UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

"RELACIÓN ENTRE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO FEBRERO - AGOSTO 2016".

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

MARÍA CAROLINA LALANGUI CASTILLO

DIRECTORA:

DRA. MARCIA ELIZABETH MENDOZA MERCHÁN, ESP.

LOJA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 28 de Septiembre del 2016

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración de la tesis de grado titulada: **"RELACIÓN ENTRE SÍNDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO FEBRERO – AGOSTO 2016"** de la autoría de la Sra. **María Carolina Lalangui Castillo**, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **María Carolina Lalangui Castillo,** declaro autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: María Carolina Lalangui Castillo

Firma: ……..

Cédula: 1105448524

Fecha: Loja, 28 de Septiembre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **María Carolina Lalangui Castillo,** declaro ser la autora de la tesis titulada: **"RELACIÓN ENTRE SÍNDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO FEBRERO – AGOSTO 2016",** como requisito previo a la obtención del título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte y ocho días del mes de septiembre del dos mil dieciséis, firma la autora.

Firma: .....

Autora: María Carolina Lalangui Castillo

Cédula: 1105448524

E-mail: *mcarito-0892@hotmail.com*

Teléfono: 072647313 **Celular:** 0980217959

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis: Dra. Mendoza Merchán Marcia Elizabeth, Esp.

Presidenta del Tribunal: Dra. Remache Jaramillo Janeth Fidelina, Esp.

Miembro del Tribunal: Dra. Severino Correa Carmelina Esperanza, Esp.

Miembro del Tribunal: Dra. Mejía Michay Sandra Katerine, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios Todopoderoso, por su ayuda y bendiciones. A mi familia en especial mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional, amor, cariño y comprensión. A mi hijo y a mi esposo quienes constituyen las bases de inspiración para la edificación de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar el presente trabajo investigativo exalto mis más sinceros agradecimientos:

A DIOS todopoderoso por sus bendiciones, por dotarme de la sabiduría y fortaleza necesaria para que fuera posible alcanzar este sueño anhelado.

A cada uno de los miembros de mi familia; a mi Padre, mi Madre, Mis Hermanos, Mi esposo, mi hijo, mis sobrinos, cuñados, por su cariño, apoyo incondicional y por ser ellos, mi motor de superación.

A la Universidad Nacional de Loja, de manera especial a la Facultad de Medicina por el aval académico, por ser la de formación profesional y humanamente.

A mis docentes por impartirme sus conocimientos y enseñanzas sin egoísmo.

A mi directora de tesis, Dra. Marcia Mendoza Merchán, por su esfuerzo, por la paciencia, sabiduría y por ser guía para el desarrollo de este trabajo investigativo y tenga una culminación exitosa.

Al Hospital Isidro Ayora de Loja que gracias a la apertura de esta digna institución pude realizar mi estudio investigativo.

Muchas gracias…

ÌNDICE

Caratula i

Certificación ii

Autoría iii

Carta de autorización iv

Dedicatoria v

Agradecimiento vi

Índice vii

1 TÍTULO 1

2 RESUMEN 2

SUMMARY 3

3 INTRODUCCIÓN 4

4 REVISIÓN DE LA LITERATURA 7

4.1 Síndrome Bronco-Obstructivo 7

4.1.1 Definición 7

4.1.2 Causas del síndrome bronco-obstructivo 7

4.1.2.1 Asociado a virus 7

4.1.2.2 Asma bronquial del lactante 7

4.1.2.3 Obstrucción bronquial secundaria 7

4.1.3 Factores predisponentes al síndrome bronco-obstructivo 7

4.1.3.1 Sexo 7

4.1.3.2 Humedad de la vivienda y moho en las paredes 8

4.1.3.3 Hermanos mayores y asistencia a guardería 8

4.1.3.4 Tabaco 8

4.1.3.5 Mascotas intradomiciliarias 9

4.1.3.6 Ubicación de vivienda 10

4.1.3.7 Alimentos alergénicos y ablactación precoz 10

4.1.3.8 Dermatitis atópica del niño 11

4.1.4 Fisiopatología 11

4.1.5 Manifestaciones clínicas 11

4.1.5.1 Sibilancias 12

4.1.5.2 Taquipnea 12

4.1.6 Diagnóstico 13

4.1.7 Síndrome bronco-obstructivo y asma 13
4.1.7.1 Sibilantes precoces transitorios 13
4.1.7.2 Sibilantes persistentes no atópicos 14
4.1.7.3 Sibilantes persistentes atópicos 14
4.1.8 Lactancia materna y síndrome bronco-obstructivo 15
4.1.9 Normas de lactancia materna 16
4.1.9.1 El niño o niña mientras esta lactando 17
4.1.9.2 Alimentación complementaria 17
4.1.9.3 Indicaciones para la suspensión de leche materna 18
4.1.9.4 Recién nacido que puede necesitar otros alimentos 18
4.1.9.5 Afecciones maternas que evite la lactancia temporal 19
4.1.9.6 Uso controlado de los sucedáneos de leche materna 20
4.1.10 Normas para la implementación de lactarios 20
4.1.11 Resoluciones de la asamblea mundial de la salud 21
4.1.12 Tratamiento 22
4.1.12.1 Oxigenoterapia 22
4.1.12.2 Tratamiento de los episodios recurrentes 22
4.1.12.3 Broncodilatadores y otros medicamentos 23
5 Metodología 24
5.1 Tipo de estudio 24
5.2 Universo 24
5.3 Muestra 24
5.4 Criterios de inclusión 24
5.5 Criterios de exclusión 24
5.6 Área de estudio 25
5.7 Técnica para la recolección de datos 25
5.8 Recolección de datos 25
5.9 Procesamiento y tabulación 26
6 Resultados 27
7 Discusión 31
8 Conclusiones 34
9 Recomendaciones 35
10 Bibliografía 37

11 Anexos **40**
Anexo 1 ..... **40**
Anexo 2 ..... **41**
Anexo 3 ..... **42**
Anexo 4 ..... **43**
Anexo 5 ..... **44**
Anexo 6 ..... **46**
Anexo 7 ..... **50**
Anexo 8 ..... **51**

1 TÍTULO

“Relación entre Síndrome Bronco-obstructivo y Lactancia Materna en niños menores de 3 años en el hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período Febrero – Agosto 2016”.

2 RESUMEN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un problema de prioridad a nivel mundial. La mayoría de las muertes ocurren antes del año de edad, destacándose como causas prioritarias al síndrome bronquial obstructivo (SBO) y las neumonías. La prevalencia de la obstrucción bronquial del lactante y el niño pequeño es del 50% por debajo de la edad de 3 años. La leche humana es sin duda la más adecuada, ofrece un sinnúmero de ventajas, como las inmunológicas que son bien conocidas hasta los primeros 6 meses de vida. El Objetivo General fue: Determinar la relación entre Síndrome Bronco-obstructivo y Lactancia Materna en niños menores de 3 años en el hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período Febrero – Agosto 2016. Fue un estudio cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional y de cohorte transversal. Se estudió a 130 pacientes los mismos que cumplían con los criterios de inclusión, el instrumento que se utilizó fue la encuesta. Obteniendo los siguientes resultados: El tiempo de lactancia materna exclusiva en los pacientes estudiados fue hasta los 6 meses de edad con un 70,8%, los mismos que presentaron broncoespasmo leve en un 26,9% y broncoespasmo recurrente en un 33,3%, considerándose la leche materna factor protector. Sin embargo de 7 a 12 meses presentaron el primer episodio de síndrome bronco-obstructivo en un 53,8% y de manera recurrente en un 61,1%. El Síndrome Bronco Obstructivo predomina en pacientes masculinos con un 57,7%, la causa que se asocia con mayor frecuencia fue la humedad de la vivienda con el 62,3%, los pacientes mnores de 12 meses fueron los más afectados con un 54% y el 70% de ellos habitan en la zona urbana.

Palabras clave: Síndrome Bronco obstructivo; lactancia materna, niños.

SUMMARY

Acute respiratory infections (ARI) are a worldwide health issue of significant priority. Most deaths occur before turning one year old, with bronchial obstructive syndrome (BOS) and pneumonia being among the most prominent cases. The prevalence of bronchial obstruction in infants and toddlers below the age of 3 years is 50%. Human milk is undoubtedly the best, it offers many advantages, such as immunological defences which are well known in the first 6 months of life. General objective was: To determine the relationship between bronchial obstructive syndrome and breastfeeding in children under 3 years old in the hospital 'Isidro Ayora de Loja' during the period from February to August It was a qualitative and quantitative study of a descriptive, observational and cross-sectional cohort nature. The investigation studied 130 patients who met the inclusion criteria. The instrument used was the survey which obtained the following results: The time of exclusive breastfeeding in the patients studied was up to 6 months of age with 70.8%, 26.9% of these same patients had mild bronchospasm while 33.3% suffered from recurrent bronchospasm, thus breast milk is considered to be a protective factor. However, from 7 to 12 months old, the first episodes of bronchial obstructive syndrome started to show in 53.8% and on a recurring basis in 61.1%. Bronchial obstructive syndrome is predominant within male patients with 57.7%, the most associtated cause was moisture in housing with 62.3%, patients younger than 12 months of age were the most affected with 54% and 70% of them live in urban areas.

Keywords: Bronchial obstructive syndrome; breastfeeding, children.

3 INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbimortalidad infantil y representan el 40 - 60% de las consultas. (Fernandez, 2011).

Estas son responsables de la muerte de cerca de 4 millones de niños por año, principalmente en países en vías de desarrollo de los continentes de Asia, África y América Latina. (Delgado, 2012).

La mayoría de las muertes ocurren antes del año de edad, destacándose como causas prioritarias al síndrome bronquial obstructivo (SBO) y las neumonías.

La prevalencia de la obstrucción bronquial del lactante y el niño pequeño es del 50% por debajo de la edad de 3 años. Esta patología representa el 25% de las admisiones hospitalarias cifra que alcanza hasta el 50% en períodos invernales. (Garcia M, 2009).

La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica, ofrece un sin número de ventajas, como las inmunológicas que son bien conocidas hasta los primeros 6 meses de vida; pero, la defensa frente a muchos patógenos se alarga hasta los 2 años y medio, esta protección inmunológica está dada por las inmunoglobulinas: Ig A, IgG, IgM, IgD e IgE, la lactoferrina, el interferón, los factores del complemento C3 y C4, la lisozima, el factor bífidus, el factor anticólera, el factor antidengue y la lactoperoxidasa entre otros, que protegen principalmente contra infecciones gastrointestinales y respiratorias. (Martínez, 2005)

En el 2002 en la 55 asamblea Mundial de Salud, conocida como la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño realizada en Ginebra, se recomendó que “la Lactancia Materna Exclusiva (LME) deba realizarse durante los 6 primeros meses de vida y continuar posteriormente con alimentos complementarios hasta los 2 años como mínimo”. (Villa, 2009).

"LA OMS define como LME a la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua”. *La OMS estima que de un total de 94 países subdesarrollados la población de menores de 12 meses presenta una tasa de LME de entre 0-4 meses en aproximadamente 35% de los casos.* (OMS/OPS, 2012) .

En un estudio de cohorte realizado en Suecia se comparó la evolución de los lactantes amamantados al menos cuatro meses frente a los no amamantados y se encontró que estos últimos tenían mayor incidencia de asma, dermatitis atópica, rinitis alérgica, alergia a alimentos, síntomas respiratorios tras exposición a pólenes o pelo de animales y enfermedad alérgica con manifestaciones múltiples. (Morosin, 2012).

La prevalencia de la obstrucción bronquial del lactante y el niño pequeño es del 50% por debajo de la edad de 3 años. Esta patología representa el 25% de las admisiones hospitalarias cifra que alcanza hasta el 50% en períodos invernales.

Dicha prevalencia además depende de la población en estudio y de la definición que se tome.

En Arizona Estados unidos se demostró que la prevalencia de sibilancias durante los primeros años de vida fue de 10.42% cifra muy similar a la se observa en países desarrollados. (II Tromp, 2011).

En el Ecuador en el 2005 las Infecciones respiratorias agudas constituyeron la primera causa de consulta en las unidades operativas del MSP, en todas las provincias a excepción de Bolívar; las tasas más altas (26,6 y 18,7 por 100.000 habitantes) correspondieron a Napo y Morona. En el último año las infecciones respiratorias agudas fueron tres veces más frecuentes en la consulta con relación a la enfermedad diarreica aguda. (OMS/OPS, 2012).

La tasa de mortalidad de menores de 5 años de edad fue de 14,9 por mil nacidos vivos en el 2009, siendo las principales causas de muertes en niños de 1 a 4 años de edad las infecciones respiratorias agudas 16,4%, y más de la mitad de estas muertes corresponden a varones.

En el Hospital Isidro Ayora de Loja las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar dentro de las 10 principales causas de morbilidad, al igual que en el resto del país y constituye una de las principales causas de consultas diarias y de hospitalización en dicha casa de salud.

En la provincia de Loja no existen estudios acerca de este tema, que demuestren relación en la presentación de Síndrome Bronco obstructivo y lactancia materna exclusiva.

Por lo tanto al conocer la verdadera incidencia del síndrome bronco-obstructivo así como las características clínicas, epidemiológicas, factores de riesgo que pueden influir en su presentación en esta población, he realizado el presente estudio, el cual es descriptivo, observacional, cuali-cuantitativo, de cohorte transversal.

Los datos estadísticos obtenidos en esta de tesis señalarán el camino para la realización de investigaciones más complejas, igualmente servirá para la implementación de programas de educación con el fin disminuir los episodios y la presentación de Síndrome Bronco obstructivo y promover una lactancia materna exclusiva; y que las autoridades correspondientes sean el ente principal en la propagación de un lactancia materna exclusiva.

Constituirá un aporte al conocimiento científico para el planteamiento de políticas en salud locales de acuerdo a la realidad encontrada en el presente trabajo.

Por lo mencionado anteriormente el objetivo general del presente estudio fue:

Determinar la relación entre Síndrome Bronco-obstructivo y Lactancia Materna en niños menores de 3 años en el hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período Febrero – Agosto 2016. Y los objetivos específicos: **1.** Establecer el tiempo de lactancia materna exclusiva en los niños con Síndrome Bronco-obstructivo. **2.** Conocer la asociación de síndrome bronco obstructivo en niños amamantados con sucedáneos de leche materna**.** **3.** Establecer la asociación entre Síndrome Bronco-obstructivo en niños amantados con leche materna. **4.** Identificar los factores, edad y el género en la que se observa mayor predisposición de Síndrome Bronco-obstructivo.

4 REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO (SBO)

4.1.1 Definición. se define como el conjunto de signos y síntomas que manifiestan obstrucción bronquial aguda (menor a dos semanas de evolución) y que responde a diferentes enfermedades. (Moreno L. , 2013)**.**

Al primer cuadro de síndrome Bronco- obstructivo se lo conoce como bronquiolitis, y los subsiguientes como Síndrome Bronco obstructivo recidivante o recurrente.

4.1.2 Causas del síndrome bronquial obstructivo.

4.1.2.1 ***Asociado a virus***. que representa la causa más común del SBO recurrente, como son el virus sincitial respiratorio, parainfluenza, influenza, rinovirus, metaneumovirus, etc. (Sánchez J. , 2012).

4.1.2.2 ***Asma bronquial del lactante***. en donde destacan los antecedentes de atopia familiar y personal. El cuadro inicial es indistinguible del anterior, por lo que la evolución será fundamental en el diagnóstico definitivo. Se ha estimado que alrededor de un tercio de los lactantes sibilantes seguirá presentando episodios obstructivos después de los 6 años de edad.

4.1.2.3 ***Obstrucción bronquial secundaria***.- corresponde a causas precisas, este grupo es poco frecuente (menos de 10% del total) y se debe a causas tales como fibrosis quística, displasia broncopulmonar, cardiopatía congénita, etc.

4.1.3 Factores predisponentes al síndrome bronco obstructivo. Existen factores endógenos y exógenos, tales como:

4.1.3.1 ***Sexo.*** Recientemente se ha descrito que inmediatamente después del nacimiento, las niñas tienen flujos espiratorios mayores –especialmente de la vía periférica que el niño. Esto podría deberse a que la estructura de la vía respiratoria es diferente: se ha sugerido que la mayor cantidad de músculo liso bronquial y el mayor espesor de la pared bronquial pueden ser las explicaciones de este hecho.

En un estudio en la república dominicana sobre sibilancias y factores de riesgo asociados en niños de 1 a 15 años en las comunidades en las ciudades de Matanza, los Tumbaos y Quija quita de Bani, con una muestra de un total de 213 niños entre 1-15 años, la mayor parte de los que presentaron sibilancias correspondieron al sexo masculino (126) con respecto al femenino (87).

4.1.3.2 ***Humedad de la vivienda y Moho en las paredes.*** En estudio de cohorte en Estocolmo desde el nacimiento, en 4.089 infantes, se concluye que existe mayor proporción de sibilancias en los niños expuestos a señales de humedad, indicada por los padres con OR 1,4 (0,9-2,2) u observadas en las inspecciones de casa 1,6 (1,0-2,5). En el mismo estudio se demostró que las superficies recién pintadas en la habitación del niño se asociaron con un mayor OR para las sibilancias recurrentes, 1.7 (1.3 a 2.6).

Un estudio de Taiwán ha demostrado que los hongos en las paredes de la casa (razón de posibilidades ajustada [ORa], 2,14, intervalo de confianza del 95%: 1,41 a 3,22) aumentó el riesgo de dermatitis atópica infantil. Los hongos pueden tener un papel en la sensibilización, sobre todo en climas húmedos donde los impactos sobre la alergia pueden no sentirse en una etapa temprana para lactantes. (Emenius G, 2003).

4.1.3.3 ***Hermanos mayores y asistencia a guarderías.*** Tanto la asistencia a guarderías como la existencia de hermanos mayores son fuentes de infecciones respiratorias virales que cursan con síndrome bronco- obstructivo.

Según datos de la cohorte de Tucson, la exposición a hermanos mayores u otros niños en la guardería aumenta la probabilidad de presentar el síndrome bronco obstructivo en los primeros años de vida, con un RR DE 1,4(1,1-1,8). (Garcia M, 2009).

El estudio EISL ha encontrado una clara relación entre la asistencia a guarderías y el desarrollo de sibilancias recurrentes, con una OR global para Europa y América latina de 2,22(2,21-2,31). (HA., 1991)**.**

4.1.3.4 ***Tabaco***. Un estudio publicado recientemente en la revista Archivos de Bronco neumología, de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), pone de manifiesto la relación existente entre la exposición antes, durante y después

del embarazo al humo de tabaco y la aparición de enfermedades respiratorias en los primeros cuatro años de vida. Los niños expuestos al tabaco solo en época prenatal presentan una incidencia de hospitalizaciones por infección respiratoria mayor que los hijos de madres no fumadoras: 2,96 odds (ratio de probabilidad en el primer año) y de 4,95 a los dos años de edad. Mientras que la exposición post natal se asocia con la aparición de sibilancias tardías (odd ratio: 2,48) y aumenta la probabilidad de padecer asma a los 4 años de edad (odd ratio: 1,69).

En el estudio participaron 1.611 niños y niñas incluidos en el estudio AMICS (Asthma multicentric Infant Cohort Study) en Ashford (Reino Unido), Barcelona y Menorca. Este estudio evalúa los periodos de mayor susceptibilidad a la exposición de tabaco y relacionarlos con las enfermedades respiratorias. Los niños expuestos al tabaco solo en época prenatal presentan una incidencia de hospitalizaciones por infección respiratoria mayor que los hijos de madres no fumadoras: 2,96 odds (ratio de probabilidad en el primer año) y de 4,95 a los dos años de edad. Mientras que la exposición post natal se asocia con la aparición de sibilancias tardías (odd ratio: 2,48) y aumenta la probabilidad de padecer asma a los 4 años de edad (odd ratio:1,69). (Horak, 2007).

También los niños expuestos pre y postnatalmente a los efectos del tabaco presentan más sibilancias (odd ratio: 2,18), roncus persistente (odd ratio: 1,7), tos nocturna (odd ratio:1,90) y la probabilidad de padecer más resfriados comunes al año y de ser diagnosticados de asma especialmente entre el segundo (odd ratio:2,47) y el tercer año de vida (odd ratio: 2,51). (Nelson, (2004)) En un estudio Australiano en el que incluyeron a 1737 niños en edad preescolar en una encuesta transversal sobre tabaquismo pasivo, y el impacto en la bronquitis sibilante, asma, fiebre del heno, atopia y dermatitis. Hasta el 46% fueron expuestos al humo de tabaco en algún momento de su vida, la exposición al humo de tabaco ambiental durante el embarazo resultó en un aumento significativo del riesgo de sibilancias en el primer año de vida (OR 1,6, IC 95% 1,0-2,6), sibilancias en los últimos 12 meses (OR 1,5, IC 95%). (Lomonte, 2010).

4.1.3.5 ***Mascotas intradomiciliarias*.** Existe controversia respecto a esto, Hesselmar et al. Demostraron que los niños suecos expuestos a mascotas durante el primer año de vida tuvieron una menor incidencia de rinitis alérgica y asma a edad escolar. Remes

et al. Reportan que aquellos niños en Tucson que estuvieron expuestos en los primeros meses de vida a la presencia de perros en casa tenían significativamente menor riesgo de desarrollar asma en la edad escolar.

En un estudio de cohorte desde el nacimiento realizado en Estocolmo (BMSE) con 4.089, indica que existió mayor proporción de sibilancias en los niños expuestos a señales de humedad, de forma prospectiva reportado por los padres OR 1,4 (0,9-2,2) u observadas en las inspecciones de casa 1,6 (1,0-2,5). Por otra parte, las superficies recién pintadas en la habitación del niño se asociaron con un mayor OR para las sibilancias recurrentes, 1.7 (1.3 a 2.6**).** (Soto, 2011**).**

4.1.3.6 ***Ubicación de vivienda*****.** Ernesto et al. En un estudio realizado en escolares canadienses reportaron que aquellos niños de áreas rurales que crecían en granjas tuvieron un menor riesgo de sibilancias/asma menor hiperreactividad bronquial y menor sensibilización alérgica durante la adolescencia comparada con aquellos niños de zonas urbanas.

4.1.3.7 ***Alimentos alergénicos y ablactación precoz***. Existe evidencia suficiente para creer que la ablactación temprana así como la introducción de alimentos alergénicos se manifiesten con cuadros respiratorios a repetición dentro de éste el síndrome bronco-obstructivo y/o sibilancias sin embargo aún existe controversia al respecto, as así que en un estudio de cohorte *R generación* llevado a cabo en Rotterdam, y Países bajos con una muestra de 6.905 niños de edad preescolar para examinar si el momento de la introducción de alimentos alergénicos se asocia con el eccema y sibilancias en niños menores o igual a 4 años concluye: de 6.905 niños, se informó de sibilancias en el 31% a la edad de 2 años, y en el 14% a los 3 y 4 años. Eczema se informó en el 38%, 20% y 18% de los niños en las edades de 2, 3 y 4 años, respectivamente. La introducción de la leche de vaca, huevo de gallina, los cacahuetes, las nueces, la soya y gluten antes de los 6 meses no se asoció con eccema y sibilancias en niños menores de 4 años. Sin embargo los autores no describen la prevalencia de la introducción de los alimentos sólidos antes de los 4 meses de edad, ya que en estudios previos, se ha demostrado que es un factor de riesgo para la enfermedad atópica con manifestaciones respiratorias como sibilancias. (M.A., 2012**).**

4.1.3.8 ***Dermatitis atópica en el niño.*** La dermatitis atópica (DA) suele debutar en el primer año de vida, como primera manifestación de lo que se conoce como marcha atópica, a la que se unirá el asma en edades posteriores. Aunque la bronquiolitis sibilante en edad escolar están claramente asociadas a la DA, en el lactante y el preescolar la relación esta menos clara. (Lancet, 1998).

En el estudio de Tucson no se encontró una asociación significativa entre la DA en el primer año de vida y el fenotipo de sibilancias precoces transitorias, pero sí entre estas y las sibilancias persistentes. Sin embargo en el estudio de Rusconi et al., encontraron una asociación significativa entre la DA y las sibilancias precoces transitorias. También en el Estudio Internacional de Sibilancias se ha puesto de manifiesto que la DA actúa como factor de riesgo para la bronquiolitis sibilante recurrente tanto en Latinoamérica, Europa, con una OR global de 1,73(1,56-1,92). (Moreno L. , 2006).

4.1.4 Fisiopatología. El SBO es un desafío clínico frecuente en el lactante y pre escolar como su nombre lo indica no es una enfermedad en sí, sino la manifestación clínica de la obstrucción de la vía aérea intratorácica manifestada como espiración prolongada y sibilancias. La sibilancia es un sonido musical de alta tonalidad generada por el flujo de aire a través de la vía aérea intratorácica estrechada durante la espiración activa. Los mecanismos fisiopatológicos que determinan reducción del diámetro de la vía aérea son: edema (inflamación) de la vía aérea y tejido peri bronquial, contracción del músculo liso bronquial, obstrucción intraluminal (secreciones, cuerpo extraño) y anomalías estructurales. (Lane, 2006).

Además existen ciertas características anatómicas y funcionales del aparato respiratorio en este grupo etario que favorecen la obstrucción bronquial. Por último, se ha descrito en lactantes un estado de hiperreactividad bronquial que se va perdiendo con los años.

4.1.5 Manifestaciones clínicas. El signo más característico de la obstrucción bronquial son las sibilancias, por lo que actualmente se ha remplazado al síndrome bronco-obstructivo con lactante sibilante no obstante se acompaña de otros síntomas como son: tos, espiración prolongada, aumento del diámetro anteroposterior de tórax,

retracción intercostal, hipersonoridad a la percusión. Los hallazgos al examen físico son inespecíficos y no nos orientan hacia una etiología determinada. (Morosin, 2012).

- ***Sibilancias.*** Los nombres dados a lo largo de los años a las sibilancias en los niños pequeños. Siempre han sido confusos: bronquitis sibilante, sibilancias asociadas a enfermedades respiratorias o bronquitis asmática, etc.
- ***Taquipnea.*** La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una respiración mayor a 60X´ en menores de 2 meses, mayor a 50X´ en menores de 12 meses y mayor a 40X´ en niños entre 1 y 5 años de edad. Constituye un mecanismo de compensación ante la falta de oxígeno del organismo. (SGO, 2000).
- ***Tiraje.*** Es la retracción de la pared torácica debido a una disminución de la elasticidad pulmonar.

De acuerdo al grado de compromiso de la obstrucción bronquial agudo se determinan distintos grados de severidad de la incapacidad ventilatoria. Para determinarla se utiliza la escala de TAL que evalúa la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presencia de sibilancias y uso de músculos accesorios. (Sánchez I. , 2010).

Score de Tal modificado por Bello-Sehabiague. (Onia, 2009)**.**

PUNTAJE	FREC. RESP. < 6M	FREC. RESP. >6M	SIBILANCIAS	CIANOSIS	USO MUSCULATURA
0	**< 40**	**< 30**	**NO**	**NO**	**NO**
1	**41-55**	**31-45**	**Solo final espiración.**	**Peri – oral con llanto**	**(+) subcostal**
2	**56-70**	**46-60**	**Esp.-Ins. Con fonendo**	**Peri – oral en reposo**	**(++) Sub e intercostal**
3	**> 70**	**> 60**	**Esp.-Ins. Audible incluso sin fonendo o murmullo vesicular disminuido y sibilancias ausentes.**	**Generalizada en reposo**	**(+++) Supraesternal Sub e intercostal**

Fuente: Estrategia de hospitalización abreviada en el síndrome bronquial obstructivo del lactante. Arch Pediatr Urug 2012. http://www.sup.org.uy
SBO leve: puntaje de 0-4,
Moderado: puntaje de 5-8 y
Grave: puntaje de 9-12

4.1.6 Diagnóstico. El diagnóstico es netamente clínico, es muy importante en la historia clínica, indagar los antecedentes perinatales, madurativos, lactancia materna, tiempo de duración de la misma, alimentos e inmunoalergénicos. Antecedentes familiares de asma u otras enfermedades respiratorias, dermatitis atópica, rinitis alérgica, hábito de fumar en la familia y medio ambiente, asistencia a guarderías convivencia con hermanos mayores, etc. Teniendo en cuanta las múltiples causas de síndrome bronco-obstructivo y que la mayoría de ellas tiene evidencia científica.

El estudio de imagen que se puede solicitar en el SBO es la radiografía de tórax. Cuando el SBO es de origen infeccioso puede manifestarse como bronquiolitis (atrapamiento aéreo, infiltrados discretos y atelectasias), o como neumonía con infiltrados intersticiales o intersticio alveolares que generalmente se acompañan de imágenes de atelectasias y engrosamientos peribroquiales. Se solicitaran otros estudios en caso de que se sospeche que el cuadro clínico de SBO obedezca a causas secundarias. (SGO, 2000).

4.1.7 Síndrome bronco obstructivo y asma. Debe quedar claro que no toda sibilancia en pediatría es sinónimo de asma, los lactantes y preescolares con síndrome bronco obstructivo constituyen un grupo heterogéneo con factores de riesgo y pronóstico distintos.

Además existen diversos fenotipos de bronquitis sibilante a estas edades, cada uno con sus propios factores de riesgo y su evolución, lo que en ocasiones dificulta su diferenciación en la práctica clínica. Por este motivo se han propuesto algunos fenotipos de sibilancias. (Simones.E, 2001).

La clasificación más conocida procede de la cohorte de Tucson que distingue tres fenotipos o patrones de sibilancias: precoces transitorias, persistentes no atópicas y persistentes atópicas o asma. De ellos, hasta el 80% de las sibilancias que aparecían en el primer año de vida se desencadenaban por infecciones víricas, sin relación con la atopia y desaparecían en unos años.

El estudio Tucson propone por lo menos tres fenotipos distintos de sibilantes:

4.1.7.1 ***Sibilantes precoces transitorios.*** Son niños con episodios de sibilancias recurrentes en la época de lactante en los que característicamente el cuadro clínico se resuelve con la edad. Presentan vías aéreas congénitamente estrechas por lo que presentan sibilancias frente a infecciones virales aproximadamente hasta los 3 años. No suele

asociarse a historia de asma o alergias ni a eosinofilia ni altos niveles de inmunoglobulina E (IgE) pero sí a prematurez o exposición a hermanos que acuden a guardería. También se relaciona con tabaquismo materno durante la gestación. Se propone que existiría una mayor proporción de fibras colágenas en relación a las de elastina en el parénquima pulmonar con una menor distensibilidad del mismo. Las sibilancias ocurren con las diferentes infecciones virales y dejan de hacerlo con el crecimiento. Presentan función pulmonar disminuida desde el nacimiento que no alcanza los niveles de los niños que nunca sibilaron antes de los 6 años. No muestran evidencias de hiperreactividad bronquial.

4.1.7.2 ***Sibilantes persistentes no atópicos*.** Muchos niños en edad escolar tienen historia de obstrucción de la vía aérea con SBOR durante los 2-3 primeros años de vida, normalmente en relación a infecciones virales, causadas sobre todo por infecciones por virus respiratorio sincicial (VRS). No presentan signos de atopia. No son asmáticos. Su función pulmonar (VEF1) es normal aunque muestran hiperrespuesta bronquial a los broncodilatadores. Se sugiere que estos pacientes tienen una alteración en la regulación del tono broncomotor, con mayor riesgo de presentar obstrucción aguda de las vía aérea. Estas características disminuyen con la edad. (Pozo E, 2010).

4.1.7.3 ***Sibilantes persistentes atópicos.*** Niños que inician las sibilancias en el período de lactantes y persisten a los 11 años. Presentan función pulmonar normal al nacer pero disminuye hacia los 6-11 años. Presentan hiperrectividad bronquial y signos de atopia. Se encuentra un posible daño inmunológico con inflamación de la vía aérea. Es el asma del lactante. Representa una minoría de casos; sin embargo, constituye la forma más grave de la enfermedad, ya que el cuadro suele ser progresivo. Más de la mitad de casos de asma persistente comienzan antes de los 3 años, y el 80 % antes de los 6 años de edad. Este tipo de asma en general se asocia con predisposición genética a padecer asma y/o alergias. (Moreno S. , 2009).

Entre el 20 y 30% de los pacientes se presentan como SBO. De ellos hay quienes presentan, además, factores de riesgo para desarrollar asma al final de la infancia. La presencia de un criterio mayor (antecedentes familiares de asma, antecedentes personales de eczema) o dos criterios menores (rinitis atópica,

sibilancias independientes de los resfríos, eosinofilia mayor o igual a 4%) tiene una especificidad de 97%y un valor predictivo positivo de 77%para el diagnóstico de asma al final de la infancia.

4.1.8 Lactancia materna y síndrome bronco – obstructivo. Existen múltiples evidencias a favor del efecto protector de la lactancia materna sobre el desarrollo de bronquitis sibilante en el lactante y preescolar. Diversos estudios indican que la lactancia materna tiene efecto preventivo, comparado con la alimentación con fórmulas de leche de vaca. Diferentes meta-análisis han mostrado que la lactancia materna durante al menos tres meses en lactantes con herencia atópica es un factor protector contra dermatitis atópica (OR 0.58) y sibilancias recurrentes en los primeros cinco años de vida (OR 0.52).

La leche materna actuaría como primera barrera de defensa frente a los agentes infecciosos, compensando la inmadurez del sistema inmune del recién nacido a la hora de hacer frente a las infecciones. El efecto protector se atribuye además a la presencia de diferentes componentes de la leche materna que estimularía la madurez del sistema inmune (citoquinas como el TGF-B1. Enzimas, hormonas, factores de crecimiento y otros agentes con función inmunomoduladoras. (Simones.E, 2001).

En un meta-análisis realizado en Canadá que incluyo 35.411 participantes en edad preescolar y escolar concluye como resultado una disminución de sibilancias en edad de 7-9 años con lactancia materna [odds ratio ajustada (OR) 0,69, intervalo de confianza del 95% (IC): 0,58 a 0,83], y cualquier tipo de lactancia (OR 0.53, 95 % IC: 0,41 a 0,68) y en edades de 4-6 años para los que recibieron lactancia materna exclusiva (OR 0.75, IC 95%: 0,61-0,93).

El estudio realizado en Alzira (Valencia), concluyen que la lactancia materna en un tiempo superior o igual a tres meses protege contra la presencia de sibilancias recurrentes en el primer año de vida (RR: 0,6; IC del 95%:0,4-0,8). (Fernandez, 2011).

En un estudio realizado en Australia, sobre la prevalencia de sibilancia en el primer año de vida concluye que demostró una fuerte asociación de la protección de la lactancia materna exclusiva contra el sistema respiratorio; desde la introducción de las fórmulas lácteas y la lactancia menor a 6 meses incrementaron los ingresos

hospitalarios (OR=2,39, IC del 95% 1,30-4,42) y visitas médicas por sibilancias (OR=1,60, IC del 95%: 1,17 a 2,17).

El estudio multicéntrico demostró que la lactancia materna exclusiva por un período superior a tres meses constituye un factor de protección en América Latina (OR = 0,8; CI 0,71 a 0,89 95%) y en Europa = 0.77, CI (OR 95% 0,63-0,93) en relación con sibilancias recurrentes en niños (tres o más episodios en el primer año de vida) (N Cobos, 2009). Una revisión sistemática concluyó que la protección se prolonga a lo largo de toda la edad pediátrica, especialmente en aquellos casos con historia familiar de atopia. A pesar de ello, algún estudio cuestiona los efectos protectores de la lactancia materna en la infancia tardía, en lo que respecta a la prevención del asma alérgico.

Por último la evidencia ha demostrado en la mayoría de los estudios que la alimentación con lactancia materna exclusiva tiene una fuerte asociación como factor protector para la presentación del síndrome bronco-obstructivo no así la lactancia artificial. (Minas, 2011).

La lactancia materna es un hecho biológico que, lamentablemente, ha sido objeto de transformaciones derivadas de influencias económicas, culturales y sociales. Todo el personal de salud sabe, y a nadie le cabe la menor duda, de sus innumerables beneficios para la salud, el crecimiento y el desarrollo de niñas y niños; además de los importantes aportes a la salud de las madres y al fortalecimiento de los nexos de afectividad familiar.

4.1.9 Normas de lactancia materna.

- La lactancia materna debe iniciar dentro de la primera hora después del nacimiento del niño o niña.
- La lactancia materna exclusiva es la alimentación del bebé únicamente con leche materna (sin agregar aguas aromáticas, agua, sucedáneos de la leche materna, agua glucosada y otros líquidos o preparaciones que se sugieren para ofrecer al bebé luego del nacimiento o durante el primer semestre de vida). El niño o niña solo puede consumir otros líquidos, como suero oral, suplementos de vitaminas y minerales o medicamentos cuando sean prescritos por un médico, en casos absolutamente necesarios.

- La lactancia materna tiene que continuar, junto a otros alimentos después de los seis meses hasta los 2 años de edad o más.
- A partir de los 6 meses hasta los 12 meses de edad es importante que el niño o la niña se alimente primero con leche materna para después comer otros alimentos.
- Desde los 12 meses en adelante, el niño o niña debe primero recibir otros alimentos y luego complementarlos con la leche materna. (MSP del Ecuador, 2012).

4.1.9.1 Mientras el niño o niña esté lactando, la madre.

- No debe usar medicamentos que no estén prescritos por un profesional.
- No debe consumir bebidas alcohólicas.
- No debe consumir cigarrillo o cualquier otra droga.
- Debe continuar ofreciendo leche materna a su hijo incluso si está enferma.

4.1.9.2 Alimentación complementaria.

- Los alimentos complementarios serán: oportunos, adecuados, inocuos y han de darse en forma adecuada.
- Luego de cumplir los seis meses de edad, los niños y niñas iniciarán la alimentación complementaria sin dejar la lactancia materna.
- Recomendar que no debe licuar los alimentos que va a consumir el niño o niña, sino que por el contrario, debe aplastarlos o triturarlos con un tenedor para iniciar la alimentación, los alimentos deben ser de consistencia semisólida, como purés o papillas espesas.
- Recomendar a la madre que aplaste o triture con un tenedor los alimentos que va a consumir el niño o niña.
- Indicar a la madre que debe ofrecer al niño o niña un alimento por vez, de manera reiterada.
- Repetir de tres a cinco contactos con el alimento (tres a cinco días) hasta que sea aceptado, y para observar que no produce ninguna reacción alérgica.
- Se evitará adicionar sal, azúcar o condimentos a los alimentos del niño o niña, por lo menos hasta que cumpla un año de edad.
- No consumir cereales ricos en gluten (trigo, avena, centeno, cebada) hasta los ocho meses de edad.

- Evite la clara de huevo, frutas cítricas, la leche de vaca, pescado, soya, maní, habas y miel de abeja, hasta que el niño cumpla un año de edad, ya que puedan causar alergias.
- Entre los ocho y diez meses se produce un período crítico en el que el niño o niña debe aprender a masticar. A esta edad se tiene que ofrecer alimentos desmenuzados o en trozos no licuados.
- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños y niñas mayores cuando comen por sí solos.
- Responda a los signos de hambre y satisfacción; enseñemos a los cuidadores de los niños a responder a los signos de hambre y saciedad como forma de orientar a la cantidad de alimentos que el niño debe consumir, así tendremos mejores resultados.
- Es importante recalcar a la madre que cuando acompaña al niño/niña puede darse cuenta cuando tiene hambre o está satisfecho, y debe permitir que coma despacio y pacientemente animándolo a comer, pero sin forzarlo.
- Estimule a los niños y niñas a comer. Hay diversas formas de hacerlo; a través del juego, la mirada, la sonrisa. La persona que esté a cargo del niño o niña debe mostrar interés en su alimentación pero sin forzarlos a comer. El forzar al niño o niña, o el ofrecer premios o castigos no conduce a nada bueno.
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida, ya que el niño pierde interés por comer rápidamente. (MSP del Ecuador, 2011).

4.1.9.3 Indicaciones para la suspensión total y permanente de la leche materna.

- Lactantes con galactosemia clásica.
- Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce.
- Lactantes con fenilcetonuria. Infección por HIV.
- Infección por el virus de la leucemia humana de células T.

4.1.9.4 Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un período limitado de tiempo, además de leche materna.

- Recién nacidos con peso menor a 1500 gramos (muy bajo peso al nacer).
- Recién nacidos con menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros).

- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica o incremento de la demanda de la glucosa; en particular aquellos que son prematuros, pequeños para la edad gestacional o que han experimentado estrés significativo, intraparto con hipoxia o isquemia; aquellos que estén enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas, si la glicemia no responde a la lactancia materna óptima o a la alimentación con leche materna.

4.1.9.5 Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente.

- Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé; por ejemplo, septicemia.
- Medicación materna: los medicamentos citotóxicos, inmuno supresores, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales, tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles
- Es recomendable no usar yodo radioactivo-131 debido a que están disponibles opciones más seguras. La madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia.
- El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o en anormalidades electrolíticas en el bebé amamantado, por ello no deberían tomarse en cuenta. (MSP del Ecuador, 2012).
- Afecciones maternas durante las cuales se puede continuar la lactancia, aunque representen problemas de salud preocupantes: Absceso mamario: el amamantamiento continuará con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez que ha comenzado el tratamiento (OMS, 2000). Hepatitis B: los lactantes recibirán la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después de ese período de tiempo (OMS, 1996). Hepatitis C: Recientes estudios han demostrado que no se transmite por la lactancia materna esta enfermedad. La tasa de transmisión madre-hijo de la hepatitis C es similar en los niños alimentados al pecho y en los que reciben lactancia artificial. (Acta Pediatr Esp. 2005; 63: 321-327).

Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección (OMS, 2000). Tuberculosis: el manejo de la madre y el bebé se hará de acuerdo a las normas nacionales de tuberculosis (OMS, 1998). Uso de sustancias: se ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los bebés amamantados.

4.1.9.6 ***Uso controlado de los sucedáneos de la leche materna.*** Los sucedáneos de la leche materna tendrían que ser obtenidos y distribuidos como parte del inventario regular de alimentos y medicamentos, solamente cuando: La madre ha fallecido o esté ausente. Si la madre está muy enferma (el uso temporal puede ser todo lo que se necesite). Si la madre está realizando la relactación (uso temporal). Si la madre es VIH positiva y elige emplear un sucedáneo de la leche materna. Si la madre rechaza al niño o niña; por ejemplo, después de una violación (el uso temporal puede ser todo lo que se necesite). Si el lactante (nacido antes de una emergencia) ya es dependiente de la alimentación artificial (usar los sucedáneos por lo menos hasta los seis meses, o uso temporal hasta que se haya logrado la relactación). Para el caso del lactante que reciba sucedáneos de la leche materna, los insumos deben ser proporcionados durante el tiempo que los necesite. Las personas que los cuidan recibirán orientación sobre la preparación higiénica y la alimentación apropiada empleando los sucedáneos. Se evitará el efecto de dispersión de la alimentación artificial a madres y lactantes que no la necesiten. (MSP del Ecuador, 2012)

4.1.10 Normas para la implementación y el funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores público y privado.

Características mínimas del lactario institucional Implementación de lactarios. Objeto Esta norma es aplicable a todas las instituciones de los sectores público y privado, donde trabajen veinte o más mujeres en edad fértil. Las instituciones deben contar con un ambiente especialmente acondicionado y digno, para que las mujeres en periodo de lactancia puedan extraer su leche materna y se asegure su adecuada conservación durante el horario de estudios o trabajo. Los ambientes destinados a lactarios deben contar con parámetros y especificaciones, cuyos requerimientos mínimos son:

- Área no menor a diez metros cuadrados (10 m2), con disponibilidad de tomacorriente.
- Ambiente tranquilo y privado, que permita a las madres estudiantes o trabajadoras la posibilidad de extraer su leche en forma relajada, sin interferencias externas.
- Espacio equipado con una mesa y un sillón que permita a las madres la posibilidad de extraer su leche cómodamente sentada.
- El área física del lactario debe ser independiente del baño.
- Espacio equipado con una refrigeradora donde la madre pueda almacenar la leche extraída durante su jornada. La refrigeradora debe tener un termómetro para el monitoreo diario de temperatura y de preferencia, con cabo extensor.
- Un lavabo en el área, para facilitar el lavado de manos y de senos.
- Jabón líquido para el lavado de manos y toallas desechables para el secado.
- Ubicación accesible en el primer o segundo piso, salvo que la institución cuente con ascensor.
- Ventilación e iluminación, preferentemente natural.
- Disponibilidad, por parte de la institución o de las propias estudiantes o trabajadoras, de envases aptos para la recolección y almacenamiento de la leche materna y recipientes térmicos para su transporte.
- Los utensilios que entran en contacto directo con la leche (frascos y bombas de succión o extractor manual de leche) deben ser sometidos a un proceso de esterilización. (MSP del Ecuador, 2011).

4.1.11 Principales disposiciones del Código y de las posteriores Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.

- Los gobiernos tienen la responsabilidad de proporcionar información sobre alimentación infantil. Las donaciones de material informativo por los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de leche materna solamente deben hacerse a petición y con la aprobación por escrito de la autoridad gubernamental competente.
- No hay que realizar publicidad de sucedáneos de leche materna para el público.

- No entregar muestras o regalos, directa o indirectamente, a las madres o a sus familiares.
- Toda la información para las madres debe incluir los beneficios de la lactancia materna y los costos y riesgos de la alimentación artificial.
- No promocionar los productos regulados por el Código en los centros, subcentros de salud y hospitales, incluyendo los suministros gratuitos.
- No utilizar palabras como "humanizado", "maternizada" o similares términos, imágenes y textos que idealicen la alimentación artificial en las etiquetas. Enfatizando que la adopción y el cumplimiento del Código Internacional son requerimientos mínimos; insta además a los Estados miembros a adaptarlo a la legislación, las normas y otras medidas adecuadas en el nivel nacional.
- La Resolución 35.25 de la AMS, de 1982, reconoce que la comercialización de sucedáneos de la leche materna contribuye a un incremento de la alimentación artificial e insta a una renovada atención para implementar y monitorear el Código Internacional, tanto en el nivel nacional como internacional.
- La Resolución 49.15 de la AMS, de 1996, pide a los Estados miembros que aseguren que: 1. Los alimentos complementarios no sean comercializados ni usados de una manera que pueda socavar la lactancia exclusiva y sostenida. 2. Cualquier apoyo financiero que se dé a los profesionales de salud no vaya a crear conflictos de interés. 3. La vigilancia del cumplimiento del Código se haga de forma independiente, transparente y libre de intereses comerciales. (MSP del Ecuador, 2011).

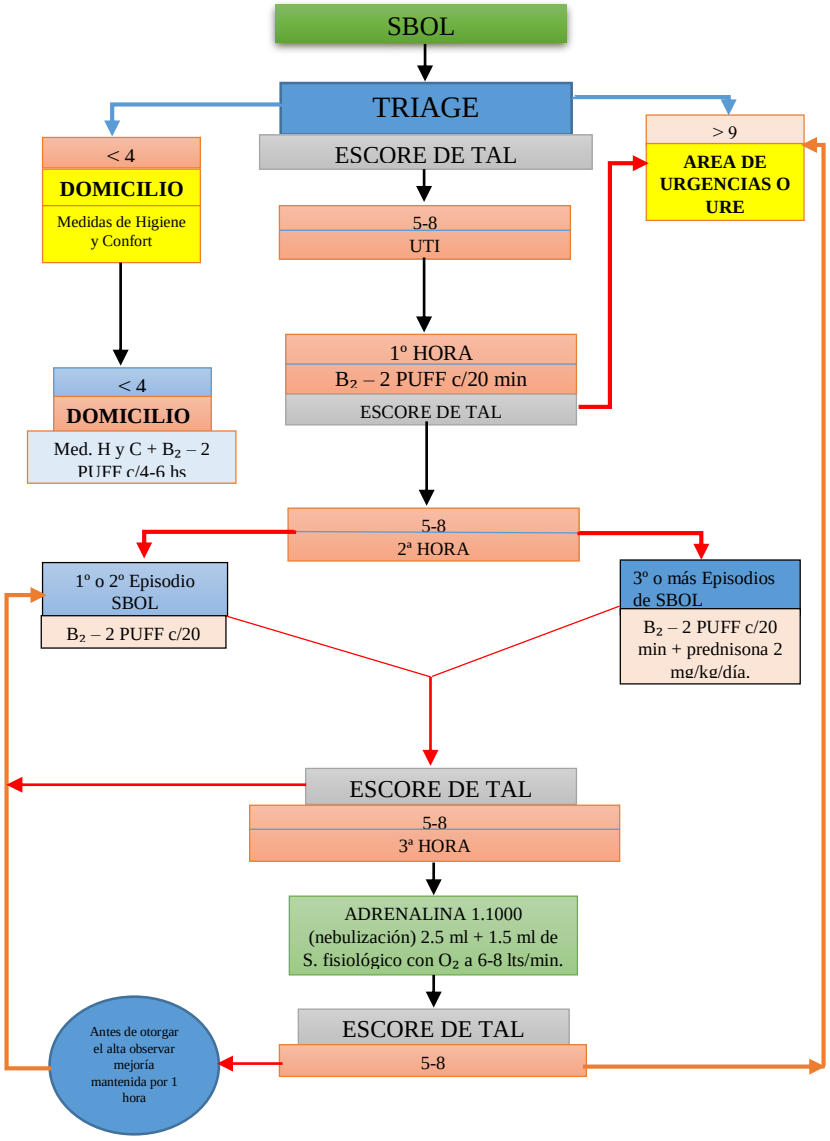
4.1.12 Tratamiento.

4.1.12.1 ***Oxigenoterapia.*** El objetivo es lograr una Sa02 > 95%. El oxígeno debe administrarse desde el principio con puntaje de TAL es > 6, incluso cuando no se dispone de oximetro de pulso, con mascarilla, nariguera o halo según la tolerancia individual. (Horak, 2007).

4.1.12.2 ***Tratamiento de los episodios recurrentes.*** Evitar el contacto con pacientes que presentan infecciones respiratorias (salas cunas, jardín infantil). Tratamiento broncodilatador en las crisis obstructivas (salbutamol en dosis similares a los descritos). Uso sólo durante los días en que el paciente se mantenga sintomático. Kinesioterapia Respiratoria: tiene su mayor indicación en los episodios obstructivos recurrentes, en los que la hipersecreción bronquial es un factor muy

importante. Su indicación es más frecuente en los lactantes menores y en los pacientes con factores agregados que les condicione dificultad en la movilización de secreciones (trastornos neuromusculares, hipotonía, etc.). Los ejercicios más ampliamente utilizados incluyen Masoterapia, Drenaje postural, ejercicios respiratorios (bloqueos), y también los Kinesiólogos realizan una importante labor educativa en terapia inhalatoria y nebulización. Uso de corticoides inhalatorios: En lactantes las opciones terapéuticas incluyen Beclometasona en dosis de hasta 300 ug/día, y en caso de mantener sintomatología la indicación incluye cambio a Budesonida 200 ug/día o Fluticasona 200 ug/día.

4.1.12.3 ***Broncodilatadores y otros medicamentos***. Según el siguiente algoritmo. (Lane, 2006).



Fuente: Estrategia de hospitalización abreviada en el síndrome bronquial obstructivo del lactante. Arch Pediatr Urug 2012. http://www.sup.org.uy.

5 METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

La presente investigación fue cuali-cuantitativa, de tipo descriptiva, observacional y de cohorte transversal.

5.2 Universo

Estaba constituido por 247 niños y niñas, menores de 3 años con infecciones respiratorias que acudieron al servicio de hospitalización de pediatría en el Hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período comprendido Febrero – Agosto 2016.

5.3 Muestra

La constituyeron 130 niños y niñas, que cumplían los criterios de inclusión y exclusión en edades comprendidas entre 1 a 36 meses con diagnóstico de síndrome bronco-obstructivo que acudieron al servicio de hospitalización de pediatría en el Hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período comprendido Febrero - Agosto 2016.

5.4 Criterios de inclusión

- Niños menores de 3 años que acuden al servicio de hospitalización.
- Género masculino y femenino
- Presenten primer cuadro de síndrome bronco- obstructivo: sibilancias, tos, roncus, disnea.
- Aquellos que tengan síndrome bronco- obstructivo y además cuadro infeccioso asociado como neumonía, bronconeumonía, sinusitis y otitis.
- Padres firmen el consentimiento informado

5.5 Criterios de exclusión

- Pacientes mayores de 3 años de edad
- Niños de padres que no acepten firmar el consentimiento informado

5.6 Área de Estudio y tiempo

El Hospital Isidro Ayora se encuentra ubicado en la ciudad de Loja, al este de la ciudad, en la parroquia sucre, es un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada en aproximadamente 20 ramas, tiene una cobertura que abarca la ciudad y provincia de Loja, toda la provincia de Zamora Chinchipe y la parte alta de la provincia del Oro. Cuenta con servicios de Cuidados intensivos, emergencia, consulta externa, rehabilitación, servicio de laboratorios y de imagenología.

5.7 Técnica e instrumento para la recolección de datos

Para realizar la presente investigación utilizamos el método científico que nos permitió acceder a las fuentes bibliográficas de los libros, artículos, revistas de internet.

Se procedió a la obtención de la información directamente de los padres o cuidadores mediante la aplicación de un formulario individual (encuesta) en base a las siguientes variables (edad, género, lugar de procedencia, humedad de la vivienda, historia personal de atopia, alimentación del niño, episodios de síndrome bronco-obstructivo). (Anexo #6)

Los resultados del estudio realizado fueron archivados en el expediente clínico de cada paciente y a su vez informado al representante en un control subsecuente.

5.8 Recolección de datos

La investigadora acudió a los servicios de emergencia y hospitalización del Hospital Isidro Ayora de Loja, se seleccionó a los pacientes con diagnóstico de síndrome bronco-obstructivo.

Se envió en primera instancia una solicitud al Director asistencial de la institución solicitando la autorización para realizar la investigación durante el período comprendido Febrero – Agosto 2016. (Anexo #4)

Se informó a los padres o representantes de cada una de los pacientes sobre la naturaleza de la investigación y se solicitó su autorización para la participación de la misma previa aceptación del consentimiento informado. (Anexo #5)

5.9 Procesamiento y tabulación de datos

Luego de obtener la información necesaria, se realizó la tabulación, codificación, interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones utilizando material tecnológico como Excel, PowerPoint, etc.

6 RESULTADOS OBTENIDOS

Resultados para el primer objetivo:

Cuadro 1. TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

EDAD	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	
	F	%
NUNCA	3	2,3
< 6 MESES	92	70,8
> 6 MESES	35	26,9
Total	130	100

FUENTE: Hoja De Registro De Datos
AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

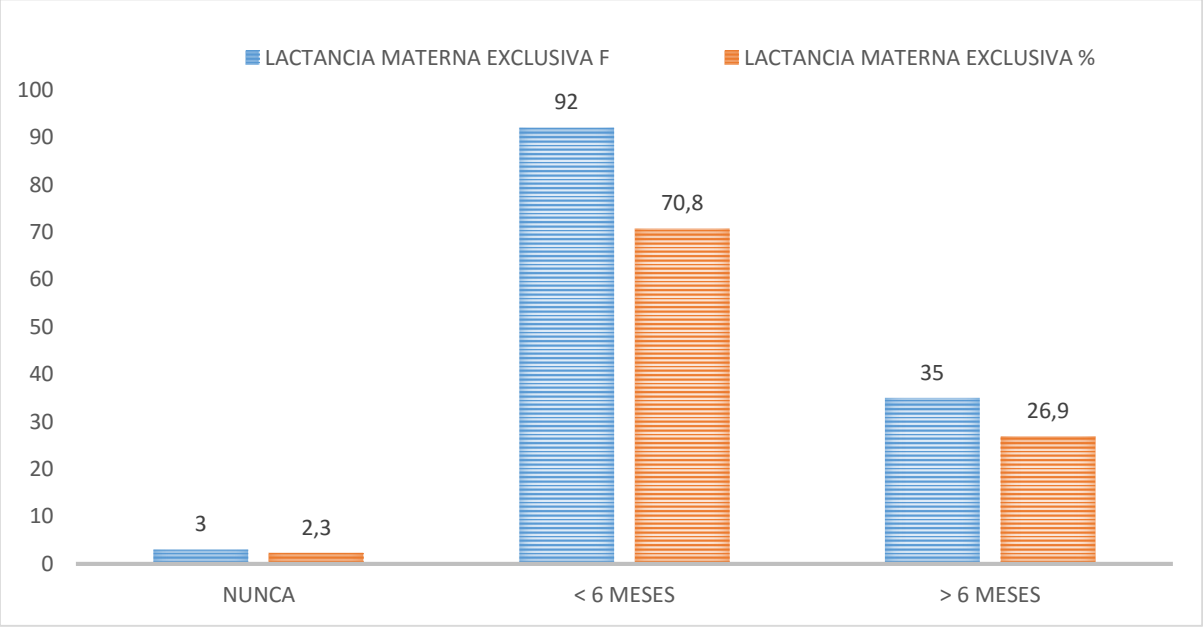


Figura 1. TIEMPO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

FUENTE: Hoja De Registro De Datos

AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

Análisis: De acuerdo al estudio realizado, la lactancia materna exclusiva fue en un 70.8% en menores de 6 meses.

Resultado para el objetivo 2:

Cuadro 2. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA MÁS LECHE MATERNA.

SUCEDANEOS DE LECHE MATERNA	DE 0 A 3 MESES		DE 3 MESES A 6 MESES		> 6 MESES		Total F	Total %
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	3	2.3	23	17.7	15	11.5	38	29.2
No	70	53.8	17	13.1	2	1.5	92	70.8
Total	73	56.2	40	30.8	17	13.1	130	100

FUENTE: Hoja De Registro De Datos
AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

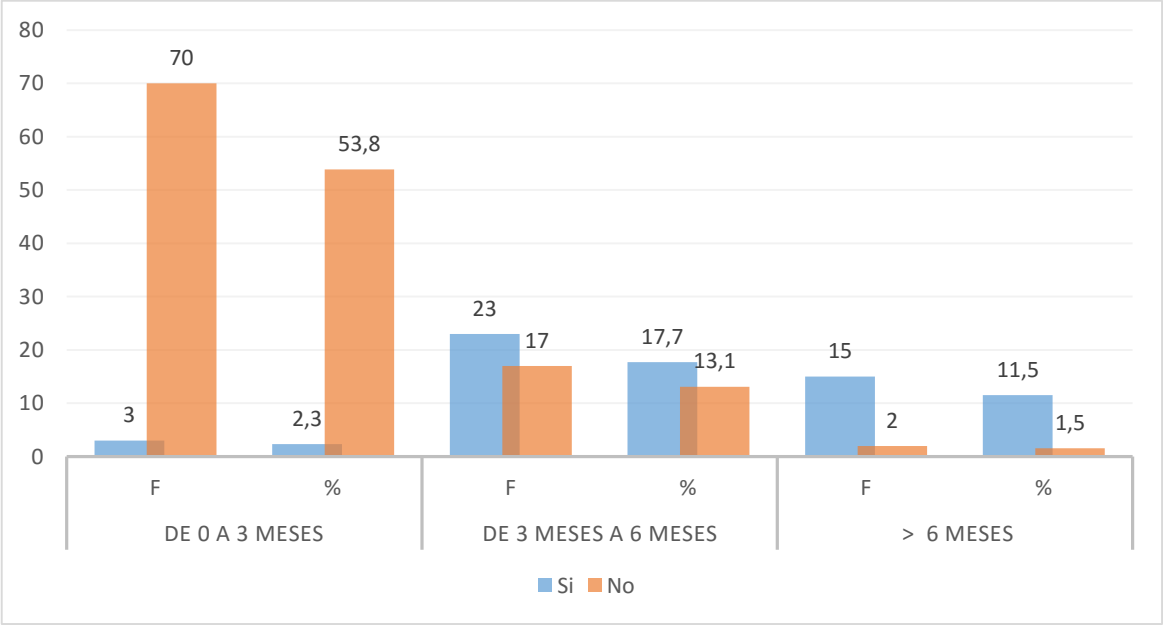


Figura 2. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA MÁS LECHE MATERNA.

FUENTE: Hoja De Registro De Datos
AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

Análisis: El estudio indica que reciben sucedáneos de leche materna más leche materna en mayor porcentaje niños en edades de 3 a 6 meses con un 17,7%.

Resultado para el objetivo 3:

Cuadro 3. RELACIÓN DE SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Edad de inicio	SBO 1er episodio		SBO recurrente	
	F	%	F	%
< 6 meses	35	26.9	6	33.3
7 - 12 meses	70	53.8	11	61.1
13 - 18 meses	0	0	0	0
19 - 24 meses	15	11.5	1	5.6
25 - 30 meses	0	0	0	0
31 - 36 meses	10	7.7	0	0

FUENTE: Hoja de registros de datos
AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

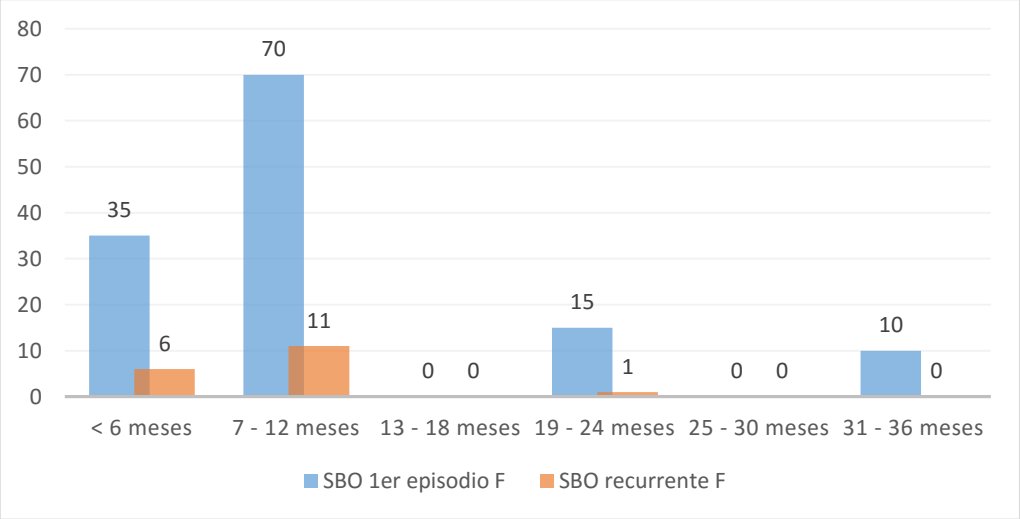


Figura 3. RELACIÓN DE SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA´

FUENTE: Hoja De Registro De Datos
AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

Análisis: Los niños que fueron alimentados con leche materna exclusiva desarrollaron en menor proporción episodios de síndrome bronco-obstructivo. El rango de edad en la que más se presentó el primer episodio SBO es de 7 a 12 meses con el 53,8%, seguido de los < de 6 meses con el 26,9%.

Resultado para el objetivo 4:

Cuadro 4. FACTORES RELEVANTES ASOCIADOS AL SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO

ELEMENTOS	VALORACIÓN	TOTAL F	TOTAL %
EDAD	< 12 MESES	82	63,1%
GÉ NERO	MASCULINO	75	57,7%
LUGAR DE PROCEDENCIA	URBANO	93	71,5%
FACTORES EXTERNOS	HUMEDAD	81	62,3%

FUENTE: Hoja De Registro De Datos
AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

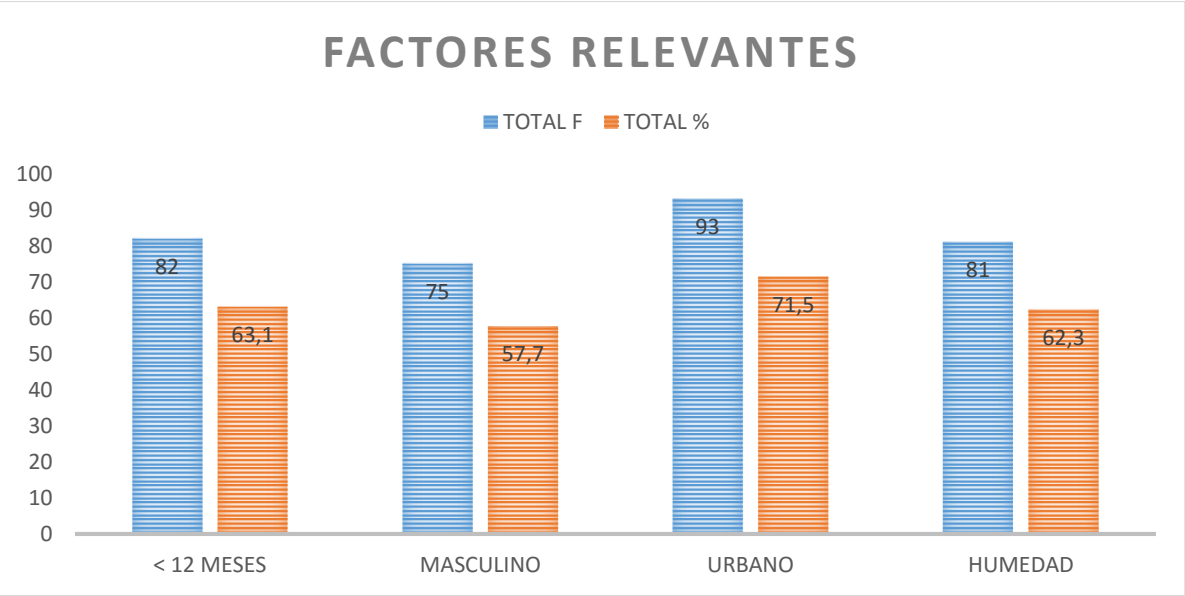


Figura 4. FACTORES RELEVANTES ASOCIADOS AL SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO.

FUENTE: Hoja De Registro De Datos

AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

Análisis: Dentro de los factores sociodemográficos asociados con síndrome bronco-obstructivo son el lugar de procedencia desarrollándose en mayor proporción en la zona urbana con un 71,5%, la humedad de la vivienda con un 62,3%, y más prevalente en el género masculino con un 57,7% y en menores de 12 meses con un 63,1%.

7 DISCUSIÓN

EL Síndrome bronco-obstructivo (SBO) es una de las principales causas de consulta y atención médica en la salas de emergencia en la edad pediátrica, sobre todo si hay alguna complicación en los episodios.

En el estudio realizado se puede evidenciar que la lactancia materna exclusiva fue en menores de 6 meses, los mismos que presentaron broncoespasmo leve en un 26,9% y broncoespasmo recurrente en un 33,3%, considerándose como mecanismo protector para el lactante. El rango de edad en la que más se presentó el primer episodio SBO es de 7 a 12 meses con el 53,8%, los niños y niñas que consumieron sucedáneos de leche materna más leche materna con un porcentaje de 29,2% tuvieron mayor susceptibilidad de adquirir dicho Síndrome. Hallazgos similares a los de un estudio realizado por el Hospital Regional del Cusco del Ministerio de Salud encontraron que el 58% de niños con síndrome obstructivo bronquial iniciaron la enfermedad dentro de los 2 primeros años de vida; los factores más predisponentes son: antecedente de enfermedad respiratoria 70%, lactancia mixta o artificial 57% y lactancia materna con una duración menor a los doce meses 48% este artículo se realizó en un Hospital de Perú. Otro artículo realizado en Manizales, Colombia por la Doctora María Álzate y Colaboradores, revela la evidencia presentada sobre la lactancia materna exclusiva al prevalecer como factor protector, para el grupo etario que comprende el mayor riesgo de probabilidades de adquirir alguna enfermedad pulmonar, especialmente Síndrome Bronco Obstructivo.

En la investigación realizada se presenta con mayor frecuencia el SBO en niños menores de 12 meses con el 54%, datos correlacionados con un trabajo muy interesante, publicado por las Dras. López, Sepúlveda y Valdés del Área Norte de la Región Metropolitana, se siguió a una cohorte de 437 lactantes y se observó que, en los 18 primeros

meses de vida, 45% de ellos presentó SBO; 75% durante el primer año, en promedio, 2,4 episodios; y más de la mitad de los pacientes que tenían SBO presentaron uno o dos episodios (Rev Chil Pediatr 65 (3); 154 - 157, 1994).

En relación al género el estudio realizado en Trujillo Perú sobre Sibilancias recurrentes en niños menores de 1 año, con una muestra total de 942 niños el 63% corresponde al sexo masculino datos que se corroboran con los resultados de nuestro estudio.

El estudio realizado en el Hospital "Isidro Ayora de Loja" arrojo los datos de mayor frecuencia de SBO en niños menores de 12 meses con el 63.1%, con inicio de sibilancias entre los rangos de 7 a 12 meses con el 37.1%, seguido de los menores de 6 meses con el 26%.

Niños que inician las sibilancias en el período de lactantes y persisten a los 11 años. Presentan función pulmonar normal al nacer pero disminuye hacia los 6-11 años. Presentan hiperreactividad bronquial y signos de atopia. Se encuentra un posible daño inmunológico con inflamación de la vía aérea. Es el asma del lactante. Representa una minoría de casos; sin embargo, constituye la forma más grave de la enfermedad, ya que el cuadro suele ser progresivo. Más de la mitad de casos de asma persistente comienzan antes de los 3 años, y el 80 % antes de los 6 años de edad. Este tipo de asma en general se asocia con predisposición genética a padecer asma y/o alergias. Cabe destacar que el estudio fue realizado en Chile.

En un estudio de Cohorte desde el nacimiento llevado a cabo en Alzira (Valencia-España) con 636 niños, a los 6 meses el 25,2% de los niños había presentado al menos un episodio de sibilancias , y el 5, 3% presentó 3 o más. A los 12 meses de vida el 37,1% de los niños había presentado al menos un episodio de bronquitis sibilante y el 10,6% presentó 3 o más

El estudio realizado en la Habana Cuba sobre los factores de riesgo en los niños nacidos en ese país cuya muestra es de 1.956 la presencia de cualquier tipo de sibilancias fue del 45%, sibilancias recurrentes en tres o más ocasiones en el 20%. En el estudio llevado a cabo en Colombia Bucaramanga un total de 30,5% de los niños y niñas evaluados presentaron episodios de sibilancias en los primeros 24 meses de vida, 25,3% de ellos en forma recurrente.

Entre los factores endógenos están el género masculino, las características de la vía aérea en cuanto al calibre (ya se mencionó que el grupo de lactantes sibilantes transitorios tiene un calibre inferior), la presencia de hiperreactividad bronquial, las alteraciones inmunológicas, la prematurez, los antecedentes personales de atopia y alergia alimentaria, y los antecedentes familiares de asma. En este estudio predomina en el género masculino con el 57,7%, datos correlacionados con estudios realizados. La razón de esta diferencia de género se basa en el menor calibre de la vía aérea en los hombres con relación a las mujeres, la misma que se invierte cuando el niño llega a la adolescencia.

Otro de los factores sociodemográficos asociados con síndrome bronco-obstructivo en la infancia son el lugar de procedencia, la humedad y presencia de moho en la vivienda, según el estudio realizado el 71,5% pertenece al área urbana, y el 62.3% de ellos posee humedad en su vivienda. Ernesto et al. En un estudio realizado en escolares canadienses reportaron que aquellos niños de áreas rurales que crecían en granjas tuvieron un menor riesgo de sibilancias/asma menor hiperreactividad bronquial y sensibilización alérgica comparada con aquellos niños de zonas urbanas. Con relación a la humedad en la vivienda y presencia de moho en las paredes del domicilio, en un estudio publicado por el colegio americano de alergia, asma, e inmunología sobre daños en los de moho en los hogares y las sibilancias en 640 niños para investigar la relación entre los niveles de moho visualmente observable o daños por agua y la prevalencia de síntomas de las vías respiratorias inferiores y la sensibilización a alérgenos en los bebés de padres atópicos como parte de un estudio prospectivo de cohorte de nacimiento concluyen que más de la mitad de los hogares se encontró que tenían moho o daños por agua: Clase de 0 (sin daños), 44%; clase 1 (daños menores), el 51%, y clase 2 (daño importante), el 5%. Datos relacionados con este estudio.

8 CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los resultados podemos concluir:

1. El tiempo de lactancia materna exclusiva fue hasta los 6 meses de edad.
2. En el estudio realizado los pacientes que fueron amantados con sucedáneos de leche materna más leche materna, se evidenció un porcentaje mayoritario de Síndrome Bronco-obstructivo.
3. Los niños que fueron alimentados con leche materna exclusiva desarrollaron en menor proporción episodios de síndrome bronco obstructivo.
4. Dentro de los factores sociodemográficos asociados con síndrome bronco-obstructivo son el lugar de procedencia desarrollándose en mayor proporción en la zona urbana, la humedad de la vivienda, y más prevalente en el género masculino.

.

9 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Ministerio de Salud Pública continuar con la promoción de leyes que regularicen la alimentación exclusiva de leche materna durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más.

2. Cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: El Código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.

3. Implementar los lácteos institucionales de acuerdo al protocolo de Ministerios de Salud Pública. Implementación de lactarios. Esta norma es aplicable a todas las instituciones de los sectores público y privado, donde trabajen veinte o más mujeres en edad fértil. Las instituciones deben contar con un ambiente especialmente acondicionado y digno, para que las mujeres en periodo de lactancia puedan extraer su leche materna y se asegure su adecuada conservación durante el horario de

estudios o trabajo. Objetivo: Establecer los requisitos indispensables para la implementación de lactarios en las instituciones públicas y privadas, con el objeto de garantizar que el niño o niña acceda a la leche materna en forma exclusiva hasta los seis meses de edad y continuada hasta los dos años o más.

4. Difundir a la colectividad mediante programas radiales, charlas, grupos focales, capacitaciones, programas televisivos sobre los múltiples beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva y correcta forma de amamantamiento.

5. Concientizar a los padres, madres, cuidadores de niños y niñas a cerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva, dado que la misma brinda un desarrollo al sistema inmune del lactante y reduce el porcentaje de presentación de casos de niños con Síndrome Bronco-obstructivo.

10 BIBLIOGRAFÍA

Delgado, F. (2012). *Síndrome Obstructivo Bronquial en el niño menor de 2 años*. Obtenido de Área de Salud Integral José Félix Rivas: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%2020.

Emenius G. (2003). *Publikationer fran Kalolinska Institute.* Obtenido de http://diss.kib.ki.se/2003/91-7349-438

Fernandez, C. (2011). *Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas*. Obtenido de Guía para el equipo de Salud 2da edición: www.msal.gov.ar

Garcia M, W. F. (2009). *Lactante sibilante atípica: consideraciones diagnosticas*. Obtenido de Revista Cientifica "Hospital El Cruce: http://www.hospitalelcruce.org/pdf/revista/revis3/nota3.pdf

HA., H. (1991). *The Laboratory Evaluatión af Allergy Diseases: part I MeasuramenteMethods for IgE protein.*

Horak, E. M. (2007). *Association between environmental tobacco smoke exposure and wheezing disorders in Austrian preschool children, Swiss Med Wkly,* . Obtenido de http://www.isdbweb.org.

II Tromp, J. K. (2011). *Rev. Americana de Pediatría (Pediatric)*. Obtenido de www. Ranslate.googleusercontent.com.

Lancet, I. (1998). *The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhino conjunctivitis, and atopic eczema.*

Lane, H. (2006). *Manual Harriet Lane de Pediatría.* Elsevier España.

Lomonte, B. ,. (2010). *Niveles Sericos de Inmunoglobulina e en niños Asmaticos de la Meseta Central de Costa Rica.* . Obtenido de http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v12n1-2/art1.pdf

M.A., A. (2012). *Incidencia y factores de riesgo de bronquitis sibilante en el primer año de vida.* Barcelona-España.

Martínez, F. W. (2005). *Asthma and wheezing in the first six years of life.* Obtenido de www.nejm.org/doi/full/10.../NEJM1995011933203

Minas, G. (2011). *Prevalência e fatores de risco associados à sibilância em lactente*. Obtenido de: http://www.smp.org.br/2008//vector/materia/arquivos/arquivos/arquivo_eU2GJD.pdf

Moreno, L. (2006). *Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente y su relación con el Asma en la Infancia.* Obtenido de www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar

Moreno, L. (2013). *Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente y su Relación con el asma en la infancia*. Obtenido de www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar.

Moreno, S. (2009). *Universidad Industrial de Santander Escuela de Medicina*. Obtenido de http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/10217/2/129624.pd.

Morosin, F. D. (2012). *Estrategia de hospitalización abreviada en el síndrome bronquial obstructivo*. Obtenido de www.sup.org.uy/Archivos/Adp83-2/pdf/adp83-2-morosini-sbol.pd

MSP del Ecuador. (2011). Normas para el funcionamiento de Lactarios Maternos Publicos y Privados. 7-18.

MSP del Ecuador. (2012). Iniciativa sobre Lactancia Materna. 16-25.

N Cobos, E. P.–Y. (2009). *ERGON* (Vol. II). Madrid.

Nelson. ((2004)). *Tratado de pediatría* (Diecisiete ed.). Elsevier España S.A.

OMS/OPS. (2012). *Salud en las américas.* Obtenido de Última actualización 11 de Abril del 2013.: http://www.paho.org/saludenlasamericas.

Onia, S. (2009). *Texas Tech University Health Sciencies Center*. Obtenido de http://www.infantrisk.com/

Pozo E. (2010). *Revsita Méd Dom Vol 71*. Obtenido de www.bvs.org.do/revistas/rmd/2010/71/

Sánchez, I. (2010). *SIBILANCIAS RECURRENTES EN LACTANTES.* Obtenido de http://escuela.med.puc.cl/

Sánchez, J. (2012). *Bronquitis Obstructivas y sibilancias recurrentes en lactantes*. Obtenido de escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/bronquitisobst.ht

SGO, J. (2000). *In vitro Diagnosis of Reagin-Mediated Allergic Diseases. Allergy.*

Simones.E, D. S. (2001). *La Lactancia Materna protege contra el desarrollo de asma y sibilancias en los niños*. Obtenido de Simones.E, Dell. S,(2001) La Lactancia Materna protege contra el desarrollo de asma y sibilancias en los nhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov.

Soto, A. (2011). *Hospital Belén de Trujillo*. Obtenido de http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/161

Villa, J. (2009). *Sibilancias en el Lactante*. Obtenido de http://www2.univadis.net/portlets/pdf/30_4_09_LIBRO_SIBILANCIA_WEB.pdf.

11 ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORÁNDUM NRO. 1050 CCM-ASH-UNL

PARA: Dra. Marcia Mendoza
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de Mayo de 2014.

ASUNTO: Dar Pertinencia al trabajo de Investigación.

Por medio del presente me permito designar a usted, para analizar y emitir informe de pertinencia del Proyecto de Tesis: adjunto **RELACIÓN DE SÍNDROME BROCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN ELHOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO JUNIO – NOVIEMBRE 2015,** de autoría de la Srta. María Carolina Lalangui Castillo, estudiante de la Carrera de Medicina, debiendo recordar que la emisión será remitida en la Coordinación de la Carrera dentro de ocho días laborables.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Estudiante y Archivo

Sip.

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORÁNDUM Nro. 01593 CCM-ASH-UNL

PARA: Dra. Marcia Mendoza Merchán
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

PARA: Srta. María Carolina Lalangui Castillo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 10 de junio de 2015

ASUNTO: **Designar Director de Tesis**

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Directora del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema es **"RELACION DE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO JUNIO - NOVIEMBRE 2015"** de autoría del **Srta. Marìa Carolina Lalangui Castillo,** estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Secretario Abogado, Estudiante y Archivo

Sip

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

Archivo

MEMORÁNDUM Nro.01900 CCM-ASH-UNL

Autorizado: Lic. Mónica Castillo, permitir realizar la encuesta, el mes de octubre.

PARA: Ing. Byron Guerrero Jaramillo
GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA" COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Febrero - Agosto. 2016.

FECHA: 09 de julio 2015

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Maria Carolina Lalangui Castillo,** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja,pueda tener acceso a los diferentes servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización, como también información directa de los padres o cuidadores mediante la aplicación de un formulario individual (encuesta); información que le servirá para la realización de la tesis **"RELACION DE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO JUNIO - NOVIEMBRE 2015"** trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Marcia Mendoza,** Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo

Sip.

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja a 16/07/15 Hora 15:25
Firma: KG
SECRETARIA DE GERENCIA

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

RELACIÓN DE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO FEBRERO - AGOSTO 2016.

Yo, (Nombres y apellidos del Padre de Familia o representante legal)…… En calidad de (Relación con el paciente)…….

Del niño/a (Nombre del paciente)…….. Dirección……Autorizo a la investigadora del estudio para que obtenga y analice la información obtenida de la siguiente encuesta del estado de salud de mi hijo/a partir y me comprometo a llenar el cuestionario que se me sea dado.

Como evidencia de la autorización firmo el presente documento después de haber leído y haber tenido la oportunidad de preguntar y comprender en que consiste el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria.

Por lo tanto autorizo que mi hijo/a participe en el estudio.

Firma del representante……fecha……

CI:

Firma investigadora……fecha……

CI:

Gracias por su colaboración…¡

ANEXO 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:
RELACIÓN DE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO FEBRERO-AGOSTO 2016.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO A LOS PADRES DIRIGIDO

Datos personales del niño/a

Historia Clínica: ……..

Edad:	meses	( )		
Género:	Masculino	( )	Femenino	( )
Lugar de Procedencia	Urbana	( )	Rural	( )

Antecedentes patológicos personales:

1. Ha sido Diagnosticado el niño de una **reacción** similar a una **alergia** en la piel, que lleva a hinchazón y enrojecimiento continuo (dermatitis atópica)?
   si ( ) no ( )
2. Ha sido Diagnosticado el niño de rinitis alérgica? si ( ) no( )

Alimentación del niño

3. Recibió lactancia materna exclusiva su niño? : si ( ) no( )
4. Hasta que edad recibió lactancia materna exclusiva su hijo
   Nunca ( )
   Antes de los 6 meses ( )
   Más de 6 meses ( )

5. Ha recibido leche maternizada o algún alimento diferente a la leche materna (leche de vaca, jugo de frutas, alimentos sólidos como sopas, coladas, etc.)? si ( ) no ( )
   Desde que edad
   De 0 a 3 meses ( )
   Entre 3-6 meses ( )
   Después de los 6 meses. ( )
6. A qué edad inició con la alimentación complementaria en su hijo?
   Antes de los 3 meses ( )
   Entre 3-6 meses ( )
   Después de los 6 meses. ( )

7. Su Hijo presenta algunos de los siguientes síntomas actualmente:
   Tos Si ( ) No ( )
   Sonidos en el pecho (sibilancias) Si ( ) No ( )
   Dificultad para Respirar Si ( ) No ( )
   Respiración rápida (taquipnea) Si ( ) No ( )

8. Ha presentado su hijo anteriormente: tos, sonidos en el pecho (sibilancias), dificultad para respirar, respiración rápida (taquipnea) (Síndrome Bronco-Obstructivo)
   Si ( ) No ( )

9. A qué dad presentó el primer episodio?
   Antes de los 3 meses ( )
   Entre 3-6 meses ( )
   Después de los 6 meses. ( )

10. Factores Predisponentes al Síndrome Bronco-Obstructivo.
    En su vivienda hay humedad, moho en las paredes: si ( ) no ( )
    Tiene actualmente alguna mascota (perros, gatos aves) si ( ) no ( )
    Su hijo tiene hermanos mayores si ( ) no ( )
    Su hijo pasa en guardería si ( ) no ( )
    Alguien Fuma Tabaco en casa si ( ) no ( )
    Uso de aerosoles en casa si ( ) no ( )

Muchas gracias por su colaboración…

ANEXO 6

Cuadro 1. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR DE PROCEDENCIA	SINDROME BRONCO OBSTRUCTIVO	
	F	%
URBANO	93	71.5
RURAL	37	28.5
Total	130	100

FUENTE: Hoja de registros de datos
ELABORACIÓN: María Carolina Lalangui Castillo

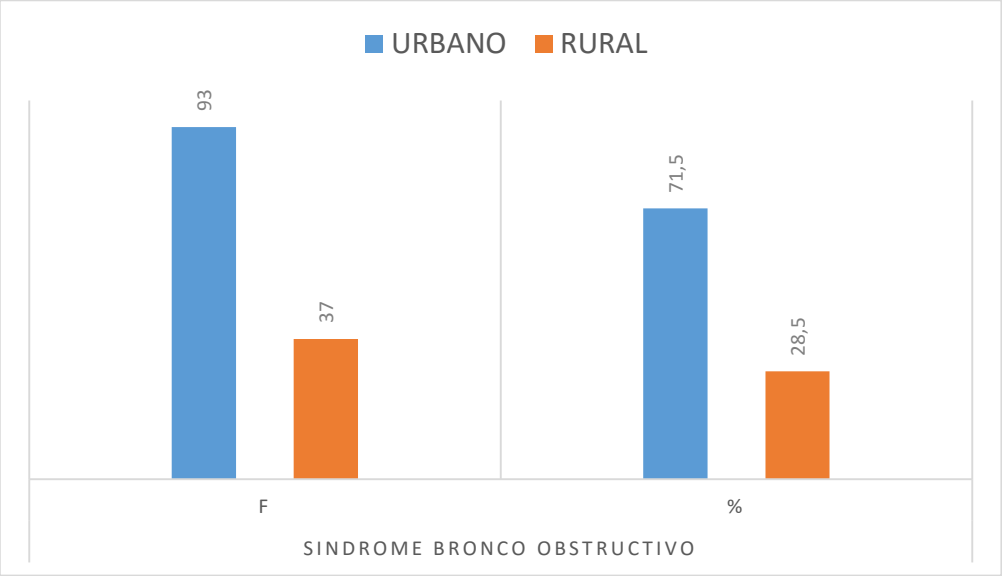


Figura 1. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y LUGAR DE PROCEDENCIA

FUENTE: Hoja De Registro De Datos

AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

Análisis: En la zona urbana prevalece el Síndrome Bronco-Obstructivo con el 71.5% que equivale a 93 casos.

Cuadro 2. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y EDAD

EDAD	SINDROME BRONCO OBSTRUCTIVO	
	F	%
< 12 MESES	82	63.1
DE 13 A 24 MESES	27	20.8
> 25 MESES	21	16.2
Total	130	100

FUENTE: Hoja de registros de datos
ELABORACIÓN: María Carolina Lalangui Castillo

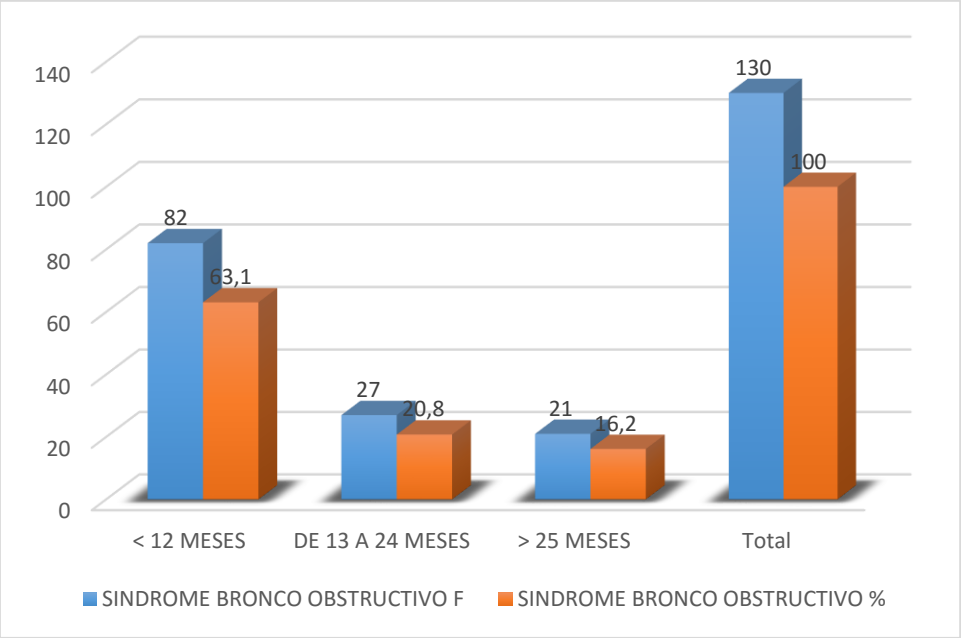


Figura 2. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y EDAD

FUENTE: Hoja De Registro De Datos

AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

Análisis: Los menores de 12 meses tienen mayor relación con el Síndrome Bronco-obstructivo con un 63.2%

Cuadro 3. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y GÉNERO

SEXO	SINDROME BRONCO OBSTRUCTIVO	
	F	%
MASCULINO	75	57.7
FEMENINO	55	42.3
Total	130	100

FUENTE: Hoja De Registro De Datos

AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

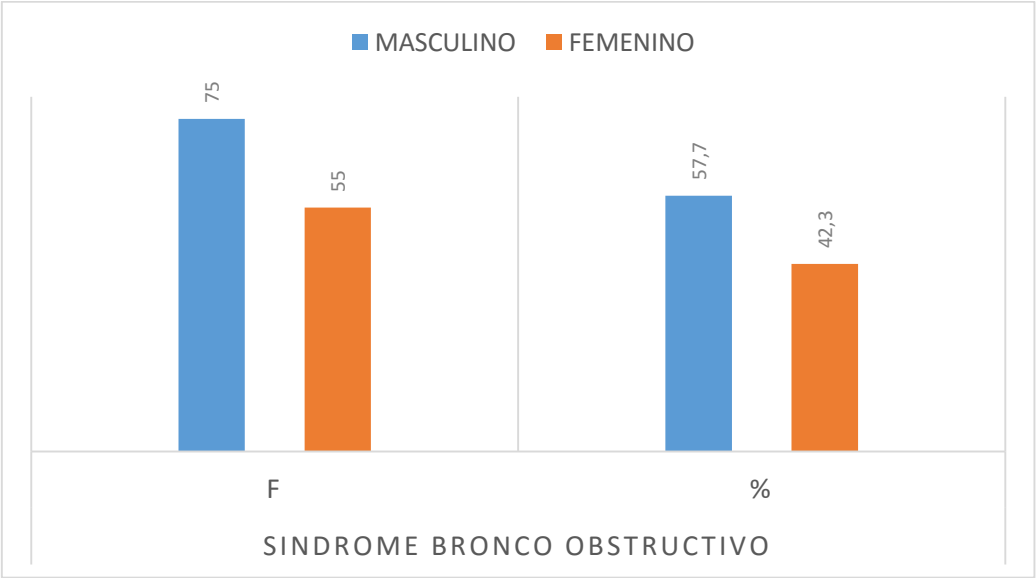


Figura 3. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y GÉNERO

FUENTE: Hoja De Registro De Datos

AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

Análisis: Se observa que el 57.7% de los pacientes con Sindrome Bronco-Obstructivo fueron de género masculino.

Cuadro 4. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y FACTORES MÁS RELEVANTES

FACTO-RES	HUME-DAD		MASCO-TAS		ASISTEN A GUARDE-RIA		HUMO DE TABACO		USO DE AEROSO-LES		Total F	Total %
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	81	62.3	69	53.1	59	45.4	55	42.3	63	48.5	327	50.3
No	49	37.7	61	46.9	71	54.6	75	57.7	67	51.5	323	49.7
Total	130	100	130	100	130	100	130	100	130	100	130	100

FUENTE: Hoja De Registro De Datos

AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

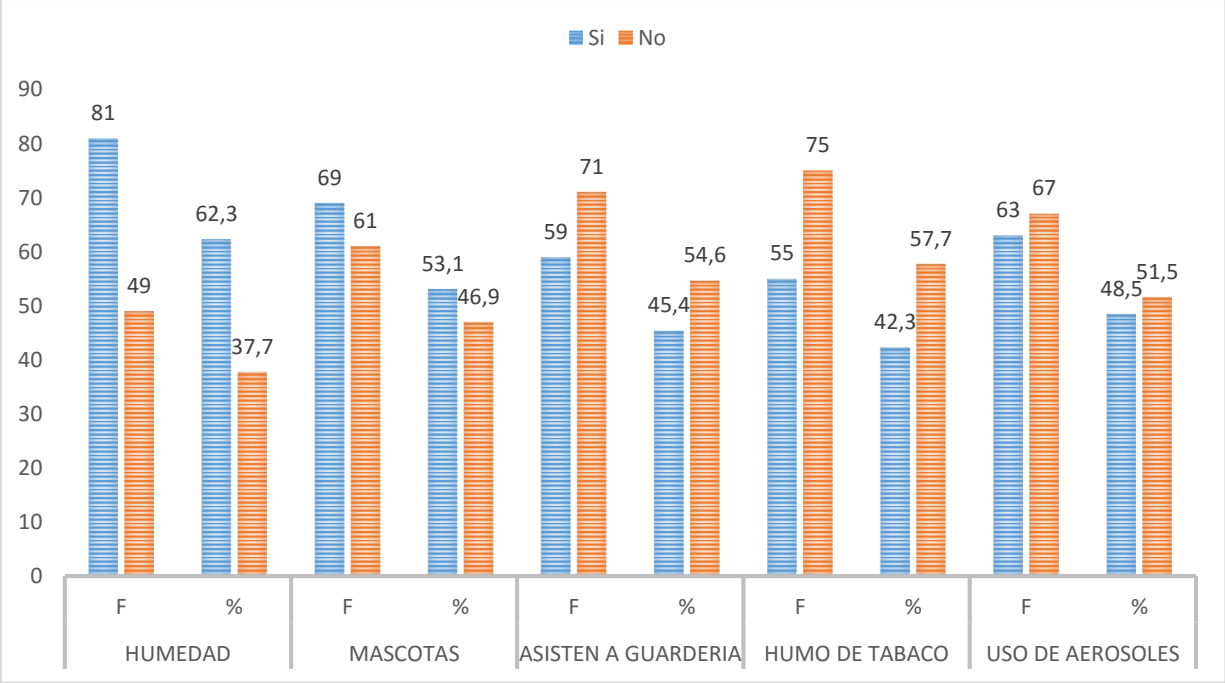


Figura 4. SINDROME BRONCO-OBSTRUCTIVO Y FACTORES MÁS RELEVANTES

FUENTE: Hoja De Registro De Datos

AUTORA: María Carolina Lalangui Castillo

Análisis: El 62.3% de los pacientes que presentaron Síndrome Bronco-obstructivo, habitan en viviendas húmedas.

ANEXO 7

THE CANADIAN HOUSE CENTER

THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación de **THE CANADIAN HOUSE CENTER CIA. LTDA**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución Ministerial **Nº 320 - 15.**

CERTIFICA.-

Que el resumen de Tesis titulada **"RELACIÓN ENTRE SÍNDROME BRONCO - OBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2016"** realizado por la **Srta. LALANGUI CASTILLO MARÍA CAROLINA,** con número de cédula **1105448524,** estudiante de la Carrera de Medicina del Área de la Salud Humana de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,** ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo Director Académico de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 27 de Septiembre del 2016

LIC. ROSS SAMPAYO
DIRECTOR ACADÉMICO
THE CANADIAN HOUSE CENTER

www.thecanadianhousecenter.com
Loja Matriz: Venezuela 19-77 Entre José María Peña y Av. Pío Jaramillo Alvarado • Loja-Ecuador • Teléfonos: 2584334/2584450
Loja Centro: Miguel Riofrío 14-35 Entre Bolívar y Sucre • Loja-Ecuador • Teléfono: 2571800

ANEXO 8

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

PROYECTO:

RELACIÓN ENTRE SÍNDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO FEBRERO - AGOSTO 2016.

Alumna: María Carolina Lalangui Castillo

LOJA- ECUADOR

1. TÍTULO:

RELACIÓN ENTRE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO FEBRERO–AGOSTO 2016.

2. PROBLEMATIZACION

Las Infecciones Respiratorias Agudas constituyen un problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbimortalidad infantil y representan el 40 - 60% de las consultas. Estas son responsables de la muerte de cerca de 4 millones de niños por año, principalmente en países en vías de desarrollo de los continentes de Asia, África y América Latina (Delgado, 2012). La mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias en los niños ocurre antes del año de edad, específicamente entre los dos y tres meses. Dentro de los cuales se encuentra el *síndrome bronquial obstructivo* (SBO) y las neumonías. (Delgado, 2012).

La lactancia materna exclusiva en los países en vías de desarrollo pese a los múltiples beneficios que ofrece dentro de la alimenta del lactante y niño pequeño no es suficiente argumento para que las madres prolonguen el tiempo de duración de este tipo de nutrición. (Fernandez, 2011).

En el 2002 en la 55 asamblea Mundial de Salud, conocida como la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño realizada en Ginebra, se recomendó que "la Lactancia Materna Exclusiva (LME) deba realizarse durante los 6 primeros meses de vida y continuar posteriormente con alimentos complementarios hasta los 2 años como mínimo".

"LA OMS define como LME a la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua". *La OMS estima que de un total de 94 países subdesarrollados la población de menores de 12 meses presenta una tasa de LME de entre 0-4 meses en aproximadamente 35% de los casos.* (OMS/OPS, 2012).

La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica, ofrece un sinnúmero de ventajas, como las inmunológicas que son bien conocidas hasta los primeros 6 meses de vida; pero, la ,defensa frente a muchos patógenos se alarga hasta los 2 años y medio, esta protección inmunológica está dada por las inmunoglobulinas: Ig A, IgG, IgM, IgD e IgE, la lactoferrina, el interferón, los factores del complemento C3 y C4, la lisozima, el factor bífidus, el factor anticólera, el factor antidengue y la lactoperoxidasa entre otros,

que protegen principalmente contra infecciones gastrointestinales y respiratorias. (Villa, 2009).

En un estudio de cohorte realizado en Suecia se comparó la evolución de los lactantes amamantados al menos cuatro meses frente a los no amamantados y se encontró que estos últimos tenían mayor incidencia de asma, dermatitis atópica, rinitis alérgica, alergia a alimentos, síntomas respiratorios tras exposición a pólenes o pelo de animales y enfermedad alérgica con manifestaciones múltiples.

Aunque no existe consenso en el aspecto que la lactancia materna exclusiva proteja a los niños que tienen riesgo de alergia, a desarrollar asma a largo plazo (más de 6 años de edad), existe evidencia que disminuye los episodios respiratorios dentro de estos el broncoespasmo o síndrome bronco obstructivo (SBO), en niños menores de 4 años de edad y generalmente asociados a infecciones virales. (Pozo E, 2010).

La prevalencia de la obstrucción bronquial del lactante y el niño pequeño es del 50% por debajo de la edad de 3 años. Esta patología representa el 25% de las admisiones hospitalarias cifra que alcanza hasta el 50% en períodos invernales.

Dicha prevalencia además despende de la población en estudio y de la definición que se tome.

En Reino Unido del total de la población menor de 6 años el 30% tuvo al menos un episodio de sibilancias; el 10% presentó sibilancias persistentes desarrollando finalmente asma y el 20% sibilancias esporádicas. [(6)] (Fernandez, 2011)

En Arizona Estados unidos se demostró que la prevalencia de sibilancias durante los primeros años de vida fue dea 10.42% cifra muy similar a la se observa en países desarrollados. [(7)] (II Tromp, 2011)

En Chile el Síndrome Bronco Obstructivo se asocia a infecciones respiratorias virales en menores de 2 años en el 20 a 25% de los casos, especialmente en los meses de invierno, representando el 23% de todas las consultas de morbilidad. [(8)] (Nelson, (2004))

En el Ecuador en el 2005 las Infecciones respiratorias agudas constituyeron la primera causa de consulta en las unidades operativas del MSP, en todas las provincias a excepción de Bolívar; las tasas más altas (26,6 y 18,7 por 100.000 habitantes) correspondieron a Napo y Morona. En el último año las infecciones respiratorias agudas fueron tres veces más frecuentes en la consulta con relación a la enfermedad diarreica aguda. (Minas, 2011).

La tasa de mortalidad de menores de 5 años de edad fue de 14,9 por mil nacidos vivos en el 2009, siendo las principales causas de muertes en niños de 1 a 4 años de edad las infecciones respiratorias agudas 16,4%, y más de la mitad de estas muertes corresponden a varones.

En el Hospital Isidro Ayora de Loja las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar dentro de las 10 principales causas de morbilidad (CIE 10-2013); por lo tanto al conocer su elevada incidencia así como las características clínicas, epidemiológicas, factores de riesgo (alimentación, presencia de alérgenos, etc.) que pueden influir en su presentación en esta población, me ha motivado a realizar el estudio de :…….¿CUÁL ES LA RELACIÓN DE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LECHE MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA?

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre Síndrome Bronco-obstructivo y Lactancia Materna en niños menores de 3 años en el hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período Febrero – Agosto 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer el tiempo de lactancia materna exclusiva en los niños con Síndrome Bronco-obstructivo.
2. Conocer la asociación de síndrome bronco obstructivo en niños amamantados con sucedáneos de leche materna
3. Establecer la asociación entre Síndrome Bronco-obstructivo en niños amantados con leche materna.
4. Identificar los factores, edad y el género en la que se observa mayor predisposición de Síndrome Bronco-obstructivo.

4. JUSTIFICACIÓN

El Síndrome Bronco – Obstructivo (SBO), tiene alta incidencia y prevalencia entre los niños/as menores de 3 años, es una de las primeras causas de consulta en esta población. Se desarrolla por múltiples causas tanto endógenas como exógenas, dentro de éstas últimas cobra gran importancia la alimentación en el niño, incluido el remplazo de la leche materna por sucedáneos de la misma, la ablactación precoz, uso de alimentos alergénicos, y exposición a otros factores predisponentes que en su mayoría de ellos pueden ser evitados y con ello disminuir la morbimortalidad por esta patología.

Además el nuevo rol de la mujer dentro de la sociedad como un ente que se desenvuelve en los distintos campos laborales ha disminuido la lactancia materna, sea por falta de tiempo, sitio de trabajo, siendo este un factor protector para evitar que se presente el síndrome bronco – obstructivo recurrente.

El amamantamiento es la forma natural de alimentación de los lactantes y niños pequeños. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida asegura el óptimo crecimiento, desarrollo y salud. Después, el amamantamiento junto a la adecuada alimentación complementaria sigue contribuyendo al crecimiento, desarrollo y salud del lactante y del niño pequeño. La leche humana y la lactancia materna exclusiva deben considerarse la referencia o "patrón de oro" de la alimentación de los niños y las otras formas de alimentación deben demostrar ausencia de efectos perjudiciales sobre la salud del lactante. Por ello, no debería ser necesario resaltar los beneficios del amamantamiento, sino tener siempre presente los riesgos que conlleva la alimentación con sucedáneos de leche materna. El lactante no amamantado deja de obtener numerosos beneficios existiendo evidencia suficiente para afirmar que estos lactantes están expuestos a un mayor riesgo de morbimortalidad y generan un importante coste económico y social.

La lactancia materna exclusiva principalmente en los países en vías de desarrollo a pesar de los múltiples beneficios que ofrece este tipo de alimentación para el lactante y niño pequeño no parece ser suficiente argumento para que las madres prolonguen el tiempo de duración. . En el 2002 durante la 55 asamblea Mundial de Salud conocida como la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño realizada en Ginebra, se

recomendó que la Lactancia Materna Exclusiva (LME) deba realizarse durante los 6 primeros meses de vida y continuar posteriormente con alimentos complementarios hasta los 2 años como mínimo. La OMS define como LME a la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. *Este organismo cita como ejemplo a estados unidos con tasa de inicio de LME de 69,5% y una prevalencia a los 6 meses de 32.5% en Canadá del 75 y 30% respectivamente. La OMS estima que de un total de 94 países subdesarrollados que la población de menores de 12 meses presentan una tasa de LME de entre 0-4 meses en aproximadamente 35% de los casos.* (Horak, 2007).

Partiendo de éste precedente y al no contar con estudios locales sobre cuantas madres mantienen la LME hasta los 6 meses de edad así como cuantas de estas mujeres usaron como alimentación para su hijo sucedáneos de la leche materna se hace necesario conocer el cómo interviene dicha alimentación en la protección contra los cuadros respiratorios de estos niños específicamente cómo influye en la presentación de un síndrome bronco-obstructivo. (Moreno S. , 2009).

Por otro lado se contara con un estudio que podrá estandarizarse hacia la provincia, así como la región y porque no decirlo del país.

Los resultados de dicho estudio serán puestos al servicio de la comunidad de tal manera que se les pueda explicar a las madres sobre la importancia del amamantamiento, incentivarlas a la lactancia materna exclusiva, adicionalmente se educara a las madres y a la población sobre nutrición en los infantes de acuerdo a las diferentes atapas de vida, se trabajará juntamente con la nutricionista de la institución y el resto de pediatras y médicos en lo que concierne a prevención.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

5.1.SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO (SBO)

5.1.1. Definición. El SBO se define como el conjunto de signos y síntomas que manifiestan obstrucción bronquial aguda (menor a dos semanas de evolución) y que responde a diferentes enfermedades. (Moreno L. , 2013).

Al primer cuadro de síndrome Bronco- obstructivo se lo conoce como bronquiolitis, y los subsiguientes como Síndrome Bronco obstructivo recidivante o recurrente.

5.1.2. Causas del síndrome bronquial obstructivo.

5.1.2.1.Asociado a virus.- que representa la causa más común del SBO recurrente, como son el virus sincitial respiratorio, parainfluenza, influenza, rinovirus, metaneumovirus, etc. (Sánchez J. , 2012).

5.1.2.2.Asma bronquial del lactante.- en donde destacan los antecedentes de atopia familiar y personal. El cuadro inicial es indistinguible del anterior, por lo que la evolución será fundamental en el diagnóstico definitivo. Se ha estimado que alrededor de un tercio de los lactantes sibilantes seguirá presentando episodios obstructivos después de los 6 años de edad.

5.1.2.3.Obstrucción bronquial secundaria.- corresponde a causas precisas, este grupo es poco frecuente (menos de 10% del total) y se debe a causas tales como fibrosis quística, displasia broncopulmonar, cardiopatía congénita, etc.

5.1.3. Factores predisponentes al síndrome bronco obstructivo. Existen factores endógenos y exógenos, tales como:

5.1.3.1.*Sexo.* Recientemente se ha descrito que inmediatamente después del nacimiento, las niñas tienen flujos espiratorios mayores especialmente de la vía periférica que el niño. Esto podría deberse a que la estructura de la vía respiratoria es diferente: se ha sugerido que la mayor cantidad de músculo liso bronquial y el mayor espesor de la pared bronquial pueden ser las explicaciones de este hecho.

En un estudio en la república dominicana sobre sibilancias y factores de riesgo asociados en niños de 1 a 15 años en las comunidades en las ciudades de Matanza, los Tumbaos y Quija quita de Bani, con una muestra de un total de 213 niños entre 1-15 años, la mayor parte de los que presentaron sibilancias correspondieron al sexo masculino (126) con respecto al femenino (87).

5.1.3.2.*Humedad de la vivienda y Moho en las paredes*. En estudio de cohorte en Estocolmo desde el nacimiento, en 4.089 infantes, se concluye que existe mayor proporción de sibilancias en los niños expuestos a señales de humedad, indicada por los padres con OR 1,4 (0,9-2,2) u observadas en las inspecciones de casa 1,6 (1,0-2,5). En el mismo estudio se demostró que las superficies recién pintadas en la habitación del niño se asociaron con un mayor OR para las sibilancias recurrentes, 1.7 (1.3 a 2.6).

Un estudio de Taiwán ha demostrado que los hongos en las paredes de la casa (razón de posibilidades ajustada [ORa], 2,14, intervalo de confianza del 95%: 1,41 a 3,22) aumentó el riesgo de dermatitis atópica infantil. Los hongos pueden tener un papel en la sensibilización, sobre todo en climas húmedos donde los impactos sobre la alergia pueden no sentirse en una etapa temprana para lactantes. (Emenius G, 2003).

5.1.3.3.*Hermanos mayores y asistencia a guarderías*. Tanto la asistencia a guarderías como la existencia de hermanos mayores son fuentes de infecciones respiratorias virales que cursan con síndrome bronco-obstructivo.

Según datos de la cohorte de Tucson, la exposición a hermanos mayores u otros niños en la guardería aumenta la probabilidad de presentar el síndrome bronco obstructivo en los primeros años de vida, con un RR DE 1,4(1,1-1,8). (Garcia M, 2009).

El estudio EISL ha encontrado una clara relación entre la asistencia a guarderías y el desarrollo de sibilancias recurrentes, con una OR global para Europa y América latina de 2,22(2,21-2,31). (HA., 1991)

5.1.3.4.*Tabaco*. Un estudio publicado recientemente en la revista Archivos de Bronco neumología, de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), pone de manifiesto la relación existente entre la exposición antes, durante y después del embarazo al humo de tabaco y la aparición de enfermedades respiratorias en los primeros cuatro años de vida. Los niños expuestos al tabaco solo en época prenatal presentan una incidencia de hospitalizaciones por infección respiratoria mayor que los hijos de madres no fumadoras: 2,96 odds (ratio de probabilidad en el primer año) y de 4,95 a los dos años de edad. Mientras que la exposición post natal se asocia con la aparición de sibilancias tardías (odd ratio: 2,48) y aumenta la probabilidad de padecer asma a los 4 años de edad (odd ratio: 1,69).

En el estudio participaron 1.611 niños y niñas incluidos en el estudio AMICS (Asthma multicentric Infant Cohort Study) en Ashford (Reino Unido), Barcelona y Menorca. Este estudio evalúa los periodos de mayor susceptibilidad a la exposición de tabaco y relacionarlos con las enfermedades respiratorias. Los niños expuestos al tabaco solo en época prenatal presentan una incidencia de hospitalizaciones por infección respiratoria mayor que los hijos de madres no fumadoras: 2,96 odds (ratio de probabilidad en el primer año) y de 4,95 a los dos años de edad. Mientras que la exposición post natal se asocia con la aparición de sibilancias tardías (odd ratio: 2,48) y aumenta la probabilidad de padecer asma a los 4 años de edad (odd ratio:1,69). (Horak, 2007).

También los niños expuestos pre y postnatalmente a los efectos del tabaco presentan más sibilancias (odd ratio: 2,18), roncus persistente (odd ratio: 1,7), tos nocturna (odd ratio:1,90) y la probabilidad de padecer más resfriados comunes al año y de ser diagnosticados de asma especialmente entre el segundo (odd ratio:2,47) y el tercer año de vida (odd ratio: 2,51). (Nelson, (2004)) En un estudio Australiano en el que incluyeron a 1737 niños en edad preescolar en una encuesta transversal sobre tabaquismo pasivo, y el impacto en la bronquitis sibilante, asma, fiebre del heno, atopia y dermatitis. Hasta el 46% fueron expuestos al humo de tabaco en algún momento de su vida, la exposición al humo de tabaco ambiental durante el embarazo resultó en un aumento significativo del riesgo de sibilancias en el primer año de vida (OR 1,6, IC 95% 1,0-2,6), sibilancias en los últimos 12 meses (OR 1,5, IC 95%). (Lomonte, 2010).

5.1.3.5.*Mascotas intradomiciliarias.* Existe controversia respecto a esto, Hesselmar et al. Demostraron que los niños suecos expuestos a mascotas durante el primer año de vida tuvieron una menor incidencia de rinitis alérgica y asma a edad escolar. Remes et al. Reportan que aquellos niños en Tucson que estuvieron expuestos en los primeros meses de vida a la presencia de perros en casa tenían significativamente menor riesgo de desarrollar asma en la edad escolar.

En un estudio de cohorte desde el nacimiento realizado en Estocolmo (BMSE) con 4.089, indica que existió mayor proporción de sibilancias en los niños expuestos a señales de humedad, de forma prospectiva reportado por los padres OR 1,4 (0,9-2,2) u observadas en las inspecciones de casa 1,6 (1,0-2,5). Por otra parte, las superficies recién pintadas en la habitación del niño se asociaron con un mayor OR para las sibilancias recurrentes, 1.7 (1.3 a 2.6**).** (Soto, 2011)**.**

5.1.3.6.*Ubicación de vivienda.* Ernesto et al. En un estudio realizado en escolares canadienses reportaron que aquellos niños de áreas rurales que crecían en granjas tuvieron un menor riesgo de sibilancias/asma menor hiperreactividad bronquial y menor sensibilización alérgica durante la adolescencia comparada con aquellos niños de zonas urbanas.

5.1.3.7.*Alimentos alergénicos y ablactación precoz*. Existe evidencia suficiente para creer que la ablactación temprana así como la introducción de alimentos alergénicos se manifiesten con cuadros respiratorios a repetición dentro de éste el síndrome bronco-obstructivo y/o sibilancias sin embargo aún existe controversia al respecto, as así que en un estudio de cohorte *R generación* llevado a cabo en Rotterdam, y Países bajos con una muestra de 6.905 niños de edad preescolar para examinar si el momento de la introducción de alimentos alergénicos se asocia con el eccema y sibilancias en niños menores o igual a 4 años concluye: de 6.905 niños, se informó de sibilancias en el 31% a la edad de 2 años, y en el 14% a los 3 y 4 años. Eczema se informó en el 38%, 20% y 18% de los niños en las edades de 2, 3 y 4 años, respectivamente. La introducción de la leche de vaca, huevo de gallina, los cacahuetes, las nueces, la soya y gluten antes de los 6 meses no se asoció con eccema y sibilancias en niños menores de 4 años. Sin embargo los autores no describen la prevalencia de la introducción de los alimentos sólidos antes de los 4 meses de edad, ya que en estudios previos, se ha demostrado que es un factor de riesgo para la enfermedad atópica con manifestaciones respiratorias como sibilancias. (M.A., 2012)**.**

5.1.3.8.*Dermatitis atópica en el niño.* La dermatitis atópica (DA) suele debutar en el primer año de vida, como primera manifestación de lo que se conoce como marcha atópica, a la que se unirá el asma en edades posteriores. Aunque la bronquiolitis sibilante en edad escolar están claramente asociadas a la DA, en el lactante y el preescolar la relación esta menos clara. (Lancet, 1998).

En el estudio de Tucson no se encontró una asociación significativa entre la DA en el primer año de vida y el fenotipo de sibilancias precoces transitorias, pero sí entre estas y las sibilancias persistentes. Sin embargo en el estudio de Rusconi et al., encontraron una asociación significativa entre la DA y las sibilancias precoces transitorias. También en el Estudio Internacional de Sibilancias se ha puesto de manifiesto que la DA actúa como factor de riesgo para la bronquiolitis sibilante recurrente tanto en Latinoamérica, Europa, con una OR global de 1,73(1,56-1,92). (Moreno L. , 2006).

5.1.4. Fisiopatología. El SBO es un desafío clínico frecuente en el lactante y pre escolar como su nombre lo indica no es una enfermedad en sí, sino la manifestación clínica de la obstrucción de la vía aérea intratorácica manifestada como espiración prolongada y sibilancias. La sibilancia es un sonido musical de alta tonalidad generada por el flujo de aire a través de la vía aérea intratorácica estrechada durante la espiración activa. Los mecanismos fisiopatológicos que determinan reducción del diámetro de la vía aérea son: edema (inflamación) de la vía aérea y tejido peri bronquial, contracción del músculo liso bronquial, obstrucción intraluminal (secreciones, cuerpo extraño) y anomalías estructurales. (Lane, 2006).

Además existen ciertas características anatómicas y funcionales del aparato respiratorio en este grupo etario que favorecen la obstrucción bronquial. Dentro de estas condiciones se encuentra una vía aérea superior más corta y estrecha, un menor diámetro relativo del árbol bronquial que determina importantes diferencias en el lumen de la vía aérea y una mayor tendencia a colapsarse durante la espiración, un mayor índice de glándulas mucosas, responsables de la característica hipersecreción bronquial, hecho muy frecuente a esta edad.

5.1.5. Manifestaciones clínicas. El signo más característico de la obstrucción bronquial son las sibilancias, por lo que actualmente se ha remplazado al síndrome bronco-obstructivo con lactante sibilante no obstante se acompaña de otros síntomas como son: tos, espiración prolongada,

aumento del diámetro anteroposterior de tórax, retracción intercostal, hipersonoridad a la percusión. Los hallazgos al examen físico son inespecíficos y no nos orientan hacia una etiología determinada. (Morosin, 2012)-

Sibilancias. Los nombres dados a lo largo de los años a las sibilancias en los niños pequeños. Siempre han sido confusos: bronquitis sibilante, sibilancias asociadas a enfermedades respiratorias o bronquitis asmática, etc. Se utiliza la denominación lactante sibilante para diferenciar del asma bronquial de los niños mayores. Se define sibilancia al sonido musical de alta tonalidad generada por el flujo de aire a través de la vía aérea intratorácica estrechada durante la espiración activa.

Taquipnea. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una respiración mayor a 60X´ en menores de 2 meses, mayor a 50X´ en menores de 12 meses y mayor a 40X´ en niños entre 1 y 5 años de edad. Constituye un mecanismo de compensación ante la falta de oxígeno del organismo. (SGO, 2000).

Tiraje. Es la retracción de la pared torácica debido a una disminución de la elasticidad pulmonar.

De acuerdo al grado de compromiso de la obstrucción bronquial agudo se determinan distintos grados de severidad de la incapacidad ventilatoria. Para determinarla se utiliza la escala de TAL que evalúa la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presencia de sibilancias y uso de músculos accesorios. (Sánchez I. , 2010).

Score de Tal modificado por Bello-Sehabiague. (Onia, 2009)**.**

PUNTAJE	FREC. RESP. < 6M	>6M	SIBILANCIAS	CIANOSIS	USO MUSCULATURA
0	< 40	< 30	NO	NO	NO
1	41-55	31-45	Solo final espiración.	Peri – oral con llanto	(+) subcostal
2	56-70	46-60	Esp.-Ins. Con fonendo	Peri – oral en reposo	(++) Sub e intercostal

3	**> 70**	**> 60**	**Esp.-Ins. Audible incluso sin fonendo o murmullo vesicular disminuido y sibilancias ausentes.**	**Generalizada en reposo**	**(+++) Supraesternal Sub e intercostal**

Fuente: Estrategia de hospitalización abreviada en el síndrome bronquial obstructivo del lactante. Arch Pediatr Urug 2012. http://www.sup.org.uy.

SBO leve: puntaje de 0-4,
Moderado: puntaje de 5-8 y
Grave: puntaje de 9-12

5.1.6. Diagnóstico. El diagnóstico es netamente clínico, es muy importante en la historia clínica, indagar los antecedentes perinatales, madurativos, lactancia materna, tiempo de duración de la misma, alimentos e inmunoalergénicos. Antecedentes familiares de asma u otras enfermedades respiratorias, dermatitis atópica, rinitis alérgica, hábito de fumar en la familia y medio ambiente, asistencia a guarderías convivencia con hermanos mayores, etc. Teniendo en cuanta las múltiples causas de síndrome bronco-obstructivo y que la mayoría de ellas tiene evidencia científica.

El estudio de imagen que se puede solicitar en el SBO es la radiografía de tórax. Cuando el SBO es de origen infeccioso puede manifestarse como bronquiolitis (atrapamiento aéreo, infiltrados discretos y atelectasias), o como neumonía con infiltrados intersticiales o intersticio alveolares que generalmente se acompañan de imágenes de atelectasias y engrosamientos peribroquiales. Se solicitaran otros estudios en caso de que se sospeche que el cuadro clínico de SBO obedezca a causas secundarias. (SGO, 2000).

5.1.7. Síndrome bronco obstructivo y asma. Debe quedar claro que no toda sibilancia en pediatría es sinónimo de asma, los lactantes y preescolares con síndrome bronco obstructivo constituyen un grupo heterogéneo con factores de riesgo y pronóstico distintos. Además existen diversos fenotipos de bronquitis sibilante a estas edades, cada uno con sus propios factores de riesgo y su evolución, lo que en ocasiones dificulta su

diferenciación en la práctica clínica. Por este motivo se han propuesto algunos fenotipos de sibilancias. (Simones.E, 2001).

La clasificación más conocida procede de la cohorte de Tucson que distingue tres fenotipos o patrones de sibilancias: precoces transitorias, persistentes no atópicas y persistentes atópicas o asma. De ellos, hasta el 80% de las sibilancias que aparecían en el primer año de vida se desencadenaban por infecciones víricas, sin relación con la atopia y desaparecían en unos años. El estudio Tucson propone por lo menos tres fenotipos distintos de sibilantes:

5.1.7.1. ***Sibilantes precoces transitorios.*** Son niños con episodios de sibilancias recurrentes en la época de lactante en los que característicamente el cuadro clínico se resuelve con la edad. Presentan vías aéreas congénitamente estrechas por lo que presentan sibilancias frente a infecciones virales aproximadamente hasta los 3 años. No suele asociarse a historia de asma o alergias ni a eosinofilia ni altos niveles de inmunoglobulina E (IgE) pero sí a prematurez o exposición a hermanos que acuden a guardería. También se relaciona con tabaquismo materno durante la gestación. Se propone que existiría una mayor proporción de fibras colágenas en relación a las de elastina en el parénquima pulmonar con una menor distensibilidad del mismo. Las sibilancias ocurren con las diferentes infecciones virales y dejan de hacerlo con el crecimiento. Presentan función pulmonar disminuida desde el nacimiento que no alcanza los niveles de los niños que nunca sibilaron antes de los 6 años. No muestran evidencias de hiperreactividad bronquial.

5.1.7.2.***Sibilantes persistentes no atópicos.*** Muchos niños en edad escolar tienen historia de obstrucción de la vía aérea con SBOR durante los 2-3 primeros años de vida, normalmente en relación a infecciones virales, causadas sobre todo por infecciones por virus respiratorio sincicial (VRS). No presentan signos de atopia. No son asmáticos. Su función pulmonar (VEF1) es normal aunque muestran hiperrespuesta bronquial a los broncodilatadores. Se sugiere que estos pacientes

tienen una alteración en la regulación del tono broncomotor, con mayor riesgo de presentar obstrucción aguda de las vía aérea. Estas características disminuyen con la edad. (Pozo E, 2010).

5.1.7.3.*Sibilantes persistentes atópicos*. Niños que inician las sibilancias en el período de lactantes y persisten a los 11 años. Presentan función pulmonar normal al nacer pero disminuye hacia los 6-11 años. Presentan hiperrectividad bronquial y signos de atopia. Se encuentra un posible daño inmunológico con inflamación de la vía aérea. Es el asma del lactante. Representa una minoría de casos; sin embargo, constituye la forma más grave de la enfermedad, ya que el cuadro suele ser progresivo. Más de la mitad de casos de asma persistente comienzan antes de los 3 años, y el 80 % antes de los 6 años de edad. Este tipo de asma en general se asocia con predisposición genética a padecer asma y/o alergias. (Moreno S. , 2009).

Entre el 20 y 30% de los pacientes se presentan como SBO. De ellos hay quienes presentan, además, factores de riesgo para desarrollar asma al final de la infancia. La presencia de un criterio mayor (antecedentes familiares de asma, antecedentes personales de eczema) o dos criterios menores (rinitis atópica, sibilancias independientes de los resfríos, eosinofilia mayor o igual a 4%) tiene una especificidad de 97%y un valor predictivo positivo de 77%para el diagnóstico de asma al final de la infancia.

5.1.8. Lactancia materna y síndrome bronco – obstructivo.

Existen múltiples evidencias a favor del efecto protector de la lactancia materna sobre el desarrollo de bronquitis sibilante en el lactante y preescolar. Diversos estudios indican que la lactancia materna tiene efecto preventivo, comparado con la alimentación con fórmulas de leche de vaca. Diferentes meta-análisis han mostrado que la lactancia materna durante al menos tres meses en lactantes con herencia atópica es un factor protector contra dermatitis atópica (OR 0.58) y sibilancias recurrentes en los primeros cinco años de vida (OR 0.52).

La leche materna actuaría como primera barrera de defensa frente a los agentes infecciosos, compensando la inmadurez del sistema inmune del recién nacido a la hora de hacer frente a las infecciones. El efecto protector se atribuye además a la presencia de diferentes componentes de la leche materna que estimularía la madurez del sistema inmune (citoquinas como el TGF-B1. Enzimas, hormonas, factores de crecimiento y otros agentes con función inmunomoduladoras. (Simones.E, 2001).

En un meta-análisis realizado en Canadá que incluyo 35.411 participantes en edad preescolar y escolar concluye como resultado una disminución de sibilancias en edad de 7-9 años con lactancia materna [odds ratio ajustada (OR) 0,69, intervalo de confianza del 95% (IC): 0,58 a 0,83], y cualquier tipo de lactancia (OR 0.53, 95 % IC: 0,41 a 0,68) y en edades de 4-6 años para los que recibieron lactancia materna exclusiva (OR 0.75, IC 95%: 0,61-0,93).

El estudio realizado en Alzira (Valencia), concluyen que la lactancia materna en un tiempo superior o igual a tres meses protege contra la presencia de sibilancias recurrentes en el primer año de vida (RR: 0,6; IC del 95%:0,4-0,8). (Fernandez, 2011).

En un estudio realizado en Australia, sobre la prevalencia de sibilancia en el primer año de vida concluye que demostró una fuerte asociación de la protección de la lactancia materna exclusiva contra el sistema respiratorio; desde la introducción de las fórmulas lácteas y la lactancia menor a 6 meses incrementaron los ingresos hospitalarios (OR=2,39, IC del 95% 1,30-4,42) y visitas médicas por sibilancias (OR=1,60, IC del 95%: 1,17 a 2,17).

El estudio multicéntrico demostró que la lactancia materna exclusiva por un período superior a tres meses constituye un factor de protección en América Latina (OR = 0,8; CI 0,71 a 0,89 95%) y en Europa = 0.77, CI (OR 95% 0,63-0,93) en relación con sibilancias recurrentes en niños (tres o más episodios en el primer año de vida) (N Cobos, 2009).

Una revisión sistemática concluyó que la protección se prolonga a lo largo de toda la edad pediátrica, especialmente en aquellos casos con historia

familiar de atopia. A pesar de ello, algún estudio cuestiona los efectos protectores de la lactancia materna en la infancia tardía, en lo que respecta a la prevención del asma alérgico.

Por último la evidencia ha demostrado en la mayoría de los estudios que la alimentación con lactancia materna exclusiva tiene una fuerte asociación como factor protector para la presentación del síndrome bronco-obstructivo no así la lactancia artificial. (Minas, 2011).

La lactancia materna es un hecho biológico que, lamentablemente, ha sido objeto de transformaciones derivadas de influencias económicas, culturales y sociales. Todo el personal de salud sabe, y a nadie le cabe la menor duda, de sus innumerables beneficios para la salud, el crecimiento y el desarrollo de niñas y niños; además de los importantes aportes a la salud de las madres y al fortalecimiento de los nexos de afectividad familiar.

5.1.9. Normas de lactancia materna.

- La lactancia materna debe iniciar dentro de la primera hora después del nacimiento del niño o niña.
- La lactancia materna exclusiva es la alimentación del bebé únicamente con leche materna (sin agregar aguas aromáticas, agua, sucedáneos de la leche materna, agua glucosada y otros líquidos o preparaciones que se sugieren para ofrecer al bebé luego del nacimiento o durante el primer semestre de vida). El niño o niña solo puede consumir otros líquidos, como suero oral, suplementos de vitaminas y minerales o medicamentos cuando sean prescritos por un médico, en casos absolutamente necesarios.
- La lactancia materna tiene que continuar, junto a otros alimentos después de los seis meses hasta los 2 años de edad o más.
- A partir de los 6 meses hasta los 12 meses de edad es importante que el niño o la niña se alimente primero con leche materna para después comer otros alimentos.
- Desde los 12 meses en adelante, el niño o niña debe primero recibir otros alimentos y luego complementarlos con la leche materna. (MSP del Ecuador, 2012).

5.1.9.1.*Mientras el niño o niña esté lactando, la madre.*

- No debe usar medicamentos que no estén prescritos por un profesional.
- No debe consumir bebidas alcohólicas.
- No debe consumir cigarrillo o cualquier otra droga.
- Debe continuar ofreciendo leche materna a su hijo incluso si está enferma.

5.1.9.2.*Alimentación complementaria.*

- Los alimentos complementarios serán: oportunos, adecuados, inocuos y han de darse en forma adecuada.
- Luego de cumplir los seis meses de edad, los niños y niñas iniciarán la alimentación complementaria sin dejar la lactancia materna.
- Recomendar que no debe licuar los alimentos que va a consumir el niño o niña, sino que por el contrario, debe aplastarlos o triturarlos con un tenedor para iniciar la alimentación, los alimentos deben ser de consistencia semisólida, como purés o papillas espesas.
- Recomendar a la madre que aplaste o triture con un tenedor los alimentos que va a consumir el niño o niña.
- Indicar a la madre que debe ofrecer al niño o niña un alimento por vez, de manera reiterada.
- Repetir de tres a cinco contactos con el alimento (tres a cinco días) hasta que sea aceptado, y para observar que no produce ninguna reacción alérgica.
- Se evitará adicionar sal, azúcar o condimentos a los alimentos del niño o niña, por lo menos hasta que cumpla un año de edad.
- No consumir cereales ricos en gluten (trigo, avena, centeno, cebada) hasta los ocho meses de edad.
- Evite la clara de huevo, frutas cítricas, la leche de vaca, pescado, soya, maní, habas y miel de abeja, hasta que el niño cumpla un año de edad, ya que puedan causar alergias.
- Entre los ocho y diez meses se produce un período crítico en el que el niño o niña debe aprender a masticar. A esta edad se tiene que ofrecer alimentos desmenuzados o en trozos no licuados.
- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños y niñas mayores cuando comen por sí solos.

- Responda a los signos de hambre y satisfacción; enseñemos a los cuidadores de los niños a responder a los signos de hambre y saciedad como forma de orientar a la cantidad de alimentos que el niño debe consumir, así tendremos mejores resultados.
- Es importante recalcar a la madre que cuando acompaña al niño/niña puede darse cuenta cuando tiene hambre o está satisfecho, y debe permitir que coma despacio y pacientemente animándolo a comer, pero sin forzarlo.
- Estimule a los niños y niñas a comer. Hay diversas formas de hacerlo; a través del juego, la mirada, la sonrisa. La persona que esté a cargo del niño o niña debe mostrar interés en su alimentación pero sin forzarlos a comer. El forzar al niño o niña, o el ofrecer premios o castigos no conduce a nada bueno.
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida, ya que el niño pierde interés por comer rápidamente. (MSP del Ecuador, 2011).

5.1.9.3. *Indicaciones para la suspensión total y permanente de la leche materna.*

- Lactantes con galactosemia clásica.
- Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce.
- Lactantes con fenilcetonuria. Infección por HIV.
- Infección por el virus de la leucemia humana de células T.

5.1.9.4. *Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden necesitar otros alimentos por un período limitado de tiempo, además de leche materna.*

- Recién nacidos con peso menor a 1500 gramos (muy bajo peso al nacer).
- Recién nacidos con menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros).
- Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica o incremento de la demanda de la glucosa; en particular aquellos que son prematuros, pequeños para la edad gestacional o que han experimentado estrés significativo, intraparto con hipoxia o isquemia; aquellos que estén enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas, si la glicemia no responde a la lactancia materna óptima o a la alimentación con leche materna.

5.1.9.5. *Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente.*

- Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé; por ejemplo, septicemia.
- Medicación materna: los medicamentos citotóxicos, inmuno supresores, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales, tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles
- Es recomendable no usar yodo radioactivo-131 debido a que están disponibles opciones más seguras. La madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia.
- El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o en anormalidades electrolíticas en el bebé amamantado, por ello no deberían tomarse en cuenta. (MSP del Ecuador, 2012)
- Afecciones maternas durante las cuales se puede continuar la lactancia, aunque representen problemas de salud preocupantes: Absceso mamario: el amamantamiento continuará con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez que ha comenzado el tratamiento (OMS, 2000). Hepatitis B: los lactantes recibirán la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después de ese período de tiempo (OMS, 1996). Hepatitis C: Recientes estudios han demostrado que no se transmite por la lactancia materna esta enfermedad. La tasa de transmisión madre-hijo de la hepatitis C es similar en los niños alimentados al pecho y en los que reciben lactancia artificial. (Acta Pediatr Esp. 2005; 63: 321-327). Mastitis: si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección (OMS, 2000). Tuberculosis: el manejo de la madre y el bebé se hará de acuerdo a las normas nacionales de tuberculosis (OMS, 1998). Uso de sustancias: se ha demostrado que el uso materno de nicotina, alcohol, éxtasis, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados tiene un efecto dañino en los bebés amamantados.

5.1.9.6.*Uso controlado de los sucedáneos de la leche materna.*

Los sucedáneos de la leche materna tendrían que ser obtenidos y distribuidos como parte del inventario regular de alimentos y medicamentos, solamente cuando: La madre ha fallecido o esté ausente. Si la madre está muy enferma (el uso temporal puede ser todo lo que se necesite). Si la madre está realizando la relactación (uso temporal). Si la madre es VIH positiva y elige emplear un sucedáneo de la leche materna. Si la madre rechaza al niño o niña; por ejemplo, después de una violación (el uso temporal puede ser todo lo que se necesite). Si el lactante (nacido antes de una emergencia) ya es dependiente de la alimentación artificial (usar los sucedáneos por lo menos hasta los seis meses, o uso temporal hasta que se haya logrado la relactación). Para el caso del lactante que reciba sucedáneos de la leche materna, los insumos deben ser proporcionados durante el tiempo que los necesite. Las personas que los cuidan recibirán orientación sobre la preparación higiénica y la alimentación apropiada empleando los sucedáneos. Se evitará el efecto de dispersión de la alimentación artificial a madres y lactantes que no la necesiten. (MSP del Ecuador, 2012).

5.1.10. Normas para la implementación y el funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores público y privado.

Características mínimas del lactario institucional Implementación de lactarios. Objeto Esta norma es aplicable a todas las instituciones de los sectores público y privado, donde trabajen veinte o más mujeres en edad fértil. Las instituciones deben contar con un ambiente especialmente acondicionado y digno, para que las mujeres en periodo de lactancia puedan extraer su leche materna y se asegure su adecuada conservación durante el horario de estudios o trabajo. Del ambiente especialmente acondicionado Los ambientes destinados a lactarios deben contar con parámetros y especificaciones, cuyos requerimientos mínimos son:

- Área no menor a diez metros cuadrados (10 m2), con disponibilidad de tomacorriente.
- Ambiente tranquilo y privado, que permita a las madres estudiantes o trabajadoras la posibilidad de extraer su leche en forma relajada, sin interferencias externas.

- Espacio equipado con una mesa y un sillón que permita a las madres la posibilidad de extraer su leche cómodamente sentada.
- El área física del lactario debe ser independiente del baño.
- Espacio equipado con una refrigeradora donde la madre pueda almacenar la leche extraída durante su jornada. La refrigeradora debe tener un termómetro para el monitoreo diario de temperatura y de preferencia, con cabo extensor.
- Un lavabo en el área, para facilitar el lavado de manos y de senos.
- Jabón líquido para el lavado de manos y toallas desechables para el secado.
- Ubicación accesible en el primer o segundo piso, salvo que la institución cuente con ascensor.
- Ventilación e iluminación, preferentemente natural.
- Disponibilidad, por parte de la institución o de las propias estudiantes o trabajadoras, de envases aptos para la recolección y almacenamiento de la leche materna y recipientes térmicos para su transporte.
- Los utensilios que entran en contacto directo con la leche (frascos y bombas de succión o extractor manual de leche) deben ser sometidos a un proceso de esterilización. (MSP del Ecuador, 2011).

5.1.11. Principales disposiciones del Código y de las posteriores Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.

- Los gobiernos tienen la responsabilidad de proporcionar información sobre alimentación infantil. Las donaciones de material informativo por los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de leche materna solamente deben hacerse a petición y con la aprobación por escrito de la autoridad gubernamental competente.
- No hay que realizar publicidad de sucedáneos de leche materna para el público.
- No entregar muestras o regalos, directa o indirectamente, a las madres o a sus familiares.
- Toda la información para las madres debe incluir los beneficios de la lactancia materna y los costos y riesgos de la alimentación artificial.
- No promocionar los productos regulados por el Código en los centros, subcentros de salud y hospitales, incluyendo los suministros gratuitos.

- Efectuar declaraciones nutricionales y de salud no está permitido en los sucedáneos de la leche materna, salvo en los casos específicamente previstos en la legislación nación.
- En la Resolución 34.22 de la AMS, de 1981, se adopta el Código Internacional, enfatizando que la adopción y el cumplimiento del Código Internacional son requerimientos mínimos; insta además a los Estados miembros a adaptarlo a la legislación, las normas y otras medidas adecuadas en el nivel nacional.
- La Resolución 35.25 de la AMS, de 1982, reconoce que la comercialización de sucedáneos de la leche materna contribuye a un incremento de la alimentación artificial e insta a una renovada atención para implementar y monitorear el Código Internacional, tanto en el nivel nacional como internacional.
- La Resolución 49.15 de la AMS, de 1996, pide a los Estados miembros que aseguren que:

1. Los alimentos complementarios no sean comercializados ni usados de una manera que pueda socavar la lactancia exclusiva y sostenida.
2. Cualquier apoyo financiero que se dé a los profesionales de salud no vaya a crear conflictos de interés.
3. La vigilancia del cumplimiento del Código se haga de forma independiente, transparente y libre de intereses comerciales. (MSP del Ecuador, 2011).

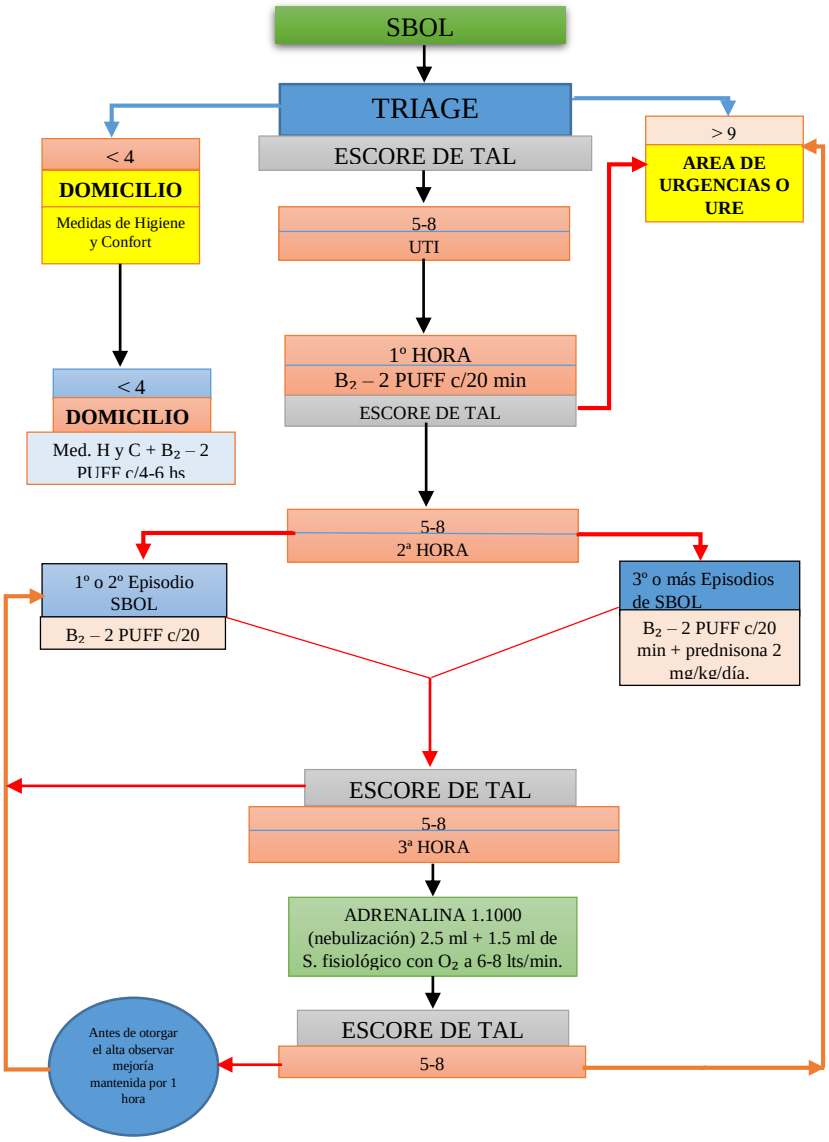
5.1.12. Tratamiento.

5.1.12.1. ***Oxigenoterapia.*** El objetivo es lograr una Sa02 > 95%. El oxígeno debe administrarse desde el principio con puntaje de TAL es > 6, incluso cuando no se dispone de oximetro de pulso, con mascarilla, nariguera o halo según la tolerancia individual. (Horak, 2007).

5.1.12.2. ***Tratamiento de los episodios recurrentes.*** Evitar el contacto con pacientes que presentan infecciones respiratorias (salas cunas, jardín infantil). Tratamiento broncodilatador en las crisis obstructivas (salbutamol en dosis similares a los descritos). Uso sólo durante los días en que el paciente se mantenga sintomático. Kinesioterapia Respiratoria: tiene su mayor indicación en los episodios obstructivos recurrentes, en los que la hipersecreción bronquial es un factor muy importante. Drenaje postural, ejercicios respiratorios (bloqueos), y también los

Kinesiólogos realizan una importante labor educativa en terapia inhalatoria y nebulización. Uso de corticoides inhalatorios: En lactantes las opciones terapéuticas incluyen Beclometasona en dosis de hasta 300 ug/día, y en caso de mantener sintomatología la indicación incluye cambio a Budesonida 200 ug/día o Fluticasona 200 ug/día.

5.1.12.3. ***Broncodilatadores y otros medicamentos***. Según el siguiente algoritmo. (Lane, 2006).



Fuente: Estrategia de hospitalización abreviada en el síndrome bronquial obstructivo del lactante. Arch Pediatr Urug 2012. http://www.sup.org.uy

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La presente investigación es cuali-cuantitativa, de tipo descriptiva, observacional y de cohorte transversal.

Área de Estudio y tiempo

En el Hospital Isidro Ayora se encuentra ubicado en la ciudad de Loja, al este de la ciudad, en la parroquia sucre, es un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada en aproximadamente 20 ramas, tiene una cobertura que abarca la ciudad y provincia de Loja, toda la provincia de Zamora Chinchipe y la parte alta de la provincia del Oro. Cuenta con servicios de Cuidados intensivos, consulta externa, rehabilitación, servicio de laboratorios y de imagenología.

Universo

Todos los niños menores de 3 años con infecciones respiratorias que acuden al servicio de hospitalización de pediatría en el Hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período comprendido Febrero – Agosto 2016.

Muestra

La constituirán todos los niños con edades comprendidas entre 1 a 36 meses con diagnóstico de síndrome bronco-obstructivo que acuden al servicio de emergencia y hospitalización de pediatría en el Hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período comprendido Febrero - Agosto 2016.

Criterios de inclusión

- Niños menores de 3 años que acuden al servicio de consulta externa, emergencia y hospitalización.
- género masculino y femenino
- Presenten primer cuadro de síndrome bronco- obstructivo: sibilancias, tos, roncus, disnea.
- Aquellos que tengan síndrome bronco- obstructivo y además cuadro infeccioso asociado como neumonía, bronconeumonía, sinusitis y otitis.
- Padres firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes mayores de 3 años de edad
- No acepten formar el consentimiento informado

MÉTODO, TECNICA E INSTRUMENTO

Para realizar la presente investigación utilizaremos el método científico que nos permite acceder a las fuentes bibliográficas de los libros, artículos, revistas de internet.

La investigadora acudirá a los diferentes servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización del Hospital Isidro Ayora de Loja cada día seleccionando a los pacientes con diagnóstico de síndrome bronco-obstructivo.

Se enviara en primera instancia una solicitud al Director asistencial de la institución solicitando la autorización para realizar la investigación durante el período comprendido Febrero – Agosto 2016.

Se informará a los padres o representantes de cada una de los pacientes sobre la naturaleza de la investigación y se solicitará su autorización para la participación de la misma previo el consentimiento informado (ver anexo 1).

Se procederá a la obtención de la información directamente de los padres o cuidadores mediante la aplicación de un formulario individual en base a las siguientes variables (edad, género, lugar de procedencia, animales intradomiciliarios, humedad de la vivienda, historia familiar y personal de atopia, alimentación del niño, episodios de síndrome bronco-obstructivo), para su desarrollo se asignará un código a cada uno de los pacientes (ver anexo

2). Los resultados del estudio realizado serán archivados en el expediente clínico de cada paciente y a su vez informado al representante en un control subsecuente.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.

El análisis se realizara mediante el uso de estadística descriptiva, es decir se implementaran cuadros de distribución de frecuencias, porcentajes y diagramas de barra. Luego de obtener la información necesaria, se realizara la tabulación, codificación, interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones utilizando material tecnológico como Excel, PowerPoint, etc.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Síndrome bronco - obstructivo	Biológica	Signos y síntomas que se producen en el árbol bronquial	• Roncus • Sibilancias • Tos productiva • Espiración prolongada	Si no Si no Si no Si no
Niños	Biológica	Es un ser humana que se encuentra en la primera infancia	• Edad	Menor de 3 años
Lactancia materna exclusiva	Biológica	OMS: Ingesta únicamente de leche materna hasta los 6 meses, sin incluir solido o liquido incluido el agua)	• Nunca • Menor a 6 meses. • Mayor a 6 meses.	Si no Si no SI no
Sucedáneos de la leche materna	Biológica	Producto, alimenticio que se presenta como sustituto parcial	• Nunca	Si no Si no

		o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.	• Desde el Nacimien-to.	
Factores predisponentes	Biológica	Elementos que contribuyen a la aparición del síndrome bronco obstructivo	• Tabaquis-mo Intrafamili ar • Género • Ablacta-ción temprana • Asistencia temprana a guarderías. • Historia familiar de asma (padres) • Historia personal de dermatitis atópica.	Si no Masculino Femenino Si no Si no Si no Si no

7. RECURSOS Y PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS

- Responsable de la investigación
- Director de Tesis
- Niños y niñas menores de 3 años de edad con síndrome bronco obstructivo que acuden al hospital Isidro Ayora de Loja.
- Padres de los pacientes.

RECURSO FISICO

- Áreas de emergencia y hospitalización de pediatría del Hospital Isidro Ayora de Loja.

RECURSOS Y MATERIALES.

- Formularios para la recolección de los datos.
- Consentimientos informados.
- Material bibliográfico (internet, revistas, libros,)
- Materiales de oficina: Resmas de papel bond, Cartuchos de tinta, CDs, Flash Memory, Lápices, esferos, borrador.

RECURSOS ECONOMICOS

CANTIDAD	MATERIAL	TOTAL DÓLARES
4	Resma de papel bond	14
1	Memoria	15
10	CDs	10
2	Lápiz	1

4	Cartuchos de tinta	60
50hrs	Internet	40
5	Anillados	20
5	Empastado de tesis	25
200	Copias	40
	Extras	250
Total		480

FINACIAMIENTO

- Directo autofinanciamiento.
- Indirecto: Hospital Isidro Ayora de Loja

8. CRONOGRAMA FEBRERO - AGOSTO 2016.

ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO				AGOSTO			
ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION																								
PERTINENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION																								
RECOLECCION DE BIBLIOGRAFIA																								
ESTUDIO DE CAMPO RECOPILACION Y TABULACION DE DATOS																								
ELABORACION DEL INFORME FINAL																								
REVISION Y CORRECION DEL INFORME, Y PRESENTACION FINAL DE TESIS																								

9. BIBLIOGRAFIA

Delgado, F. (2012). *Síndrome Obstructivo Bronquial en el niño menor de 2 años*. Obtenido de Área de Salud Integral José Félix Rivas: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%2020.

Emenius G. (2003). *Publikationer fran Kalolinska Institute.* Obtenido de http://diss.kib.ki.se/2003/91-7349-438

Fernandez, C. (2011). *Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas*. Obtenido de Guía para el equipo de Salud 2da edición: www.msal.gov.ar

Garcia M, W. F. (2009). *Lactante sibilante atípica: consideraciones diagnosticas*. Obtenido de Revista Cientifica "Hospital El Cruce: http://www.hospitalelcruce.org/pdf/revista/revis3/nota3.pdf

HA., H. (1991). *The Laboratory Evaluatión af Allergy Diseases: part I MeasuramenteMethods for IgE protein.*

Horak, E. M. (2007). *Association between environmental tobacco smoke exposure and wheezing disorders in Austrian preschool children, Swiss Med Wkly,* . Obtenido de http://www.isdbweb.org.

II Tromp, J. K. (2011). *Rev. Americana de Pediatría (Pediatric)*. Obtenido de www. Ranslate.googleusercontent.com.

Lancet, I. (1998). *The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhino conjunctivitis, and atopic eczema.*

Lane, H. (2006). *Manual Harriet Lane de Pediatría.* Elsevier España.

Lomonte, B. ,. (2010). *Niveles Sericos de Inmunoglobulina e en niños Asmaticos de la Meseta Central de Costa Rica.* . Obtenido de http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v12n1-2/art1.pdf

M.A., A. (2012). *Incidencia y factores de riesgo de bronquitis sibilante en el primer año de vida.* Barcelona-España.

Martínez, F. W. (2005). *Asthma and wheezing in the first six years of life.* Obtenido de www.nejm.org/doi/full/10.../NEJM1995011933203

Minas, G. (2011). *Prevalência e fatores de risco associados à sibilância em lactente*. Obtenido de http://www.smp.org.br/2008//vector/materia/arquivos/arquivos/arquivo_eU2GJD.pdf

Moreno, L. (2006). *Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente y su relación con el Asma en la Infancia.* Obtenido de www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar

Moreno, L. (2013). *Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente y su Relación con el asma en la infancia*. Obtenido de www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar.

Moreno, S. (2009). *Universidad Industrial de Santander Escuela de Medicina*. Obtenido de http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/10217/2/129624.pd.

Morosin, F. D. (2012). *Estrategia de hospitalización abreviada en el síndrome bronquial obstructivo*. Obtenido de www.sup.org.uy/Archivos/Adp83-2/pdf/adp83-2-morosini-sbol.pd

MSP del Ecuador. (2011). Normas para el funcionamiento de Lactarios Maternos Publicos y Privados. 7-18.

MSP del Ecuador. (2012). Iniciativa sobre Lactancia Materna. 16-25.

N Cobos, E. P.–Y. (2009). *ERGON* (Vol. II). Madrid.

Nelson. ((2004)). *Tratado de pediatría* (Diecisiete ed.). Elsevier España S.A.

OMS/OPS. (2012). *Salud en las américas.* Obtenido de Última actualización 11 de Abril del 2013.: http://www.paho.org/saludenlasamericas.

Onia, S. (2009). *Texas Tech University Health Sciencies Center.* Obtenido de http://www.infantrisk.com/

Pozo E. (2010). *Revsita Méd Dom Vol 71*. Obtenido de www.bvs.org.do/revistas/rmd/2010/71/

Sánchez, I. (2010). *SIBILANCIAS RECURRENTES EN LACTANTES.* Obtenido de http://escuela.med.puc.cl/

Sánchez, J. (2012). *Bronquitis Obstructivas y sibilancias recurrentes en lactantes*. Obtenido de escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/bronquitisobst.ht

SGO, J. (2000). *In vitro Diagnosis of Reagin-Mediated Allergic Diseases. Allergy.*

Simones.E, D. S. (2001). *La Lactancia Materna protege contra el desarrollo de asma y sibilancias en los niños*. Obtenido de Simones.E, Dell. S,(2001) La Lactancia Materna protege contra el desarrollo de asma y sibilancias en los nhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov.

Soto, A. (2011). *Hospital Belén de Trujillo*. Obtenido de http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/161

Villa, J. (2009). *Sibilancias en el Lactante*. Obtenido de http://www2.univadis.net/portlets/pdf/30_4_09_LIBRO_SIBILANCIA_WEB.pdf.

10. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

RELACIÓN DE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO FEBRERO - AGOSTO 2016.

Yo, (Nombres y apellidos del Padre de Familia o representante legal)…… En calidad de (Relación con el paciente)…….

Del niño/a (Nombre del paciente)…….. Dirección……Autorizo a la investigadora del estudio para que obtenga y analice la información obtenida de la siguiente encuesta del estado de salud de mi hijo/a partir y me comprometo a llenar el cuestionario que se m sea dado.

Como evidencia de la autorización firmo el presente documento después de haber leído y haber tenido la oportunidad de preguntar y comprender en que consiste el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria.

Por lo tanto autorizo que mi hijo/a participe en el estudio.

Firma del representante……fecha……

CI:

Firma investigadora……fecha……

CI:

Gracias por su colaboración…¡

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:
RELACIÓN DE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO FEBRERO-AGOSTO 2016.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO A LOS PADRES DIRIGIDO

Datos personales del niño/a

Historia Clínica: ……..

Edad: meses ( )
Género: Masculino ( ) Femenino ( )
Lugar de Procedencia Urbana ( ) Rural ( )

Antecedentes patológicos personales:

11. Ha sido Diagnosticado el niño de una **reacción** similar a una **alergia** en la piel, que lleva a hinchazón y enrojecimiento continuo (dermatitis atópica)?
si ( ) no ( )
12. Ha sido Diagnosticado el niño de rinitis alérgica? si ( ) no( )

Alimentación del niño

13. Recibió lactancia materna exclusiva su niño? : si ( ) no( )

14. Hasta que edad recibió lactancia materna exclusiva su hijo
Nunca ( )
Antes de los 6 meses ( )
Más de 6 meses ( )

15. Ha recibido leche maternizada o algún alimento diferente a la leche materna (leche de vaca, jugo de frutas, alimentos sólidos como sopas, coladas, etc.)? si ( ) no ( )
Desde que edad
De 0 a 3 meses ( )
Entre 3-6 meses ( )
Después de los 6 meses. ( )

16. A qué edad inició con la alimentación complementaria en su hijo?
    Antes de los 3 meses ( )
    Entre 3-6 meses ( )
    Después de los 6 meses. ( )

17. Su Hijo presenta algunos de los siguientes síntomas actualmente:
    Tos Si ( ) No ( )
    Sonidos en el pecho (sibilancias) Si ( ) No ( )
    Dificultad para Respirar Si ( ) No ( )
    Respiración rápida (taquipnea) Si ( ) No ( )

18. Ha presentado su hijo anteriormente: tos, sonidos en el pecho (sibilancias), dificultad para respirar, respiración rápida (taquipnea) (Síndrome Bronco-Obstructivo)
    Si ( ) No ( )

19. A qué dad presentó el primer episodio?
    Antes de los 3 meses ( )
    Entre 3-6 meses ( )
    Después de los 6 meses. ( )

20. Factores Predisponentes al Síndrome Bronco-Obstructivo.
    En su vivienda hay humedad, moho en las paredes: si ( ) no ( )
    Tiene actualmente alguna mascota (perros, gatos aves) si ( ) no ( )
    Su hijo tiene hermanos mayores si ( ) no ( )
    Su hijo pasa en guardería si ( ) no ( )
    Alguien Fuma Tabaco en casa si ( ) no ( )
    Uso de aerosoles en casa si ( ) no ( )

Muchas gracias por su colaboración…

ANEXO 3

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN

Dr. Patricio Aguirre Aguirre

COORDINADOR CARRERA DE MEDICINA HUMANA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

De mis consideraciones.

Yo María Carolina Lalangui Castillo con número de cédula 1105448524 estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, por medio del presente me dirijo ante su digna autoridad para solicitarle que me ayude gestionando la respectiva autorización dirigida al Director Asistencial del Hospital Isidro Ayora de Loja, **Ing. Byron Guerrero Jaramillo ,** para recolectar los datos que se requieren para realizar mi tesis con el tema denominado: **"RELACIÓN DE SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO Y LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA"**. Para el cual será necesario acudirá a los diferentes servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización del Hospital Isidro Ayora de Loja, Se procederá a la obtención de la información directamente de los padres o cuidadores mediante la aplicación de un formulario individual (encuesta) en base a las siguientes variables (edad, género, lugar de procedencia, animales intradomiciliarios, humedad de la vivienda, historia familiar y personal de atopia, alimentación del niño, episodios de síndrome bronco-obstructivo), El mismo que se encuentra bajo dirección de la Dra. Marcia Mendoza.

Por la favorable acogida a la presente desde ya le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente;

MARÍA CAROLINA LALANGUI CASTILLO
CI. 1105448524
ESTUDIANTE DE MEDICINA