmitir el virus a través de la orina y las secreciones de la nariz y la garganta durante un año o más y pueden contagiar la enfermedad a aquellas personas que no están inmunizadas.

El período de incubación de la rubéola oscila entre 14 y 23 días, con un promedio de 16 a 18 días. Esto significa que un niño puede tardar 2 y hasta 3 semanas en desarrollar la enfermedad tras haberse expuesto a una persona infectada.

La erupción de la rubéola típicamente dura tres días. Los ganglios linfáticos pueden permanecer inflamados durante una semana o más, y el dolor articular puede durar más de dos semanas. Los niños que contraen la rubéola se suelen recuperar en el plazo de una semana, pero los adultos pueden tardar más tiempo.

La rubéola se puede prevenir poniéndose la vacuna correspondiente. Los programas de vacunación sistemática contra la rubéola son fundamentales para controlar la propagación de la enfermedad y, por lo tanto, también para prevenir los defectos de nacimiento asociados al síndrome de rubéola congénita(20).

La vacuna se suele administrar entre los 12 y los 15 meses de edad como parte de la vacuna triple (que protege de las paperas, el sarampión y la rubéola). Generalmente se administra una segunda dosis de esta vacuna entre los cuatro y los seis años. Como ocurre con todos los programas de vacunación, hay excepciones importantes y circunstancias especiales. El pediatra de su hijo dispondrá de información actualizada al respecto.

No existe un tratamiento específico para la rubéola. La actuación de los especialistas durante la enfermedad suele centrarse en el control de los síntomas y va dirigida a mitigar la fiebre y el malestar general, como si se tratara de un proceso gripal. Se recomienda reposo y el aislamiento del paciente para evitar nuevos contagios. Hay que acudir al pediatra si el niño con rubéola respira con dificultad o la tos dura más de cuatro o cinco días. Se administran antibióticos en caso de infecciones bacterianas (otitis o neumonía).

Normalmente, los síntomas son tratados con paracetamol hasta que la enfermedad termina por desaparecer. Sin embargo, no hay tratamientos disponibles para la rubéola congénita.

Por lo general, la rubéola es una enfermedad leve, sobre todo en la población infantil. Los niños infectados generalmente se pueden tratar en casa. Controle la temperatura corporal de su hijo y llame al pediatra si le sube demasiado la fiebre.

Para mitigar las molestias, puede administrar a su hijo paracetamol o ibuprofeno. Evite administrar fármacos que contengan ácido acetil salicílico, como la aspirina, a un niño que tenga una enfermedad de origen vírico, puesto que su uso en tales circunstancias se ha relacionado con el desarrollo de una enfermedad grave conocida como síndrome de Reye que puede provocar insuficiencia hepática e incluso la muerte(20).

- **Desnutrición y anemia**

Un niño con desnutrición puede ser más susceptible a numerosos tipos de enfermedades y estas cursan con mayor gravedad, el reconocimiento y tratamiento de niños con desnutrición puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte. Algunos casos de desnutrición pueden tratarse en casa mientras que los casos graves deben referirse al hospital para recibir alimentación especial, transfusiones de sangre, o un tratamiento específico para la enfermedad que contribuye a la desnutrición.

Las causas de desnutrición son:

- Disminución de la ingesta dietética.
- Mal absorción
- Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía.
- Psicología: Depresión o anorexia nerviosa.
- La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento.
- La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta.

Las clases de desnutrición son:

Kwashiorkor o síndrome pluricarencial.- Trastorno dietético grave observado en niños entre los 10 meses y los tres años, que se debe a una malnutrición severa que incluye una carencia de nutrientes vitales básicos y un déficit importante de proteínas. Estos niños siempre están hambrientos, y sus padres, en un intento de aliviar el hambre y de aportar las necesidades energéticas, les suministran grandes cantidades de hidratos de carbono que por sí solas tienen un valor nutricional bajo. El término kwashiorkor procede de una palabra de Ghana que significa _afección del niño que deja de mamar. El kwashiorkor es una enfermedad de los países en desarrollo y con probabilidad la más frecuente de todas las enfermedades nutricionales.

El trastorno se produce cuando el niño es destetado y, por consiguiente, privado del elevado valor nutricional y contenido proteico de la leche materna. También puede aparecer porque el apetito del niño esté afectado por otra enfermedad, en particular infecciones como el sarampión y las gastroenteritis. Debido a que los anticuerpos están formados por proteínas, los niños con una ingesta proteica muy baja son más susceptibles a padecer infecciones y presentan una escasa resistencia frente a éstas. De

hecho, son inmuno deficientes y suelen fallecer en la infancia a causa de infecciones generalizadas.

El aspecto de un niño con kwashiorkor es inconfundible. Tal vez las características inmediatas más llamativas son la expresión de gran tristeza del rostro y el llanto débil casi continuo. A primera vista, el niño con kwashiorkor no parece mal nutrido. La cara es redonda y rolliza, el grosor de las extremidades parece adecuado y el abdomen es prominente. Sin embargo, esta apariencia es engañosa. Se debe a una acumulación anormal de líquido trastorno conocido como edema. La presencia de proteínas en sangre es tan baja que no pueden retener agua mediante el proceso osmótico normal, de modo que el líquido se acumula en los tejidos, encharcándolos. Debajo del edema los músculos del niño están debilitados, ya que sus proteínas se utilizan en un intento de cubrir las necesidades energéticas del organismo. El resultado es una debilidad extrema. La protrusión del abdomen se debe a una combinación de retención de líquidos, músculos atrofiados y aumento de tamaño del hígado(21).

Otra característica notable es el cambio de coloración de la piel y del pelo. El pelo rojizo es característico de la enfermedad y la piel puede estar más pálida de lo normal y con un tinte rojizo. La pigmentación de la capa más externa de la piel se puede haber perdido, de modo que en las áreas de exposición se observa enrojecimiento y exudación. Esto ocurre sobre todo en las axilas y en las ingles.

Los niños con kwashiorkor no tienen energías para jugar o corretear. Con frecuencia son incluso incapaces de alimentarse por sí mismos. Tanto el desarrollo físico como el mental están muy afectados, y aquellos que sobreviven sufren de modo inevitable secuelas de por vida. Estas complicaciones a largo plazo son más graves en aquellos que padecen la enfermedad antes de los dos años de edad.

El kwashiorkor se trata al principio administrando derivados lácteos con suplementos vitamínicos y minerales, para pasar después, si es posible, a una dieta equilibrada normal con un contenido proteico adecuado. El kwashiorkor es un tipo de malnutrición

energético-proteica que cursa típicamente con la aparición de edemas debidos a la hipo proteinemia extrema(21).

El Marasmo es un grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y de calorías. En los países en vías de desarrollo es la manifestación más común de una dieta deficiente. Está causada por un abandono prematuro del pecho de la madre como fuente de alimento y por las infecciones intestinales, generalmente gastroenteritis, que se producen cuando el niño es alimentado con biberón en malas condiciones higiénicas(21).

La falta de un aporte suficiente de proteínas y calorías en la primera infancia tiene consecuencias graves, pues las proteínas constituyen el principal material estructural del cuerpo, y son necesarias para la síntesis de anticuerpos contra las infecciones y de enzimas, de las que dependen todos los procesos bioquímicos. La carencia de proteínas impide, por tanto, el crecimiento y aumenta considerablemente el riesgo de infecciones. Una carencia de calorías significa que las necesidades energéticas del cuerpo no pueden ser satisfechas; esa circunstancia, unida a la escasez de enzimas, afecta a todos los procesos corporales, incluyendo el metabolismo y el crecimiento, provocando retraso tanto físico como mental. Aunque la nutrición mejore con posterioridad y el niño sobreviva, esas deficiencias en el desarrollo nunca podrán ser superadas.

Cuando la dieta es deficiente en proteínas y se trata de suplir la necesidad de energía mediante la ingestión abundante de alimentos ricos en hidratos de carbono, se produce la enfermedad conocida como kwashiorkor. Si la carencia de proteínas y calorías es grave, el resultado es un marasmo grave o desnutrición.

2.3.5. Enfermedades de la Infancia

- **Diarrea por transgresión.**

La Diarrea anginada por ingestión de alimentos con exceso de grasa, azúcares, sal, que

generan una alteración en el mecanismo de la digestión.

Etiología: Alimentación mal preparada

Síntomas principales:

- Dolor abdominal
- Nauseas
- Vomito
- Diarrea

Prevención.- Conocimiento acerca de la preparación adecuada de los alimentos.

Tener normas de higiene para alimentos no cosibles.

Signos de alarma.- Deshidratación

- **Infecciones respiratorias agudas**

Son la inflamación, de origen generalmente infeccioso, de la vía aérea y/o de los pulmones. Eso hace que al bebé le cueste trabajo respirar normalmente y por eso aparece un pequeño silbido en su respiración. Son un conjunto de enfermedades que afectan las vías por donde pasa el aire en el cuerpo humano y son causadas tanto por virus como por bacterias.

Etiología.- (Virus y bacterias).

Para Rinofaringitis y Faringoamigdalitis Congestiva. VIRUS: influenza, Rhinovirus,
Para influenza, Adenovirus.

Para Faringo amidalitis Purulenta. VIRUS: Adenovirus. BACTERIAS: S. pyogenes

Para otitis media: VIRUS: Influenza, Para influenza. BACTERIAS: H. influenzae, S. pneumoniae, M. catarrhalis1

Para Neumonía. VIRUS: Influenza, Para influenza, Adenovirus. BACTERIAS: S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus, K. pneumoniae

Síntomas principales:

- Tos
- Nariz tapada (trancada) y con mocos.
- Dificultad para respirar, lo que obliga a la persona a respirar de manera rápida y agitada. En algunos momentos, el enfermo trata de respirar por la boca.
- Dificultad para tragar.
- Dolor de garganta.
- Dolor de oído.
- Fiebre.
- Ronquido, quejido o silbido en el pecho cuando inhala (toma aire).

Prevención

- Promover la lactancia materna durante los primeros 4 a 6 meses y complementaria, después de esta edad.
- Evite el contacto con personas con gripa. Los enfermos deben utilizar tapabocas y mantener las manos limpias con un correcto lavado de manos con agua y jabón. Si es un bebé menor de seis meses, suministre solamente leche materna en mayor cantidad, por lo menos 10 veces al día.
- Vigilar y corregir el estado nutricional.
- Cumplir con el "Esquema Nacional de Vacunación de acuerdo a su edad.
- No fumar cerca de los niños.
- No quemar leña o usar braseros en habitaciones cerradas.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.

- En época de frío, mantenerse abrigados.
 - Comer frutas y verduras que contengan vitaminas "A" y "C".
 - Tomar abundantes líquidos.
 - Evitar el hacinamiento.
 - Ventilar las habitaciones.
 - Fomentar la atención médica del niño sano.
-
- **Diarrea infecciosa**

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas.

Etiología: Virus y Bacteria

Síntomas principales:

- Fiebre
- Pérdida del apetito
- Náusea
- Vómitos
- Pérdida de peso
- Deshidratación

Las diarreas infecciosas pueden ser transmitidas a través de:

- Manos sucias
- Agua o alimentos contaminados
- Algunos animales
- Contacto directo con materia fecal en pañales o en el inodoro.

Prevención.- Aunque es casi imposible prevenir que los niños(as) contraigan

infecciones que causen diarrea, a continuación hay algunas ideas que pueden reducir la probabilidad:

- Lavado de manos con jabón, especialmente después de ir al baño y antes de comer.
 - Lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
 - Una higiene personal y alimentaria correctas;
 - La educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones;
 - La vacunación contra rotavirus.
 - Mantenga las superficies de los baños limpias para prevenir el contagio con gérmenes infecciosos.
 - Nunca beba de riachuelos, manantiales o lagos salvo que las autoridades locales hayan certificado que el agua puede beberse(22).
-
- **Enfermedades eruptivas**

Son infecciones que se caracterizan por producir manchas en la piel, inflamación de la garganta, de las mucosas de la boca, de la nariz y de las conjuntivas. Su origen puede ser: viró Sico o bacteriano. La rubeola.

Etiología.

- **El sarampión.** Las primeras manifestaciones son respiratorias, con resfrío, conjuntivitis y tos. La fiebre aparece pronto y aumenta a medida que transcurren los días. El contagio también se produce por las gotas de saliva. Se puede prevenir con la vacuna triple viral que es segura, bien tolerada y altamente efectiva.
- **La varicela.** Es una eruptiva producida por el virus Varicela-Zoster que se transmite por la saliva. Se manifiesta con fiebre alta, decaimiento seguido por la aparición de pequeñas ampollitas que pican, y que aparecen inicialmente en la cara y en el cuero cabelludo, distribuyéndose luego por todo el cuerpo.

Síntomas principales:

- Fiebre alta,
- Tos,
- Moqueo (rinitis aguda o romadizo), y
- Ojos enrojecidos y llorosos (conjuntivitis).

Prevención

- Cumplir con el esquema de vacunación
 - Llevar al medico
 - Aislamiento
 - Cuarto ventilado
 - Lactancia materna si es niño(22)
-
- **Dermatitis**

Es un trastorno cutáneo (piel) prolongado (crónico) que consiste en erupciones pruriginosas y descamativas. También se lo conoce como eccema.

Etiología.- Las sustancias que producen dermatitis de contacto pueden causar la inflamación de la piel por diferentes mecanismos:

Síntomas principales:

- Ampollas que supuran y forman costras.
- Piel seca en todo el cuerpo o zonas de piel con protuberancias en la parte de atrás de los brazos y al frente de los muslos.
- Secreción o sangrado del oído.
- Zonas de piel en carne viva por el rascado.

- Cambios en el color de la piel, como más o menos color con respecto al tono normal de esta.
- Enrojecimiento o inflamación de la piel alrededor de las ampollas.
- Zonas gruesas o con apariencia de cuero, lo cual puede ocurrir después de rascado o irritación prolongados.

Prevención

- Los niños que se alimentan con leche materna hasta los 4 meses de edad pueden ser menos propensos a padecer dermatitis atópica.
- Si no es alimentado con leche materna, el uso de una leche maternizada que contenga proteína de leche de vaca procesada puede disminuir las probabilidades de padecer dermatitis atópica(23).

2.4. Marco legal y Ético

2.4.1. Marco Ético

En este estudio se ha tomado a la Constitución de la República, Plan del Buen Vivir y Objetivos del milenio.

2.4.1.1. Constitución de la República del Ecuador 2008

DERECHOS:

TÍTULO II: SECCIÓN SÉPTIMA: SALUD

Art. 10 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Así como un sistema de control de garantía de la calidad de los servicios que incorpore la percepción de las y los usuarios, como se menciona.

Art. 23 De la acreditación y de la evaluación del desempeño A nivel distrital se implementará las Unidades Asistenciales Docentes, Centros de Formación para el talento humano y se desarrollará competencias para el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, lectura científica y el auto aprendizaje para viabilizar los procesos de educación continua.

Art. 32: *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.*

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La

prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

2.4.1.2. Régimen del Buen Vivir

Título VII: Sección segunda: Salud

Art. 358.-El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.-El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 374.-El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.-*El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.*

Art. 362.-*La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.*

Art. 363.-*El Estado será responsable de:*

- 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.*
- 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.*
- 3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.*
- 4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.*

5. *Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.*
6. *Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.*
7. *Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.*
8. *Promover el desarrollo integral del personal de salud.*

Sección séptima niño y niñas y adolescentes

Art. 44.- *El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.*

Art. 45.- *Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde*

la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar. El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

Art. 46.- *El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:*

- 1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.*
- 2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.*
- 3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.*

4. *Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.*
5. *Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.*
6. *Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.*
7. *Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad. Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos.*
8. *Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.*
9. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas(15).*

2.4.1.3. Objetivos de Desarrollo Sostenible

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

Tasa de mortalidad infantil

Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión

2.4.2. Marco Ético

Para esta investigación se ha tomado en cuenta el código deontológico del profesional de enfermería, en su parte: Derechos del paciente.

2.4.2.1. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2000.

2.4.2.2. Derechos del paciente

El usuario de los servicios sanitarios está amparado ante la empresa, tanto pública como privada, que presta servicios sanitarios por una legislación. Esta legislación establece y regula unos sistemas que por una parte garantizan la asistencia y por otra establecen unos mecanismos, que pudiendo ser usados por el cliente, intentan garantizar la debida prestación de los mismos, es el "Servicio de Atención al Usuario".

Art. 2. Derecho a una atención digna: *Todo paciente tiene derecho hacer atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía*

Art.3 Derecho a no ser discriminado: *Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, etnia, edad, religión, condición social o económica.*

Art.4 Derecho a la confidencialidad: *Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnostico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento medico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.*

Art. 5 Derecho a la información: *Se reconoce el derecho de todo paciente, a que antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que medicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existente, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptuarse las situaciones de emergencia.*

Art. 6 Derecho a decidir: *Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión(17)*

2.4.2.3. Código de la niñez

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- *Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:*

- 1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior; CONS 261 NUM 6; 369*
- 2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;*
- 3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;*

4. *Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes; CNA 27 NUM*
5. *Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;*
6. *Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y, Consultora y Aseguradora del Pacífico CAP
www.consultorasdelecuador.com*
7. *Organizar servicios, de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.*

Art. 127.- *Art. Innumerado 2.- Del derecho de alimentos. - El derecho a alimentos es connatural a la relación parento-filial y está relacionado con el derecho a la vida, la supervivencia y una vida digna. Implica la garantía de proporcionar los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas de los alimentarios que incluye:*

1. *Alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente;*
2. *Salud integral: prevención, atención médica y provisión de medicinas;*
3. *Educación;*
4. *Cuidado;*
5. *Vestuario adecuado;*
6. *Vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos;*
7. *Transporte;* 8. *Cultura, recreación y deportes; y,*
9. *Rehabilitación y ayudas técnicas si el derechohabiente tuviere alguna.*

Art. 190.- *Definición y objetivos del sistema.- El Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia es un conjunto articulado y coordinado de organismos, entidades y servicios, públicos y privados, que definen, ejecutan, controlan y evalúan las políticas, planes, programas y acciones, con el propósito de garantizar la*

protección integral de la niñez y adolescencia; define medidas, procedimientos, sanciones y recursos, en todos los ámbitos, para asegurar la vigencia, ejercicio, exigibilidad y restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, establecidos en este Código, la Constitución Política y los instrumentos jurídicos internacionales. (26)

2.4.2.4. M.A.I.S (MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL– MAIS-FCI 4.1

Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. El MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida (27).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Tipo de la investigación

El estudio es observacional, descriptivo ya que parte de la identificación de un problema, para luego describir detalladamente los factores que pueden ocasionar el problema

- **Descriptivo.** –Permitió describir detalladamente las variables de acuerdo a los objetivos propuestos, incluidos las características socio demográficas, tipo y frecuencia de enfermedades prevalentes en los niños del CIBV.
- **Transversal.**- Los datos fueron tomados en una sola vez y en un tiempo determinado.

3.2. Diseño de la investigación

- No experimental ya que no se manipula variable alguna. Las variables se observan tal como suceden en el contexto natural.
- Corresponde a una investigación cuantitativa ya que los resultados son presentados en base a la estadística.

3.3. Localización y ubicación de estudio

Este estudio se realizó en la provincia del Carchi, Cantón Tulcán, Parroquia de Tufiño, en el cual se encuentra ubicado el Centro Infantil Caritas Alegres.

3.4. Criterios de Inclusión

Niños de 1 a 3 años que pertenecen a la Parroquia de Tufiño y que asistan al CIBV Caritas Alegres de Tufiño.

3.5. Criterios de Exclusión

Niños menores de 3 años que asisten al CIBV pero que no residen en la Parroquia de Tufiño.

3.6. Operacionalización de variables

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos se utilizó variables cualitativas y cuantitativas

Variables dependientes

- Casos de enfermedades prevalentes en niños del CIBV Caritas Alegres
 - Enfermedades diarreicas agudas (EDA)
 - Infecciones respiratorias agudas (IRA)

Variables dependientes

- Caracterización socio demográfica del grupo de estudio
 - Genero
 - Edad
 - Residencia
 - Tipo de vivienda
 - Ingreso mensual
 - Ocupación
 - Servicios básicos

- Identificación de factores de riesgo de las enfermedades prevalentes de la infancia del CIBV
 - Tiempo hasta que brindo seno al bebé (LME)
 - Cambio de clima
 - Epidemia
 - Fuman en su casa
 - Hacinamiento
 - Hierve el agua
 - Aseo personal
 - Mala alimentación
 - Se vacuna
 - Contagio

3.7. Métodos y técnicas para la recolección de la información

3.7.1. Métodos

Se emplearon los métodos deductivo: debido a que fue necesario partir de la ley general a los casos particulares comprobados; ya que fue preciso partir de la conceptualización de las enfermedades respiratorias agudas y diarreicas agudas para determinar posibles causas que provocan enfermedades en los niños menores de cinco años de la Parroquia de Tufiño. El método inductivo permitió indagar a las madres de los niños del CIBV las costumbres, medidas y cuidados que aplican en sus hogares para evitar esta enfermedad y para poder llegar a determinar conclusiones que sirva de fundamento para diseñar una guía orientadora rescatando las tradiciones culturales a la par con la práctica médica.

3.7.2. Técnicas

La técnica que se utilizará en esta investigación para la recolección de datos será la encuesta, la misma que constará de preguntas cerradas para su respectiva tabulación;

así como las Historias Clínicas, que servirán para la recolección de medidas antropométricas (edad, peso, talla, IMC).

3.7.3. Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron: la Historia Clínica de los niños y la encuesta la misma que consta de 30 preguntas cerradas y de opción múltiple, validado por el tutor.

Se elabora una encuesta piloto, y se solicita permiso al personal de CIBV de Tufiño para realizar una prueba, y luego de ser depurada se realizan las 28 encuestas, se aplican a todas las madres de los niños que asisten al Centro Infantil más filtro de registro; a continuación, se elabora una base de datos en Excel para construir tablas, gráficos; y en el programa EpiInfo para su respectivo análisis.

3.8. Análisis de datos

La base de datos se elabora en Excel para la tabulación y para el análisis se emplea el programa EpiInfo Versión 3.5.1 del 2008.

CAPÍTULO IV

4. Análisis de resultados

Tabla 1.

Características socio demográficas de los niños

Variable	n	Porcent.
Edad		
1 a 23 meses	4	14%
2-3 años	24	86%
Sexo		
Masculino	15	54%
Femenino	13	46%

Fuente: Encuesta

Autor: William Tatamués

En el Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, la gran mayoría, el 86% son niños comprendidos entre 2 a 3 años de edad y el resto de 1 a 2 años. En el Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, existen niños que corresponden al 54% y los 46% restantes son niñas.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, existen 1'462.277 niños y 3'804.976 niñas menores de 5 años en el Ecuador (28). El 25% de los niños menores de 5 años asisten a un centro de desarrollo infantil o guardería (29).

Comparando los resultados vemos que según el INEC la relación niña a niños en el Ecuador es del 2.6 y en el Centro Infantil de Tufiño es de 0.9, es decir muy inferior a la normal.

Tabla 2.*Datos sociales del cuidador de los niños*

Variable	n	Porcent.
Ingresos mensuales		
Menor salario básico	28	100%
Igual a salario básico	0	0%
Más de salario básico	0	0%
Ocupación		
Agricultora	1	4%
Jornal	4	14%
QQDD	22	79%
Vendedor ambulante	1	4%
Vivienda		
Adobe o tapia	1	4%
Bloque o ladrillo	27	96%
Servicios básicos		
Agua	28	0%
Luz	28	100%
Alcantarillado	28	100%
Pozo	0	0%
Recolección	28	100%

Fuente: Encuestas**Autor:** WilliamTatamués

Todos los niños que asisten al Centro Infantil Caritas Alegres pertenecen al área rural de la Parroquia Tufiño-Tulcán. En esta comunidad los padres de familia perciben un sueldo menor al salario básico, incluso el ingreso mensual de los cuidadores. La gran mayoría de las madres encuestadas señalan que su ocupación es la de quehaceres

domésticos, en sus hogares; existen también madres que se dedican a la labor de jornaleras, agricultoras y vendedores ambulantes. La vivienda en que habitan está en buenas condiciones, son casi en su totalidad de bloque o ladrillo, solo una persona señala que vive en casa de adobe o tapia y cuentan con todos los servicios básicos como son agua potable, luz eléctrica, alcantarillado y recolección de basura.

En un estudio realizado sobre la Pobreza y la mortalidad infantil en San Miguel de Tucumán en Argentina, se logra una relación importante con la muerte en la infancia, considerando los condicionantes biológicos y sociales que presenta la mortalidad en este tramo de edad. Las denominadas enfermedades de la pobreza incluyen las enfermedades infecciosas, respiratorias y las relacionadas con la desnutrición (30). En el Hospital Distrital de Sayaxché de Cuba se realizó un estudio para determinar los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas, en niños menores de 5 años y figuraron los siguientes factores: exposición pasiva al humo (75,5 %), el nivel **socioeconómico familiar** bajo (60,8%), hacinamiento en el hogar (48,2%); desnutrición (3,2 %) (31).

Al comparar los resultados con otros estudios vemos que Tufiño es una Parroquia rural, es decir que es una localidad apartada de la ciudad principal como es Tulcán, los pobladores viven de labores agrícolas y del campo, la gente no tiene trabajo fijo, aunque si existen servicios básicos, esto desencadena en los problemas de salud debido a la pobreza, por eso los episodios de infecciones son mucho más severos en niños malnutridos. De manera que, si no se trabaja por mejorar el estado nutricional de la población y las condiciones económicas de los padres, las medidas encaminadas a disminuir la prevalencia de determinadas enfermedades infecciosas serán siempre poco efectivas.

Tabla 3.*Medidas antropométricas en el año 2016*

Variable	n	Porcent.
Estado Nutricional		
Normal	17	61%
Sobrepeso	8	29%
Obesidad	3	11%
Total general	28	100%

Fuente: Historias Clínicas**Autor:** WilliamTatamués

Al relacionar el peso con la edad de los niños se puede observar que la gran mayoría del 89% tiene un peso normal, dos niños tienen un peso alto y uno un peso bajo. En referencia a la talla y edad podemos determinar que un 54% tienen talla normal, y un grupo significativo tienen una talla baja en referencia a su edad. El estado nutricional del grupo de estudio es normal en su mayoría (54%), notándose también que tienen un sobrepeso y obesidad.

Dra. Patricia Montoya Sáez en colaboración con Prosalus señala que la prevalencia del retraso del crecimiento en los países en desarrollo es del 33%; si bien se ha producido un descenso, el progreso ha sido desigual en las diferentes regiones del planeta, de esos niños, el 70% vive en Asia (fundamentalmente meridional y central), el 26% en África y el 4% en América Latina y el Caribe (32) .

Al comparar los resultados con los estudios realizados por la Dra. Patricia Montoya, se puede notar la similitud, ya que actualmente se observa a un grupo de niños del CIBV Tufiño que tienen talla baja, así como lo señala el otro estudio que existe una prevalencia del retraso del crecimiento de los niños de América Latina.

Tabla 4.- Serie temporal de episodios presentados en el 2016

Mes	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
E.D.A	5	3	3	5	2	1	5	0	1	5	9	39
I.R.A.	4	5	5	3	3	2	3	1	2	1	3	32
Transgresión alimenticia	1	3	1	0	3	1	0	1	3	0	9	22
Dermatitis	1	2	1	1	0	1	1	3	1	1	6	18
Total	11	13	10	9	8	5	9	5	7	7	27	111
Enf. Prevalentes	39%	46%	36%	32%	29%	18%	32%	18%	25%	25%	96%	

Fuente: Historias Clínicas

En el año pasado se han presentado **todos** los niños con enfermedades respiratorias y con diarrea, 22 con transgresión alimenticia y 18 con dermatitis, lo que dio una prevalencia alta para E.D.A. e I.R.A. del 139% y 114% respectivamente.

En un estudio realizado en Ambato sobre las causas de morbi-mortalidad por infecciones Respiratorias agudas altas en niños menores de 5 años de la Parroquia Totoras, se encontró que la mayor incidencia fue en niños con un 55.84% y un 44.16% de niñas (33). La tasa de mortalidad de menores de 5 años de edad se situó en 14,9 por 1.000 nacidos vivos en 2009. Las principales causas de muerte en niños de 1 a 4 años son las infecciones respiratorias agudas (16,4%), seguidas de los accidentes de tránsito (9,3%), y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (7,1%). Más de la mitad de estas muertes ocurren en varones (34).

Al comparar los resultados se observa como la EDA, ataca a los niños en especial el mes de diciembre, en que abundan los dulces por la época de navidad, según los resultados de otros estudios se tiene que los niños menores de cinco años son muy susceptibles a cualquier enfermedad. La OMS indica que la principal causa de muerte a nivel mundial en niños menores de 5 años son las infecciones respiratorias, en Tufiño en el período de estudio no se detectó mortalidad, pero si morbilidad en la totalidad del grupo de estudio.

Tabla 5.

Periodicidad con que se enferman y lugar dónde les atienden

Variable	n	Porcent.
Frecuencia de presencia de alguna enfermedad		
Cada seis meses	13	46%
Cada tres meses	10	36%
Cada mes	4	14%
Cada semana	1	4%
Lugar de atención		
Centro de Salud	26	93%
Hospital	2	7%

Fuente: Encuesta**Autor:** William Tatamués

Se nota una línea descendente en el tiempo; es decir que la mayoría (46%) se enferma cada seis meses, y va bajando hasta llegar a un 4% de niños que se enferman muy a menudo, cada semana. Se aprecia que la mayoría de los niños cuando se enferman son asistidos en el Centro de Salud del sector; solo un 6% señala que va al Hospital.

Según el Ministerio de Salud de Colombia en el año 2014, la infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años, genera una importante carga de enfermedad, con una alta prevalencia de morbilidad grave y una alta mortalidad, con unos costos sociales y económicos muy importantes, señala además que en los países desarrollados entre ellos EEUU, hace muchos años lograron bajar la frecuencia de casos de infección respiratoria Aguda (IRA) que ameritan manejo hospitalario y en forma importante lograron bajar la mortalidad por este tipo de patologías (35). Al comparar los resultados vemos como las madres de familia llevan a los niños al Centro de Salud, cuando están enfermos; de la misma manera en países desarrollados los casos de infección respiratoria Aguda son manejados en hospitales y en forma muy importante han logrado disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad en los niños menores de 5 años.

Tabla 6. Tipo de enfermedades prevalentes en el CIBV

Tipo de enfermedades prevalentes en el CIBV

	Variable	n	Porcent.
E.D.A	Aguda	21	75%
	Persistente	6	21%
	Crónica	1	4%
I.R.A.	Resfrío común	26	93%
	Bronquitis	2	7%

Fuente: Encuesta

Autor: William Tatamués

Los niños del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, en su mayoría sufrieron de diarrea aguda (75%); en menor cantidad de una diarrea persistente (21%).

En un estudio realizado en Venezuela en el 2014, se determinó que en el 2012 hubo una mortalidad de 357 en menores de 1 año; de 161 de 1 a 4 años y de 518 muertes de 4 a 5 años; la morbilidad en niños de 1 a 5 años ha elevado el número de casos y en menores de 1 año ha disminuido muy poco (36).

Relacionando el gráfico vemos que todos los niños fueron afectados por diarrea, ya que esta enfermedad se produce a nivel mundial, y es también causante de muchas muertes en niños menores de cinco años, tal como lo demuestra la referencia anterior.

La más común enfermedad que sufren los niños del Centro Infantil es el resfrío común con un 93% (26 niños), en menor cantidad tuvieron bronquitis con 7% (2 niños).

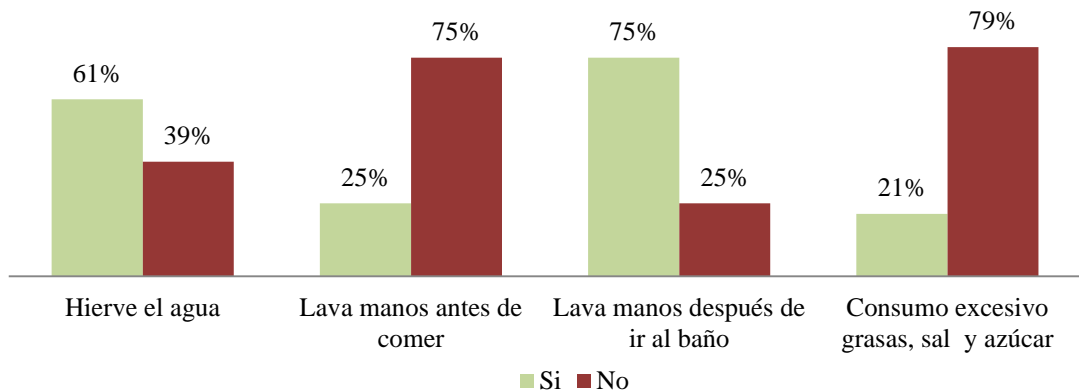
En un artículo científico publicado por García, Niederbacher & otros en el 2016, señala que la infección respiratoria aguda, sigue siendo una de las mayores causas de morbimortalidad infantil, las infecciones respiratorias bajas son la primera causa de

muerte entre 1 y 59 meses de edad a nivel mundial. Según el Observatorio de Salud Pública de Santander, en el año 2011 a nivel departamental, los distintos tipos de IRA juntos, fueron la primera causa de consulta externa en menores de un año (19,8%) y de uno a cuatro años (9,8%). En consulta de urgencias, fueron la primera causa en menores de un año (20,8%) y la segunda de uno a cuatro años (10,5%) (37).

Al relacionar los estudios vemos que las infecciones respiratorias agudas (IRA) se presentaron en todos los niños menores de 5 años de Tufiño, siendo la primera causa de consulta externa. Con la salvedad que en el período de estudio no se presentaron casos de fallecimientos por esta enfermedad.

Gráfico 1.

Factores que inciden en el aparecimiento de E.D.A. en los niños



Fuente: Encuesta

Autor: William Tatamués

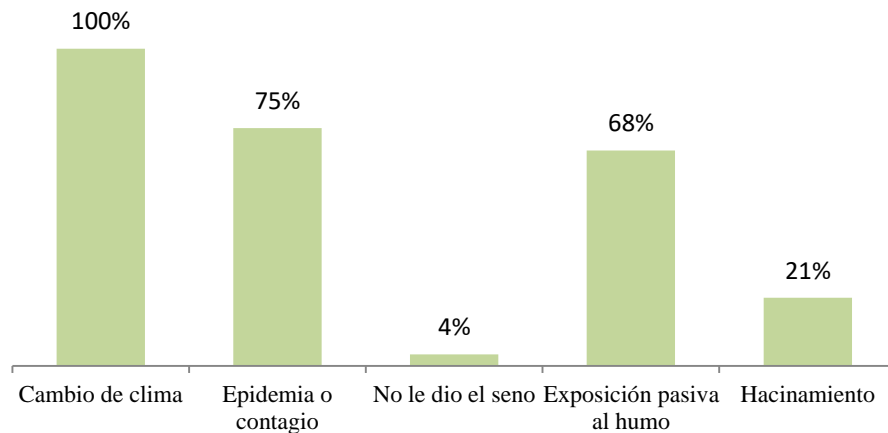
Los factores predominantes para que los niños sufran de E.D.A. son porque no se lavan las manos antes de comer; la mayoría de las madres no hierven el agua que consumen; no se lavan las manos después de ir al baño y tienen un consumo excesivo de grasas, sal y azúcares en especial golosina.

Según un estudio realizado a los padres de familia de niños menores de cinco años que acuden al Centro de Salud de Tajamar del Cantón Tulcán en el 2016; consideran que los factores para que se produzca una E.D.A son: el espanto o mal aire (46%), consumo de alimentos contaminados (32%), cuando le salen los dientes (15%) (38).

Podemos ver claramente una similitud entre los estudios en cuanto al consumo de alimentos contaminados por la falta de aseo personal de las personas que elaboran la comida y de los niños que con sus manos sucias llevan los alimentos a su boca.

Gráfico 2.

Factores de riesgo para el apareamiento de I.R.A. según la percepción del cuidador.



Fuente: Encuesta

Autor: WilliamTatamués

El mayor problema que se presentó para el apareamiento de enfermedad infecto respiratoria fue el cambio de clima (100%), el frío intenso que se presentó, en menor cantidad fue el contagio que tuvieron en su hogar o en el Centro Infantil (75%). Se puede apreciar que la mayoría de las madres (68%) tienen en sus hogares cocinas de gas y también de leña a la vez, donde preparan sus alimentos convirtiéndose esto en una exposición pasiva al humo. De las encuestas realizadas se obtuvo que el número de personas que habitan el hogar en función del número de dormitorios, el 21% viven en hogares con hacinamiento. Sólo un 4 % de madres no le dio el seno materno a su hijo.

En los lugares muy fríos, la frecuencia de resfriados se triplica, ya que las personas pasa más tiempo dentro de las construcciones respirando aire reciclado (39). En un trabajo realizado en Uruguay sobre Infecciones respiratorias agudas bajas de causa viral en niños menores de dos años se observó una asociación estadísticamente significativa entre la exposición pasiva al humo del tabaco y el desarrollo de infecciones respiratorias agudas bajas virales graves (40). Entre los principales factores de riesgo que propiciaron la aparición de infecciones respiratorias agudas, en niños menores de 5 años ingresados al Hospital Distrital de Sayaxché de Cuba en el

2012, figuraron la exposición pasiva al humo (75,5 %), el nivel socioeconómico familiar bajo (60,8%) y el **hacinamiento** en el hogar (48,2%); solo 8 pacientes resultaron ser desnutridos (3,2 %) (31).

Se puede apreciar que debido al frío en Tufiño, las personas permanecen en hacinamientos, calentándose con cocinas de leña, coincidiendo con el estudio que indica que existe una asociación significativa con la exposición pasiva al humo y el desarrollo de infecciones respiratorias agudas bajas virales graves en niños menores de 5 años.

Tabla 7.*Factores de riesgos asociados al conocimiento*

Variable	n	Porcent
Cumple con tratamientos		
Total	9	32%
Parcial	18	64%
No cumple	1	4%
Conoce como prevenir		
SI	17	61%
NO	11	39%
Dio seno hasta mes		
0-6 meses	3	11%
7-12 meses	4	14%
13-18 meses	18	64%
19-24 meses	3	11%

Fuente: Encuesta**Autor:** WilliamTatamués**Cumple con tratamientos:**

Cuando se enferman los niños son llevados al doctor para su diagnóstico, pero 18 de las madres señalan que cumplen con los tratamientos solo en forma parcial. Solo un 32% (9 madres) señala que cumple en su totalidad y una madre no cumple.

En un estudio en Colombia señala que desde hace más de 35 años y la no-adherencia se mantiene en cifras preocupantes (59%), al igual que la proporción de hospitalizaciones derivadas del **incumplimiento** con el tratamiento (33 al 69%). La mortalidad relacionada a la no adherencia registra valores que se mantienen en la misma proporción desde hace más de 15 años (41).

Al relacionar los estudios vemos que el incumplimiento del tratamiento por parte de las madres de los niños, es decir cuando no se trata bien las IRAs o Edas, **es peligroso** ya que puede desencadenarse en patologías mucho más severas e incluso la muerte.

Saben las madres como prevenir enfermedades en sus hijos:

Es importante reconocer que 17 madres si saben como cuidar y prevenir las enfermedades de los hijos; pero existe un valor considerable del 39% (11 madres) que señala que no conocen como prevenir las enfermedades.

AIEPI se constituye actualmente en la principal herramienta para mejorar la salud de la niñez centrando su atención en el estado de salud de menores de 5 años, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar **inadvertidas** para madres, padres y personal de salud (42). En Venezuela un estudio señaló que existe un predominio de Infecciones Respiratorias Agudas Altas en niños de 1 a 2 años con 44.02%, en el sexo masculino con 55.99% y los de nivel socioeconómico no aceptable con 62,12% (33).

Relacionando los estudios vemos que en Tufiño la mayoría sabe cómo cuidar y prevenir las enfermedades, la OMS y el UNICEF con la participación del gobierno han elaborado la estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que educa al personal de salud y madres de familia al cuidado de los hijos para prevenir las enfermedades.

Dio seno hasta mes:

La gran mayoría de madres encuestadas señalaron que dieron el seno a sus hijos, hasta la edad de 13 a 18 meses, unas pocas madres les dieron más de 7 a 12 meses y otras de 19 a 24 meses, ó hasta los 6 meses.

Según la OMS es recomendable darles el seno hasta los 24 meses de vida, sólo un 11% así lo hizo. En un trabajo sobre Lactancia materna exclusiva y enfermedades

prevalentes de la infancia en menores de seis meses en el Perú, se encontró que con ayuda de la Lactancia Materna Exclusiva estuvo asociada de manera estadísticamente significativa con baja frecuencia de EDA (8,8% vs 15,1%) y los problemas de salud infeccioso (20,1% vs 28,2%). los niños que recibieron LME tuvieron 46% menos probabilidad de presentar EDA y 36% menos probabilidad de presentar problemas infecciosos (43).

Al relacionar el gráfico vemos que la mayoría de madres dieron el seno alrededor del año y medio, lo que está debajo de lo recomendable por la Organización Mundial de la Salud y es un factor que predispone al apareamiento de EDA o IRA debido a la falta de anticuerpos.

Tabla 8.

Participación de las madres en el Centro Infantil Caritas Alegres

Variable	Si	No
Participación		
Mingas de limpieza	100%	0%
Charlas de educación en salud	46%	54%
Charlas sobre prevención de EDA e IRA	67%	33%

Fuente: Historias Clínicas

Autor: William Tatamués

Para prevenir enfermedades y contagios en el CIBV, siempre realizan mingas de limpieza y fumigaciones. Capacitación sobre E.D.A. e I.R.A. señalaron el 67% que si asistieron a las charlas. En el Centro Infantil se realizaron cuatro charlas de prevención de las enfermedades de los niños, a las cuáles asistieron un promedio del 46%.

Según la Guía teórica del CIBV señala que los Centros Infantiles del Buen Vivir son unidades de atención integral, encargadas de cumplir con el objetivo de promover el desarrollo de las niñas y niños de 12 a 36 meses de edad, que incluyen acciones de salud preventiva, alimentación saludable, sobre todo **educación**, con responsabilidad de la familia, la corresponsabilidad de la comunidad y en articulación intersectorial; desde el enfoque de derechos, interculturalidad e intergeneracional (43)

En el presente estudio se observa una falta de asistencia de las madres a las charlas dictadas, relacionado con las normas de la OMS podemos ver el esfuerzo que hacen estas instituciones para llegar hasta estos lugares con personal calificado que brindan educación sobre salud preventiva, alimentación saludable. Es necesaria la corresponsabilidad de la comunidad para mejorar el estado de salud de los niños.

4.1. Análisis y discusión

4.1.1. Caracterización socio demográfica

En el Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, existen 15 niños que corresponden al 54% y los 46% restantes son niñas. Según el INEC, existen 1462.277 (34%) niños y 3804.976 (66%) niñas menores de 5 años en el Ecuador (18), de los cuales solo el 25% asisten a un centro de desarrollo infantil o guardería (19).

Los niños que más predominan en este centro están comprendidos entre 2 a 3 años de edad. Todos pertenecen al área rural de la Parroquia. Los padres de familia encuestados perciben un salario bajo de 374 dólares, incluso de los cuidadores del CIBV. La ocupación preponderante en las madres son los quehaceres domésticos, y apoyan a sus esposos en la agricultura como jornaleros o vendedores ambulantes. El tipo de vivienda en que viven los niños son casi en su totalidad son buenas, solo una persona señala que vive en casa de adobe o tapia. La Parroquia cuenta con los servicios básicos de agua potable, luz eléctrica, alcantarillado y recolección de basura. Los niveles bajos de vida de las personas de San Miguel de Tucumán en Argentina tienen relación directa con la mortalidad infantil; es posible que las condiciones sociales de Tufiño presenten también las denominadas enfermedades de la pobreza como son EDA, IRA y la desnutrición

4.1.2. Enfermedades prevalentes

En el año pasado en el Centro CIBV de Tufiño se presentaron todos los niños con enfermedades respiratorias y con diarrea; 22 con transgresión alimenticia y 18 con dermatitis. En un estudio sobre Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Santiago de Cuba, se descubrió que en existe predominio de niños menores de un año y del sexo masculino; en Venezuela en cambio los más afectados resultaron ser los niños de 1-2 años (20). En Ambato se realizó un estudio sobre las causas de morbi-mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas altas en

niños menores de 5 años de la Parroquia Totoras y se encontró que la mayor incidencia fue más en niños (55.84%) que en niñas (44.16%) (18).

Las enfermedades diarreicas causan más de la mitad de la carga mundial de las enfermedades de transmisión alimentaria, son 550 millones de personas que enferman y 230.000 que mueren cada año. En América la OMS señala que 77 millones de personas todavía se enferman anualmente al consumir alimentos contaminados, y de esas personas mueren alrededor de 9.000 al año, de las personas que se enferman, 31 millones son menores de 5 años y de ellos mueren más de 2.000 al año (23).

En cuanto a la periodicidad con que se enferman los niños del CIBV, se detectó que la mayoría se enfermó cada seis meses, y solo el 4% se enfermó cada semana; los niños cuando se enfermaron fueron llevados al Centro de Salud del sector; solo un 2% fue conducido al Hospital.

4.1.3. Factores de riesgo de las enfermedades prevalentes

- **Factores de riesgo de E.D.A**

Los niños del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, en su mayoría sufrieron de diarrea aguda; en menor cantidad de una diarrea persistente. Esta enfermedad produce a nivel mundial muchas muertes en niños menores de cinco años. Los factores predominantes para que los niños sufran de E.D.A. son porque no se lavan las manos antes de comer; la mayoría de las madres no hierven el agua que consumen; no se lavan las manos después de ir al baño y tienen un consumo excesivo de grasas, sal y azúcares en especial golosina.

En un estudio similar realizado en Tajamar del Cantón Tulcán en el 2016; señalan que los factores para que se produzca una E.D.A son: el mal aire, consumo de alimentos contaminados, cuando le salen los dientes (26); estos datos demuestran que las creencias tienen predominio sobre lo que sería una verdadera causa médica,

convirtiéndose en un gran problema, ya que se nota un gran desconocimiento de los verdaderos factores que inciden en esta enfermedad.

- **Factores de riesgo de I.RA**

La enfermedad más común fue el resfrío, y en menor cantidad bronquitis. Los factores que incidieron fueron: El mayor problema que se presentó para el apareamiento fue el cambio de clima, los fríos intensos, el contagio que tuvieron en su hogar o en el Centro Infantil, la exposición pasiva al humo (por cocinar con leña) y el hacinamiento. En los lugares muy fríos, la frecuencia de resfriados se triplica, ya que la persona pasa más tiempo dentro de las construcciones respirando aire reciclado.

Los factores de riesgo para la aparición de infecciones respiratorias agudas, en niños menores de 5 años ingresados al Hospital Distrital de Sayaxché en el 2012, figuraron la exposición pasiva al humo, el nivel socioeconómico familiar bajo y el hacinamiento en el hogar (20), datos que coinciden con nuestro estudio.

En un trabajo realizado sobre Infecciones respiratorias agudas bajas de causa viral en niños menores de dos años se observó una asociación significativa entre la exposición pasiva al humo del tabaco y el desarrollo de infecciones respiratorias agudas bajas virales graves, pero el hacinamiento, la desnutrición y el nivel de instrucción materna no constituyeron factores de riesgo en esta población (31).

La gran mayoría dieron el seno hasta la edad de 13 a 18 meses, unas pocas madres les dieron más de 7 a 12 meses y otras de 19 a 24 meses, ó hasta los 6 meses. Según la OMS es recomendable darles el seno hasta los 24 meses de vida, sólo un 11% así lo hizo. Al relacionar la lactancia materna exclusiva y las enfermedades prevalentes en menores de seis meses en el Perú, se encontró que la Lactancia Materna Exclusiva incidió con una menor frecuencia de EDA, problema de salud infeccioso (32).

4.1.4. Educación y capacitación de los padres de familia y trabajadores del CIBV

Muchas madres señalaron conocer cómo cuidar y prevenir las enfermedades de los hijos; pero existe un valor considerable del 42% que señala que no conocen como prevenir las enfermedades. Después de llevar al niño enfermo al doctor, las madres cumplen solo en forma parcial con los tratamientos. Un 35% si cumple en su totalidad.

Para evitar enfermedades en el Centro Infantil, siempre realizan mingas de limpieza y fumigaciones. Al preguntar a las madres si recibieron capacitaciones sobre E.D.A. e I.R.A. el 67% si asistió y el 33% no asistió. En el CIBV si se realizaron charlas educativas para las madres de familia a fin de prevenir las enfermedades de los niños y por ende de la familia, se realizaron cuatro charlas de las cuáles asistieron un promedio del 46%.

Los Centros Infantiles del Buen Vivir son unidades de atención integral, encargadas de promover el desarrollo de las niñas y niños de 12 a 36 meses de edad, que incluyen acciones de salud preventiva, alimentación saludable, sobre todo educación, con responsabilidad de la familia, la corresponsabilidad de la comunidad y en articulación intersectorial; desde el enfoque de derechos, interculturalidad e intergeneracional

En el Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, laboran allí 5 personas, de las cuales 1 es licenciada, tres bachilleres y una es la encargada de la comida que tiene instrucción primaria. Se realizó dos veces en el año el control del niño sano señalaron las madres de familia. La planificación, acciones de promoción y prevención de la salud se lo realiza en el CIBV para ejecutarlos conjuntamente con las niñas y niños, así como para su cumplimiento en sus hogares con sus familias. Los encuentros familiares programados son espacios para reforzar o recordar la importancia de mantener estados de salud óptimos (32).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Entre las características sociodemográficas reflejan que el grupo de estudio fue que existen 28 niño/as, destacando una edad de 2 a 3 años, pertenecen al área rural de la Parroquia. Sus padres perciben un salario menor al salario básico unificado, las madres se dedican a los quehaceres domésticos, apoyan a sus esposos en la agricultura como jornaleros o vendedores ambulantes. El tipo de vivienda en que viven los niños son casi en su totalidad de bloque o ladrillo, cuentan con los servicios básicos de agua potable, luz eléctrica, alcantarillado y recolección de basura.
- Entre las enfermedades prevalentes destacan: enfermedades respiratorias, diarreicas, trasgresión alimenticia y dermatitis. La mayoría se enfermó con una periodicidad de cada seis meses; los niños cuando se enfermaron fueron llevados al Centro de Salud del sector y muy pocos al Hospital. La gran mayoría de madres señalaron que dieron el seno a sus hijos máximo hasta las edades de 18 meses, solo una décima parte de madres les dieron el seno hasta los 24 meses de edad del niño que es lo recomendable.
- Los factores predominantes del EDA fueron: no lavarse las manos antes y después de comer así mismo después de ir al baño; consumo de agua insegura; consumo excesivo de comida chatarra. Los factores que incidieron para la IRA fueron: el frío intenso, exposición directa al. Se detectó que un 19% viven en hogares con hacinamiento y la poca disponibilidad de las madres para asistir a las charlas educativas organizadas por el CIBV y el Centro de Salud de Tufiño.

- Se diseñó un poster de las enfermedades prevalentes en los niños el cual será expuesto en el Centro Infantil Caritas Alegres para prevenir las mismas con la finalidad de realizar cada fin de mes charlas de educación en salud y cuatro charlas sobre EDA e IRA organizadas por el CIBV, a fin de cumplir con los objetivos y acciones de salud preventiva, alimentación saludable, educación con responsabilidad de la familia, existiendo una **baja** asistencia.

5.2. Recomendaciones

- Al personal de Salud y del CIBV insistir en la adecuada utilización de los servicios que permitan fortalecer la higiene y salud de los niños, conociendo que en la población de Tufiño si cuenta con estos servicios básicos.
- Al equipo de Salud realizar **visitas** domiciliarias y buscar estrategias para la educación sobre medidas preventivas en cuanto a enfermedades de la infancia y seguir con los programas educativos dirigidos a los padres de familia a fin de mejorar la calidad de vida de la comunidad en general ya que las madres de familia no asisten con mucha frecuencia a las charlas educativas, ya que priorizan su trabajo para mantener su ingreso económico, que es bajo.
- A los servidores del Centro Infantil Caritas Alegres se recomienda brindar charlas educativas dirigidas a las madres sobre una correcta preparación de alimentos y sobre medidas preventivas del uso racional de alimentos azucarados en especial en diciembre, porque existe un mayor consumo de estos alimentos, debido a que se notó que algunos niños tienen un estado nutricional de sobrepeso y otros pocos con obesidad, además que se determinó que uno de los factores para la E.D.A. es el consumo excesivo de grasas, sal y azúcares en especial golosinas.
- Al personal del Centro Infantil Caritas Alegres se recomienda planificar o establecer estrategias para que exista una mayor asistencia a las charlas programadas; a fin de prevenir enfermedades en los niños, poniendo énfasis en los temas de: Lavado de manos, hervir el agua para el consumo diario, correcta manipulación de alimentos, higiene personal y de la vivienda.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Reducción de la mortalidad en la niñez. [Online].; 2016 [cited 2017 04 02. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>.
2. OPS/OMS. Unidad de atención de enfermedad respiratoria aguda comunitaria UAERAC/UAIRAC. [Online].; 2017 [cited 2017 05 01. Available from: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1755:unidad-de-atencion-de-enfermedad-respiratoria-aguda-comunitaria&Itemid=361.
3. OMS. Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). 2014.
4. Duarte M. La razón. [Online].; 2016 [cited 2017 03 08. Available from: <http://www.larazon.net/2017/03/02/desnutricion-pone-en-riesgo-a-53-de-los-ninos-venezolanos/>.
5. Salazar Vílchez S. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI): un estudio realizado en madres de menores de 5 años. Peruvana de Obstetricia y Enfermería. 2016.
6. Goicoechea Sáez M, Fullana Montoro AM, Momparler Carrasco P, Redondo Gallego MJ, Brines Solanes J, Bueno Cañigral F. Enfermedad neumocócica invasiva en la población infantil de la Comunidad Valenciana. Scielo Gaceta Sanitaria. 2013 Noviembre Diciembre; 17(6): p. 465-468.
7. Arqueta Portillo S, Benítez Hernández SA, Cano Quezada RA. Prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años inscritos en el programa atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San Miguel y periféric Lima: Universidad de El Salvador; 2016.
8. Salas Romero MD, Silva Cornejo MdC. Perfil Conocimiento de los padres sobre signos de alarma en niños menores de 5 años y su concurrencia

inmediata a un servicio de salud Tacna – 2007: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2007.

9. Burgoa Rivero CV, Salas Mallea AA. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. Sociedad Boliviana de Pediatría. 2008 Junio;(ISSN 1024-0675).
10. Castillo Bohórquez ML, Oliveros Rozo AL, Mora Bautista AI. Perfil de morbilidad por enfermedades infecciosas de las comunidades indígenas pertenecientes al Departamento de Casanare. Publicación Científica en Ciencias Biomédicas. 2015 Julio-Diciembre; 10(18): p. 135-250.
11. García Rosique RM. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Médica Electrónica. 2016 Abril 27.
12. Tamayo Reus CM, Rosell Tamayo L, Carrión Rosell Y. Enfermedades prevalentes en niños guatemaltecos menores de 5 años. MEDISAN. 2015 junio; 19(6).
13. GAD Tufiño. Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Tufiño 201-2019. [Online]. Tufiño; 2015 [cited 2017 05 01. Available from: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/0460026280001_Plan%20de%20Desarrollo%20y%20Ordenamiento%20Territorial%20Tufi%C3%B1o_30-10-2015_17-46-43.pdf.
14. OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Online].; 2015 [cited 2017 05 01. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>.
15. Sameens. Medidas de frecuencia y diseño de estudios. [Online].; 2017 [cited 2017 06 01. Available from: http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_3/Astillero%20Pinilla_3/Prevalencia.htm.
16. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Incidencia. [Online].; 2017 [cited 2017 06 01. Available from: http://www.hrc.es/bioest/Medidas_frecuencia_3.html.

17. salud OPdl. Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería Washington, D.C.: OPS; 2009.
18. Organización Panamericana de Salud. Infecciones respiratorias agudas en los niños: tratamiento de casos en hospitales pequeños Washington: PALTEX; 1992.
19. Barreda P. Enfermedades eruptivas. [Online]. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile; 2016 [cited 2017 02 28. Available from: <http://www.drondonpediatra.com/eruptivas.htm>.
20. Barron S. Las Infecciones. Rubeola. [Online].; 2015 [cited 2017 05 30. Available from: <http://kidshealth.org/es/parents/german-measles-esp.html>.
21. Monografías. Desnutrición. [Online].; 2016 [cited 2017 05 26. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos15/desnutricion-clases/desnutricion-clases.shtml>.
22. OMS. Enfermedades diarreicas. [Online].; 2017 [cited 2017 05 30. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>.
23. Palermo. Enfermedades eruptivas: cuadro comparativo. [Online].; 2016 [cited 2017 05 22. Available from: <http://www.planetamama.com.ar/nota/enfermedades-eruptivas-cuadro-comparativo>.
24. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador Quito: IGM; 2010.
25. Ministerio de Salud Pública. Ley de derechos y amparo del paciente Quito: MSP; 2014.
26. Nacional C. Código de la niñez y adolescencia. [Online].; 2014 [cited 2017 05 20. Available from: <http://www.funcionjudicial.gob.ec/lotaip/phocadownloadpap/PDFS/2014/Nacional/8%20CODIGO%20DE%20LA%20NINEZ%20Y%20ADOLESCENCIA.pdf>.
27. MSP. Modelo de Atención Integral de Sistema Nacional de Salud. [Online].; 2012 [cited 2017 05 20. Available from:

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.

28. Ferreira Salazar C, García García K, Macías Leiva L, Pérez Avellaneda A, Tomsich C. Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2010.
29. El Telégrafo. En Ecuador existen más de 4 millones de infantes. 2013 Jun.
30. Longhi F. Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones. Andes. 2013 Dec; 24(2).
31. Aguirre E, Céspedes E, Elina R, Maza A, Terán C. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. [Online].; 2014 [cited 2017 04 01. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014001100002&script=sci_arttext&tlng=en.
32. Montoya Sáez P. Alimentación, Nutrición y Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 04 01. Available from: <http://www.oda-alc.org/documentos/1341945107.pdf>.
33. Garcés Herrera EG. Causas de morbi-mortalidad por infecciones respiratorias agudas altas en niños menores de cinco años de la Parroquia Totoras, durante los meses de enero a marzo de 2016. Ambato: Uniandes; 2017.
34. OMS. Salud en la Américas. [Online].; 2010 [cited 2017 05 01. Available from: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=40&option=com_content#ref15.
35. Osorio Saldarriaga EdJ, Valderrama Vergara JF. Programa Nacional de Prevención Manejo y Control de la Infección Respiratoria Bogotá: Ministerio de Salud; 2014.
36. Díaz Mora JJ, Echezuria L, Petit de Molero N, Cardozo V M, Arias G A, Rísquez P A. Diarrea aguda: Epidemiología, concepto, clasificación, clínica, diagnóstico, vacuna contra rotavirus. [Online].; 2014 [cited 2017 04 01. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000100007.

37. García J, Niederbacher J, González C, Villamizar R. Etiología viral de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años en las provincias Comunera y García Rovira de Santander. Universidad Industrial de Santander. 2016 Apr; 48(2).
38. Llausas Magaña E. El niño con infecciones recurrentes. [Online].; 2009 [cited 2017 04 30. Available from: <http://pediatrica.org/el-nino-con-infecciones-recurrentes/>.
39. Giachetto G, Martínez Marysol MA. Infecciones respiratorias agudas bajas de. [Online].; 2001 [cited 2017 04 04. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v72n3/giachetto.pdf>.
40. Chia-Gil A, Pariona RSV, Cuipal J, Romaní DDW, Tapullima M. Lactancia materna exclusiva y enfermedades prevalentes de la infancia. Peruan de Epidemiología. 2014 Sep; 17(2).
41. Silva G, Galeano E, Orlando Correa J. Adherencia al tratamiento. Scielo. Colomb vol.30 no.1 Bogotá Oct./Dec. 2005 Oct/Dic; 30(1).
42. OPS. Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI. [Online].; 2016 [cited 2017 04 30. Available from: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiepi&Itemid=476.
43. Dirección Nacional de servicios de centros infantiles del Buen Vivir. Guía Teórica Metodológica Quito; 2016.
44. Enciclopediasalud. Prevalencia. [Online].; 2016 [cited 2017 03 20. Available from: <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/prevalencia/>.
45. Boiso P. Factores de riesgo en la Infancia. [Online].; 2016 [cited 2017 03 22. Available from: <http://fboiso.blogspot.com/2008/10/factores-de-riesgo-en-la-infancia.html>.
46. Blardone S. Cómo reconocer enfermedades eruptivas entre los más chicos. [Online].; 2014 [cited 2016 02 28. Available from:

<http://www.infobae.com/2013/10/08/1514684-como-reconocer-enfermedades-eruptivas-los-mas-chicos/>.

47. Matute Piedra ME, Jarrín Pinos GA. Ecuador Familia en cifras. 2nd ed. Loja: EDILOJA ; 2016.
48. OMS. Niños menores de 5 años representan un tercio de las muertes por enfermedades de transmisión alimentaria. [Online].; 2015 [cited 2017 04 01. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11490%3Aninos-menores-5-tercio-muertes-enfermedades-transmision-alimentaria&Itemid=135&lang=es.
49. Salazar Cevallos AC. Programa educativo de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años del Centro de Salud Tajamar del Cantón Tulcán. Tesis. Ibarra: UNIANDES; 2016.
50. Robaina Suárez G, Campillo Molieva R. Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. [Online].; 2001 [cited 2017 04 30. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol75_3_03/ped07303.htm.
51. Díaz Lemus M. Introducción del Manual de Enfermedades Prevalentes de la infancia en la enseñanza de Enfermería en Cuba. Scielo, Cubana Enferme. 2015 junio; 28(2): p. 128-144.
52. Paranhos V, Pina J, Mello D. La atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia. Scielo Latino-Am. Enfermagem. 2015 Junio - Febrero; 19(11).
53. Díaz Lemus M, Segredo Pérez AM. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia para profesionales de Enfermería. Educación Médica Superior. 2015 Marzo 29;; p. 429-434.
54. Benguigui Y. Perspectivas en el control de enfermedades en los niños. Saúde matern infant. 2005;; p. 1-1.
55. EL Comercio. La mujer en edad fértil tiene un promedio de dos hijos. Tendencias. 2014 Jun: p. 1.

56. Ferreira E, Báez R, Trejo B, Ferreyra L, Delgado G, Lingdao O, et al. Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. [Online].; 2012 [cited 2017 05 01. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a30.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

La presente encuesta va dirigida a los padres de familia con el propósito de conocer sobre los factores que inciden en la prevalencia de las enfermedades en los niños del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño-Tulcán, 2016 que será utilizado para la presente investigación y los datos obtenidos serán de exclusiva reserva.

ASPECTO SOCIO DEMOGRÁFICO

1. **Sexo de su hijo** : Masculino () Femenino ()
2. **Edad niño** : 1 a 1 año 11 meses () 2 a 3 años ()
3. **Residencia** : Urbana () Rural ()
4. **Construcción de su vivienda es** : Adobe o tapia () Bloque o ladrillo ()
5. **Cuánto es su ingreso mensual?** Menos o igual \$374 () Más de \$374 ()
6. **Cuál es su ocupación?**

7. **A qué edad tuvo su primer hijo** _____
8. **Peso** _____ Kgrs
9. **Talla** _____ cm.
10. **Desnutrición** (_____)

11. Dispone de servicios básicos

	Si	No
Agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luz eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcantarillado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pozo séptico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recolección de basura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NÚMERO DE CASOS DE ENFERMEDADES PREVALENTES

12. Su hijo se ha enfermado en el último año?

Sí No

13. Cuáles son las enfermedades que ha presentado en el último año?

Diarreas	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>
Enfermedades eruptivas	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>
Cuál?.-	

14. Cada qué tiempo se ha enfermado su hijo en éste último año?

Cada seis meses	<input type="checkbox"/>
Cada tres meses	<input type="checkbox"/>
Cada mes	<input type="checkbox"/>
Cada semana	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>

15. ¿Cuándo se enferma su niño acude preferentemente?

Centro de salud	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>
Médico particular	<input type="checkbox"/>
Farmacia	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Cuál? - _____

FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES

E.D.A. (Enfermedad diarreica aguda)

16. Tipo de E.D.A.

Aguda	<input type="checkbox"/>
Persistente	<input type="checkbox"/>
Crónica	<input type="checkbox"/>

17. Factores que incidieron para el E.D.A.

- | | |
|--|---------------|
| 17.1. Hierve el agua para consumo | SI () NO () |
| 17.2. Lava las manos antes de comer | SI () NO () |
| 17.3. Lava las manos antes y después de ir al baño | SI () NO () |
| 17.5. Consumo excesivo de grasas, azúcares, sal
(Transgresión alimenticia) | SI () NO () |

IRA (Enfermedades Respiratorias Agudas)

18. Tipo de I.R.A.

Resfrío común	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>

Faringitis, amigdalitis	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>
Otitis media	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>
Nasofaringitis, rinofaringitis	<input type="checkbox"/>

19. Factores que incidieron para el I.R.A.

	Si	No
Cambio de clima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epidemia o contagio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuman en su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dio el seno a su hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Cómo prepara los alimentos

Gas Leña

20.1. ¿Hasta qué edad le dio el seno materno a su hijo? _____ meses

Hacinamiento _____

20.2. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

20.3. Cuántos dormitorios tiene? _____

Enfermedades eruptivas

21. Tipo de enfermedades eruptivas

Rubéola	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>

Cuáles: _____

22. Factores que incidieron para las enfermedades eruptivas

	Si	No
Tiene el esquema de vacuno completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contagio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestimenta compartida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto animales o plantas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAPACITACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA

23. ¿Cumple con el tratamiento prescrito por el personal de salud?

Total Parcial No cumple

24. ¿Usted conoce como prevenir las enfermedades?

Sí No

25. ¿El personal encargado del CIBV sabe cómo tratar una enfermedad de la infancia?

Sí No

26. ¿Se han realizado mingas de limpieza, fumigaciones, en el CIBV Tufiño?

Sí No

27. Ud. Recibió charlas educativas como prevenir las enfermedades en su niño.?

Si No Cuantas al año

28. Nivel de instrucción del personal que atiende el CIBV

Primaria Secundaria Superior

29. ¿Hay control del niño sano en el CIBV?

Si No Cuantas al año

30. ¿Ha recibido capacitación de EDA, IRA en el CIBV?

Si No Cuantas al año

Gracias su colaboración

Anexo 2. Operacionalización de variables

Objetivo 1.- Caracterizar socio demográficamente al grupo de estudio de la Parroquia de Tufiño.				
VARIABLE	CONCEPTO DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Socio demográficamente	Estudio de las población, desde un punto de vista principalmente cuantitativo, su dimensión, su estructura, su evolución y sus características generales.	Genero	Género	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
		Edad	Años	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 1 año 11 meses • 2 a 3 años
		Residencia	Lugar donde habita	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural
		Tipo de vivienda	Material que está hecha la casa	<ul style="list-style-type: none"> • Adobe o tapia • Bloque o ladrillo
		Ingreso mensual	Ingreso económico del sostén de hogar	<ul style="list-style-type: none"> • < o igual \$374 • >\$374
		Ocupación	Trabajo al que se dedica	<ul style="list-style-type: none"> • Agricultura • Ganadería • Ama de casa • Otros
		Servicios básicos	Disponibilidad de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Agua • Luz • Alcantarillado

Objetivo 2.- Establecer la frecuencia de casos de las enfermedades prevalentes en los niños del Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia Tufiño.

VARIABLE	CONCEPTO DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Enfermedades prevalentes en la infancia	Frecuencia de niños que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad (17).	Respiratorias	Trastornos de enfermedades de la vía respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> • Resfrío común • Sinusitis • Faringitis, amigdalitis • Bronquitis • Otitis media • Neumonía • Nasofaringitis, rinofaringitis
		Digestivas	Trastornos de enfermedades de vía digestiva	<ul style="list-style-type: none"> • EDA <ul style="list-style-type: none"> ○ Aguda ○ Persistente ○ Crónica
		Virales	Trastornos de enfermedades producidas por virus	<ul style="list-style-type: none"> • Rubéola • Sarampión • Varicela

Objetivo 3.- Identificar factores de riesgo de las enfermedades prevalentes de los infantes del Centro Infantil en estudio				
VARIABLE	CONCEPTO DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Factores que inciden en las enfermedades de la infancia	Factores de riesgo, ya sea de índole individual, social o cultural, que obstaculizan el desarrollo normal del niño(18).	Respiratorias	Agentes causales que producen enfermedades de la vía respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de clima • Epidemia • Fuman en su casa • Dio seno a su hijo • Hacinamiento
		Digestivas	Agentes causales que producen enfermedades de vía digestiva	<ul style="list-style-type: none"> • Hierve el agua • Aseo personal • Servicios básicos • Exceso consumo de dulce, grasa, sal
		Virus	Entidad biológica que se autorreplica al utilizar un organismo celular	<ul style="list-style-type: none"> • Se vacuna • Contagio • Vestimenta compartida • Contacto animales o plantas • Reacción a medicamentos • Falta de higiene

		Datos antropométricos (HCL)	Peso (kg) Talla (cm) IMC	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso, Normal, peso alto • Talla alta, Normal, talla baja, talla baja severa • Obesidad, Sobrepeso, Normal, desnutrido
		Lactancia materna	Tiempo hasta que brindo seno al bebé	<ul style="list-style-type: none"> • 0-6 meses • 7-12 meses • 13-18 meses • 19-24 meses

Objetivo 4.- Elaborar un poster sobre prevención de enfermedades en la infancia				
VARIABLE	CONCEPTO DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
	Conocimiento sobre enfermedades prevalentes del personal a cargo del niño	Educación	Nivel de conocimientos satisfactorios	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce las enfermedades • Realizan minga de limpieza • Recibe charlas • Hay control de niño sano

Anexo 3. Fotografías

Centro Infantil Caritas Alegres de la Parroquia de Tufiño



Taller sobre estimulación temprana



Charla sobre lavado de manos y chispitas



ABSTRACT

PREVALENT DISEASES IN CHILDREN OF THE "CARITAS ALEGRES" CHILDREN'S CENTER OF THE COMMUNITY OF TUFÍÑO

Author: William Andrés Tatamués Chenás
shenacitowilliam@gmail.com

This research sought to determine the most prevalent diseases, which due to environmental, cyclical factors occur more frequently in infants. The type of research is: observational, descriptive, non- experimental of cross-sectional type. The tool used is the survey to collect information and also the review of the Medical Records. The objectives were met with the following results: 1) Socio-demographic characterization: 28 infants, from 2 to 3 years of age; family income is low, mothers do housework and support their husbands in agriculture, fathers are day laborers and street vendors; the houses are made of blocks or bricks; everyone has basic services. 2) The prevalent diseases in everyone were: respiratory diseases and diarrhea, moms take the children to the Health Center and few to the Hospital. The vast majority of mothers said they breastfed their children until they reach 18 months of age. The majority of infants had acute diarrhea and the rest persistent diarrhea. 3) The risk factors identified were: for acute diarrhea diseases they do not wash their hands before eating, or after using the bathroom; they do not boil water; and have excessive consumption of fats, salt and sweets. Regarding acute respiratory diseases, the most common pathology was the cold and few with bronchitis; the factors were: intense cold, exposure to wood-burning smoke, 19% live in overcrowded homes.

Keywords. E.D.A. (Acute diarrheal disease), I.R.A. (Acute respiratory infections), Incidence, Pathology, Prevalence.

Victor Balboa
20
XI



Urkund Analysis Result

Analyse Document: TESIS.docx (D57697105)
Submitted: 10/25/2019 9:56:00 PM
Submitted By: shenacitowilliam@gmail.com
Significance: 8 %

Sources included in the report:

INFORME FINAL 24-08-2019.docx (D55001067)
PROYECTO-TESIS-MARIA CEVALLOS.docx (D37122395)
PR MARI CASTRO.docx (D54720184)
TESIS-FINAL- Presentacion.docx (D50193340)
tesis de Erika y Robinson.docx (D50261575)
Tesis Aracely Silva (19 feb 2018).docx (D35752421)
TESIS GABRIELA CAMPUÉS.pdf (D56828633)
TESIS RAMOS CONTRERAS SELMA LUZ - GALVAN LOPEZ GIOVANNA JULY-convertido.docx (D57615564)
TESIS infeccion respiratorias gabriela 03 de octubre 2014 ultima.docx plagio.docx (D11778814)
TESIS infeccion respiratorias gabriela 20 de septiembre 2014 ultima.docx (D11612994)
1A_GARCIA_FLORES_VITALINA_SEGUNDA ESPECIALIDAD_2019.docx (D55691708)
TesisVictoriaFlores.docx (D18747414)
CAPITULO II.docx (D11273358)
TESIS MARQUEZ Y TORRES 2014.docx (D12469607)
https://www.researchgate.net/publication/262747700_Introduccion_del_Manual_de_Enfermedades_Prevalentes_de_la_infancia_en_la_ensenanza_de_Enfermeria_en_Cuba
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
<http://www.larazon.net/2017/03/02/desnutricion-pone-en-riesgo-a-53-de-los-ninos-venezolanos/>
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014001100002&script=sci_arttext&tIing=en
<http://pediatria.org/el-nino-con-infecciones-recurrentes/31393b1a-5737-41c6-8226-936fd475a6d4>
<https://fr.slideshare.net/Leonsita19/aislamiento-y-cuarentena>
<https://gramha.net/explore-hashtag/TipsEnfermer%C3%ADa>
<https://www.slideshare.net/irismamanilaura/aiepi-40795706>

Instances where selected sources appear:

59

En la ciudad de Ibarra, a los 25 días del mes de octubre de 2019

Lo certifico

(Firma).....

MSc. Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

C.C.: 1002120432

DIRECTORA DE TESIS