

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA



PROYECTO DE TESINA

Relación entre la evolución de infecciones respiratorias agudas bajas y la alimentación en niños de 1-12 meses de edad internados en un hospital público pediátrico.

Por: Enf. Fabbri, María Rosa

Directora del proyecto: Lic. Tolentino Daniela Soledad

Docente Asesor: Dra. Simonetti, Graciela

Rosario, 11 de Diciembre de 2017

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Resumen:

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la primera causa de atención de salud en pediatría en el mundo; la población más vulnerable son los menores de 1 año y se relacionan directamente con factores de riesgo como destete precoz de lactancia materna, hacinamiento, desnutrición, etc.

El objetivo de este trabajo será investigar la relación entre la evolución de las IRAB y la alimentación que reciben los niños/as de 1-12 meses de edad hospitalizados en una sala de clínica general de un Hospital Público Pediátrico de la ciudad de Rosario durante los meses de Enero a Diciembre de 2018.

Estudio no experimental, prospectivo, descriptivo, transversal, mediante observación a 480 niños/as de 1-12 meses. Los factores de riesgo se trabajaron a partir de los determinados por la OMS.

El instrumento que se utilizará para la recolección de datos será una lista de control, mediante la observación directa al paciente.

Los datos obtenidos mediante la utilización del instrumento se agruparán luego por variable seleccionada para ser analizados descriptivamente. Para el procesamiento de los datos obtenidos y su análisis estadístico se utilizará una base de datos.

Palabras clave:

Lactancia materna, infecciones respiratorias agudas bajas, niños hospitalizados.

INDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabras Clave	2
Índice General	3
Introducción	4
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	7
Hipótesis y objetivos	7
Marco Teórico	8
Material y Métodos	
Tipo de Estudio o Diseño	22
Sitio de estudio o contexto	22
Población y muestra	23
Instrumentos y técnicas para la recolección de datos	24
Personal a cargo de la recolección de datos	27
Plan de análisis	28
Plan de trabajo y cronograma de actividades	28
Anexo I Guía de convalidación de sitios	30
Anexo II Instrumento de recolección de datos	33
Anexo III Consentimiento informado	38
Bibliografía	41

Introducción:

El siguiente proyecto de tesina se realizó para el cumplimiento del requerimiento de la cátedra para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Se titula bajo la problemática de la relación que existe entre la evolución de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas y el tipo de alimentación durante la internación de niños menores de un año. En el mismo se estableció el problema de la siguiente manera: ¿Qué relación existe entre la evolución de los niños de 1-12 meses hospitalizados por infecciones respiratorias bajas y la alimentación que reciben en una sala de clínica general de un Hospital Público Pediátrico de la ciudad de Rosario durante los meses de Enero a Diciembre de 2018?

Este se puede definir como uno de los problemas de salud más demandantes a nivel mundial, ya que, según estudios realizados por diferentes autores en países en vías de desarrollo y desarrollados las Infecciones Respiratorias Agudas, de ahora en adelante llamadas IRA, constituyen la primera causa de consultas en pediatría y de morbimortalidad en esta población. (1-4)

Las IRA se clasifican a su vez en altas, como rinitis, faringitis, amigdalitis, laringotraqueobronquitis, epiglotitis, otitis media aguda, otitis externa, sinusitis aguda, sinusitis crónica; y baja como son las bronquitis, bronquiolitis y neumonía.

En un estudio realizado en el servicio de pediatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú, en el año 2006 sobre la incidencia de afección respiratoria aguda baja, los factores de riesgo y la existencia de asociación de éstos en los niños menores de 5 años arrojó como resultado que existe mayor incidencia de niños hospitalizados en edades comprendidas en la etapa lactante, 26% niños de 1-3 meses, 2% niños de 1-11 meses y 42% niños de 1-3 años; el mayor porcentaje de ellos (86%) tiene una permanencia de hospitalización menor a 10 días; se encuentra que el diagnóstico que se presenta con mayor incidencia es el síndrome obstructivo bronquial (SOB) de leve a moderado y neumonía con el 38% y 34%, respectivamente.(5)

El estudio realizado en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay, en el año 2001 arrojó como resultado que de 1.753 menores de 3 años que ingresaron por IRAB el 13% fueron referidos a UCIP durante algún momento de su internación, la edad promedio fue de 7,5 meses, 62% varones, 30% desnutridos, en 70% se confirmó etiología viral, 44% presentaban antecedentes de prematuridad o enfermedades asociadas, 94%

recibieron antibióticos, 83% broncodilatadores y 39% corticoides, la estadía promedio fue de 7 días.(6)

Para comprender y determinar dicha relación, es necesario también, conocer los factores de riesgo a los que están expuestos los niños. Estos son: el destete precoz de la lactancia materna, el hacinamiento, la exposición pasiva al humo, el nivel socioeconómico familiar bajo, la desnutrición, la anemia y las enfermedades crónicas. (7-12)

Un estudio que se realizó en el Policlínico docente Luis E. De La Paz Reina, Cuba, en donde se estudiaron los factores predisponentes a infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años en Mayo 2015, arrojó como resultado que de 696 niños 31,17% eran menores de 1 año, 56,6% de sexo femenino, 62,64% sufrían de hacinamiento, 54,88% estaban expuestos pasivamente al humo del tabaco y solo 13,79% sufrieron de bajo peso al nacer. (13)

Por otra parte, la OMS recomienda que durante los seis primeros meses de vida los lactantes deben ser exclusivamente alimentados por lactancia materna(14) y suplementada con otros alimentos hasta los dos años de vida(15-20), ya que, la disminución o ausencia de LM disminuye el aporte de componentes de defensa (Inmunoglobulina A secretora -IgA, lactoferrina), y el no contacto con bacterias de baja patogenicidad en el lactante, que en condiciones normales funciona como estímulo inmunológico(21).

La IgA en las superficies respiratorias tarda varios meses hasta que se alcancen concentraciones suficientes contra infecciones, durante ese tiempo la LM provee al lactante de IgA; también los componentes celulares y otros factores humorales presentes en la leche materna ejercen protección contra patógenos y en la regulación de la respuesta inmune del lactante (21)

El estudio sobre los beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño llevado a cabo sobre una búsqueda sistemática y seleccionada de 21 artículos específicos sobre el tema en el año 2016 en Cuba, arrojó como resultado que el recién nacido tiene un sistema inmune inmaduro y está expuesto a gran cantidad de microorganismos extraños desde el mismo momento de su nacimiento. El 90% de las infecciones que afectan a los seres humanos utiliza la mucosa como puerta de entrada, por lo que la capacidad inmunomoduladora que confiere la leche materna es de vital importancia desde el periodo neonatal. (22)

Los datos más relevantes señalados en la mencionada revisión son:

- En EEUU, en un estudio prospectivo observacional durante 2015 se determinó que los niveles de IgAs elevados en la LM actúan como biomarcadores en los niños sanos y el aumento de lactoferrina es un biomarcador que señala la presencia de enfermedades en el niño. La IgAs tiene un efecto protector contra enfermedades infantiles.
- En Israel, en un estudio observacional de cohortes realizado durante 2012, se pudo observar que durante la infección activa del lactante se produce un aumento de las células inmunológicas en la leche materna.
- En Holanda, en estudio de tipo prospectivo de cohortes, se determinó que la lactancia exclusiva hasta los 4 meses seguidos de lactancia mixta se asoció con una reducción significativa de las enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales en los lactantes y que la LM exclusiva hasta los 6 meses fue más protectora que dar lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses combinándola con lactancia mixta.
- La OMS en 2005 mediante un estudio prospectivo observacional en Ghana, India y Perú obtuvo como resultado que los bebés alimentados con lactancia artificial tenían mayor riesgo de morbimortalidad en comparación con los que habían sido amamantados.
- En China, en el año 2014, mediante un estudio retrospectivo de cohortes se concluyó que la lactancia materna exclusiva tiene un efecto protector contra la enfermedad boca-mano-pie durante los 2 primeros años de vida.
- En Japón, durante el año 2015, mediante un estudio prospectivo, observacional se asoció a la LM con un menor riesgo de hospitalización por infecciones de las vías respiratorias, incluso después de la infancia.
- En Escocia, un estudio retrospectivo de cohortes llevado a cabo durante el año 2015, determinó que los niños que no tuvieron LM exclusiva en las primeras 6-8 semanas de vida tienen mayor riesgo de hospitalización y los bebés alimentados con lactancia mixta y fórmula eran más pequeños y se quedaron más tiempo ingresados en el hospital que los alimentados con LM.
- En Grecia, en el año 2010, un estudio prospectivo de cohortes, arrojó como resultado que los niños alimentados con LM exclusiva cursaron con menos procesos infecciosos que los alimentados con lactancia mixta o artificial en el primer año de vida y la lactancia mixta no demostró tener efectos protectores contra las infecciones en el primer año.

- En Reino Unido, durante el año 2011, en un estudio prospectivo de cohortes se determinó que una mayor duración de la LM se asoció con caídas graduales en la morbilidad gastrointestinal y respiratoria en la infancia y la LM demostró ser efectiva después de los 6 meses de edad, especialmente contra episodios diarreicos y respiratorios. (22)

En función de los antecedentes relevados y la formulación del problema citada en pag.4, la hipótesis de este proyecto es que los niños con LM exclusiva presentan mejor evolución en hospitalizaciones antes del año de vida por infecciones respiratorias agudas bajas que los niños alimentados de forma mixta.

El objetivo de este trabajo es determinar qué relación existe entre la evolución de los niños de 1-12 meses hospitalizados por infecciones respiratorias bajas y la alimentación que reciben en una sala de clínica general de un Hospital Público Pediátrico de la ciudad de Rosario durante los meses de Enero a Diciembre de 2018.

Los objetivos específicos son:

- Analizar la evolución de las IRA bajas.
- Determinar los días de estada en sala de internación en niños con afecciones respiratorias bajas.
- Determinar el dolor observado, su frecuencia y como ceden durante la internación
- Describir los tratamientos que requieren durante la internación.
- Analizar los pasos a seguir para la evaluación de la función respiratoria.
- Describir la valoración de los signos vitales.
- Describir los tipos de alimentación en niños de 1-12 meses de edad.
- Determinar el modo de alimentación.

Marco Teórico:

El desarrollo sano de la infancia es crucial para el futuro y el bienestar de cualquier sociedad. Debido a que todavía están en proceso de desarrollo, los niños y niñas son especialmente vulnerables —más que los adultos— a las deficientes condiciones de vida que originan la pobreza, la escasa atención de la salud, la falta de nutrición, agua potable y vivienda, y la contaminación del medio ambiente. Los efectos de la enfermedad, la desnutrición y la pobreza amenazan el futuro de la infancia y por tanto el futuro de las sociedades donde viven. (24)

Por su condición de vulnerabilidad, los menores de 5 años fundamentalmente constituyen a la población más recurrente en las consultas pediátricas y las hospitalizaciones por afecciones respiratorias.

Las enfermedades agudas del aparato respiratorio se presentan en su inmensa mayoría como infecciones, por lo cual en la actualidad se prefiere referirse a ellas como infecciones respiratorias agudas (IRA) (25).

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de Salud Pública. La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías.

En niños menores de 5 años, la causa de la infección en el 95% de los casos son los virus siendo de buen pronóstico, pero un pequeño porcentaje puede padecer complicaciones como otitis, sinusitis y neumonía. (26)

Las IRA se clasifican en altas y bajas y pueden ser de carácter agudo o crónico.

Las IRA altas son un grupo de enfermedades que afectan el tracto respiratorio superior, entre ellas encontraremos:

La rinitis es un trastorno que afecta a la mucosa nasal y que produce estornudos, picor, obstrucción, secreciones nasales y, en ocasiones, falta de olfato. Estos síntomas se presentan generalmente durante dos o más días consecutivos y a lo largo de más de una hora la mayoría de los días.

La rinitis alérgica es la forma más común de rinitis no infecciosa, sin embargo, no es igual a asma, pero puede ser un indicador de que la persona que la padece tiene una especial predisposición a desarrollar más adelante los síntomas (tos seca, sensación de falta de aire, sibilancias, etc.) característicos de una hiperreactividad bronquial.

La faringitis es la inflamación de la garganta o faringe a menudo causada por una infección bacteriana o vírica. Provoca molestia, dolor o carraspera en esta región, lo que a menudo da lugar a dificultades a la hora de tragar o hablar.

La amigdalitis es un tipo de infección que resulta muy común entre los niños pero que es menos frecuente en los adultos. Esta afección consiste en una inflamación de la garganta y las amígdalas causada por distintos tipos de virus o bacterias, como los estreptococos del grupo A; responsables de la provoca la amigdalitis estreptocócica, que es la más común.

Este tipo de bacterias, pueden vivir también tanto en la nariz como en la garganta sin que causen ninguna enfermedad y se propagan mediante el contacto con las gotas de la tos o el estornudo de una persona que sí está infectada. (27)

La epiglotitis es la inflamación de la epiglotis, el tejido que cubre la tráquea. La epiglotitis es una enfermedad potencialmente mortal.

La laringotraqueobronquitis, también denominada crup, es una inflamación de las cuerdas vocales (laringe) y la tráquea. Causa dificultad para respirar, tos seca similar a la de los perros y voz ronca. La causa suele ser un virus, a menudo parainfluenza. Otras causas incluyen alergias y reflujo.

La otitis media aguda es una infección que afecta el oído medio. Los tubos dentro de los oídos se tapan con líquido y moco. Esto puede afectar la audición, ya que el sonido no puede pasar a través de todo ese líquido. (28)

La otitis externa es una infección del canal auditivo (la abertura tubular que conduce sonidos del exterior del cuerpo al tímpano) que puede ser producida por varios tipos de bacteria u hongos. Por lo general se produce en oídos que han estado expuestos a la humedad.(29)

La sinusitis está presente cuando el tejido que recubre los senos paranasales se hincha o inflama. Ocurre como resultado de una infección por virus, hongos o bacterias. (30)

Las IRA bajas son con las infecciones que se diferencian de las bajas porque afectan el tracto respiratorio inferior. Son en las que se hará hincapié en este estudio y ellas son:

La bronquitis es la inflamación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno a sus pulmones. Esta causa una tos que en forma frecuente presenta mucosidad. También causa dificultad para respirar, jadeo y presión en el pecho. Existen dos tipos de bronquitis: aguda y crónica.

La mayoría de los casos de bronquitis aguda mejora en unos días, pero la tos puede durar varias semanas después de haberse curado la infección.

A menudo, los mismos virus que causan el resfrío y la gripe pueden causar bronquitis aguda. Estos virus se propagan por el aire cuando alguien tose o a través del contacto físico (por ejemplo, alguien que no se haya lavado las manos). La exposición al humo del cigarrillo, contaminación del aire, polvo y gases también pueden causar bronquitis aguda. Así mismo, las bacterias pueden causar bronquitis aguda, pero no tan seguido como los virus. (31)

La bronquitis es una enfermedad muy frecuente. Cada año se presentan millones de casos.

Las personas ancianas, los bebés y los niños pequeños corren más riesgo de sufrir bronquitis aguda que las personas de otros grupos de edad.

Por lo general, se diagnostica la bronquitis con base en los signos y síntomas. Es posible que para el diagnostico le pregunten sobre la tos, por ejemplo, cuánto tiempo la ha tenido, qué tipo de mucosidad o expectoración tiene y cuánto tose. (32)

La bronquiolitis es una infección pulmonar común en bebés y niños pequeños. Esto ocurre cuando las vías respiratorias más pequeñas en los pulmones (bronquiolos) se inflaman y se obstruyen con mucosidad. Esto hace que sea más difícil para el niño respirar.

Es generalmente causada por un virus. El virus respiratorio sincitial (VRS) es la causa más común. Los niños menores de 2 años, en particular aquellos entre 3 y 6 meses, contraen esta enfermedad con más frecuencia. Alcanza su pico máximo en invierno y a principios de la primavera.

Los primeros síntomas de la bronquiolitis se parecen a los síntomas de un resfriado común. Puede tener goteo nasal, tos y fiebre leve durante algunos días. Después de eso, puede comenzar a respirar rápido y tener sibilancias (emitir un silbido agudo al respirar).

Virus Sincicial Respiratorio y otros virus que producen bronquiolitis son comunes y se propagan fácilmente. Niños y adultos mayores también contraen estos virus. Pero por lo general no se enferman tanto como los niños más pequeños. La mejor manera de prevenir la bronquiolitis es evitar que el niño contraiga un virus.

Como es causada por un virus, los antibióticos y otros medicamentos no ayudarán a curarlo. Por lo general, la enfermedad tarda entre 2 y 3 semanas en desaparecer. Mientras tanto, los síntomas se pueden tratar en casa. (33)

La neumonía es una infección de uno o los dos pulmones. Muchos gérmenes, como bacterias, virus u hongos, pueden causarla. También se puede desarrollar al inhalar líquidos o químicos. Las personas con mayor riesgo son las mayores de 65 años o menores de dos años o aquellas personas que tienen otros problemas de salud.

Los síntomas de la neumonía varían de leves a severos. Y ellos son: fiebre alta, escalofríos, tos con flema que no mejora o empeora, falta de oxígeno al hacer sus tareas diarias, dolor en el pecho al respirar o toser (34)

Otro de los temas estudiados en este trabajo fue la alimentación de los menores de 1 año, para poder llegar a la LM, sobre la cual se hace principal hincapié.

Para conocer y tomar conciencia de la LM exclusiva hasta los 6 meses de edad del recién nacido y luego alimentación mixta, es necesario conocer en que se basan los términos alimentación y nutrición.

- Alimentación consiste en obtener del entorno, productos naturales o transformados que conocemos como alimentos, los cuales contienen nutrientes.

La elección de los alimentos se convierte, en la práctica, en el acto de comer a distintas horas del día, en los lactantes con lactancia materna exclusiva se recomienda cada 3 horas o a libre demanda. Este acto de ingerir alimentos y combinarlos en los diferentes platos que configuran las comidas, es fruto de las distintas normas que cada cultura ha creado, que en el fondo responden a la necesidad de cubrir sus necesidades nutritivas, respetando los gustos, las costumbres y las creencias. Por tanto, es un proceso voluntario y consciente, que engloba tres factores determinantes de la conducta alimentaria como son la salud, la cultura y el placer.

Muchas veces asociamos a la alimentación con la nutrición, en cuanto al concepto de nutrición, se centra en el estudio de los procesos de crecimiento, mantenimiento y reparación del organismo, que depende de la digestión de los alimentos-además del estudio de los propios alimentos-, con el objetivo de mantener y/o promover una salud adecuada previniendo las enfermedades.

- Nutrición se puede definir como el conjunto de procesos biológicos mediante los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias contenidas en los alimentos, y al contrario de la alimentación, es un proceso involuntario e inconsciente. Hasta hace poco tiempo el término “nutrición adecuada” era utilizado por la comunidad científica y especialistas de la salud, para establecer los requerimientos de energía a través de la ingestión en las proporciones adecuadas de nutrientes. Estos requerimientos estaban relacionados con la actividad física y el gasto energético de cada persona.

En la actualidad, es más frecuente encontrar el término “nutrición óptima”, centrada en el estudio de las asociaciones entre las características genéticas y aspectos fisiológicos con la nutrición, y cuya finalidad está encaminada a la prevención y tratamiento de enfermedades, más allá de de las necesidades de nutrientes.

Cuando se habla de “*nutrición óptima*”, se hace referencia también a la forma de alimentarse, eligiendo para ello los mejores alimentos para que el organismo funcione de manera adecuada y se encuentre en un estado de salud y bienestar.

Gracias a la alimentación variada y equilibrada podemos conseguir una “*nutrición óptima*” y, en consecuencia, un óptimo estado de salud. Siguiendo una nutrición óptima, se puede mejorar la resistencia a infecciones, la concentración mental, la calidad del sueño, aumentar la capacidad física, prevenir enfermedades, etc.

La nutrición óptima va más allá de satisfacer las necesidades nutricionales, ya que modifica aspectos genéticos y fisiológicos de la vida humana y a la prevención de un número creciente de enfermedades. (36)

Siguiendo este concepto se podría inferir que “la nutrición optima” para los recién nacidos hasta los 6 meses de edad es la Leche Materna.

Los beneficios y la importancia de la leche materna inmediatamente después del parto, la experiencia y las evidencias científicas demuestran que:

El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre la madre, padre e hijo en el desarrollo físico y emocional del niño.

El calostro tiene elementos inmunitarios que ayudarán a proteger al bebe, aún bajo de defensas. La inmunidad es específica por IgA secretora; si la madre tiene alguna enfermedad, la IgA va proteger a su hijo.

La madre produce calostro el primer día, 20 a 50 ml al día. El tamaño del estómago del recién nacido es de 5 a 7 mL; al décimo día, la capacidad gástrica es de 45 a 60 mL. Los volúmenes de leche van aumentando poco a poco.

En el pre calostro, líquido que se encuentra acumulado en los alveolos durante el ultimo trimestre de la gestación, predominan mayoritariamente exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina, cloro, sodio y lactosa.

El calostro, compuesto complejo y de pequeño volumen, tiene una alta densidad y está presente en el último trimestre de la gestación. Posee un bajo contenido en grasas y lactosa, para adaptarse así a las necesidades calóricas del bebe en sus primeras semanas de vida. Tiene un alto contenido en inmunoglobulinas, proteínas, minerales, lactoferrina y leucocitos.

La leche de transición es un compuesto también cambiante; en relación con la del calostro, disminuye su concentración de inmunoglobulinas y proteínas e incrementa la de lactosa y grasas. Suele durar desde el sexto día hasta el final de la segunda semana posparto.

La leche madura se da a partir de la tercera semana posparto. En esta tercera fase, la leche también experimenta variaciones en función de la etapa de la lactancia, la hora del día, la

nutrición de la madre y la edad gestacional del bebe. Tiene más proteínas, ácido fólico, vitaminas liposolubles A, E, K y carotenos; también es superior en contenido de minerales, sodio, zinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso(37).

Las bacterias probióticas son microorganismos que viven simbióticamente en el intestino, confiriendo beneficios adicionales al huésped, los cuales incluyen competencia con el organismo patógeno, aumento de la producción de moco, estimula el peristaltismo, aumenta la producción de nutrientes específicos (arginina, glutamina, cadenas cortas de ácidos grasos) y ayuda al desarrollo del sistema inmune del intestino.

Los prebióticos son oligosacáridos no digeribles, que, después de la fermentación, bajan el pH y aumentan la cantidad y disponibilidad de ácidos grasos libres, también permiten el crecimiento de probióticos en el intestino; es un ingrediente alimentario no digerible que estimula selectivamente el crecimiento y/o la actividad de un número selecto de bacterias; por lo tanto, protege al recién nacido.

Para ello hay que recomendar a la madre que haga una dieta sana y equilibrada y evite ciertos alimentos que puedan producirle cólicos u otros problemas digestivos a su bebe. Se recomienda que las madres lactantes consuman 2 700 calorías al día o 560 calorías adicionales a su dieta habitual. Si la madre se descuida en su alimentación, no come a sus horas, o la dieta es insuficiente, podrá sentirse cansada y agotada, y puede enfermarse con mayor frecuencia.

Las investigaciones indican que una dieta inadecuada o insuficiente de la madre no influye en el volumen o calidad de la leche materna; la leche materna sigue siendo completa y cubre todas las necesidades nutricionales del bebe.

Cualquier leche artificial que pueda usarse como sustituto para lactantes generará que el bebe se confunda y la madre producirá menor cantidad de leche. (38)

La OMS sugiere que tampoco se les administre agua a los lactantes, ni en países con alta temperatura, porque el dar agua a los bebés pequeños los pone en riesgo de diarrea y desnutrición. El agua puede estar contaminada y causar infecciones en el/la bebé, puede causar que el/la bebé consuma menos leche materna o suspenda la lactancia temprano y en consecuencia se desnutra. Si las madres dan agua en lugar de la leche materna, ellas podrían disminuir su producción láctea.

La leche materna tiene más de 80 por ciento de agua, especialmente la primera leche que el/la bebe consume en cada mamada. Por tanto, si la madre siente que su bebe esta sediento/a, ella debe amamantarlo/a para así calmar la sed.

Además, si la madre está estresada, liberará más catecolaminas que bloquearán la acción de la oxitocina.

Si bien lo más importante para las madres es el apoyo que pueda brindárseles, se le debe educar en que producirá más cantidad leche con el tiempo, y que la primera semana un recién nacido a término pierde peso entre 7 y 10% y el prematuro entre 12 y 15%.

La efectividad de la lactancia se verificará pesando al bebe, que gana más de 20 a 30 gramos al día, o a través de la prueba de humedad, que consiste en que el recién nacido esté mojando más de seis pañales en 24 horas. Se puede estimar entonces que la madre está produciendo leche suficiente. Si el recién nacido no gana peso o no micciona varias veces al día, puede estar presentado deshidratación e hipernatremia por falta de aporte de leche materna.

La lactancia materna debe ser exclusiva para todo ser humano, los primeros seis meses, y seguir lactando hasta los 24 meses. No existe leche artificial que iguale las bondades de la leche humana, porque la leche materna cubre todas necesidades nutricionales, calóricas, inmunológicas para el ser humano, sea el recién nacido prematuro o a término. A la madre lactante se le debe orientar sobre una buena nutrición y que la dieta sea equilibrada.

Para llevar a cabo la lactancia materna exclusiva, el personal de salud debe conocer: las ventajas, las técnicas del amamantamiento, la conservación de la leche si la madre se tiene que incorporar tempranamente al trabajo y darles alternativas para que su hijo reciba solo leche materna.

¿La leche materna debe ser único alimento para el recién nacido? La leche humana no es solo un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino un fluido vivo que tiene más de 200 componentes conocidos que interactúan y tienen más de una función individual.

Generalmente incluyen la función nutricional, de protección contra las infecciones - especialmente por la inmunoglobulina IgA secretora- y de estímulo del desarrollo cognoscitivo.

La proteína del suero contiene principalmente alfa-lactoalbúmina (a diferencia de la leche de vaca, que contiene beta-globulina) y muy pequeña cantidad de albúmina sérica; pero, una buena

parte de las proteínas del suero son proteínas anti infecciosas, como lactoferrina, inmunoglobulina A secretora y lisozima.

La alfa-lactoalbúmina tiene un papel importante en la síntesis de la lactosa y es fuente de aminoácidos esenciales, especialmente de triptófano, lisina y cistina.

El tracto gastrointestinal del recién nacido no está preparado para recibir alimentación que no sea la leche materna. El calostro tiene efecto trófico, protege el aparato digestivo evitando la enterocolitis necrotizante (NEC), sobre todo en los prematuros; por eso la alimentación debe iniciarse en el contacto piel a piel.

No hay contraindicación a la lactancia materna, salvo casos de madres con: el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), el virus linfotrópico VH11 o que reciben tratamiento para cáncer.

La lactoferrina es más alta en la leche materna, por lo que protege al lactante contra la deficiencia de hierro.

La taurina es un neurotransmisor y neuro modulator del cerebro y de la retina; no se encuentra en la leche de vaca.

Las enzimas como la lipasa y la amilasa ayudan la digestión de los lípidos y de los carbohidratos complejos, compensando la inmadurez enzimática del lactante.

La carnitina es esencial para la oxidación de los ácidos grasos, lo que permite al recién nacido utilizarlos como una fuente de energía alternativa a la glucosa.

La leche humana es antiinflamatoria y antioxidante. Las premisas anteriores ayudan a asegurar que la lactancia materna debe ser universal, precoz y exclusiva durante los primeros seis meses, pudiendo prolongarse después durante dos años, e iniciar la alimentación complementaria desde los seis meses.

En las últimas décadas, diversos estudios han demostrado que la lactancia materna exclusiva, que se define como la alimentación basada exclusivamente en leche materna (a excepción de suplementos vitamínicos, minerales o la toma de medicamentos), aporta beneficios tanto para el/la hijo/a como para la madre, a corto y largo plazo.

Durante los primeros 6 meses de vida, los niños alimentados con lactancia materna exclusiva tienen menor riesgo de padecer diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y síndrome de muerte súbita en comparación con los niños alimentados con lactancia artificial.

A largo plazo, la lactancia materna exclusiva se asocia con una menor tendencia a la obesidad y a la diabetes, y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor.

Respecto a las madres, las que amamantan tienen menores tasas de sangrado posparto, y a largo plazo se reducen el riesgo de cáncer de mama y ovario y las tasas de obesidad. En este sentido la **OMS** estima que podría salvarse en el mundo una importante cifra de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche humana a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida.

Aunque no se han descifrado todas sus propiedades, la superioridad de la leche de mujer en la alimentación infantil es incuestionable.

Están perfectamente establecidas las ventajas de ofrecer lactancia materna (LM) desde la primera media hora después del parto, y continuar con esta, de forma exclusiva (LME), durante los 6 primeros meses de vida.

Existen políticas precisas de la OMS y la Unicef que también proponen continuar a partir de ese momento con lactancia materna complementada (LMC), al menos hasta los 2 años y a partir de ese momento la LM podría mantenerse hasta que el niño y la madre lo decidan.

La **OMS** ha expuesto que la nutrición deficiente en niños menores de 5 años aumenta el riesgo de padecer enfermedades y es responsable directa o indirectamente de un tercio de los 9,5 millones de muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006. Así mismo, ha considerado que las prácticas inadecuadas de LM, especialmente la no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10 % de la 'carga' de enfermedades entre los niños menores de 5 años”.

En tanto **UNICEF** sostiene que casi la mitad de las muertes de niños menores de 5 años puede atribuirse a la malnutrición. Esto se traduce en la pérdida innecesaria de unos 3 millones de vidas jóvenes al año.

La malnutrición es, más que una falta de alimentos, una combinación de factores: una insuficiente cantidad de proteínas, energía y micronutrientes, infecciones o enfermedades frecuentes, prácticas deficientes de atención y alimentación, y servicios inadecuados de salud y agua y saneamiento.

El hecho de que no se practique la lactancia materna o que se practique mal, supone casi un 12% de las muertes de menores de 5 años:

A pesar de sus beneficios, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es muy baja. Según la **OMS**, en sus Estadísticas sanitarias mundiales de 2012, en todo el mundo, los/las niños/as menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva no llegan al 40%.

En tanto el *Ministerio de Sanidad y Consumo y Instituto Nacional de Estadística* realizaron una *Encuesta Nacional de Salud 2012 en España*, y cómo resultado obtuvieron que, por ejemplo, la prevalencia para las primeras 6 semanas de vida es del 66,2%, para los 3 meses es del 53,6% y para los 6 meses es del 28,5%.

En comparación con otros países, esta prevalencia se situaría en un nivel intermedio; los países nórdicos, Japón, Canadá y Nueva Zelanda son los que muestran prevalencias más altas (71% a 81%) a los 3 meses, mientras que países como Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores (15% a 43% a los 3 meses, 0,2% a 14% a los 6 meses). (39)

Diversos estudios han concluido que las características sociodemográficas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, siendo las madres de menor edad, las solteras, las de un nivel socioeconómico menor, primíparas y con un menor nivel de educación las que llevan a cabo una lactancia materna exclusiva más reducida.(40)

Diversos autores advierten que otra variable importante en relación con la duración de la lactancia materna exclusiva es la situación laboral de la madre. Para las trabajadoras, la falta de apoyo en el trabajo es la barrera más importante para no poder seguir con la lactancia materna exclusiva. (41)

Una razón añadida es la percepción de no tener leche suficiente (hipogalactia), por la que se entiende a la situación en la que el lactante amamantado no recibe suficiente cantidad de leche, sea porque la madre no produce suficiente o sea porque el lactante no puede extraerla de modo eficaz. (42)

En muchos trabajos se reduce a insuficiente producción de leche, pese a la dificultad intrínseca de medirse de manera objetiva y se presenta como la principal causa de interrupción de lactancia materna (30-60%); pero se estima que sólo en un 5% de los casos tal percepción se corresponde con la realidad. (43)

Este último motivo, junto con la concepción prenatal sobre la lactancia materna exclusiva (el interés y la confianza de la madre, entre otros), podrían llegar a tener más impacto que las variables sociodemográficas.

En diversas publicaciones han sido señaladas las consecuencias negativas del abandono temprano de la LM desde puntos de vista nutricionales, inmunológicos, psicológicos, epidemiológicos y económicos.

La **OMS**, basada en diferentes evidencias, estima que entre 1,30 y 1,45 millones de muertes infantiles pudieran ser prevenidas cada año con adecuadas prácticas de LM, y expone los resultados de 10 países seleccionados donde solo se obtiene LME con cifras que oscilan entre el 30 y 67 %.

Como la leche materna se ingiere de forma directa, sin manipulación previa que pudiera contaminarla, se espera que mientras el niño sea alimentado exclusivamente con ella, la frecuencia de enfermedades como la diarrea sea inferior a la que se produce en niños alimentados de otra forma.

Según un artículo de Remigio Rafael Gorrita Pérez, Daylin Brito Linares, Elisa Ruiz Hernández se conformaron dos grupos homogéneos de 67 madres y sus hijos, uno capacitado; y otro control, no capacitado. Las IRA y las EDA fueron las enfermedades más frecuentes en ambos grupos, con una y otra mayor incidencia en el grupo 2, que fueron los no intervenidos y que menos lactaron. También fueron más frecuentes los ingresos y el uso de antibióticos en ese grupo, por lo que son evidencias fehacientes la eficacia de la intervención realizada. Estos resultados con respecto a la morbilidad y su asociación con la inadecuada utilización de LM fueron coincidentes con otras referencias consultadas. (44)

Villalón Artirez y otros, en Cuba, en 2012, encontraron como factores de riesgo más frecuentes para el estado de salud de niños de 4 meses a un año de edad, la sustitución de LM por la artificial, las IRA y la anemia. (45)

Pérez Sánchez y otros, también en Cuba, en 2011, identificaron como factor de riesgo frecuente en las IRA, la lactancia materna no efectiva o la no utilización de LM. (46)

Tomando en cuenta y posicionándonos sobre lo planteado por la **OMS**, se concluye que la LM exclusiva es de vital importancia para la prevención de enfermedades de todo tipo, inclusive respiratorias, y su posterior hospitalización en menores de 1 año, ya que como detallamos anteriormente, la leche materna provee al recién nacido de defensas y lo nutre con lo necesario para su óptimo crecimiento y desarrollo.

La teórica con la que se trabaja en este estudio es Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Ella plantea la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.

1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico. Necesidad Humana Básica que se ve alterada en estos pacientes por el cuadro que cursan durante la internación (IRAB)

2º.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento. Necesidad Humana Básica que en estos pacientes se encuentra alterada por la infección respiratoria que cursan y la que no les permite alimentarse por sí solos en algún momento del transcurso de la enfermedad.

3º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea. Necesidad Humana Básica que se encuentra alterada porque al no

oxigenarse correctamente el cuerpo no cuenta con la energía suficiente para moverse con normalidad y provoca decaimiento o aletargamiento.

4º.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día. Necesidad Humana Básica que se encuentra alterada en estos pacientes porque al tener dificultad para respirar por el cuadro que cursan sufren de irritabilidad constante.

5º.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental. Necesidad Humana Básica que en estos pacientes se encuentra alterada porque por la patología que cursan muchas veces sufren de Hipertermia.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Henderson da una definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”. (47).

Material y Métodos:

Tipo de estudio o diseño:

Se utilizará un tipo de estudio descriptivo porque se pretende determinar cómo es la relación de la evolución de las IRAB con la alimentación en un lugar y tiempo determinados. Será prospectivo, llevándose a cabo en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre de 2018 y transversal porque el instrumento para la recolección de datos se aplicará en un momento específico, a fin de lograr medir las variables seleccionadas.

Sitio de estudio o contexto:

Para este estudio se elaboró una guía de convalidación de sitio que permite al investigador recabar información necesaria para estudiar aspectos del contexto de la investigación (ANEXO I).

El estudio se realizará en la ciudad de Rosario. En el municipio existen distritos sanitarios, para lograr la idea de territorialidad que guía la Gestión Municipal, por medio de una Red de Salud.

Al tratarse de un sistema que trabaja en red, centra sus acciones sobre las necesidades del paciente, y exige la actualización permanente de muchos conceptos de la práctica médica.

La salud municipal en Rosario está conformada por tres niveles de atención:

El *primer nivel* está conformado por los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales, distribuidos estratégicamente en todo el municipio y organizados distritalmente.

El *segundo nivel* está constituido por tres hospitales: “1”, “2” y “3”, un servicio de Internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación y un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias.

El *tercer nivel* lo conforman las áreas de mayor tecnología y alta complejidad como el hospital “4” y “5”.

La red también cuenta con distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias, con ambulancias para traslados y emergencias.

Los criterios de elegibilidad de los sitios son: tratarse de un hospital público pediátrico municipal de la ciudad de Rosario; pertenecer al tercer nivel de atención; contar con salas de internación, debido a que en estas se internan gran cantidad de niños menores de 1 año por IRAB; atender no menos de 162.000 personas al año (los datos que utilizaremos para este criterio son los proporcionados por la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario, correspondientes al año 2016; contar con un comité de investigación; poseer registros de la dotación del personal a cargo de Enfermería según su nivel de formación; abarcar todos los distritos de la ciudad de Rosario.

Para la selección del sitio se compararon 3 efectores, de los cuales el 1º es de índole público, cuenta con una sala de pediatría de baja complejidad y la cantidad de niños internados por IRAB no arrojaba valores significativos para el estudio. El 2º, de índole privado no permitió el ingreso de la investigadora para recabar datos, motivo por el cual se decide realizar el estudio en el 3º, también de índole pública, pediátrico.

La elección del sitio se decidió mediante estudio exploratorio del mismo, de manera incidental porque se negó la posibilidad de realizarlo formalmente, el cual arroja como resultado una mayor incidencia de niños internados por IRAB con diferentes evoluciones según la alimentación que reciben, motivo por el cual, se decide que el sitio reúne todos los requisitos para poder medir las variables en estudio.

Población y muestra:

La población total de niños internados en sala de clínica general fue de 865, según las estadísticas del año 2016. Se tomarán aproximadamente 320 niños internados por IRAB, teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión. Se realizará un tipo de muestreo no probabilístico e intencional, porque solo se elegirán los pacientes internados en ese período que cumplan con los criterios para el objetivo de la investigación.

La unidad de análisis será cada paciente que cumpla con los criterios de inclusión/exclusión detallados a continuación:

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Niños de 1-12 meses de edad
2. Nacidos a termino

3. Con afecciones respiratorias bajas
4. Alimentados con lactancia materna exclusiva o semi exclusiva
5. Alimentados por vía oral o sonda nasogástrica
6. Primera internación

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Inmunodeprimidos
2. Con patologías de base (congénita, genética o adquirida)

Instrumentos y técnicas para la recolección de datos:

El instrumento utilizado para la recolección de datos será una lista de control (ANEXO II), confeccionada de acuerdo a los indicadores que se tomarán en cuenta para medir las variables en estudio. Los encargados de completarlo serán la autora del proyecto y personal de la sala de clínica general de un Hospital Público Pediátrico de la ciudad de Rosario, que haya aceptado la propuesta y se haya capacitado previamente al respecto, tildando la opción correspondiente y completando donde se requiera mayor información.

Se utilizará la lista de control para poder recabar con mayor objetividad los datos necesarios y registrar cuantitativamente los indicadores de las variables en estudio. Se completará mediante la observación directa del paciente, una vez por turno de trabajo (4 veces día).

La misma se elaboró a partir de la siguiente operacionalización de las variables en estudio:

<u>VARIABLE</u>	<u>DIMENSIONES</u>	<u>INDICADORES</u>
EVOLUCION DE AFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS	# días de estada en internación	# más de 24 hs # más de 48 hs # más de 72 hs # más de 96 hs
Dependiente Cualitativa compleja	# dolor	Dolor-----en reposo ----- durante el Descanso ----- s/ dolor ----- al movimiento

	----- con Analgésico e/v
	----- con Analgésico v/o
	-----s/analgésico
# valoración de signos vitales	T° --- fiebre persistente ---fiebre cede con att ---fiebre 3 veces al día ---fiebre 2 veces al día ---fiebre mas de 3 Al día ----- s/fiebre FR--- c/taquipnea --- FR dentro de parámetros normales para la edad --- c/ bradipnea FC--- c/taquicardia --- c/ bradicardia --- FC dentro de parámetros normales para la edad
# tratamientos	Antibióticos---c/atb 1 c/24hs ----c/atb 2 c/24hs ----c/atb 3 c/24hs ----c/atb 4 c/24hs ----s/atb #c/ oxígeno por CN #c/oxígeno por mascara con reservorio #c/oxígeno por mascara #s/oxigenoterapia #c/KNTR 2 Veces por día #c/KNTR 1 vez Por día #s/KNTR #c/broncodilatadores c/3hs #c/broncodilatadores c/4hs #c/broncodilatadores c/6hs #s/broncodilatadores #c/corticoides VO

#c/corticoides EV
#s/corticoides

coloración de piel
----- c/cianosis peribucal
-----c/distal
-----c/cianosis peribucal y
distal
-----c/piel rosada
-----c/piel pálida
-----c/piel terrosa
-----c/piel ictérica

ruidos agregados
---- c/rales a la auscultación
----- c/sibilancias a la
auscultación
----- c/sibilancias audibles
sin auscultación
----- c/estertores a la
auscultación

alteración de la
conciencia
----- c/sensorio deprimido
----- c/sensorio alterado
----- c/sensorio alternante
----- s/alteraciones en el
sensorio

aspiración de secreciones
--- c/escasas secreciones
--- c/moderadas
secreciones
--- c/abundantes
secreciones
--- s/secreciones
--- c/ secreciones fluidas y
blancas
--- c/secreciones
amarillentas y espesas
--- c/secreciones verdosas y
espesas
--- c/taponos mucosos
--- s/taponos mucosos

ALIMENTACION

Independiente
Cualitativa compleja

tipo de alimentación

° lm exclusiva
° lm más formula
° lm mas formula mas
papillas

modo de alimentación ° Im mas papillas
 ° Vía Oral
 ° por SNG

Se tendrá en cuenta el principio de BENEFICENCIA, con el fin de maximizar beneficios y minimizar riesgos y el principio de AUTONOMIA, brindándose el derecho a la familia/cuidador a toda la información sobre los datos que se recolectarán para llevar a cabo el estudio, utilizándose un documento de consentimiento informado (ANEXO III), donde la persona a cargo del niño afirme su voluntad de participar en el proyecto.

El instrumento se sometió a prueba en la sala de clínica general del Hospital Publico Pediátrico, durante el mes de Noviembre de 2017, para comprobar si el instrumento es confiable, si mide las variables que se van a estudiar y si es comprensible para las personas encargadas de la recolección de datos.

Se obtuvo como resultado, luego de emplearse con 4 niños/as menores de 1 año internados por IRAB con diferentes formas de alimentación, que el enunciado de todos los puntos a medir resultaban claros y eran de fácil entendimiento para los profesionales encargados de completar la lista de control, motivo por el cual se decide no modificar ninguno.

La prueba piloto es uno de los controles de validez interna que se utiliza, dentro del diseño, para controlar que el instrumento mide las variables en estudio.

Personal a cargo de la recolección de datos:

Los datos serán recolectados por la investigadora y personal de enfermería que trabaje en el servicio de clínica general del Hospital Pediátrico Municipal de la ciudad de Rosario de los diferentes turnos. Contando con una previa capacitación semanal de 2 horas de duración, donde se presentará el objetivo de la investigación y luego se debatirá cada dato a recolectar, con el fin de que todos interpreten igualmente cada ítem, al igual que el consentimiento informado que se le brindara a cada persona a cargo del paciente a observar.

Plan de análisis:

Los datos obtenidos mediante la utilización del instrumento se agruparán luego por variable seleccionada para ser analizados descriptivamente. Para el procesamiento de los datos obtenidos y su análisis estadístico se utilizará una base de datos.

El análisis cuantitativo de las variables seleccionadas se realizará a través de una distribución de frecuencias, utilizando medidas de tendencia central, detallando cuales serán los indicadores que se destacarán para la dimensión y la variable.

Luego los datos se ordenarán en forma sistemática mediante tablas y cuadros simples, de doble entrada, y podrán ser presentados en forma de graficas circulares, que otorgaran al lector una comprensión global, rápida y directa de la información más relevante de la investigación.

Para esta etapa se realizará una consulta con personal experto en estadística para que recomiende al investigador las técnicas estadísticas más apropiadas. Se utilizará la estadista descriptiva para analizar las variables y describir la relación entre las mismas.

Plan de trabajo y cronograma de actividades:

El siguiente cronograma se confeccionó para detallar las actividades necesarias a realizar para completar el proceso de investigación hasta la presentación del informe final.

ID	Actividades	Enero 2018 a Diciembre 2018		
		Comienzo	Duración	Final
1	Selección y capacitación del personal a cargo de la recolección de datos	11/01/18	2 meses	11/03/18
2	Recolección de datos y registro de los mismos al instrumento	12/03/18	5 meses	12/08/18

3	Tabulación y relación de variables	13/08/18	1 mes	13/09/18
4	Análisis e interpretación de los datos	14/09/18	1 mes	14/10/18
5	Elaboración de conclusiones	15/10/18	1 mes	15/11/18
6	Redacción del informe final	16/12/18	1 mes	16/12/18

ANEXO I

Guía de convalidación de sitios:

La siguiente guía se utilizará para reunir la información necesaria para seleccionar el sitio más pertinente donde realizar la investigación. Se completará marcando con una cruz (X) la opción correspondiente, y cuando lo requiera la pregunta completando a su lado la respuesta.

Se agradecerá la predisposición del servicio.

	SI	NO
1. La institución autoriza la recolección de datos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El servicio posee:		
Licenciados en Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeros profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeros ley o auxiliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dotación del personal en números: Lic. En enfermería -----		
Enf. Profesionales -----		
Enf.auxiliares o ley -----		
4. Tiene modalidad de horarios rotativos del personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se realizan con frecuencia trabajos de investigación en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

la institución

6. Permite la publicación de resultados de investigaciones

7. Se distribuyen los pacientes según patologías

8. El servicio de clínica general
cuenta con box de aislamiento respiratorio

9. El office de enfermería posee área limpia y área sucia

10. Los familiares acompañan en la internación al niño
durante las 24hs

11. Registros que utiliza el servicio

Historia clínica

Hoja de enfermería

Report

Hoja de indicaciones médicas

Protocolos (especificar)

Hoja de evolución

12. Existe servicio de kinesiología respiratoria (KNTR)
- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 vez por día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 veces por día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
13. Existe protocolo de cuidados para abordar a pacientes
Con IRAB en el servicio.
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|
14. Promedio de días de interacción en pacientes con IRAB.....
15. Porcentaje de pacientes con IRAB mensuales.....
16. Edad de los pacientes internados
17. Existe área de estadística para el control de infecciones
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|
18. Existe comité de docencia e investigación en enfermería
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

ANEXO II

Instrumento de recolección de datos:

El siguiente es el instrumento de recolección de datos para determinar los resultados del estudio en que se intenta determinar la RELACION DE EVOLUCION DE AFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS Y ALIMENTACION, que reciben los niños menores de 1 año durante su internación por dichas patologías.

El mismo se completará, mediante la observación, durante la atención y seguimiento directo de esta población.

La recolección de datos estará a cargo de la autora del proyecto y de personal de enfermería del servicio donde se realizará; personal que previamente haya aceptado la tarea y que se haya capacitado para lograr una respuesta objetiva.

Se completará marcando con tilde la opción correcta, una vez durante cada guardia (4 veces día) durante el tiempo que el niño/a permanezca internado/a, para poder analizar luego la evolución.

Al ser de opción múltiple, se podrán tildar una o varias opciones y en cada una se encuentran renglones donde se puede detallar con palabras lo que se desee.

FECHA DE INGRESO:

FECHA DE ALTA:

EVOLUCIÒN DE AFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS:

DÍAS DE ESTADA

- EN INTERNACIÒN:**
- * más de 48hs
 - * Mas de 72hs
 - * Más de 96 hs

OBSERVACIONES:

DOLOR:

- * sin dolor
- * Con dolor en reposo
- * Con dolor durante el descanso
- * Con dolor al movimiento
- * Con dolor sin tratamiento analgésico
- * Con dolor tratado con analgésico V/O
- * Con dolor tratado con analgésico E/V

OBSERVACIONES:

VALORACIÓN DE

SIGNOS VITALES:

T°

- * sin fiebre
- * Con fiebre persistente
- * Con fiebre que cede con antitérmico
- * Con fiebre 2 veces al día
- * Con fiebre 3 veces al día
- * Con fiebre más de 3 veces al día

FR

- * con bradipnea
- * Con taquipnea
- * Con FR dentro de parámetros normales para la edad

FC

- * con bradicardia
- * Con taquicardia
- * Con FC dentro de parámetros normales para la edad

OBSERVACIONES:

TRATAMIENTOS:

- ANTIBIÓTICOS:
- * sin antibiótico
 - * Con antibiótico V/O
 - * Con antibiótico E/V
 - * Con antibiótico 1 vez cada 24hs
 - * Con antibiótico 2 veces cada 24hs
 - * Con antibiótico 3 veces cada 24hs
 - * Con antibiótico 4 veces cada 24hs

- OXIGENO:
- * sin oxigenoterapia
 - * Con oxígeno por máscara con reservorio
 - * Con oxígeno por máscara sin reservorio
 - * Con oxígeno por cánula nasal

- KNTR:
- * sin kinesioterapia respiratoria
 - * Con KNTR 1 vez al día
 - * Con KNTR 2 veces al día

- BRONCODILATADORES:
- * sin broncodilatadores
 - * Con broncodilatadores cada 3hs
 - * Con broncodilatadores cada 4hs
 - * Con broncodilatadores cada 6hs

- CORTICOIDES:
- * sin corticoides

* Con corticoides V/O

* Con corticoides E/V

OBSERVACIONES:

VALORACION DE LA

FUNCION RESPIRATORIA:

COLORACION DE LA PIEL:

* con piel rosada/normal

* Con piel pálida

* Con piel terrosa

* Con piel icterica

* Con cianosis peri bucal

* Con cianosis distal

* Con cianosis peri bucal y distal

RUIDOS AGREGADOS:

* sin ruidos agregados

* Con rales a la auscultación

* Con sibilancias a la auscultación

* Con sibilancias audibles sin auscultación

* Con estertores a la auscultación

ALTERACION DE LA CONCIENCIA:

* sin alteración en el sensorio

* Con sensorio deprimido

* Con sensorio alterado

* Con sensorio alternante

ASPIRACIÒN DE SECRECIONES:

- * sin secreciones
- * Con escasas secreciones
- * Con moderadas secreciones
- * Con abundantes secreciones
- * Secreciones fluidas y blancas
- * Secreciones amarillentas y espesas
- * Secreciones verdosas y espesas
- * Sin tapones mucosos
- * Con tapones mucosos

OBSERVACIONES:

ALIMENTACIÒN:

#TIPO DE ALIMENTACIÒN:

- * LM exclusiva
- * LM más fórmula
- * LM más fórmula más papillas
- * LM mas papillas
- * Fórmula
- * Fórmula mas papillas

OBSERVACIONES:

MODO DE ALIMENTACIÒN:

- * vía oral
- * Por SNG

OBSERVACIONES:

ANEXO III

Consentimiento informado:

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a padres/madres/tutor que son atendidos en la sala de clínica general del Hospital pediátrico público de la ciudad de Rosario y que se les invita a participar en la investigación X.

Yo soy Fabbri María Rosa, estudiante de la asignatura Tesina de la carrera Lic. En enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. Estoy investigando sobre la relación en la evolución de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas y la alimentación, que es muy común en este país.

Le voy a dar información e invitarle a participar de ésta investigación.

No tiene que decidir hoy si participar o no en la misma.

Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me va diciendo según le informo para darme tiempo a explicarle.

Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o a miembros del equipo a cargo de la recolección de datos que podrán darle las respuestas correctas.

Propósito

Esta investigación incluirá una observación del niño/niña internado en la sala de clínica general del hospital solo una vez por turno para así poder comparar y notar la relación.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria.

Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

La investigación durará todo el tiempo que el niño/niña se encuentre internado por IRAB.

Durante ese tiempo, será necesario que nos permita observar y registrar lo observado en una planilla.

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación.

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial.

La información acerca del menor a su cargo que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla.

Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

Solo los investigadores sabrán cual es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto el personal a cargo de la recolección de datos.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público, en caso de que usted así lo desee.

No se compartirá información confidencial.

Después se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en esta institución.

Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en esta institución.

Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí.

Su tratamiento en este hospital no será afectado en ninguna forma.

Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio.

Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a FABBRI MARIA ROSA, 03402-421925, fabbril39@hotmail.com.

FIRMA:

ACLARACION:

DNI:

RELACION CON EL PACIENTE:

BIBLIOGRAFIA

- (1) Martín Rodríguez C., Delgado Gutiérrez G., Araujo Rodríguez H., Hernández Lastres I., Figueredo R. Algunos factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Policlínico Docente Luis E. De La Paz Reina, Yara, Granma. *Multimed* 2017; 21(2): 1028-4818. Disponible en : www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/485/783
- (2) López Milián M.M., Méndez López M., Méndez López L., Nicot Garagüey A. Infecciones respiratorias agudas: breve recorrido que justifica su comportamiento. Universidad de ciencias medicas. Guantánamo. Cuba. *Rev Inf Cient.*2016;95(2):339-355. Disponible en: www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/114/1463
- (3) Juy Aguirre E., Céspedes Floirian E., Rubal Wong A.de la C., Maza González A.M., Terán Guardia C.A. Morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Hospital Infantil Norte Docente “Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira”. *Medisan* 2014; 18(11):1490. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100002
- (4) Tamayo Reus C.M., Bastard Ortiz E.S. Morbilidad por infecciones respiratorias en pacientes menores de 5 años. Hospital Docente Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba. *Medisan* 2013; 17(12):9073. Disponible en: https://svn.spraakbanken.gu.se/clk/eacl/2014/extract/data/wikipedia/stats_es.txt
- (5) Aguilar Cordero M.J., Baena García L., Sánchez López A.M., Guisado Barrilao R., Hermoso Rodríguez E., Mur Villar N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. *Nutr Hosp.*2016;33(2):482-493. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200046
- (6) Fernández Brizuela E.de J., Steward Lemes G., Alum Bárcenas J.M., Díaz Sobrino Y. Estado de salud de los niños de 8 a 14 meses según el tipo de lactancia materna. *Revista Cubana de Medicina General Integral.*2013;30(1).82-92. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100008
- (7) Brahm P., Valdez V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr.*2017;88(1):7-14. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001
- (8) Barrientos Monjes R. Infecciones de vía aérea superior relacionada con el uso de biberón en la alimentación del lactante menor. *Revista electrónica Enfermería actual en Costa Rica.* 2017; N°32.enero-junio. Disponible en: www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00090.pdf
- (9) Gorrita Pérez R.R., Ravelo Rodríguez Y., Ruiz Hernández E., Oliva Martínez M. Morbilidad y lactancia materna exclusiva en el primer semestre en relación con una intervención educativa. *Revista de ciencias medicas. La Habana.* 2015 21 (3). Disponible en: revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/859/1283
- (10) Oribe M., Lertxundi A., Basterrechea M., Begiristain H., Santa Marina L., Villar M., Dorronsoro M., Amiano P., Ibarluzea J. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit.*2015;29(1):4-9. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002143

- (11) Silva Cornejo M.del C., Quispe Prieto S., Salas Cornejo M.D. Incidencia de enfermedades respiratorias bajas y su relación con algunos factores de riesgo, servicio de pediatría del hospital Hipólito unanue Tacna 2006. Disponible en: revistas.unjbg.edu.pe/index.php/CYD/article/viewFile/360/314
- (12) Santoro A., Ferreira E., Ferrari A.M., Infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de tres años. Arch.Pediatr.Urug.vol.73 no.4 Montevideo dic.2002.Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid...12492002000400003
- (13) Martín Rodríguez C., Delgado Gutiérrez G., Araujo Rodríguez H., Hernández Lastres I., Figueredo R. Algunos factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Policlínico Docente Luis E. De La Paz Reina, Yara, Granma. Multimed 2017; 21(2): 1028-4818. Disponible en: www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/rt/prINTERfriendly/485/783
- (14) Brahm P., Valdez V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr.2017;88(1):7-14. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001
- (15) Brahm P., Valdez V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr.2017;88(1):7-14. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001
- (16) Barrientos Monjes R. Infecciones de vía aérea superior relacionada con el uso de biberón en la alimentación del lactante menor. Revista electrónica Enfermería actual en Costa Rica. 2017; N°32.enero-junio. Disponible en: www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00090.pdf
- (17) Gorrita Pérez R.R., Ravelo Rodríguez Y., Ruiz Hernández E., Oliva Martínez M. Morbilidad y lactancia materna exclusiva en el primer semestre en relación con una intervención educativa. Revista de ciencias medicas. La Habana. 2015 21 (3). Disponible en: revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/859/1283
- (18) Oribe M., Lertxundi A., Basterrechea M., Begiristain H., Santa Marina L., Villar M., Dorronsoro M., Amiano P., Ibarluzea J. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit.2015;29(1):4-9. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002143
- (19) Silva Cornejo M.del C., Quispe Prieto S., Salas Cornejo M.D. Incidencia de enfermedades respiratorias bajas y su relación con algunos factores de riesgo, servicio de pediatría del hospital Hipólito Unanue Tacna 2006. Disponible en: revistas.unjbg.edu.pe/index.php/CYD/article/viewFile/360/314
- (20) Santoro A., Ferreira E., Ferrari A.M., Infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de tres años. Arch.Pediatr.Urug.vol.73 no.4 Montevideo dic.2002.Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid...12492002000400003
- (21) Gorrita Pérez R.R., Ravelo Rodríguez Y., Ruiz Hernández E., Oliva Martínez M. Morbilidad y lactancia materna exclusiva en el primer semestre en relación con una intervención educativa. Revista de ciencias medicas. La Habana. 2015 21 (3). Disponible en: revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/859/1283
- (22) Aguilar Cordero M.J., Baena García L., Sánchez López A.M., Guisado Barrilao R., Hermoso Rodríguez E., Mur Villar N. Beneficios inmunológicos de la leche humana

- para la madre y el niño. Nutr Hosp.2016;33(2):482-493. Disponible en:
scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200046
- (23) Olivares Grohnert M., Buñuel Álvarez J.C.La lactancia materna reduce el riesgo de ingreso hospitalario por gastroenteritis e infección respiratoria de vías bajas en países desarrollados. Evid Pediatr.2007;3:68. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/28220931_La_lactancia_materna_reduce_el_riesgo_de_ingreso_hospitalario_por_gastroenteritis_e_infeccion_respiratoria_de_vias_bajas_en_paises_desarrollados
- (24) Abordar las necesidades de la infancia. Convención sobre los derechos del niño. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/crc/index_30167.html
- (25) Martín Rodríguez C., Delgado Gutiérrez G., Araujo Rodríguez H., Hernández Lastres I., Figueredo R. Algunos factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. Policlínico Docente Luis E. De La Paz Reina, Yara, Granma. Multimed 2017; 21(2): 1028-4818. Disponible en :
www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/485/783
- (26) Ministerio de salud y protección social Colombia, Infecciones respiratorias agudas. Disponible en: ([https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx))
- (27) Diccionario de enfermedades: infecciones respiratorias agudas. Disponible en:
(<http://www.cuidateplus.com/buscador>)
- (28) Biblioteca nacional de medicina de los EEUU. Otitis media aguda. Disponible en:
(<https://medlineplus.gov/spanish>)
- (29) Otitis externa u otitis del nadador. Disponible en:
<https://kidshealth.org/es/teens/swimmers-ear-esp.html>
- (30) Biblioteca nacional de medicina de EEUU. Sinusitis. Disponible en: (<https://medlineplus.gov/spanish>)
- (31) Biblioteca nacional de medicina de EEUU. Bronquitis. Disponible en:
(<https://medlineplus.gov/spanish/acutebronchitis.html>)
- (32) ¿Que es la bronquitis? Disponible en : (<https://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/brnchi>)
- (33) Bronquiolitis. Disponible en:
<https://es.familydoctor.org/condicion/bronquiolitis>
- (34) Neumonía concepto. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/pneumonia.html>
- (35) Salud desde la alimentación diaria. Disponible en:
<http://www.henufood.com/nutricion-salud/aprende-a-comer/salud-desde-la-alimentacion-diaria/index.html>
- (36) Salud desde la alimentación diaria. Disponible en:
(<http://www.henufood.com/nutricion-salud/aprende-a-comer/salud-desde-la-alimentacion-diaria/index.html>)
- (37) Brahm P., Valdez V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr.2017;88(1):7-14. Disponible en:
www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001

- (38) Simposio en la gestación y nutrición en lactancia. Disponible en:
www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a11v60n2.pdf
- (39) Ministerio nacional de salud de España. Encuesta de sanidad. Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- (40) Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. JOGNN. 2009;38:259–68. y Li R, Fein SB, Chen J, et al. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19538614>
- (41) Ong G, Yap M, Ling Li F, et al. Impact of working status on breastfeeding in Singapore. Evidence from the National Breastfeeding Survey 2001. Eur J Pub Health. 2005;15:424–30. y. Li R, Darling N, Maurice E, et al. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. Pediatrics. 2005;115:e31. Disponible en:
<https://translate.google.com.ar/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16030134&prev=search>
- (42) Guía de alimentación para niños de 0 a 2 años sanos. Disponible en:
http://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/Lactancia/Paricio_Talayero_Valoracion_LM_en_crecimiento_del_ni%C3%B1o.pdf
- (43) Nino R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Rev Chil Pediatr. 2012;83:161–9. Disponible en:
www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007
- (44) Gorrita Perez R.R., Brito Linares D., Ruiz Hernandez E., Intervencion educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. Rev Cubana Pediatr. 2016; 88(2). Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000200003
- (45) Villalón Artirez R.M., Villalón Artirez P., Ortiz Villalón R.A., Guillot Montes G. Principales factores de riesgo en la salud de niños menores de un año. MEDISAN vol.16 no.9 Santiago de Cuba sep. 2012. Disponible en:
scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000900006
- (46) Pérez Sánchez M., Fundora Hernández H., Notario Rodríguez M., Rabaza Pérez J., Hernández Sánchez M de los A., Rodríguez Bertheau A., Factores de riesgo inmunoepidemiologicos en niños con infecciones respiratorias recurrentes. Revista Cubana de Pediatría. 2011;83(3):225-235. Disponible en:
scielo.sld.cu/pdf/ped/v83n3/ped02311.pdf
- (47) El cuidado. Teóricas de Enfermería: Virginia Henderson. Disponible en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.ar/2012/06/virginia-henderson.htm>