



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**BRONCONEUMONIA, FACTORES DE RIESGO Y
COMPLICACIONES EN PACIENTES MENORES
DE 5 AÑOS DE EDAD.**

**ESTUDIO REALIZADO EN EL ÁREA DE
HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL
BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE DEL CANTÓN
VINCES EN EL PERIODO 2014-2015.**

**TRABAJO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO**

**AUTOR:
JULIO ARMANDO GONZALEZ ALVARADO**

**TUTOR:
DR. PAUL ALOMIA**

GUAYAQUIL – ECUADOR

2016



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECOLOGIAS		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO : BRONCONEUMONIA, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD:. Estudio a realizarse en el área de hospitalización pediátrica del Hospital Básico Nicolás Coto Infante del cantón Vinces en el periodo 2014-2015		
AUTOR/ ES: JULIO GONZALEZ ALVARADO	REVISORES: DR. PAUL ALOMIA CASTRO	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: DE MEDICINA	
CARRERA: MEDICINA		
FECHA DE PUBLICACION: MAYO 2016	Nº DE PÁGS:	
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE: NEUMONIA , BRONCONEUMONIA . INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS		
<p>RESUMEN: La neumonía es una causa importante de morbi-mortalidad, de ingreso a las unidades de cuidados intensivos y un evento común en pacientes hospitalizados por otras causas. Los factores predisponentes incluyen: prematurez, estrato socioeconómico bajo, tabaquismo familiar, hospitalizaciones por otros motivos y riesgo de infecciones nosocomiales. Existen otros factores que pueden favorecer la presencia de infección pulmonar, dentro de los que destacan: defectos anatómicos congénitos, secuestro pulmonar, cuerpo extraño en la vía aérea, incoordinación faríngea y aspiración pulmonar, inmunosupresión, etc. Dependiendo de la edad y de las características del paciente se encontrarán diferentes etiologías y signos al examen físico que tienen mucha importancia en el enfoque diagnóstico e inicio de tratamiento precoz La neumonía o pulmonía es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones”. Históricamente la neumonía ha estado presente entre las diez principales causas de morbilidad general en el país, ha ido avanzando entre el orden de importancia, llegando en el 2011 a ocupar el orden número 1, convirtiéndola en la principal causa de morbilidad, para el año 2011, se tiene que la Neumonía, Organismo no Especificado es la principal causa de morbilidad general, de morbilidad masculina y de morbilidad infantil, en el caso de la morbilidad femenina ocupa el tercer lugar de entre las diez principales causas</p>		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0991778059-042708293	E-mail:julitoar_1986hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre:	
	Teléfono:	
	E-mail:	



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Guayaquil, Mayo del 2016

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de titulación para optar el título de Médico de la Facultad de Ciencias Médicas.

Certifico que: he dirigido y revisado el trabajo de titulación de grado presentada por:

Sr. GONZALEZ ALVARADO JULIO ARMANDO, CEDULA N° 0922707260, cuyo tema de trabajo de titulación es: **BRONCONEUMONIA, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD**

estudio a realizarse en el área de hospitalización pediátrica del Hospital Básico Nicolás Coto Infante del cantón Vinces en el periodo 2015-2016.

Revisado y corregido fue el trabajo de titulación, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

DR. PAUL ALOMIA CASTRO

TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Guayaquil, Mayo del 2015

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al Sr GONZALEZ ALVARADO JULIO ARMANDO C.I 0922707260 ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de Médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a DIOS, Mi Madre SONIA ALVARADO TORRES y MI Papa ARMANDO GONZALEZ BARZOLA que han sido mi base muy importante para alcanzar este logro, por sus consejos y ayuda necesaria. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposa GEOCONDA BRIONES ALVARADO, que gracias a su amor y ayuda he seguido adelante.

A mis hermanos, por estar siempre presente dándome el apoyo necesario.

A los grandes MEDICOS Dr. Jose Campoverde ,Dr. Guillermo Wagner , Dr. Jorge Vera , Dra. Aura Cruz que durante mi año de internado supieron inculcar sus experiencias ,dando lo mejor de ellos para mi aprendizaje en la vida de medico.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Agradezco al Dr. Paul Alomia Castro que siempre estuvo presto para brindarme conocimiento en los momentos en que yo lo requería siendo para mí una guía a seguir, con estas palabras rindo un homenaje a mi maestro.



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**BRONCONEUMONIA, FACTORES DE RIESGO Y
COMPLICACIONES EN PACIENTES MENORES
DE 5 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS
COTTO INFANTE DE VINCES.**

PERIODO: 2014-2015

AUTOR: Sr. Julio Gonzalez Alvarado

TUTOR: Dr. Paul Alomia Castro

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo y complicaciones en pacientes menores de 5 años de edad hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Básico Nicolás Coto Infante del cantón Vinces en el periodo 2014-2015 mediante la revisión de historias clínicas.

Metodología: Descriptiva, cuantitativo

Diseño de la investigación: No experimental, prospectivo, indirecto

Resultados: De los 75 casos de Bronconeumonía diagnosticados en el hospital, 37 pacientes (49%) son de sexo masculino mientras que 38 pacientes (51%) son de sexo femenino.

De los 75 casos de pacientes diagnosticados con Bronconeumonía, 34 fueron de 1 año (45%), 21 de 2 años (28%), 12 de 3 años (16%), 8 de 4 años (11%).

De los 75 casos de pacientes diagnosticados con Bronconeumonía, 50 fueron pacientes urbanos (67%), 19 fueron rurales (33%).

De los 75 pacientes diagnosticados con Bronconeumonía 14 estuvieron 1 día hospitalizados (19%); 25 estuvieron 2 días (25%) ; 18 estuvieron hospitalizados 3 días (24%); 8 estuvieron hospitalizados 4 días (11%); 9 estuvieron hospitalizados 5 días (12%); 3 estuvieron hospitalizados 6 días (4%); 2 estuvieron hospitalizados 7 días (3%); 1 estuvo hospitalizado 8 días (1%); 1 estuvo hospitalizado 9 días (1%).

De 75 pacientes diagnosticados con bronconeumonía , 52 no tuvieron antecedentes (91%); 23 tuvieron antecedentes (9%).

De 75 pacientes con Bronconeumonía, 20 tuvieron antecedentes de Bronquitis(27%), 16 faringoamigdalitis(21%), 14 con asma (19%), 11 con rinofaringitis (15%), 3 con anomalías congénitas (4%), 2 con CRUP (3%), 1 con otitis (1%), 1 con sinusitis(1%), 7 con ningún síntoma o antecedentes (9%).

De 75 pacientes diagnosticados con Bronconeumonía, el síntoma con mayor predominio fue fiebre con un 11% junto con la fiebre en el mismo porcentaje, seguido de la tos con 10% y dificultad respiratoria y ruidos crepitantes en el mismo porcentaje, luego rinorrea, malestar general y pérdida del apetito en un 9%, acompañado de vómito y taquipnea en un 6%, en ciertos pacientes dolor abdominal 5% Y cianosis con un 4%.

PALABRAS CLAVES: NEUMONIA, BRONCONEUMONIA, INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS BAJAS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**BRONCONEUMONIA FACTORES DE RIESGO Y
COMPLICACIONES EN PACIENTES MENORES DE 5
AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS
COTTO INFANTE DE VINCES.**

PERIODO: 2014-2015

AUTOR: Sr Julio Gonzalez Alvarado

TUTOR: Dr. Paul Alomia Castro

ABSTRACT

Objective: To determine risk factors and complications in patients under 5 years of age hospitalized in the pediatrics area Basic Coto Nicolas Infante Vinces Canton Hospital in 2014-2015 by reviewing medical records.

Methodology: Descriptive, quantitative

Research Design: No experimental, prospective, indirect

Results: Of the 75 cases of bronchopneumonia diagnosed in the hospital, 37 patients (49%) were male while 38 patients (51%) are female.

Of the 75 patients diagnosed with bronchopneumonia, 34 were of 1 year (45%), February 21 (28%), March 12 (16%), 8 of 4 years (11%).

Of the 75 patients diagnosed with Bronconeumonía, 50 were urban patients (67%), 19 were rural (33%).

Of the 75 patients diagnosed with bronchopneumonia 14 were hospitalized one day (19%); 25 were 2 days (25%); 18 were hospitalized 3 days (24%); 8 were hospitalized 4 days (11%); 9 were hospitalized 5 days (12%); 3 were hospitalized 6 days (4%); 2

were hospitalized 7 days (3%); 1 was hospitalized for 8 days (1%); 1 was hospitalized for nine days (1%).

75 patients diagnosed with bronchopneumonia, 52 had no history (91%); 23 had a history (9%).

75 patients with bronchopneumonia, 20 had a history of bronchitis (27%), 16 pharyngitis (21%), 14 with asthma (19%), 11 with nasopharyngitis (15%), 3 with congenital abnormalities (4%) 2 CRUP (3%), 1 with otitis (1%), 1 with sinusitis (1%), 7 with no symptoms or history (9%).

75 patients diagnosed with bronchopneumonia, the symptom most prevalence was fever with 11% with fever by the same percentage, followed by cough with 10% and difficulty breathing and crackling noises in the same percentage, then rhinorrhea, malaise and loss of appetite by 9%, accompanied by vomiting and tachypnea by 6%, in certain patients abdominal pain 5% 4% cyanosis.

KEYWORDS: pneumonia, bronchopneumonia, respiratory tract infection LOW

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	14
CAPITULO I	15
EL PROBLEMA	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
DETERMINACION DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
Objetivo general:	16
Objetivos específicos:.....	16
JUSTIFICACIÓN	16
PREGUNTAS DE INVESTIGACION	17
CAPITULO II	18
FUNDAMENTO TEÓRICO	18
DEFINICIÓN	18
CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA	18
CLASIFICACIÓN.....	21
ETIOLOGÍA	21
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.....	22
CLÍNICA.....	22
SINTOMAS Y SIGNOS	22
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:.....	24
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	24
CRITERIOS DE SEVERIDAD (TRASLADO UCIP)	26
CRITERIOS DE MANEJO AMBULATORIO	26
CRITERIOS DE MANEJO HOSPITALARIO	26
Por manifestaciones clínicas:	26
Por hallazgos radiológicos:.....	26
Por factores de riesgos:.....	26
Por respuesta al tratamiento:	26
ACTITUD TERAPEÚTICA	27
CRITERIOS DE INGRESO:.....	27
EN PLANTA HOSPITALIZACIÓN	27

TRATAMIENTO	28
Pacientes entre 4 semanas y 3 meses de edad.	28
Pacientes entre 4 meses y 4 años de edad.....	28
Niños de 5 a 15 años de edad	29
Medidas generales	30
Casos especiales:	30
La duración de la antibioterapia es variable:	31
Derrames pleurales paraneumónicos	31
HIPÓTESIS	32
Variables.....	32
Variable Independiente.....	32
Variable Dependiente.	32
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	33
CAPITULO III	35
MATERIALES Y METODOS	35
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	35
LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN	35
RECURSOS UTILIZADOS.....	35
Recursos Humanos	35
Recursos físicos	35
UNIVERSO Y MUESTRA.....	36
Universo	36
MUESTRA	36
Viabilidad	36
CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA MUESTRA	36
DE INCLUSION:	36
CRITERIOS DE EXCLUSION:	36
TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	37
Tipo de investigación	37
Diseño de la investigación	37
Definición de variables:	37
Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:	37

Procedimientos para la recolección de la información:	37
CAPITULO IV	38
RESULTADOS Y ANÁLISIS	38
CAPITULO V	46
DISCUSIÓN	46
CAPITULO VI	48
CONCLUSION	48
CAPITULO VII	49
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	52

INTRODUCCIÓN

La neumonía es una causa importante de morbi-mortalidad, de ingreso a las unidades de cuidados intensivos y un evento común en pacientes hospitalizados por otras causas. Los factores predisponentes incluyen: prematurez, estrato socioeconómico bajo, tabaquismo familiar, hospitalizaciones por otros motivos y riesgo de infecciones nosocomiales. Existen otros factores que pueden favorecer la presencia de infección pulmonar, dentro de los que destacan: defectos anatómicos congénitos, secuestro pulmonar, cuerpo extraño en la vía aérea, incoordinación faríngea y aspiración pulmonar, inmunosupresión, etc. Dependiendo de la edad y de las características del paciente se encontrarán diferentes etiologías y signos al examen físico que tienen mucha importancia en el enfoque diagnóstico e inicio de tratamiento precoz. Hasta la actualidad no hay trabajos de investigación realizados sobre el presente tema en la ciudad de Vinces.

La Neumonía o Bronconeumonía es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones”. Históricamente la neumonía ha estado presente entre las diez principales causas de morbilidad general en el país, ha ido avanzando entre el orden de importancia, llegando en el 2011 a ocupar el orden número 1, convirtiéndola en la principal causa de morbilidad, para el año 2011, se tiene que la Neumonía, Organismo no Especificado es la principal causa de morbilidad general, de morbilidad masculina y de morbilidad infantil, en el caso de la morbilidad femenina ocupa el tercer lugar de entre las diez principales causas. Sin embargo al revisar los casos por edad del paciente, se observa que su presencia es mayor en los grupos de edades vulnerables como son los niños y adultos mayores conformando el 64,0% del total de casos atendidos

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al no existir datos estadísticos específicos sobre la bronconeumonía en la edad pediátrica y por la afección pulmonar irreversible que puede causar la falta de un tratamiento adecuado me planteo la siguiente pregunta.

¿Cuáles son los factores de riesgo y complicaciones de la bronconeumonía en pacientes menores de 5 años de edad internados en el área de pediatría del Hospital Nicolás Coto Infante del cantón Vinges en el periodo 2014 – 2015.

DETERMINACION DEL PROBLEMA

Naturaleza: descriptiva

Campo: Bronconeumonía en niños menores de 5 años

Área: Pediatría

Tema: Bronconeumonía, factores de riesgo y complicaciones en pacientes menores de 5 años de edad

Periodo: desde el 2014 al 2015

Lugar: HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE DEL CANTÓN VINGES

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar la, incidencia y factores predisponentes de Bronconeumonía en pacientes menores de 5 años de edad hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Básico Nicolás Coto Infante del cantón Vinces en el periodo 2014-2015.

Objetivos específicos:

- Reconocer y clasificar según la edad, la sintomatología más frecuente de éstos pacientes, por medio de datos de la historia clínica.
- Definir el sexo con mayor prevalencia de bronconeumonía
- Determinar la frecuencia de bronconeumonía en los pacientes internados ” hospitalizados en el área pediátrica del Hospital Básico Nicolás Coto Infante del cantón Vinces
- Establecer cuáles son los factor de riesgo más frecuente que se relacionan con la bronconeumonía en pacientes menores de 5 años de edad

JUSTIFICACIÓN

Se realizara este estudio, para conocer con qué frecuencia se da la bronconeumonía, conocer los factores de riesgo más frecuentes y cuáles son sus complicaciones.

Es importante saber con qué frecuencia se da la neumonía, conocer cuál es el sexo más involucrado en nuestro medio, ya que la mejor terapéutica para una enfermedad es la atención primaria.

Los resultados se convertirán en una herramienta para que los profesionales de la salud puedan obtener datos actualizados sobre la realidad de esta enfermedad y a nivel local tomen conciencia de la importancia de la misma y puedan ellos difundir a la comunidad.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

1. Cuál es la edad y la sintomatología más frecuente de la Bronconeumonía
2. Cuales es el sexo con mayor prevalencia de Bronconeumonía
3. Cuál es la frecuencia de la Bronconeumonía en pacientes hospitalizados en el área pediátrica del Hospital Básico Nicolás Coto Infante del cantón Vinces
4. Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes que se relacionan con la bronconeumonía en pacientes menores de 5 años de edad.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

DEFINICIÓN

La neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar. Existe variabilidad en cuánto a los criterios necesarios para su diagnóstico ya que hay autores que requieren únicamente presencia de infiltrados radiológicos en la radiografía de tórax mientras que para otros basta con la presencia de sintomatología respiratoria. En general, se define neumonía como la presencia de fiebre y/o síntomas respiratorios y evidencia de infiltrados parenquimatosos en la radiografía de tórax.

En 1994 la OMS, publicó una guía de NAC que basa el diagnóstico de neumonía en 5 parámetros clínicos: frecuencia respiratoria, retracción del tórax, cianosis, dificultad para alimentarse y ausencia de sibilancias. Esta guía está destinada a países con alta morbimortalidad por NAC, nivel socioeconómico bajo, difícil acceso a centros hospitalarios y a medicamentos. En la actualidad, en países desarrollados está aceptada la conveniencia y utilidad de la confirmación radiológica para establecer el diagnóstico. (García E. r., 2009)

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de 5 años de los países en desarrollo.

En la región de las Américas, las IRA junto con la diarrea y la desnutrición, representan la tercera parte de las muertes infantiles en niños menores de 5 años y representan la causa principal de enfermedad y causa de consulta a los servicios de salud.

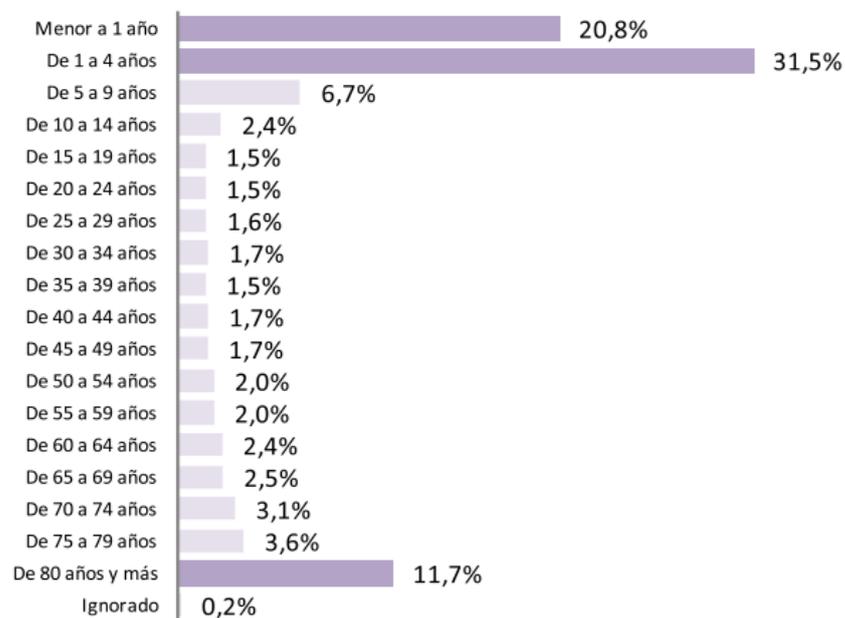
En el Hospital de Yopal E.S.E la mortalidad fue de 5 casos en el año 2005 por patologías asociadas complejas, 1.7% del total de casos atendidos. Dentro del conjunto de las enfermedades que se agrupan bajo la denominación de IRA, la neumonía es la principal causa de muerte en menores de 5 años; cada año la neumonía ocasiona en el mundo más de 140.000 muertes de niños menores de 5 años, es decir un promedio de 400 muertes diarias. El 99% de estas muertes ocurren en los países en desarrollo. (RINCON CASTILLO)

En la región de las Américas la neumonía provoca entre 8 y 9 de cada 10 muertes por insuficiencia respiratoria aguda.

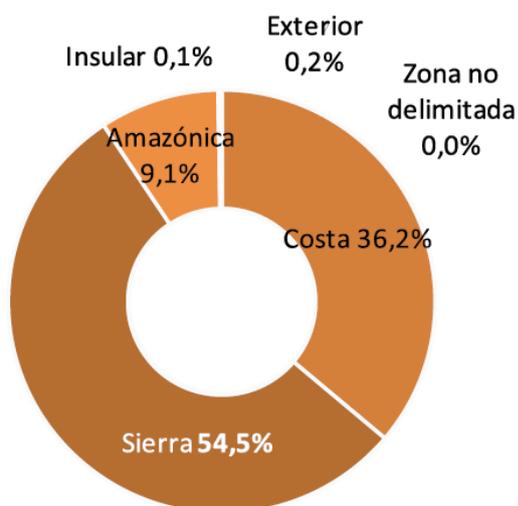
En Colombia, la mortalidad por neumonía en los menores de 1 año es de 8 a 10 veces más elevada que en los niños de 1 a 4 años.

En el Hospital de Yopal E.S.E en el año 2005 se hospitalizaron 290 niños menores de 5 años por Neumonía el 44% por Neumonía Bacteriana no especificada; el 56% por Neumonía no especificada, el 66.5% procedente de Yopal, el 4.8% de Aguazul, 4.13% de Maní, 3.45% de Tamara, 3.45% de Villanueva, el 17.6% del resto de municipios de Casanare incluyendo Pajarito y Paya de Boyacá. (RINCON CASTILLO)

Según estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos La neumonía, organismo no especificado en el 2011 registró un total de 34.7782 casos atendidos con internación hospitalaria; de los cuales 18.026 casos de hombres y 16.752 de mujeres. A continuación se estudia el padecimiento de la neumonía en general (todos los tipos de neumonías); en el 2011 se registraron 37.209 casos de los cuales el 51,8% son casos de hombres; indiscutiblemente es un padecimiento que afecta de igual manera a hombres y mujeres. Sin embargo al revisar los casos por edad del paciente, se observa que su presencia es mayor en los grupos de edades vulnerables como son los niños y adultos mayores conformando el 64,0% del total de casos atendido. (Gonzalez, 2013)



La mayor cantidad de pacientes atendidos son provenientes de la región andina o sierra conformando el 54,5% de los casos, seguidos por los pacientes residentes de la costa con el 36,2% y amazónica con el 9,1% entre las principales.



(Gonzalez, 2013)

Estudio prospectivo multicéntrico de infecciones respiratorias agudas en unidades de cuidados intensivos pediátrico realizados en Anales Españoles de Pediatría por F.J. Pilar Orive¹ dio como resultado que de los 47 niños con bronconeumonía 33 (70%) eran varones y 14 (30%) mujeres, con una edad media de 3,5 años (rango 0-14). El valor medio de la escala de Downes al ingreso fue de $5,5 \pm 2$. El 72% (34/47) de los niños refería alguna enfermedad de base (11 neuromiopatías, 8 inmunodeficiencias, 6 bronconeumonía crónica, 5 dismorfias/cromosomopatías, 1 prematuridad y 5 otros).
(cols)

CLASIFICACIÓN

En función del lugar donde se produce el contagio los gérmenes causantes de la infección y el tratamiento son diferentes. Se distinguen 2 tipos.

1. Neumonía adquirida en la comunidad (NAC): es aquella que aparece en sujetos que conviven en la comunidad y que no han sido hospitalizados en los últimos 7 días o bien que aparecen en las primeras 48 horas de su ingreso en un centro hospitalario.
2. Neumonía Nosocomial (NN): infección adquirida durante la estancia en el hospital (se puede evidenciar a lo largo de la primera semana tras el alta).
(García E. R.)

ETIOLOGÍA

En la infancia, la mayor frecuencia corresponde a neumonías producidas por microorganismos, siendo menos importantes las secundarias a causas no infecciosas (cuerpo extraño, aspiración). La dificultad del diagnóstico microbiológico hace que existan numerosas publicaciones con datos de prevalencia diferentes. Estudios realizados en España “Servicio Navarra de Salud Qsasumbidea” el agente etiológico viral de la neumonías en la edad pediátrica con un 80% son niños menores de 2 años, 58% niños de 2 a 5 años; agente etiológico bacteriano con un 58 % en niños menores de 2 años y un 56 % en niños de 2 a 5 años.

Según la sociedad chilena de neumología pediátrica los agentes etiológicos de infecciones respiratorias del tracto inferior virales en niños menores de dos años en la región sur occidental de Guatemala se les tomo una muestra de aspirado nasofaríngeo

en el cuál se llevo a cabo la prueba de reacción de cadena de polimerasa (PCR) para los virus respiratorios que más frecuentemente producen enfermedad en el menor de dos años se enrolaron un total de 323 pacientes, varones 61.1% (n=194), con una edad promedio de 8 ± 6 meses. De éstos, 274 resultaron positivos por PCR, el VRS fue el agente viral más aislado por medio de la técnica de PCR con un 48.8% (n=158), seguido por adenovirus con 16.4% (n=53). (Moreno & Santos Liñan)

Según estudios realizados en el hospital de México La frecuencia de virus respiratorios fue: 80% VSR, 8% parainfluenza 1, 5% parainfluenza 3, 2% adenovirus, 2% influenza A, 1% parainfluenza 2 y 1% influenza B. Se encontró VSR en 85% de menores de 1 año y 83% en menores de 3 años; el diagnóstico más frecuente fue neumonía en 38%, seguido de bronquiolitis en 22%, e IRS en 2%; con mayor incidencia en invierno, pero con casos todo el año. En 2005, se detectaron tres casos de influenza A y un caso de influenza B en menores de 5 años, de abril a octubre. (Wong-Chew, 2010)

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico del proceso neumónico consta de 2 fases: establecer el diagnóstico de la enfermedad y determinar su etiología.

CLÍNICA

SINTOMAS Y SIGNOS

Los hallazgos clínicos presentes en los pacientes con neumonía son los siguientes:

- Síntomas: fiebre, escalofríos, tos (productiva/no productiva), disnea, dolor pleurítico.

En niños pequeños el dolor abdominal puede ser el único síntoma presente.

Signos:

- Taquipnea, taquicardia,
- En niños pequeños y lactantes: quejido, aleteo nasal, tiraje.

- Al inicio del proceso: crepitantes finos localizados
- En estadios más avanzados: matidez a la percusión, frémito vocal, soplo tubárico.
- Derrame pleural: roce pleural, aumento de matidez a la percusión, hipofonesis,
- egofonía.

De entre los hallazgos clínicos del paciente con neumonía, la presencia de taquipnea tiene más sensibilidad para el diagnóstico que las retracciones o los crepitantes. La presencia de retracciones indica severidad.

Existen 2 formas clínicas de neumonía si bien no existe ningún dato patognomónico y cualquier síntoma puede aparecer en las dos. Esta diferenciación es aplicable a niños mayores y adolescentes, ya que en neonatos y lactantes es más difícil la distinción.

1. Neumonía típica (*streptococcus pneumoniae*, *hamophilus influenzae*, *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus*): caracterizada por un inicio brusco de fiebre, escalofríos, dolor costal, tos productiva, ausencia de sintomatología extrapulmonar.
2. Neumonía atípica (viral y bacterias intracelulares): se caracteriza por un comienzo insidioso, fiebre, tos no productiva, cefalea, malestar general, sintomatología extrapulmonar. En niños de 0-3 meses es frecuente la ausencia de fiebre. Según el germen que la causa, la sintomatología extrapulmonar es variable y puede orientar para el diagnóstico:
 - *Mycoplasma pneumoniae*: coriza, miringitis bullosa, anemia hemolítica, exantema, miocarditis.
 - *Chlamydia pneumoniae*: sinusitis, faringitis
 - VRS: coriza
 - otros virus: coriza, sintomatología gastrointestinal

(García E. R.)

Estudio realizado por los Drs.: Carlos Gustavo Terán Miranda, Carlos Nicolas Terán Escalera, Patricia Villarroel Arratia realizado en el Centro Pediátrico Albina Patiño con los diagnósticos de convulsión febril (simple o compleja) comprendidos entre las edades de 3 meses a 5 años, en un periodo de estudio de dos años, de julio de 2005 a junio de 2007. Dio como resultado En relación al género: 36 (41%) fueron del sexo femenino y 52 (59%) masculino. Los grupos etáreos mas afectados corresponden al de 2 a 5 años con 35 (39%) de los casos, seguido del grupo de 1 a 2 años con 33 (38%) casos, terminando con el grupo de 3 meses a 1 año con el 23% del total (20 casos). Se vio que la época con mayor cantidad de casos fue el invierno con 37 (42%) y el verano con 19 (22%) casos respectivamente.

Los antecedentes familiares de convulsiones febriles estuvieron presentes solo en tres casos (3.4%). Los diagnósticos como causa de la fiebre, fueron: gastroenteritis en 38(43%), de los cuales correspondieron 13 a rotavirus, 8 a shigella, 4 amebiasis y 13 casos sin encontrar etiología. Faringitis aguda fue la segunda causa de convulsión febril en 32(37%) pacientes, siendo 3 casos clínicamente compatibles con una herpangina. En 4 casos (5%) se llego al diagnostico de bronconeumonía y 3 (4%) pacientes convulsiones en las 24 horas posteriores a la aplicación de la vacuna pentavalente. 2 pacientes con celulitis y uno con infección urinaria. (Drs.: Carlos Gustavo Terán Miranda, 2008)

Estudio epidemiológico, prospectivo y multicéntrico realizado en Centros de Atención Primaria y Servicios de Urgencia Hospitalaria Pediátrica. Se han incluido en el estudio todos los niños menores de 6 años con diagnóstico clínico de neumonía. De los casos, 136 fueron diagnosticados en el hospital (43,7%). Los síntomas y signos clínicos más comunes fueron: fiebre (95,4 %), tos (94,4 %), taquipnea (58,2 %) y alteraciones en la auscultación (90,2 %). (F. Giménez Sánchez)

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

La presencia de infiltrados parenquimatosos en la R(x) tórax es el gold estandar en nuestro medio para el diagnóstico de neumonía. La descripción radiológica consta de:

- Patrón radiológico: alveolar o intersticial
- Localización y extensión
- Complicaciones: derrame pleural

Otros hallazgos: adenopatías o cavitaciones (tuberculosis), condensación que abomba cisuras (*klebsiella pneumoniae*), neumatocele, fístulas broncopleurales y empiemas (*staphylococo aureus*), microabscesos (*pseudomona aureginosa*), infiltrado reticulonodulillar difuso (*pneumocistis carinii*).

Diversos estudios correlacionan el tipo de infiltrados radiológicos con la etiología de la neumonía concluyendo que las neumonías bacterianas son más frecuentes en pacientes con infiltrados alveolares lobares que con infiltrados intersticiales bilaterales (éstos se asocian más frecuentemente con neumonía virales y bacterianas atípicas). (Garcia E. R.)

En ocasiones ésta asociación no se cumple por lo que no se puede establecer con garantías un diagnóstico diferencial etiológico según el patrón radiológico. Por otro lado, puede existir una disociación clínico-radiológica.

Clínica muy sugestiva de neumonía en ausencia de hallazgos radiológicos:

Esto se debe a que los infiltrados suelen aparecer en el curso evolutivo de la enfermedad o cuando se rehidrata al paciente. En cualquier caso la repetición de la radiografía para confirmar el diagnóstico no está indicada.

Presencia de hallazgos radiológicos sin clínica acompañante: puede ocurrir en neonatos y lactantes pequeños con neumonía. Tener presente otros diagnósticos: atelectasia, malformación congénita, masa.

La repetición de la radiografía de tórax precozmente (horas o días) después de diagnosticar una neumonía está indicada en caso de: neumonía redonda, derrame pleural, neumatocele o absceso pulmonar, mala evolución a pesar del tratamiento, duda diagnóstica, neumonía nosocomial. En el resto de los pacientes, según la mayoría de los autores, debe comprobarse la normalización radiológica a las 4 semanas del diagnóstico. (Garcia E. R.)

CRITERIOS DE SEVERIDAD (TRASLADO UCIP)

- Paciente con clínica y paraclínica de insuficiencia respiratoria aguda.
- Incapacidad de mantener una $SaO_2 > 92\%$ con una $FiO_2 > 0.6$.
- Paciente en shock.
- Incremento en frecuencia respiratoria y pulso con cuadro de dificultad respiratoria severa con o sin aumento de la $PaCO_2$.

CRITERIOS DE MANEJO AMBULATORIO

- Sin factores de riesgo
- Acceso fácil al servicio de salud (procedencia)
- Buen estado general
- Ausencia de complicaciones evolutivas (derrame, excavación, multifocal)
- Apoyo familiar.

CRITERIOS DE MANEJO HOSPITALARIO

Por manifestaciones clínicas:

- Que presente polipnea.
- Dificultad para la alimentación
- Cianosis.
- Postración importante.

Por hallazgos radiológicos:

- Afectación radiológica multifocal
- Existencia de derrame pleural, empiema, absceso cavitación, o neumatocele.

Por factores de riesgos:

- Lactantes menores de 3 meses.
- Enfermedad de base
- Ambiente sociocultural deprimido
- Malnutrición.

Por respuesta al tratamiento:

- Persistencia y/o empeoramiento de los síntomas tras 24 horas de tratamiento.
- Necesidad de tratamiento intravenoso (vómito, rechazo del alimento).
- Necesidad de estudio. (RINCON CASTILLO)

ACTITUD TERAPEÚTICA

Continúa siendo difícil diferenciar según criterios clínicos, radiológicos y analíticos las neumonías virales de las bacterianas, e incluso entre los diferentes tipos de neumonías bacterianas. Por esto, es difícil determinar con seguridad la necesidad de antibioterapia ante un diagnóstico de neumonía y se realiza un tratamiento antibiótico empírico.

(García E. R.)

CRITERIOS DE INGRESO: EN PLANTA HOSPITALIZACIÓN

- Clínicos: taquipnea, aspecto séptico, dificultad respiratoria severa, deshidratación vómitos, dificultad para alimentación.
- Radiológicos: afectación multifocal, derrame pleural, patrón intersticial importante, absceso, neumatocele.
- Otros factores: < 1 año, no respuesta a antibioterapia oral en 48-72 h o no cumplimiento del tratamiento, enfermedad de base (inmunodeficiencia, fibrosis quística, cardiopatía congénita), ambiente familiar desfavorable.

EN UCIP: Dificultad respiratoria grave o agotamiento o hipoxemia a pesar de oxigenoterapia, afectación radiológica rápidamente progresiva, derrame pleural paraneumónico que precise drenaje y provoque distrés, neumotórax, descompensación de enfermedades crónicas, alteraciones metabólicas y/o disminución del nivel de conciencia. (García E. R.)

TRATAMIENTO

Pacientes entre 4 semanas y 3 meses de edad.

Dada su corta edad, son susceptibles de ingreso hospitalario en todas las ocasiones. El tratamiento debe iniciarse con ampicilina más cefotaxima, y en los casos de sospecha de *Staphylococcus aureus* se utilizará cloxacilina como primera elección o vancomicina. Los lactantes de uno a 3 meses de edad pueden presentar un cuadro clínico característico con ausencia de fiebre y presencia de tos, taquipnea, dificultad respiratoria progresiva e infiltrados pulmonares bilaterales difusos.

Este cuadro se ha denominado “síndrome de neumonitis afebril”. Los patógenos más habituales son *Chlamydia trachomatis* y los virus respiratorios, y debe incluirse en el diagnóstico diferencial también *Ureaplasma urealyticum* y *Bordetella pertussis*.

Por este motivo, en los lactantes afebriles con neumonitis se recomienda la administración de eritromicina o claritromicina. (Moreno & Santos Liñan)

Pacientes entre 4 meses y 4 años de edad.

Streptococcus pneumoniae es la causa más frecuente de neumonía bacteriana en este grupo de edad. En los pacientes ambulatorios, el tratamiento de elección es amoxicilina oral a dosis elevadas (80-100 mg/kg/día). Las posibles alternativas son amoxicilina-ácido clavulánico o una cefalosporina oral de segunda o tercera generación.

Si las características clínicas sugieren una neumonía atípica, a partir de los 3 años de edad cabe utilizar también un macrólido. Cuando la afección adquiere una mayor gravedad en niños hospitalizados podemos utilizar los mismos fármacos, pero por vía intravenosa (ampicilina, 200 mg/kg/día; amoxicilina-ácido clavulánico, 100 mg/kg/día; cefuroxima, 150 mg/kg/día) o una cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona, 100 mg/kg/día; cefotaxima, 200 mg/kg/día). Se debe asociar eritromicina o claritromicina intravenosa a partir de los 3 años de edad en caso de sospecha de una neumonía atípica. (Moreno & Santos Liñan)

Niños de 5 a 15 años de edad

La mayoría de las guías que hemos mencionado incluyen como tratamiento de elección, en los niños mayores de 5 años que no precisan hospitalización, los macrólidos (eritromicina, claritromicina y azitromicina), dada la elevada frecuencia de *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* en este grupo de edad, y la teórica efectividad de estos antibióticos para el tratamiento de *S. pneumoniae*. Sin embargo, según estudios realizados en el Hospital Universitario Vall d'Hebron Barcelona. España el aumento de la prevalencia de resistencia a los macrólidos de *S. pneumoniae* en nuestro país obliga a replantear el papel de este grupo de antimicrobianos en el tratamiento de la infección respiratoria debida a este microorganismo, de forma que, al existir una alta prevalencia de resistencia, los macrólidos no deben utilizarse en el tratamiento empírico de las infecciones respiratorias de supuesta etiología neumocócica en nuestro medio. Así, podíamos establecer la siguiente recomendación en este grupo de edad. (Moreno & Santos Liñan)

Pacientes con criterios de neumonía típica (fiebre elevada, escalofríos, dolor pleurítico, tos productiva, condensación lobar): amoxicilina oral (80-100 mg/kg/día, hasta un máximo de 1 g/8 h). Como segunda elección, en lugar de amoxicilina podemos utilizar amoxicilina-ácido clavulánico o una cefalosporina de segunda o tercera generación.

- Criterios de neumonía atípica (inicio gradual, síntomas de cefalea y malestar general, tos no productiva, febrícula, ausencia de consolidación lobar, ausencia de leucocitosis y neutrofilia): eritromicina, claritromicina o azitromicina por vía oral.
- Neumonía no bien clasificada: en muchas ocasiones, en la clínica existe una superposición entre la presentación clínica producida por los diferentes microorganismos y no es posible diferenciar clínicamente la neumonía producida por *M. pneumoniae* de la causada por otros microorganismos.

En esta situación puede ser adecuada la asociación de amoxicilina y azitromicina o claritromicina por vía oral. Cuando la gravedad indique la necesidad de hospitalización, podemos utilizar una combinación de un betalactámico y un macrólido. En pacientes críticamente enfermos se emplearán cefotaxima o ceftriaxona asociados a eritromicina o claritromicina intravenosas. En niños hospitalizados en una sala convencional se administrarán cefotaxima, ceftriaxona, amoxicilina más ácido clavulánico o cefuroxima intravenosas asociadas a azitromicina o claritromicina oral si el paciente presenta una buena tolerancia oral, o a eritromicina o claritromicina intravenosas en caso contrario. (Moreno & Santos Liñan)

Medidas generales

- Sueroterapia con necesidades basales. Hay autores que recomiendan una restricción hídrica al 80 % de las necesidades basales por la posibilidad de desarrollar un síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética.
- Antitérmicos
- No recomendada la utilidad de antitusígenos ni fisioterapia respiratoria.

Antibióterapia empírica EN UCIP: Dificultad respiratoria grave o agotamiento o hipoxemia a pesar de oxigenoterapia, afectación radiológica rápidamente progresiva, derrame pleural paraneumónico que precise drenaje y provoque distrés, neumotórax, descompensación de enfermedades crónicas, alteraciones metabólicas y/o disminución del nivel de conciencia. (Moreno & Santos Liñan)

Casos especiales:

- Sospecha de S.aureus: cloxacilina o vancomicina iv. como primera elección
- Sospecha de aspiración: asociar cefalosporina de 3^a generación ev + clindamicina ev. o emplear amoxicilina-clavulánico iv.
- Absceso pulmonar: Amoxicilina-clavulánico iv.
- Paciente con fibrosis quística: sospechar etiología por pseudomona/S.aureus.
- Derrame pleural: si >10 mm en decúbito lateral indicada la toracocentesis.

La duración de la antibioterapia es variable:

- Neumonía típica no complicada: 7-10 días
- Neumonía atípica no complicada: 14 días
- Etiología por *S. aureus*: 21 días
- Derrame pleural: hasta dos semanas después de la desaparición de la fiebre o de la última punción evacuadora.

En general debe mantenerse el tratamiento antibiótico ev. Entre 2-4 días después de desaparecer la fiebre en las neumonías no complicadas. En caso de asociarse derrame pleural o bacteriemia documentada el tratamiento ev.se mantendrá durante 7 días. (Moreno & Santos Liñan)

Derrames pleurales paraneumónicos

La presencia de un derrame pleural asociado a la neumonía es siempre una indicación de ingreso hospitalario. Muchos niños tienen derrames paraneumónicos no complicados, y responden bien al tratamiento antibiótico contra los microorganismos más usuales según la edad del paciente, sin requerir drenaje torácico.

Si el derrame es pequeño (menos de 10 mm en la radiografía en decúbito lateral), no es necesario realizar una toracocentesis, y observaremos la evolución con el tratamiento antibiótico. Si el derrame es grande, está indicado realizar una ecografía torácica y una toracocentesis en cuyos resultados se basará la actitud a seguir.

Así, será necesario colocar un drenaje torácico de forma temprana en las siguientes situaciones indicativas de derrame complicado: presencia de pus en el espacio pleural, tinción de Gram del líquido pleural positiva, glucosa del líquido pleural < 50 mg/dl, pH del líquido pleural < 7, y presencia de bandas o tabiques en el líquido pleural en la ecografía. El drenaje se debe mantener hasta que el débito de líquido sea menor de 25-50 ml/día o de 1-1,5 ml/kg/día.

El tratamiento antibiótico empírico inicial de las neumonías con derrame pleural complicado incluye la combinación de cefotaxima (200 mg/kg/día) o ceftriaxona (100

mg/kg/día) con cloxacilina o clindamicina, o como alternativa la utilización de amoxicilina y ácido clavulánico (100 mg/kg/día de amoxicilina). Se aconseja continuar el tratamiento antibiótico por vía intravenosa 7-10 días después de haber cedido la fiebre y el drenaje del líquido, completándolo a continuación con una o dos semanas más por vía oral. Si en la ecografía se observan tabicaciones múltiples complejas, además del drenaje torácico, es conveniente la instilación de fibrinolíticos. Algunos autores recomiendan, en este caso, realizar de entrada una toracoscopia y el desbridamiento de los tabiques, medida que resultaría en una mejoría más rápida y una menor duración del ingreso hospitalario, aunque no se han comparado directamente la eficacia de estos 2 tratamientos en los niños.

En cualquier caso, se debe valorar la utilidad del drenaje torácico a las 24 h, período en el que debe ocurrir una mejoría radiológica y clínica. Si ésta no se produce en 24-48 h y no existe un problema mecánico de obstrucción del drenaje, se debe considerar el tratamiento quirúrgico temprano. (Moreno & Santos Liñan)

HIPÓTESIS

Al identificar los pacientes con bronconeumonía y los factores de riesgo en menores de 5 años de edad que acuden al Hospital Nicolás Coto Infante en el periodo comprendido 2014-2015 se planteara una alternativa como solución del problema.

Variables

Variable Independiente

Conocer los factores de riesgo de las bronconeumonías

Variable Dependiente.

- Edad
- Sexo
- Antecedentes patológicos personales y familiares
- Estado nutricional
- Síntomas de presentación
- Evolución
- Pronostico
- Complicaciones

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTES
V. INDEPENDIENTE Bronconeumonia	infección que compromete el parénquima pulmonar	Fiebre mayor de 38 grados	1 a 4 años de edad	Historia clínica
V. DEPENDIENTE Factores riesgo	Factores de riesgo: cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad	Vía de infección Factores bacterianos Factores del huésped	1 a 4 años de edad	Historia clínica
V. INTERVINIENTE Complicaciones	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales. Las complicaciones agravan generalmente el pronóstico.	Factores de riesgo asociados	1 a 4 años de edad	Historia clínica
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	De 1 a 4 años 11 meses de edad	1 a 4 años de edad	Historia clínica
SEXO	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Masculino Femenino	1 a 4 años de edad	Historia clínica
PROCEDENCIA	Sitio de donde procede	Rural urbano	1 a 4 años de edad	Historia clínica

DIAS DE HOSPITALIZACION	Es el total de días que el paciente permaneció hospitalizado en el establecimiento y corresponde al número de días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso.	1 a 9 días	1 a 4 años de edad	Historia clínica
ANTECEDENTES DE BRONCONEUMONIA	Registro con información sobre la salud de una persona con Bronconeumonía	Asma ,Bronquitis, Rinofaringitis ,Faringoamigdalitis, anormalidades congénitas, otitis, crup, sinusitis.	1 a 4 años de edad	Historia clínica
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	Registro con información sobre la salud	Fiebre Nauseas Vomito Diarrea Tiraje costal Dificultad respiratoria Crepitantes Rinorrea Malestar general taquipnea	1 a 4 años de edad	Historia clínica
CUADRO CLINIO	Lista de todos los síntomas y signos clínicos del paciente.	SIGNOS Y SINTOMAS	1 a 4 años de edad	Historia clínica

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El cantón **Vinces** es una entidad territorial subnacional ecuatoriana, de la Provincia de Los Ríos. Su cabecera cantonal es la ciudad de Vinces, lugar donde se agrupa gran parte de su población total. En el censo de 2010 tiene la población de 71.736 habitantes, divididos en 34,655 hombres y 37,081 mujeres.¹ Su cabecera cantonal es la ciudad de Vinces. Es uno de los cantones más antiguos de la provincia de Los Ríos, en el Ecuador, el 61% de su población reside en el área rural, se caracteriza por ser una población de jóvenes, ya que alrededor del 44% de la población son menores de 20 años.

LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Hospital Nicolás Coto Infante del cantón Vinces provincia de los Ríos

PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Periodo 2014-2015

RECURSOS UTILIZADOS

Recursos Humanos

- Estudiante de medicina
- Tutor

Recursos físicos

- Computadora
- Papel bond
- Bolígrafos
- Programa estadístico
-

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

Pacientes hospitalizados en el Hospital Nicolás Coto Infante del Cantón Vinces con diagnóstico de bronconeumonía en el periodo comprendido entre enero del 2014 a diciembre del 2015

MUESTRA

Para llevar a cabo la investigación se empleó fórmulas estadísticas por lo cual se ha tomado una muestra de 100 pacientes menores de 5 años de edad con diagnóstico desde el 2014 hasta el 2015 en el Hospital Nicolás Coto Infante.

Viabilidad

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo de las autoridades y el departamento de docencia de la institución, el permiso correspondiente de la universidad y los recursos económicos del investigador.

CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA MUESTRA

DE INCLUSION:

1. Los pacientes con diagnóstico de bronconeumonía.
2. Todos los pacientes que hayan sido hospitalizados en el departamento de hospitalización de pediatría y tengan historia clínica.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Los pacientes con diagnóstico de bronconeumonía que no fueron hospitalizados.
2. Los pacientes que fueron tratados en el área de observación o ambulatoria.

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Tipo de investigación

Descriptiva, cuantitativo

Diseño de la investigación

No experimental, prospectivo, indirecto

Definición de variables:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Estancia hospitalaria
- Factores predisponentes

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Los datos serán obtenidos de forma indirecta de la historia clínica de los pacientes que se encuentren en el departamento de estadística del Hospital Básico Nicolás Coto Infante.

Se recolectarán los datos en un formulario elaborado por el autor con las respectivas variables.

Procedimientos para la recolección de la información:

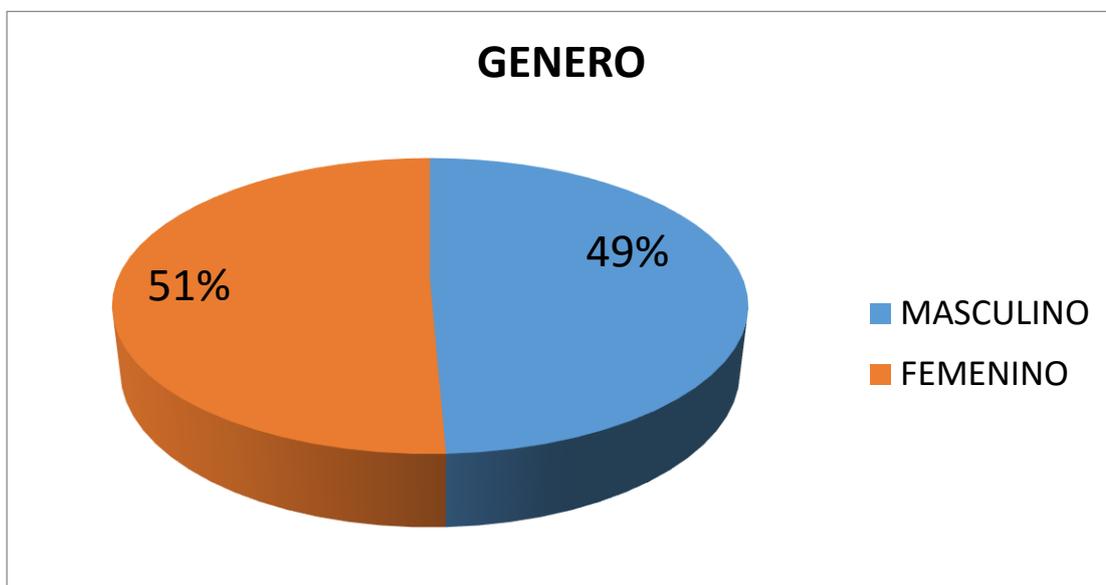
Los datos se recolectarán de las historias clínicas que se encuentren en el departamento de estadística del Hospital Básico Nicolás Coto Infante de todos los pacientes que fueron hospitalizados entre enero del 2014 a diciembre del 2015 menores de 5 años de edad, luego los datos obtenidos se llenarán en el formulario elaborado por el autor.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

TABLA 1
PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE BROCCONEUMONIA
AGUDA EN EL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE SEGÚN
GÉNERO

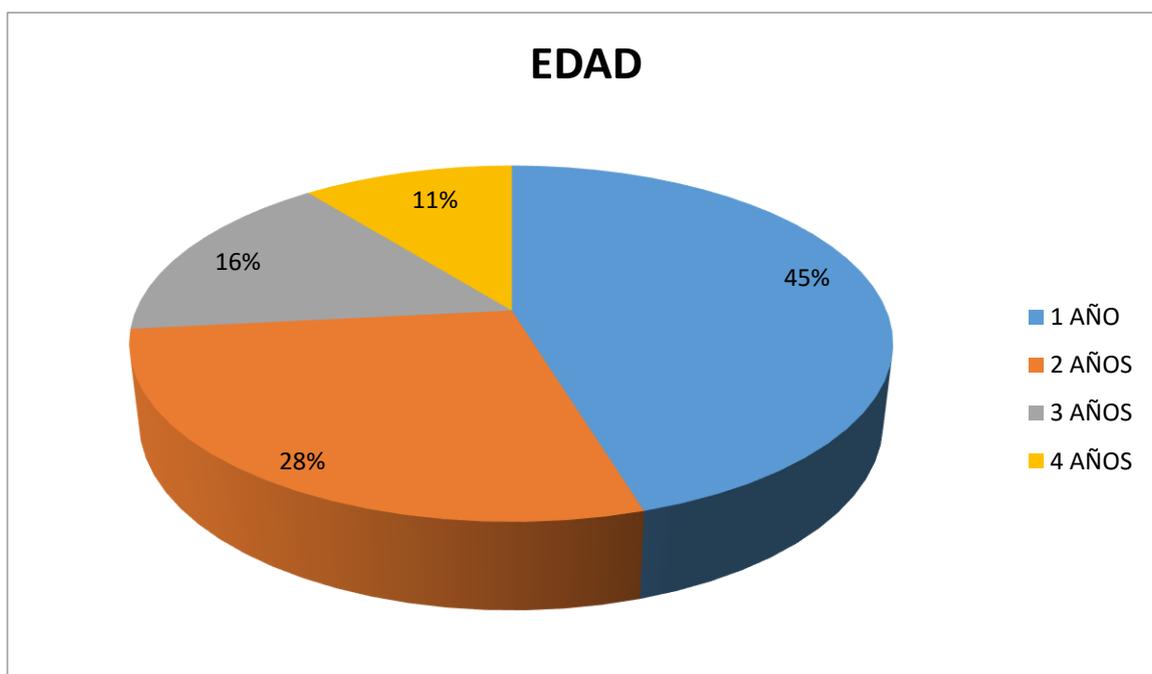
	GENERO	PORCENTAJE
MASCULINO	37	49%
FEMENINO	38	51%
	75	100%



De los 75 casos de Bronconeumonía diagnosticados en el hospital, 37 pacientes (49%) son de sexo masculino mientras que 38 pacientes (51%) son de sexo femenino.

TABLA 2
PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONCONEUMONIA
EN EL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE SEGÚN EDAD

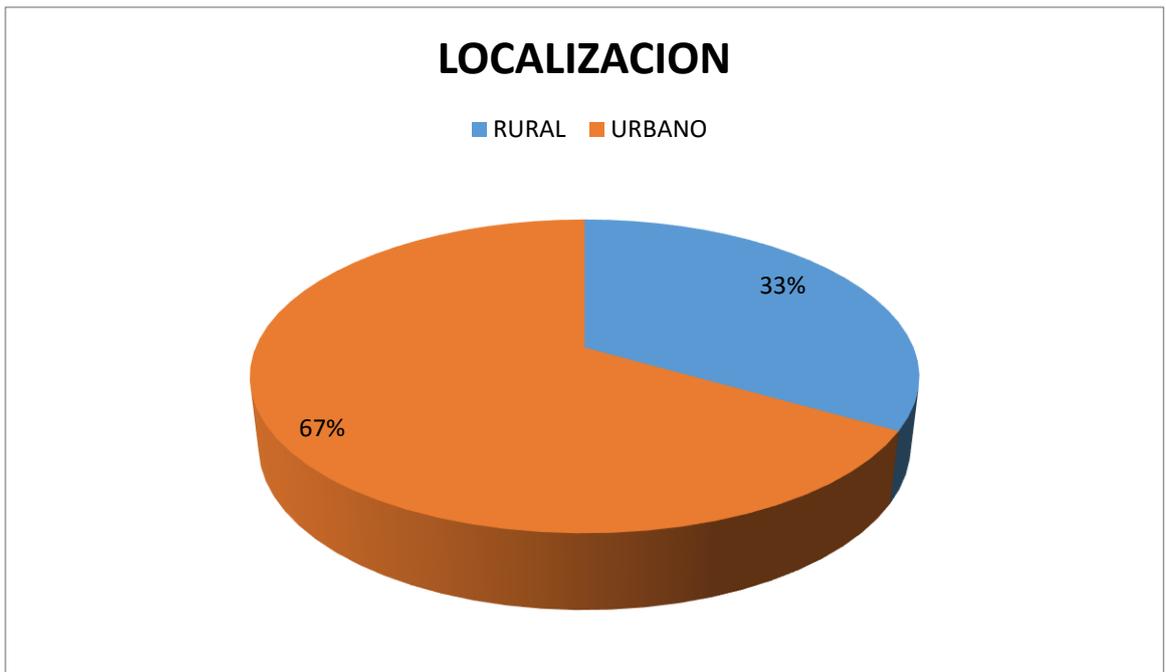
	EDAD	PORCENTAJE
1 AÑO	34	45%
2 AÑOS	21	28%
3 AÑOS	12	16%
4 AÑOS	8	11%
	75	100%



De los 75 casos de pacientes diagnosticados con Bronconeumonia, 34 fueron de 1 año (45%), 21 de 2 años (28%), 12 de 3 años (16%), 8 de 4 años (11%).

TABLA 3
PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONCONEUMONIA
EN EL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE
SEGÚN LOCALIZACION

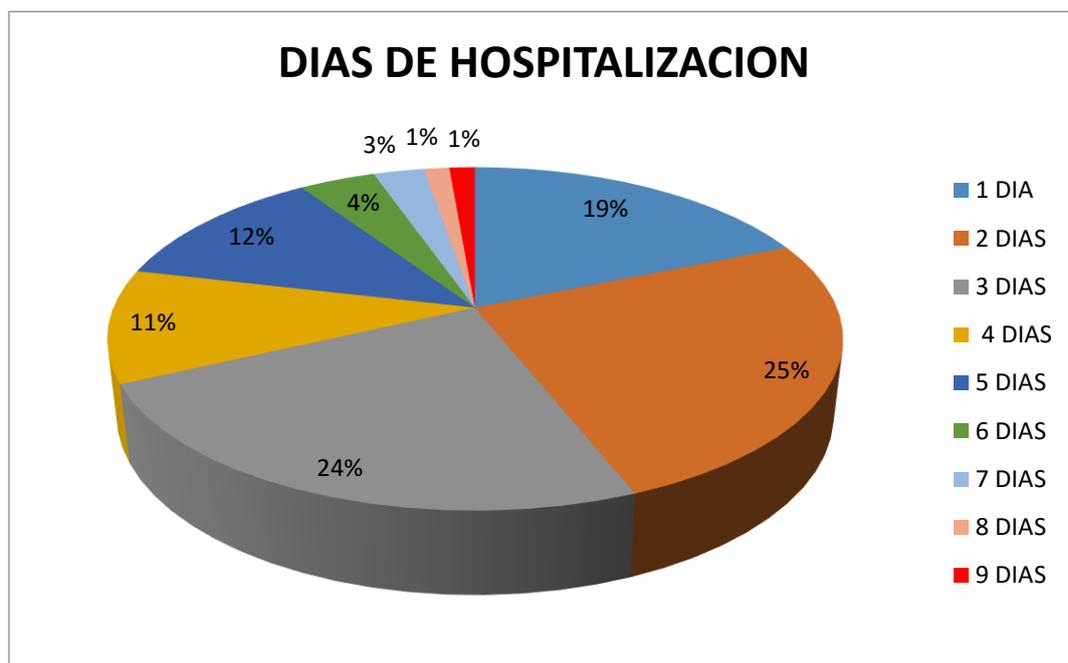
	LOCALIZACION	PORCENTAJE
RURAL	25	33%
URBANO	50	67%
	75	100%



De los 75 casos de pacientes diagnosticados con Bronconeumonia, 50 fueron pacientes urbanos (67%), 19 fueron rurales (33%).

TABLA 4
PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONCONEUMONIA
EN EL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE SEGÚN LOS DIAS
DE HOSPITALIZACION.

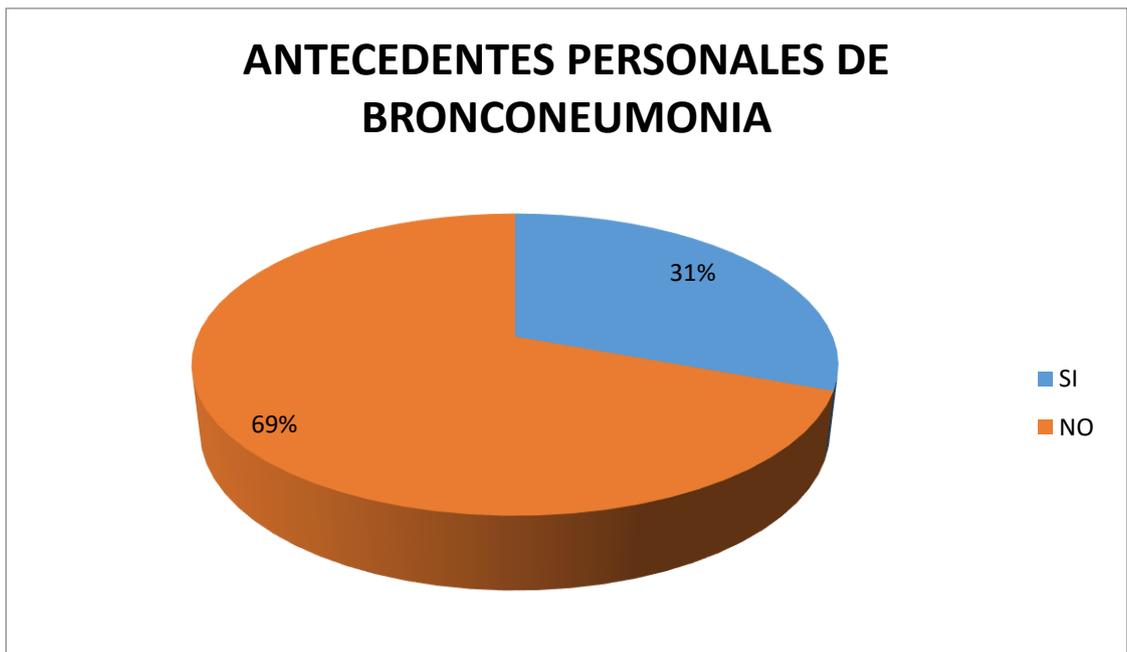
1 DIA	14	19%
2 DIAS	19	25%
3 DIAS	18	24%
4 DIAS	8	11%
5 DIAS	9	12%
6 DIAS	3	4%
7 DIAS	2	3%
8 DIAS	1	1%
9 DIAS	1	1%
	75	100%



De los 75 pacientes diagnosticados con Bronconeumonía 14 estuvieron 1 día hospitalizados (19%); 25 estuvieron 2 días (25%) ; 18 estuvieron hospitalizados 3 días (24%); 8 estuvieron hospitalizados 4 días (11%); 9 estuvieron hospitalizados 5 días (12%); 3 estuvieron hospitalizados 6 días (4%); 2 estuvieron hospitalizados 7 días (3%); 1 estuvo hospitalizado 8 días (1%); 1 estuvo hospitalizado 9 días (1%).

TABLA 5
PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONCONEUMONIA
EN EL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE SEGÚN LOS
ANTECEDENTES PERSONALES

	ANTECEDENTES DE BRONCONEUMONIA	PORCENTAJE
SI	23	31%
NO	52	69%
	75	100%



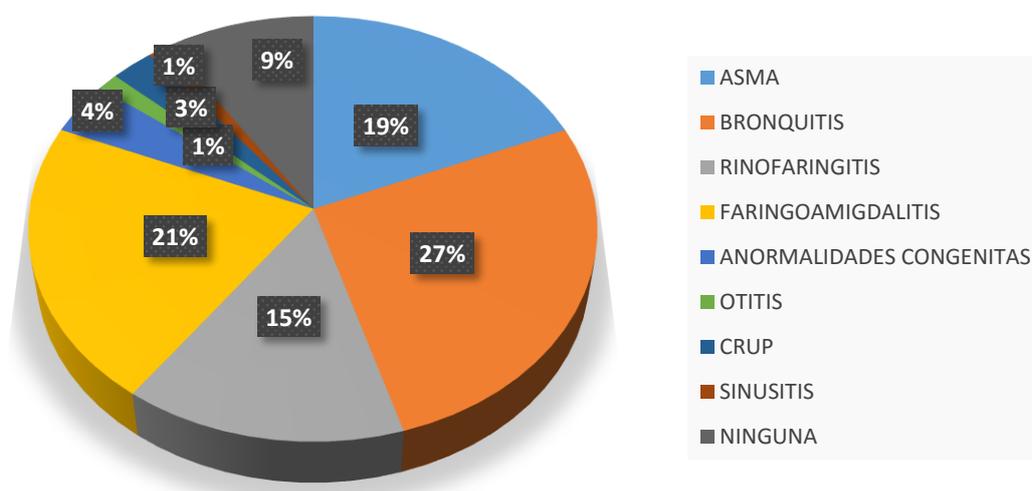
De 75 pacientes diagnosticados con bronconeumonía , 52 no tuvieron antecedentes (69%); 23 tuvieron antecedentes (31%).

TABLA 6

**PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONCONEUMONIA
EN EL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE SEGÚN LOS
ANTECEDENTES DEL SISTEMA RESPIRATORIO.**

ASMA	14	19%
BRONQUITIS	20	27%
RINOFARINGITIS	11	15%
FARINGOAMIGDALITIS	16	21%
ANORMALIDADES CONGENITAS	3	4%
OTITIS	1	1%
CRUP	2	3%
SINUSITIS	1	1%
NINGUNA	7	9%
	75	100%

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL
SISTEMA RESPIRATORIO**

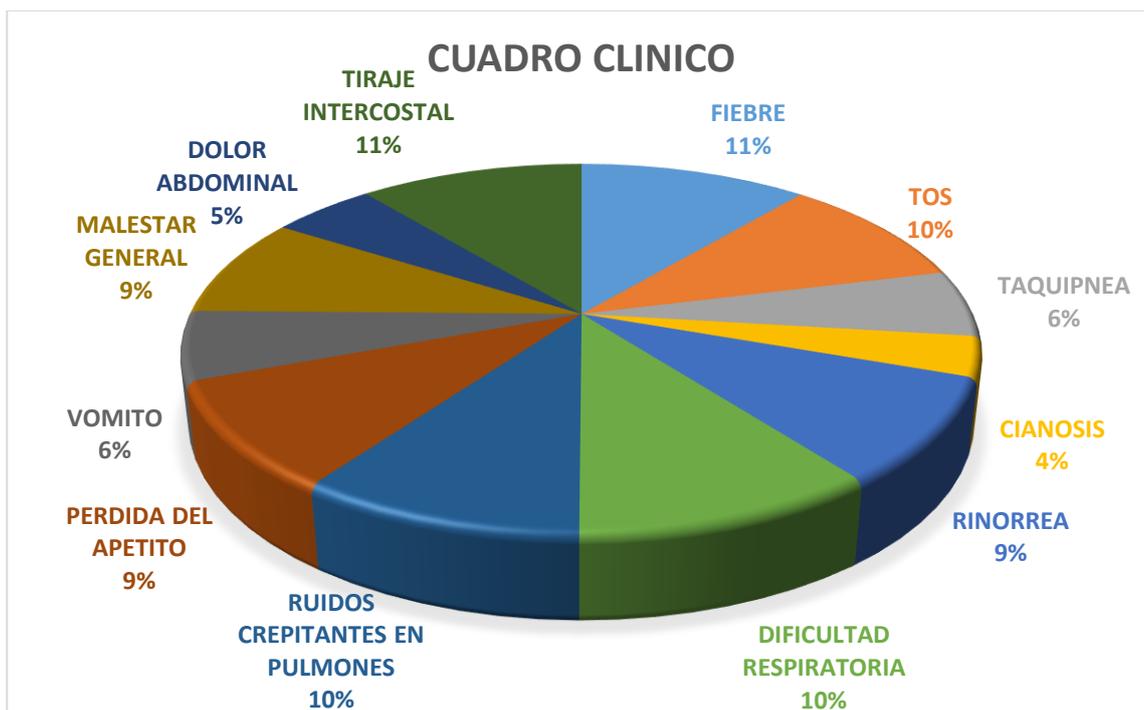


De 75 pacientes con Bronconeumonia, 20 tuvieron antecedentes de Bronquitis(27%), 16 faringoamigdalitis(21%), 14 con asma (19%), 11 con rinofaringitis (15%), 3 con anomalías congénitas (4%), 2 con CRUP (3%), 1 con otitis (1%), 1 con sinusitis(1%), 7 con ningún síntoma o antecedentes (9%).

TABLA 7

**PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE BRONCONEUMONIA
EN EL HOSPITAL BÁSICO NICOLÁS COTO INFANTE SEGÚN EL
CUADRO CLINICO**

	CUADRO CLINICO	PORCENTAJE
FIEBRE	70	11%
TOS	63	10%
TAQUIPNEA	37	6%
CIANOSIS	22	4%
RINORREA	58	9%
DIFICULTAD RESPIRATORIA	66	10%
RUIDOS CREPITANTES EN PULMONES	62	10%
PERDIDA DEL APETITO	59	9%
VOMITO	38	6%
MALESTAR GENERAL	55	9%
DOLOR ABDOMINAL	32	5%
TIRAJE INTERCOSTAL	69	11%
		100%



De 75 pacientes diagnosticados con Bronconeumonia, el síntoma con mayor predominio fue fiebre con un 11% junto con la fiebre en el mismo porcentaje ,seguido de la tos con 10% y dificultad respiratoria y ruidos crepitantes en el mismo porcentaje, luego rinorrea, malestar general y perdida del apetito en un 9%, acompañado de vomito y taquipnea en un 6%, en ciertos pacientes dolor abdominal 5% Y cianosis con un 4%.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La Neumonía o Bronconeumonía es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones”. Históricamente la neumonía ha estado presente entre las diez principales causas de morbilidad general en el país, ha ido avanzando entre el orden de importancia, llegando en el 2011 a ocupar el orden número 1, convirtiéndola en la principal causa de morbilidad, para el año 2011, se tiene que la Neumonía, Organismo no Especificado es la principal causa de morbilidad general, de morbilidad masculina y de morbilidad infantil, en el caso de la morbilidad femenina ocupa el tercer lugar de entre las diez principales causas. Sin embargo al revisar los casos por edad del paciente, se observa que su presencia es mayor en los grupos de edades vulnerables como son los niños y adultos mayores conformando el 64,0% del total de casos atendido

De los 75 casos de Bronconeumonía diagnosticados en el hospital de Vinces, 37 pacientes (49%) son de sexo masculino mientras que 38 pacientes (51%) son de sexo femenino.

Haciendo la comparación según estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos La neumonía, organismo no especificado en el 2011 registró un total de 34.7782 casos atendidos con internación hospitalaria; de los cuales 18.026 casos de hombres y 16.752 de mujeres. A continuación se estudia el padecimiento de la neumonía en general (todos los tipos de neumonías); en el 2011 se registraron 37.209 casos de los cuales el 51,8% son casos de hombres; indiscutiblemente es un padecimiento que afecta de igual manera a hombres y mujeres.

De los 75 casos de pacientes diagnosticados con Bronconeumonía, 34 fueron de 1 año (45%), 21 de 2 años (28%), 12 de 3 años (16%), 8 de 4 años (11%).

Pero según el estudio realizado por el Instituto Nacional de estadísticas y censos en el 2013 al revisar los casos por edad del paciente, se observa que su presencia es mayor en los grupos de edades vulnerables como son los niños y adultos mayores conformando el 64,0% del total de casos atendido.

CAPITULO VI

CONCLUSION

- La Bronconeumonía se presenta con mayor prevalencia en niños menores de 1 año con prevalencia en el sexo femenino con un 51%.
- En Vinces se presenta con mayor frecuencia en pacientes pediátricos en áreas urbanas con un 67% de los pacientes diagnosticados
- Se logro determinar que la sintomatología mas común en pacientes hospitalizados en el Hospital Básico Nicolás Coto Infante de la ciudad de Vinces fueron la fiebre y el tiraje costal con un 11%.
- El antecedente mas común es en aquellos pacientes que ya han padecido bronquitis con un 27%.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- La vacunación, incluido el uso de vacunas contra la infección por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* de tipo b
- El manejo de los casos de neumonía en la comunidad, los centros de salud y los hospitales
- La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida
- La mejora de la nutrición y la prevención de la insuficiencia ponderal del recién nacido
- El control de la contaminación del aire en interiores y el logro de un medio ambiente saludable

BIBLIOGRAFÍA

cols, F. P. (s.f.). Infecciones respiratorias agudas en unidades de cuidados intensivos pediátricos. Estudio prospectivo multicéntrico. *Infecciones respiratorias agudas en unidades de cuidados intensivos pediátricos. Estudio prospectivo multicéntrico.*

Daniel Zenteno A., G. G. (2008). Utilidad de la radiografía de tórax en niños como aproximación a la etiología de neumonía adquirida. *Utilidad de la radiografía de tórax en niños como aproximación a la etiología de neumonía adquirida.*

Drs.: Carlos Gustavo Terán Miranda, C. N. (2008). Convulsiones febriles y enfermedades infecciosas asociadas. *Convulsiones febriles y enfermedades infecciosas asociadas.*

F. Giménez Sánchez, J. S. (s.f.). Características clínico-epidemiológicas de la neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 6 años. *Características clínico-epidemiológicas de la neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 6 años.*

García, E. r. (2009). Neumonía en pacientes pediátricos. *Neumonía en pacientes pediátricos.*

García, E. R. (s.f.). Neumonía en Pacientes Pediátricos. *Neumonía en Pacientes Pediátricos.*

González, I. N. (2013). Revista Coyuntural e-Análisis Octava Edición . *Revista Coyuntural e-Análisis Octava Edición* , 5.

Moreno , A., & Santos Liñan. (s.f.). Unidad de Neumología Pediátrica y Fibrosis Quística Hospital Universitario Vall d` Hebron Barcelona España. *Unidad de Neumología Pediátrica y Fibrosis Quística Hospital Universitario Vall d` Hebron Barcelona España.*

RINCON CASTILLO, B. (s.f.). HOSPITAL DE YOPAL DE E.S.E. NEUMONIA PEDIATRICA. *HOSPITAL DE YOPAL DE E.S.E. NEUMONIA PEDIATRICA.*

Wong-Chew, R. M.-Q.-H.-F.-F.-P. (2010). Frecuencia De Virus Respiratorios y Características Clínicas de los niños que acuden al Hospital de México. *Frecuencia De Virus Respiratorios y Características Clínicas de los niños que acuden al Hospital de México.*

ANEXOS

ANEXO 1

BRONCONEUMONIA EN PACIENTES MENORES DE 5 AÑOS EN EL AREA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL BASICO NICOLAS COTO INFNATE

No.- _____

HISTORIA CLINICA _____

1. EDAD _____
2. SEXO MASCULINO ___ FEMENINO ___
3. PROCEDENCIA RURAL ___ URBANA ___
4. DIAS DE HOSPITALIZACION _____
5. ANTECEDENTES DE NEUMONIA SI ___ NO ___
6. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO
 - ASMA
 - BRONQUITIS
 - RINOFARINGITIS
 - FARINGOAMIGDALITIS
 - OTITIS
 - CRUP
 - SINUSITIS
 - NINGÚN ANTECEDENTE
7. CUADRO CLINICO
 - FIEBRE
 - TOS

- TAQUIPNEA
- CIANOSIS
- RINORREA
- DIFICULTAD RESPIRATORIA
- RUIDOS CREPITANTES
- PERDIDA DEL APETITO
- VOMITOS
- DOLOR ABDOMINAL
- MALESTAR GENERAL
- TIRAJE INTERCOSTAL