



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

TÍTULO

**“IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS
EN PACIENTES DE 28 DÍAS A 24 MESES DE EDAD QUE
ACUDIERON AL SUBCENTRO DE SALUD DE OBRAPIA Y FUERON
REFERIDOS AL HOSPITAL ISIDRO AYORA”**

*TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL*

AUTOR:

Diego Fernando Rojas Soto

DIRECTOR:

Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Pd.

LOJA - ECUADOR

2015

Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba

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

CERTIFICA:

Haber brindado el asesoramiento respectivo al Sr. Estudiante DIEGO FERNANDO ROJAS SOTO, durante todo el proceso de elaboración de la tesis de grado titulada: **IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES DE 28 DIAS A 24 MESES DE EDAD QUE ACUDIERON AL SUB-CENTRO DE SALUD DE OBRAPIA Y FUERON REFERIDOS AL HOSPITAL ISIDRO AYORA.**

Por considerar que la investigación cumple con los requisitos necesarios autorizo la presentación y defensa de la misma.

Loja, 09 Noviembre del 2015



.....
Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Pd

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo Diego Fernando Rojas Soto declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a 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: Diego Fernando Rojas Soto

Firma:  Fernando Rojas

Cedula: 1105045445

Fecha: 11 de noviembre del 2015

Diego Fernando Rojas Soto

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Diego Fernando Rojas Soto declaro ser el autor de la tesis titulada “IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES DE 28 DÍAS A 24 MESES DE EDAD QUE ACUDIERON AL SUBCENTRO DE SALUD DE OBRAPIA Y FUERON REFERIDOS AL HOSPITAL ISIDRO AYORA” como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual Universidad publique 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 RDL, 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 la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los once días del mes de noviembre del dos mil quince.

Firma: 

Autor: Diego Fernando Rojas Soto

Cedula: 1105045445

Dirección: Cdla. “Victoria”

Correo electrónico: fer-151990@hotmail.com

Teléfono: 2-326521 **Celular:** 0987814116

Datos complementarios:

Director de tesis: Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Pd.

Tribunal de grado:

Presidenta: Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Byron Garcés Loyola, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

DEDICATORIA

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Diego Fernando Rojas Soto

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a Dios por guiar y bendecir todo esfuerzo y dedicación en mi vida; Además, a la Universidad Nacional de Loja, al Área de la Salud Humana, por darme la oportunidad de formarme como profesional, a los Docentes de la Carrera de Medicina Humana, quienes supieron compartir sus conocimientos oportunamente. Especialmente al Doctor. Hugo Cueva Chamba, quien desinteresadamente dirigió esta tesis hacia la culminación de la misma, y en general a todas las personas que ofrecieron su ayuda en el transcurso de la carrera. Al personal que labora en el sub-centro de salud de obrapia.

Diego Fernando Rojas Soto

1. TITULO

“IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS RESPIRATORIAS EN PACIENTES DE 28 DÍAS A 24 MESES DE EDAD QUE ACUDIERON AL SUBCENTRO DE SALUD DE OBRAPIA Y FUERON REFERIDOS AL HOSPITAL ISIDRO AYORA”

2. RESUMEN

Las patologías respiratorias tienen un gran impacto en las tasas de morbilidad y mortalidad infantil, aún más en los grupos de lactantes, el cual representa una población susceptible a sufrir repetidas infecciones respiratorias, aumentando la demanda de atención de salud, a nivel ambulatorio y hospitalario. El presente trabajo investigativo tuvo como objetivos: determinar las principales causas de referencia de pacientes con patología respiratoria de 28 días a 24 meses de edad que acudieron al centro de salud de Obrapia, determinar de acuerdo al género y edad la prevalencia de pacientes con patología respiratoria, identificar las principales patologías respiratorias y establecer la justificación para referir los pacientes hacia el segundo nivel de atención de salud (Hospital Isidro Ayora). Se trató de un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal en el que se aplicó una hoja de recolección de datos, conformada por variables como: edad, género, diagnóstico y referencia. El tiempo requerido para la realización de esta investigación fue entre Marzo a Agosto del 2014. El análisis estadístico se realizó mediante el programa Excel 2013, luego se plasmaron los resultados en tablas. Los resultados obtenidos en el estudio fueron: el género y edad con mayor prevalencia de infección respiratoria aguda correspondieron al sexo masculino con el 19%, en el rango de 6 a 12 meses de edad con el 12%. La patología respiratoria que se presentó con mayor prevalencia fue la Rinofaringitis con el 44.5%, Siendo la neumonía y bronquiolitis los cuadros que fueron derivados a otra casa de salud basado en el protocolo de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AEPI).

PALABRAS CLAVES: Patología respiratoria, niños de 28 días a 24 meses de edad, referencia.

2. ABSTRACT

Respiratory diseases have a major impact on morbidity and infant mortality, even in groups of infants, which represent a susceptible population to suffer repeated respiratory infections, increasing the demand for health care, outpatient and hospital level. This research work aimed to: identify the main causes of referral of patients with respiratory disease 28 days to 24 months old who came to the health center Obrapia, determined according to gender and age the prevalence of patients with respiratory disease identify the main respiratory diseases and establish the justification for referring patients to the second level of health care (Hospital Isidro Ayora). This was a descriptive, quantitative, prospective and cross-sectional study in which a data collection sheet, consisting of variables was applied as age, gender, diagnosis and referral. The time required for the realization of this research was from March to August 2014. Statistical analysis was performed using Excel 2013 program, then the results were expressed in tables and graphs (cakes). The results obtained in the study were: gender and age with the highest prevalence of acute respiratory infection were males with 57%, in the range of 6-12 months of age with 35% Respiratory disease which occurred more Rhinopharyngitis with prevalence was 44.5%, with pneumonia and bronchiolitis pictures that were referred to another nursing home based on the protocol for integrated prevalent diseases of childhood (AEPI).

KEYWORDS: Respiratory diseases, children 28 days to 24 months, reference

3. INTRODUCCIÓN

La infección respiratoria aguda es una patología de presentación aguda, y el manejo inadecuado de este cuadro genera es el inicio posterior de enfermedades como son la otitis media aguda y neumonía, siendo la neumonía la principal causa de impacto en la morbilidad y mortalidad de la primera infancia en países en vías de desarrollo, ubicándose dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de cinco años, (Moreno, 2010). Existen estudios a nivel mundial que demostraron que factores tales como los socio económicos (edad, género, estrato social, condiciones de la vivienda), biológicos (peso al nacer, estado nutricional, lactancia materna), ambientales (clima, polución atmosférica) y el conocimiento de la madre en identificar signos de alarma, constituyeron un factor importante para el origen de estos procesos infecciosos (Bermúdez, 2009). Varios estudios realizados a nivel mundial señalaron que existe un aumento en el número de hospitalizaciones por casos de bronquiolitis asociada al virus sincicial respiratorio hasta un 4%, además se evidencio que en una población comprendida por 617 lactantes estudiados, el 64% presentaron bronquiolitis; el 24,6% bronquitis espástica, el 4,4% laringitis, y el 6,8% neumonía, siendo esta última patología la cual fue derivado a otro nivel de atención (Morales, 2010).

Por ende en la actualidad los procesos infecciosos de orden respiratorio constituyen una causa frecuente de consulta y de hospitalización en la edad pediátrica en todos los niveles de atención de salud en cualquier parte del mundo.

En el Ecuador la realidad no fue distinta así las enfermedades respiratorias agudas representaron el 50% de las defunciones por Infección respiratoria aguda, esto ocurrió principalmente en menores de 5 años y entre estos más de la mitad ocurrió entre los 2 meses y 1 año de edad (Andrade, 2009). Constituyendo un inconveniente para la salud pública a nivel nacional.

A nivel local un estudio realizado en el Hospital universitario de Motupe identificó a la Rinofaringitis como la patología respiratoria con mayor prevalencia con un 18,5%, siendo el género masculino el más afectado, y la edad que presento mayor número de casos se ubicó dentro del rango de edad de 1 a 2 años con el 26.15% (Granda, 2010).

Por ende como propósito de la investigación se planteó **como objetivo general determinar las principales causas de referencia de pacientes con patología respiratoria de 28 días a 24 meses de edad, y como objetivos específicos estuvieron orientados a determinar de acuerdo al género y edad la prevalencia de pacientes con patología respiratoria, e identificar las principales patologías respiratorias y establecer la justificación para referir los pacientes hacia el segundo nivel de atención de salud (Hospital Isidro Ayora)**. El tipo de estudio empleado fue descriptivo, cuantitativo, transversal, utilizando una hoja de recolección de datos se obtuvieron la información de las historias clínicas de los pacientes de 28 días a 24 meses atendidos en el centro de salud de Obrapia en el periodo Marzo a Agosto del 2014.

Con ello se pretendió dar a conocer como los centros de atención de salud primaria manejan los protocolos de referencia justificando o no la derivación de los pacientes hacia el nivel de atención hospitalaria. Dado que en la actualidad existen muchos estudios los cuales se enfocaron a identificar las patologías respiratorias que se presentan con mayor prevalencia en la edad pediátrica pero pocas investigaciones tratan el tema del manejo de las referencias de aquellas patologías que no pueden ser resueltas en un nivel de atención de salud ambulatorio que en este caso lo constituyen los (centros de salud) y se ven en la necesidad de referir estos casos a un centro de atención de salud de mayor resolución.

Los principales resultados que se obtuvieron en la presente investigación fueron el género y edad con mayor prevalencia de infección respiratoria aguda correspondieron al sexo masculino con el 19%, en el rango de 6 a 12 meses

de edad con el 12%. La patología respiratoria que se presentó con mayor prevalencia fue la Rinofaringitis con el 44.5%, Siendo la neumonía y bronquiolitis los cuadros que fueron derivados a otra casa de salud basado en el protocolo de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AEPI).

Concluyendo que el primer nivel de atención de salud se basó en el protocolo de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AEPI) a la hora de tomar una decisión.

4. REVISIÓN LITERARIA

1. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

1.1. EPIDEMIOLOGÍA

Las infecciones respiratorias agudas constituyen las enfermedades infecciosas más frecuentes del ser humano. Los niños pueden presentar entre seis y ocho infecciones respiratorias al año, muchas de las cuales, sobre todo las que ocurren en el periodo de lactante, afectan a las vías respiratorias inferiores. En los menores de dos años, estas infecciones suponen una de las causas más frecuentes de hospitalización, originando numerosas consultas médicas tanto a nivel de Atención Primaria como de los servicios de urgencias hospitalarios.

A pesar que las infecciones respiratorias agudas bajas concentran habitualmente la atención por su mayor complejidad, costo del tratamiento y complicaciones, son las altas las que se presentan en mayor cantidad en la consulta ambulatoria. En la actualidad aun los niños de América latina mueren por causas fácilmente prevenibles, al no implementarse medidas relativamente simples, ya sean de prevención, atención o tratamiento. El nivel socioeconómico, la escolaridad de los padres, las condiciones de vida, de la vivienda y el hacinamiento, la contaminación ambiental y el hábito de fumar de los convivientes, (fumador pasivo), son factores de riesgo. Las enfermedades respiratorias en general y la neumonía en particular continúan siendo un problema de salud pública de alta prioridad para el mejoramiento de la salud de la infancia.

1.2. DEFINICIÓN

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbi-mortalidad, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años (Kliegman,2009). Dependiendo de

la intensidad y el compromiso del estado general, puede ser leve, moderado o grave, siendo estas últimas responsables de una mortalidad importante en lactantes y menores de cinco años

1.3. FACTORES DE RIESGO EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

- **Corta edad:** debido a la inmadurez de las vías respiratorias y sus mecanismos defensivos, lo que favorece la mayor gravedad y la predisposición a la insuficiencia respiratoria aguda
- **Sexo:** sin que se haya definido la causa
- **Bajo Peso Nacer y Prematuridad:** mayor grado de inmadurez y menos capacidad defensiva del sistema respiratorio
- Desnutrición y Deficiencia de micronutrientes
- No Lactancia Materna
- No Inmunizaciones
- Enfermedades Crónicas
- Malformaciones congénitas
- Contaminación ambiental
- Asistencia a Instituciones Infantiles
- Enfriamiento
- Alta prevalencia de portadores Naso faríngeos
- Inmunodepresión transitoria o permanente.

El sistema respiratorio está expuesto a la acción de numerosos agentes infecciosos que pueden ingresar por vía aérea (inhalación o aspiración) o por vía hematógena.

1.4. CLASIFICACIÓN INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Vías aéreas superiores:

- Rinofaringitis aguda
- Faringoamigdalitis
- Otitis media aguda

- Sinusitis
- Adenoiditis

 **Vías aéreas inferiores:**

- Laringitis
- Epiglotitis
- Traqueobronquitis
- Bronquiolitis
- Neumonía

1.5. ETIOLOGÌA

Los agentes etiológicos que con mayor frecuencia se asocian a las infecciones del tracto respiratorio en el niño, son: los dos tipos de virus respiratorio sincicial (VRS A-B), el grupo de los rinovirus (RVS), los cuatro tipos de parainfluenzavirus (PIV 1-4), los virus de la gripe A, B y C, y el grupo de los adenovirus. Además, en el año 2001 se identificó por primera vez el metapneumovirus humano (hMPV), la epidemiología de las infecciones víricas es similar en los países industrializados y en los que están en vías de desarrollo, afectando fundamentalmente a los niños menores de 5 años.

Cabe mencionar, que un único agente puede dar lugar a cuadros clínicos muy distintos. Para complicar el panorama hay que destacar que la causalidad de las infecciones virales es en la mayoría de los casos indemostrable, dado que en la práctica clínica no se disponen de cultivos celulares para todos los virus respiratorios.

1.6. CARACTERÍSTICAS FISIOPATOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

El desarrollo del sistema inmune es un proceso progresivo desde el período de recién nacido hasta el fin del período escolar. Durante los 3 a 5 primeros años de vida los niños pueden presentar infecciones bacterianas ocasionales, y para algunos autores, hasta 6 episodios anuales de infecciones respiratorias altas de etiología viral. Estas pueden incrementarse aún más por la asistencia al círculo infantil y por la presencia de hermanos mayores que asisten a

instituciones infantiles o a la escuela. Los niños al nacer presentan una protección que le brinda la madre por la inmunoglobulina G (IgG) materna que atraviesa la placenta.

Esta (IgG) materna disminuye sus valores entre los 3 y 5 meses, lo que se conoce como hipogammaglobulinemia transitoria del lactante. Al año de edad la inmunoglobulina A (IgA), alcanza solo el 20 % del valor que alcanzan los adultos, mientras la Inmunoglobulina M (IgM), a esta edad tiene los mismos valores que en el adulto. Un aspecto importante es que entre los 18 y 24 meses se alcanza la respuesta inmune con capacidad de memoria a antígenos polisacáridos, como *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b. Las vías aéreas superiores juegan un papel crucial en la fisiología respiratoria. Ellas filtran las partículas inhaladas en función de su tamaño, densidad y características físicas. Se plantea, en teoría, que las partículas menores a 10 micras (como la mayoría de los gérmenes patógenos) pueden pasar esta defensa física, lo cual no suele ocurrir en condiciones fisiológicas adecuadas. La nasofaringe presenta formaciones, como las amígdalas y adenoides, con capacidad para activar mecanismos inmunológicos de defensa. Ellas son parte del sistema linfoide defensivo del organismo. Existen otros mecanismos reflejos como el estornudo y la tos, que permiten la eliminación de gran cantidad de secreciones y microorganismos que se depositan en la nasofaringe. Otro mecanismo de defensa importante lo constituye el sistema mucociliar, formado por el epitelio ciliar, que tapiza la vía aérea desde la nariz hasta los bronquiolos; y por el moco, que recubre a los cilios y que es secretado por las células caliciformes y las sub-mucosas del epitelio de la vía aérea. Los cilios transportan al moco que contiene las partículas inertes o biológicas atrapadas hacia la laringe para su deglución, exhalación o expectoración. La disfunción de algún componente origina una disminución del aclaramiento del moco, y permite que las bacterias que en él se encuentran, prolonguen el tiempo de contacto con el epitelio respiratorio, creándose condiciones favorables para la colonización bacteriana de las vías aéreas que, en condiciones normales, son estériles.

2. RINOFARINGITIS AGUDA

2.1. EPIDEMIOLOGIA:

Los resfriados se pueden producir en cualquier momento del año, pero la incidencia es más alta desde principios del otoño a finales de la primavera, lo que se corresponde con la incidencia estacional de los patógenos virales responsables de este cuadro. La máxima incidencia de la infección por rinovirus se produce a principios del otoño (agosto-octubre) y a finales de la primavera (abril-mayo). La máxima incidencia de la infección por virus parainfluenza se produce a finales del otoño y la de los virus sincicial respiratorio (VSR) e influenza entre diciembre y abril (Kliegman, 2009). Los niños pequeños presentan un promedio de 6-7 resfriados cada año, pero entre el 10 y 15 % tienen al menos 12 episodios. La incidencia de esta enfermedad disminuye con la edad, de modo que los adultos sólo sufren 2-3 resfriados por año. Los niños que son llevados durante el primer año de vida a una guardería tienen unos 50% más de resfriados que los niños atendidos en su casa. Esta diferencia en la incidencia de esta enfermedad entre ambos grupos de niños va disminuyendo cuanto más tiempo lleven los niños en la guardería, aunque la incidencia de resfriados sigue siendo alta en estos niños durante los 3 primeros años de vida.

2.2. DEFINICIÓN

El resfriado común es una enfermedad viral que cursa con rinorrea y obstrucción nasal como síntomas principales y en la que no se producen síntomas y signos sistémicos (mialgia o fiebre) o son muy leves. Con frecuencia se denomina rinitis, pero como afecta también a la mucosa de los senos de forma auto limitada, sería más correcto hablar de rinosinusitis.

2.3. ETIOLOGIA

Los patógenos que con mayor frecuencia son responsables del resfriado común son los rinovirus aunque este síndrome se puede deber a muchos virus distintos:

| Tabla 1. Patógenos asociados con el resfriado común | | |
|--|---|---|
| ASOCIACIÓN | PATÓGENOS | FRECUENCIA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Patógenos asociados principalmente con el resfriado | <ul style="list-style-type: none"> • Rinovirus • Coronavirus | <ul style="list-style-type: none"> • Frecuentes • Ocasionales |
| <ul style="list-style-type: none"> • Patógenos asociados principalmente con otros síndromes clínicos, pero que también pueden causar síntomas de resfriado común. | <ul style="list-style-type: none"> • Virus sincicial respiratorio • Virus influenza • Virus parainfluenza • Adenovirus • Enterovirus | <ul style="list-style-type: none"> • Ocasionales • Infrecuentes • Infrecuentes • Infrecuentes • Infrecuentes |

FUENTE: Kliegman Berhman, Nelson tratado de pediatría

2.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas del resfriado común suelen empezar a los 1-3 días de la infección viral. El primer síntoma que se percibe es dolor o picor de garganta, que se sigue pronto de rinorrea y obstrucción nasal. El dolor de garganta se resuelve con rapidez, de forma que en 2-3 días predominan los síntomas nasales. Se produce tos en un 30% de los resfriados, generalmente tras la aparición de síntomas nasales. Los virus influenza, el VSR y los adenovirus pueden causar, con más frecuencia que los coronavirus o los rinovirus, fiebre y síntomas constitucionales. Este resfriado común dura una semana, aunque el 10% puede durar dos. Los hallazgos físicos del resfriado común se limitan a las vías respiratorias altas. La rinorrea suele resultar evidente en la exploración. En el curso de la enfermedad es frecuente que cambie el color o la consistencia de las secreciones, sin que ello indique sinusitis ni sobreinfección bacteriana. La exploración de la cavidad nasal puede poner de manifiesto tumefacción y aspecto eritematoso de los cornetes, aunque este hallazgo es inespecífico y su utilidad diagnóstica es limitada.

2.5. DIAGNÒSTICO

Los patógenos virales responsables del resfriado común se pueden detectar mediante cultivo, detección de antígenos o métodos serológicos. Estos estudios no suelen estar indicados en los pacientes con resfriados porque el diagnóstico etiológico específico sólo resulta útil cuando se plantea un tratamiento con antivirales. Los cultivos para bacterias o la detección antigénica solo resultan útiles cuando se sospecha una infección por estreptococos del grupo A, Bordetella pertussis o una difteria nasal. El aislamiento de otros patógenos bacterianos no es indicativo de una infección nasal bacteriana y no es un predictor específico del responsable etiológico en la sinusitis.

2.6. TRATAMIENTO

Se basa en el tratamiento sintomático dirigido a atenuar la sintomatología como lo son los antipiréticos, analgésicos, antihistamínicos.

3. FARINGOAMIGDALITIS

3.1. EPIDEMIOLOGÌA

Numerosos microorganismos son causa de Faringoamigdalitis (FA) y con diferente interés clínico. En conjunto los virus son los responsables de la mayoría de la (FA) en niños menores de 3 años. Muchos episodios de (FA) suceden en los meses más fríos o más proclives del año para los diversos microorganismos. Por ejemplo, los rinovirus tienen un pico de prevalencia en otoño y primavera, coronavirus en el invierno, los virus de la gripe inciden entre los meses de diciembre a abril y brotes de fiebre faringoconjuntival por adenovirus pueden suceder en verano. La transmisión esta favorecida por el hacinamiento y contacto íntimo en colegios y otras instituciones cerradas y tiene un periodo de incubación de doce horas a cuatro días (Castillo, 2008).

3.2. DEFINICIÒN

La Faringoamigdalitis aguda (FA) es un proceso agudo febril con inflamación de las mucosas del área faringoamigdalar, pudiendo presentar eritema, edema,

exudado, úlceras o vesículas. Muchos virus y bacterias son capaces de producir (FA) y la mayoría de casos en niños están causados por virus con una evolución benigna y auto limitada.

3.3. ETIOLOGÍA

De las bacterias que causan (FA), estreptococo beta hemolítico grupo A (EbhGA) o *Streptococcus pyogenes* es la más importante en niños y la única en la que el tratamiento antibiótico está definitivamente indicado.

3.4. Estreptococo beta hemolítico del grupo A o *Streptococcus pyogenes*

3.4.1 Otras bacterias con interés clínico

- Estreptococos beta hemolíticos grupos C y G.
- *Arcanobacterium haemolyticum*.
- *Mycoplasma pneumoniae*.

3.4.2. Otras bacterias de frecuencia muy rara y con menor interés clínico

- *Chlamydia psittaci* y *pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Yersinia enterocolitica* y *pestis*, *Treponema pallidum*, *Francisella tularensis*.

3.4.3. Virus

- Adenovirus, Epstein-Barr, Coxsackie A, Herpes simple 1 y 2, gripe (A y B) parainfluenza, rinovirus, coronavirus, citomegalovirus.

3.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La Faringoamigdalitis por (EbhGA) o *Streptococcus pyogenes* síntomas típicos de infección vírica aguda (rinorrea, afonía, tos, conjuntivitis, diarrea y aftas) deben disuadir al médico de que el niño padezca una faringitis estreptocócica.

La intensidad de la expresión clínica varía según la edad y el tiempo transcurrido desde su comienzo hasta que se examina al niño. Muchos casos son más leves y sin presencia de exudado amigdalár.

Es más típica la presencia de pequeñas pápulas eritematosas, con centro pálido, en anillo (lesiones “donuts”), tanto en paladar blando como en paladar duro, y que sólo se han descrito en (FA) por (EbhGA). Los niños menores de tres años, merecen especial atención por la frecuencia con que reciben tratamiento antibiótico innecesario al establecerse el diagnóstico clínico de una supuesta (FA) estreptocócica que aunque exista, es muy rara en este grupo de edad. Los síntomas de infección estreptocócica del tracto respiratorio superior en esta edad son más indolentes y se suelen caracterizar por rinitis seromucosa persistente, fiebre moderada, inapetencia, adenopatías, inflamación faringoamigdalár, asociando en ocasiones lesiones impetiginosas en narinas así como otitis media, siendo más frecuente en niños con dos o tres hermanos.

3.6. DIAGNÒSTICO

La mejor estrategia de actuación es identificar bien a los pacientes según datos epidemiológicos y la información clínica más ajustada a un alto grado de confianza y confirmar la infección estreptocócica mediante Pruebas de detección antigénica rápidas (PAR) o bien según las circunstancias de cada caso administrar ya tratamiento antibiótico. Los pacientes candidatos para confirmación microbiológica son: 1) mayores de 3 años con evidencia clínica de (FA) estreptocócica y ausencia de signos y síntomas de infección vírica; 2) niños con síntomas de (FA) estreptocócica y exposición a otra persona (familia, colegio) con Faringoamigdalitis (FA) por (EbhGA) o casos de enfermedad invasiva por esta bacteria en la comunidad.

3.7. MÉTODOS AUXILIARES

- Pruebas de detección antigénica rápidas (PAR).
- Cultivo de garganta.

- Valor de la determinación de anticuerpos en la (FA).

3.7.3. TRATAMIENTO

Está justificado el tratamiento apropiado porque: 1) se consigue una mejoría clínica más rápida, en 24-48h; 2) previene las complicaciones supurativas locales; 3) reduce el tiempo de contagio, evitando la transmisión de (EbhGA) en la familia y escuela; 4) se minimizan los efectos secundarios del antibiótico seleccionado; y 5) se evitan las secuelas no supurativas aunque no hay evidencia definitiva sobre la prevención de la glomerulonefritis aguda. Está indicado iniciar tratamiento antibiótico en niños con evidencia epidemiológica y/o clínica compatible con (EbhGA).

- **La penicilina** por vía oral o en inyección intramuscular sigue siendo el tratamiento de elección en niños no alérgicos a la misma porque cumple los objetivos señalados, tiene un estrecho espectro de acción y es de bajo costo. Todavía no se ha comunicado un aislamiento de (EbhGA) que muestre resistencia a la penicilina. Fenoximentilpenicilina benzatina por vía oral tiene un comportamiento farmacocinético más favorable que la Fenoximentilpenicilina potásica.
- **Amoxicilina:** pautas de una o dos dosis al día durante 10 días, son equiparables a la penicilina en cuanto a eficacia y tasas de fracaso bacteriológico e incluso superiores en la prevención de recaídas. Preferible en menores de 4 años. Amoxicilina-ácido clavulánico, no es antibiótico de primera elección.
- **Macrólidos y lincosamidas** de elección en niños alérgicos a la penicilina. Eritromicina es efectiva en dos dosis al día y durante diez días. Azitromicina y claritromicina alcanzan altas concentraciones en tejido amigdalár y tienen un comportamiento muy similar en el tratamiento de la (FA).

4. OTITIS MEDIA AGUDA

4.4. EPIDEMIOLOGÍA

La Otitis media aguda (OMA) es una enfermedad propia de lactantes y niños pequeños. Se calcula que a la edad de 5 años más del 90% de los niños han sufrido algún episodio de (OMA) y un 30% tiene (OMA) recurrente. Los factores epidemiológicos se pueden dividir en personales y externos (Morales, 2010).

4.4.3. Factores epidemiológicos personales

- **Antecedentes familiares:** el antecedente de tener un hermano con historia de (OMA) recurrente aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.
- **Sexo:** la (OMA) es más frecuente en niños que en niñas. Esto es propio de todas las enfermedades infecciosas durante la infancia.
- **Comienzo del primer episodio:** el primer episodio de (OMA) antes del 6º mes de vida predispone a padecer posteriormente de (OMA). Es lógico suponer que la infección de la trompa pueda producirse más lesión cuando esta es muy pequeña y estrecha.

4.4.4. Factores epidemiológicos externos

- **Asistencia a guardería:** es un factor de riesgo para contraer (OMA) y para contraer patógenos resistentes
- **Presencia de fumadores en el medio familiar:** el humo del tabaco ambiental es factor predisponente para padecer todo tipo de infección respiratoria en la infancia.
- **Clima:** como ya se ha señalado, en los meses fríos es más fácil contraer (OMA).

4.5. DEFINICIÒN

Se define otitis media como la presencia de exudado (seroso, mucoso, purulento o mixto) en la cavidad media del oído. La duración de este exudado, junto a la presencia o no de síntomas agudos, permite la clasificación de cada una de las formas clínicas de la otitis media.

4.6. CLASIFICACIÒN

- Otitis media con exudado (OME)
- Otitis media aguda (OMA)
- Otitis media crónica (OMC)

4.7. ETIOLOGÌA

Los patógenos más frecuentes de la (OMA) son *Streptococcus pneumoniae*, 30% de los casos, *Haemophilus influenzae*, 20-25% y *Moraxella catarrhalis* 10-15%. Otros patógenos menos habituales son *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, y, más excepcionalmente, bacilos anaerobios y Gram negativos como *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa*, (Alves, 2005).

4.8. DIAGNÒSTICO

Estudios recientes han comenzado a poner alguna luz sobre el tema, evidenciando que el diagnóstico de (OMA) debe pasar por considerar los signos y síntomas más específicos, como son la otalgia, la otorrea aguda o la otoscopia con datos inequívocos de inflamación, suprimiendo otros más inespecíficos como la fiebre, la rinitis, los vómitos y la otoscopia poco significativa. Muy recientemente se ha publicado una importante guía de la Asociación Americana de Pediatría. Los nuevos criterios diagnósticos que propone la guía americana son: 1) presentación aguda; 2) presencia de exudado en la cavidad media del oído demostrada por abombamiento timpánico, neumatoscopia patológica u otorrea; y 3) signos y síntomas inflamatorios como otalgia o evidente enrojecimiento del tímpano. Sin embargo, si realizamos una crítica razonada de esta magnífica propuesta, nos

encontramos que su aplicación estricta no incluye todos los casos posibles de (OMA), por lo que no es una garantía de diagnóstico, ya que su traducción a la realidad origina dos situaciones diagnósticas diferentes.

4.9. TRATAMIENTO

Sintomático: El tratamiento de elección en todos los casos es la analgesia, siendo suficiente en la mayoría de los casos ibuprofeno o paracetamol. En caso de no respuesta debe plantearse la timpanocentesis. **Antibioticoterapia:** La (OMA) presenta una curación espontánea entre alrededor del 80-90%, lo cual debe considerarse en la valoración del tratamiento.

4.9.3. Niño con diagnóstico evidente y afectación leve o moderada:

- Amoxicilina, 80-90 mg/kg/día, repartida cada 8 horas, 5-7 días.
- Si fracaso clínico a las 48-72 horas de tratamiento: cambiar a amoxicilina- ácido clavulánico 8:1, 80 mg de amoxicilina/kg/día, repartida cada 8 horas, 5-10 días.
- En los niños mayores de 2 años sin factores de mal pronóstico evolutivo, una alternativa a la Antibioticoterapia es el tratamiento analgésico con reevaluación al cabo de 48 horas.

4.9.4. Niños con diagnóstico evidente y afectación intensa (fiebre $\geq 39^{\circ}$ C o importante otalgia) o menores de 6 meses

- Amoxicilina-ácido clavulánico 8:1, 80 mg de amoxicilina/kg/día, repartida cada 8 horas, 7-10 días.
- Si falta de respuesta clínica adecuada las 48-72 horas de tratamiento: timpanocentesis y tratamiento según tinción de Gram, cultivo y antibiograma.

5. SINUSITIS

5.4. EPIDEMIOLOGIA

La sinusitis aguda generalmente es una complicación de una infección vírica de las vías respiratorias altas. Por consiguiente, la infección bacteriana de los senos suele ocurrir en niños pequeños y durante los meses de invierno. Se estima que se produce una sinusitis como complicación en el 5 y el 10% de las infecciones respiratorias víricas de los niños pequeños, y en el 1-2% de las que afectan a los adultos.

5.5. DEFINICIÓN

La sinusitis bacteriana aguda consiste en la inflamación de la mucosa de los senos paranasales de origen bacteriano. A menudo es difícil de distinguir de una simple Rinofaringitis vírica o de una inflamación sinusal de causa alérgica, y estos dos procesos sobre todo la infección vírica de las vías respiratorias altas son importantes predisponentes para la aparición de una infección bacteriana de los senos paranasales.

5.6. ETIOLOGIA

Los principales agentes responsables de sinusitis aguda son *Streptococcus pneumoniae* (30-40% de los casos), *Haemophilus influenzae* (20% de los casos) y *Streptococcus pyogenes*. En las fases iniciales del proceso no es raro encontrar virus respiratorios como adenovirus, virus parainfluenza, virus de la gripe y rinovirus.

5.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Hay dos patrones básicos de presentación de las sinusitis agudas: a) en forma de una "infección persistente" de las vías respiratorias altas; y b) como un "resfriado claramente más intenso" de lo habitual. El cuadro clínico más frecuente consiste en la persistencia de tos diurna o rinorrea durante más de diez días, sin aparente mejoría, en el contexto de una infección de las vías respiratorias superiores. La mayoría de las infecciones víricas no complicadas

duran menos de 7-10 días y, aunque puede haber cierta sintomatología durante algunos días más, la tendencia espontánea hacia la curación es evidente. En este tipo de sinusitis la secreción nasal tanto puede ser fluida como espesa, y clara, mucoide o purulenta. La tos seca o húmeda está presente durante todo el día, aunque a menudo empeora por la noche. La otra forma de presentación, mucho menos frecuente, se caracteriza por fiebre moderada o alta y secreción nasal purulenta de más de 3 o 4 días de duración. El estado general está algo afectado, hay cefalea frontal o retroorbitaria y en ocasiones edema periorbitario.

5.8. DIAGNÓSTICO

La presencia de un cuadro clínico característico (forma “persistente”) es todo lo que se requiere, en la mayoría de los casos, para establecer el diagnóstico en los niños menores de seis años, ya que en ellos se ha comprobado una correlación cercana al 90% entre la sospecha clínica y la existencia de alteraciones radiológicas. Estudios de imagen la radiografía de senos paranasales ha sido el método tradicional para evaluar la presencia de enfermedad sinusal.

5.9. Los hallazgos radiológicos significativos de sinusitis aguda en un paciente sintomático son:

- Engrosamiento de la mucosa de (4 mm - 5 mm en adultos) o más.
- Opacificación difusa del seno
- Presencia de un nivel hidroaéreo

5.10. TRATAMIENTO

De acuerdo con los patrones de susceptibilidad de los microorganismos causantes de las sinusitis agudas, el tratamiento de elección es la amoxicilina a dosis altas (70-80 mg/kg/día, en 3 dosis), asociada o no a ácido clavulánico (8-10mg/kg/día).

6. ADENOIDITIS

6.4. DEFINICIÓN

Es un proceso inflamatorio agudo del tejido adenoideo, el cual forma parte del anillo linfático de Waldeyer; proceso que es más frecuente en la edad pre-escolar y escolar.

6.5. ETIOLOGÍA

Streptococcus pneumoniae y menos frecuentes Haemophilus sp, Moraxella catarrhalis.

6.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Obstrucción nasal, fiebre, voz nasal, tos húmeda, fiebre. Las complicaciones suelen ser otitis, sinusitis, apnea del sueño.

6.7. DIAGNÓSTICO

Clínico más la utilización de Rx lateral de cuello.

6.8. TRATAMIENTO

- Paracetamol de 10 a 15 mg/kg cada 6 horas.
- Amoxicilina de 75 a 100 mg/kg/día cada 8 horas.

7. LARINGITIS

7.4. DEFINICIÓN

Es el cuadro infeccioso obstructivo de la vía aérea superior más frecuente en la infancia. Su incidencia es máxima entre los meses de septiembre y enero. Afecta principalmente a niños entre 6 meses y 6 años. La laringitis aguda es una enfermedad característicamente pediátrica, en gran parte debido a las características anatómicas del tracto respiratorio del niño. Se caracteriza por inflamación y edema de la laringe y de la zona subglótica, con la tríada clásica: tos perruna más afonía más estridor inspiratorio. Existen tres formas de presentación: Laringitis aguda infecciosa o vírica o crup vírico, Laringitis espasmódica o crup espasmódico, Traqueítis bacteriana o crup bacteriano.

7.5. ETIOLOGÌA

- **Infeciosa:** Principalmente virus, entre los que destaca el parainfluenza, también adenovirus y enterovirus o bacterias como Haemophilus influenzae tipo B, Mycoplasma pneumoniae, estreptococos y estafilococos
- **Mecánica:** cuerpo extraño, compresiones extrínsecas
- **Química:** gases tóxicos, caústicos, regurgitaciones repetidas
- **Alérgica:** alimentos, medicamentos

7.6. MANIFESTACIONES CLÌNICAS

En la laringitis infecciosa suele haber el antecedente de un cuadro catarral luego los síntomas suelen aparecer de forma súbita y de forma característica en la noche: tos seca, estridor inspiratorio y disfonía. El cuadro clínico suele ser leve, aunque en determinados casos puede ser particularmente grave. En la exploración física se aprecia estridor inspiratorio más o menos audible, asociado o no a signos externos de dificultad respiratoria, como tiraje supra esternal, intercostal y subcostal, e hipoventilación en grado variable. En ocasiones, en niños con antecedentes de asma bronquial se presentan signos de hiperreactividad bronquial asociados (sibilantes). La mejor manera de integrar los síntomas de laringitis para valorar la gravedad del proceso es emplear la puntuación de Taussig (Kliegman, 2009).

| Tabla 2. Escala de Taussig | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Estridor | No | Leve | Moderado | Grave en inspiración y espiración |
| Retracción | No | Leve | Moderada | Grave uso de musculatura accesoria |
| Entrada de aire | Normal | Disminución Leve | Disminución Moderada | Disminución grave |
| Color | Normal | | | Cianótico |
| Conciencia | Normal | Intranquilo si se explora | Ansioso, agitado en reposo | Letárgico, deprimido |
| Leve <5 | Leve – moderado: 5-6 | | Moderado: 7-8 | Grave: >8 |

FUENTE: Kliegman Berhman, Nelson tratado de pediatría

7.7. DIAGNÒSTICO

El diagnóstico de la laringitis es clínico. No es necesario realizar pruebas complementarias salvo en circunstancias especiales o sospecha de complicaciones.

7.8. TRATAMIENTO

7.8.3. Medidas generales

- Evitar medidas que molesten al niño, como puede ser la realización de pruebas complementarias, explorar la garganta
- Elevar la cabecera de la cama, evitar el decúbito supino
- Hidratación adecuada ya sea de modo oral o intravenoso para compensar la pérdida de líquidos y de agua insensible por el aire espirado debido a la polipnea
- En caso de que el niño quede ingresado habrá que monitorizar la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de Oxígeno y la temperatura.

7.8.4. Cuadros leves

- Medidas generales: intentar no estimular al niño, posición incorporada, humedad ambiental.
- Pueden beneficiarse de una dosis única de dexametasona oral a 0.15 mg/kg, si tos muy molesta o evolución tórpida.

7.8.5. Cuadros leves-moderados

- Dexametasona oral en dosis única 0.15 mg/kg o deflazacort 1 mg/kg/día durante 2-3 días.

7.8.6. Cuadros moderados

- Dexametasona oral 0.3 mg/kg y/o budesonida nebulizada 2 mg
- L-adrenalina nebulizada (1/1000) 3 ml diluido en 5 ml de SSF o sin diluir Flujo de 6 l/min. La duración de su efecto se estima en 2 horas (de ahí el mal llamado “efecto rebote”), por lo que se puede repetir su administración

- Ingreso en Unidad de Observación y valorar evolución

7.8.7. Cuadros graves

- Dexametasona oral o parenteral (IM o IV) 0.6 mg/kg. Se puede repetir dosis
- Budesonida nebulizada 2 mg (se puede repetir cada 12 h)
- L-adrenalina nebulizada 5 ml, pudiendo repetir cada 15-60 minutos, siempre que no aparezcan efectos secundarios
- Si no mejora, ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Valorar intubación con un tubo de menor tamaño al que le correspondería para su edad

8. EPIGLOTITIS

8.4. DEFINICIÓN

Es una enfermedad inflamatoria aguda, que afecta a las estructuras supraglóticas y que puede causar obstrucción importante de la vía aérea así como alteraciones de la deglución y de la vocalización (Jaime, 2010).

8.5. ETIOLOGÍA

Haemophilus influenzae tipo B (90%) y otros. La introducción de la vacuna contra el Haemophilus influenzae tipo B (Hib), ha reducido notablemente su incidencia.

8.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Fiebre elevada de 6-12 horas de evolución, postración y mal estado general, disfagia, alteración de la deglución y babeo, dificultad respiratoria aguda. No suelen presentar tos ni ronquera.

8.7. DIAGNÓSTICO

- Sangre: leucocitosis con desviación izquierda, reacción de cadena de polimerasa (PCR) elevada

- Rx lateral de cuello: hipertrofia de la epiglotis (solo se debe realizar en pacientes dudosos)
- Definitivo: epiglotis rojo cereza (sólo se debe visualizar la epiglotis en un lugar adecuado)
- Etiológico: crecimiento del germen en el hemocultivo y en el cultivo de epiglotis.

8.8. TRATAMIENTO

Mantenimiento adecuado de la vía aérea, mediante intubación (previa sedación y Atropina) en Unidad de cuidados Intensivos durante 36-48 horas. Contraindicada la postura en decúbito supino. Antibioticoterapia: Cefotaxima IV a 150-200 mg/kg/día, durante 7-10 días.

9. BRONQUIOLITIS

9.4. EPIDEMIOLOGÍA

La bronquiolitis es la enfermedad del tracto respiratorio más frecuente durante los dos primeros años de vida, con máxima incidencia entre los 3 y 6 meses. Afecta al 10% de los lactantes durante una epidemia, de los que un 15 a 20% requerirán ingreso hospitalario. Existe un ligero predominio en los varones respecto a las niñas (5:1). Las infecciones por (VRS) tienen una tendencia estacional y son especialmente frecuentes durante el invierno y el comienzo de la primavera.

9.5. DEFINICIÓN

Es una infección viral del aparato respiratorio, que afecta preferentemente a la vía aérea distal, en niños menores de 2 años de edad, con un pico de incidencia a los 6 meses aproximadamente. Es precedida por una infección de las vías respiratorias altas y se manifiesta clínicamente por fenómenos silbantes y signos de dificultad respiratoria secundarios a la obstrucción de las vías aéreas.

9.6. ETIOLOGÍA

El agente etiológico en poco más del 80% de los casos es el virus sincicial respiratorio (VRS). Este virus es de tipo (ARN) es el agente infeccioso más

frecuente en la patología respiratoria del lactante y de la primera infancia. Hay dos tipos de virus sincicial respiratorio el (A y el B). El tipo (A) produce epidemias todos los años y el tipo (B) cada 1 o 2 años. El tipo (A) tiene mayor agresividad y produce las formas más graves de infección. En menor proporción son responsables el parainfluenza tipo (3), adenovirus y micoplasma. En niños inmunodeprimidos hay que tener en cuenta al citomegalovirus.

9.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Comienza como un cuadro catarral, con rinorrea y estornudos, con frecuencia asociado a fiebre poco elevada. Posteriormente aparecen en forma gradual, tos en accesos y dificultad respiratoria progresiva (que suele ser el motivo predominante de consultas), irritabilidad y dificultad para la alimentación. En la exploración física, el dato más llamativo es la taquipnea, a menudo con signos externos de dificultad respiratoria. Suelen ser llamativas las retracciones subcostales e intercostales por el empleo de los músculos accesorios, e incluso aleteo nasal. El grado de dificultad respiratoria se puede valorar mediante estas variables:

| Tabla 3. Escala de dificultad respiratoria | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Frecuencia respiratoria | Hasta 40 respiraciones por minuto | 41 a 60 | 61 a 80 | Más de 80 |
| Frecuencia cardiaca | Hasta 120 latidos por minuto | 121 a 135 | 136 a 150 | Más de 150 |
| Piel | Rosada | Pálida | Cianosis al esfuerzo | Cianosis en reposo |
| Sensorio | Normal | Excitado | Deprimido | Postrado |
| Alimentación | Normal | Tose aisladamente al tomar | Tose continuamente al tomar | Tose, se ahoga y |

FUENTE: Hernández, M. nuevo tratado de pediatría

De acuerdo con el puntaje, se puede definir: 2 a 5 puntos dificultad respiratoria leve; 6 a 10 puntos dificultad respiratoria moderada; más de 10 puntos dificultad respiratoria grave.

9.8. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico. Pruebas complementarias generales: el hemograma suele ser normal o inespecífico. Puede tener utilidad para detectar sobreinfección bacteriana la velocidad de sedimentación globular y la reacción de cadena de polimerasa (VSG y PCR). La radiografía de tórax muestra hiperclaridad generalizada, descenso y aplanamiento diafragmático. Puede haber infiltrados con patrón intersticial. Diagnóstico etiológico: La forma más rápida y simple es la detección del (VRS) en moco nasal por inmunofluorescencia directa.

9.9. TRATAMIENTO

Tratamiento ambulatorio: Suele ser suficiente en las formas leves de bronquiolitis. Se basa fundamentalmente en las medidas de soporte, tales como la hidratación adecuada, tomas/comidas más pequeñas y más frecuentes, lavados nasales con suero fisiológico y aspiración de secreciones, posición semi incorporada, fisioterapia respiratoria, ambiente tranquilo, evitar irritantes como el humo.

Tratamiento hospitalario: Las formas moderadas, graves y las de presentación en niños de alto riesgo deben ser atendidas hospitalariamente, valorando otras medidas terapéuticas, Fármacos como Broncodilatadores, Corticoides.

10. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

10.1 EPIDEMIOLOGÍA

La Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una de las infecciones más frecuentes de la infancia, observándose entre 1.000 y 4.000 casos/100.000 niños/año. Esta incidencia presenta variaciones según la edad, afectando más

frecuentemente a niños entre 1 y 5 años. Aunque su mortalidad es baja en países desarrollados, asocia a una elevada morbilidad precisando hospitalización el 14% de los niños afectados. Aunque existen pocos datos sobre incidencia de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños, recientemente se ha descrito un aumento de la (NAC) tanto complicada como no complicada así como de la incidencia del derrame pleural para neumónico. Los agentes infecciosos que causan Neumonía adquirida en la comunidad en la infancia son numerosos (Estreptococo pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Estafilococo aureus, virus respiratorios como el VRS, parainfluenza, influenza, adenovirus). La frecuencia de cada uno de ellos varía de forma importante en función de la edad del paciente (Cerde, 2013). Sin embargo, la frecuencia global de los mismos también se modifica según se estudie en enfermos ingresados o tratados ambulatoriamente. En niños que no precisan ingreso, los patógenos más frecuentes serán los productores de neumonía atípica. En niños que precisan ingreso por compromiso respiratorio o por afectación del estado general el neumococo y el (VRS) son los principales patógenos.

10.2. DEFINICIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar que afecta a pacientes no hospitalizados y que se caracteriza por la aparición de fiebre y/o síntomas respiratorios, junto con la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax.

10.3. ETIOLOGÍA

De acuerdo a la edad del individuo distintos microorganismos se presenta en mayor o menor frecuencia.

| Tabla 4. Etiología de acuerdo a la edad | |
|---|--|
| < 3 semanas | 3 meses – 4 meses |
| 1. <i>S. agalactiae</i> . 2. <i>L. monocytogenes</i> . 3. Enterobacterias Gram (-). 4. CMV. | 1. Virus respiratorios. 2. <i>S. pneumoniae</i> . 3. Gérmenes menos frecuentes: <i>s. pyogenes</i> , <i>H. influenzae</i> . <i>M. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> . 4. <i>M. tuberculosis</i> . |
| 3 semanas – 3 meses | 5 años – 15 años |
| 1. <i>C. trachomatis</i> . 2. Virus respiratorios. 3. <i>S. pneumoniae</i> . 4. <i>S. aureus</i> . | 1. <i>M. pneumoniae</i> . 2. <i>S. pneumoniae</i> . 3. <i>C. pneumoniae</i> . 4. <i>M. tuberculosis</i> . |

FUENTE: Meneghello, K. tratado de pediatría

10.4. CLASIFICACIÓN

La Neumonía adquirida en la comunidad se clasifica clásicamente en tres grandes síndromes: NAC típica o bacteriana, atípica (producida por virus o bacterias atípicas) y no Clasificable (casos que no cumplen criterios que permitan incluirlos en ninguno de los 2 primeros grupos). Para poder clasificar el tipo de neumonía se ha establecido una serie de algoritmos diagnósticos basados en la suma de criterios clínicos, analíticos, radiológicos los cuales se muestran en la siguiente tabla

| Tabla 5. Parámetros para clasificar neumonías atípicas |
|---|
| 1. Fiebre > 39° C de aparición brusca. |
| 2. Dolor pleural (torácico o epigástrico). |
| 3. Auscultación focal (crepitantes, hipoventilación o soplo tubàrico). |
| 4. Leucocitosis > 12.000/mm ³ con neutrofilia > 6.000/mm ³ . |
| 5. Rx de tórax de consolidación. |
| NAC típica: > 3 criterios - NAC atípica: 0 criterios - NAC indeterminada: 1 – 2 criterios |

FUENTE: Meneghello, K. tratado de pediatría

10.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Neumonía bacteriana: Se caracteriza por presentar fiebre elevada de comienzo súbito con escalofríos, afectación del estado general y ocasionalmente aparición de herpes labial. Se puede acompañar de dolor torácico de características pleuríticas y expectoración purulenta. Sin embargo, esta forma clásica de presentación se describe fundamentalmente en adultos y, aunque puede verse en niños mayores, es infrecuente en los lactantes y niños pequeños. Los niños pequeños rara vez refieren dolor costal y es frecuente la aparición de meningismo o dolor abdominal que confunden y retrasan el diagnóstico. La presencia de herpes tampoco es habitual en ellos.

Neumonía atípica: (NAC) viral Aparece en menores de 3 años habitualmente durante el invierno. Se acompaña de cuadro catarral con febrícula o fiebre moderada, faringitis, coriza, conjuntivitis y en ocasiones síntomas extra pulmonares como exantemas inespecíficos o diarrea. (NAC) por *M. pneumoniae* y *C. pneumoniae* Afecta habitualmente a niños mayores de 3 años, con presentación subaguda, acompañada de cefalea, mialgias y característicamente de tos seca irritativa y en ocasiones auscultación espástica.

10.6. DIAGNÓSTICO

Analítico: La presencia de desviación izquierda es un indicador fiable de etiología bacteriana y un predominio linfocitario lo es de etiología viral.

La determinación de procalcitonina ofrece mayor especificidad que la proteína C reactiva para el diagnóstico diferencial entre (NAC) bacteriana o vírica. La elevación de los eosinófilos es un dato característico de la infección por *C. trachomatis*.

Imagen: La presencia de una condensación lobar en la radiografía de tórax parece ser un indicador razonablemente específico de infección bacteriana al igual que lo es la presencia de un derrame pleural. Sin embargo su ausencia no

descarta la infección bacteriana. Los infiltrados intersticiales difusos se asocian frecuentemente a infecciones víricas.

La presencia de imágenes aireadas (neumatoceles) con múltiples focos de infiltrados alveolares es característica de *S. aureus*. La neumonía por *S. pyogenes*, aunque poco común, es una infección grave que presenta frecuentemente derrame pleural.

En los niños más pequeños la condensación focal única es menos frecuente, encontrándose a esta edad un patrón alveolo-intersticial denominado bronco-neumonía cuya etiología pudiera ser igualmente vírica o bacteriana.

10.7. TRATAMIENTO

Tabla 6. Esquemas de tratamiento

Neumonía adquirida en la comunidad de características típicas

1. Neumonía no complicada:

+ Si el niño está vacunado frente a H. influenzae.

- Tratamiento ambulatorio: amoxicilina 80mg/Kg/día en tres dosis de siete a diez días. Tratamiento hospitalario: ampicilina intravenoso 200mg/Kg/día en 3 a 4 dosis en 2 a 4 días seguido de amoxicilina 80mg/Kg/día en tres dosis de siete a diez días.

+ Si el niño no está vacunado frente a H. influenzae.

- Tratamiento ambulatorio: amoxicilina 80mg/Kg/día en tres dosis de siete a diez días. Hospitalario con Cefotaxima intravenoso 200mg/kg/día.

2. Neumonía con derrame pleural:

- Cefotaxima intravenoso 200mg/kg/día en 3 dosis.

3. Neumonía necrotizante:

- Cefotaxima intravenoso 200mg/kg/día en 3 dosis más clindamicina 40 mg intravenoso en 3 a 4 dosis
- Alternativa el meropenem 60 a 80 mg/Kg/día intravenoso en tres dosis.

Neumonía adquirida en la comunidad de características atípicas:

1. Niños < de 3 años: tratamiento sintomático.
2. Niños > de 3 años: Macrólidos vía oral o intravenoso.

Neumonía adquirida en la comunidad no clasificable:

1. Niños < de 3 años: tratamiento sintomático.
2. Niños > de 3 años: Macrólidos

FUENTE: Meneghello, K. tratado de pediatría

5. MATERIALES Y METODOS

5.1. TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

- **Lugar:** La investigación se realizó en el centro de salud del barrio Obrapia de la ciudad de Loja perteneciente a la Parroquia Sucre, ubicado a 3 Km del centro de la ciudad, calle principal Obrapia
- **Tiempo:** Se desarrolló el estudio en el periodo de tiempo comprendido de Marzo a Agosto del 2014

5.3. UNIVERSO Y MUESTRA

- **Universo:** fue integrado por 200 pacientes de 28 días a 24 meses de edad que acudieron al centro de salud de Obrapia de la ciudad de Loja.
- **Muestra:** fue integrado por 65 pacientes de 28 días a 24 meses de edad que acudieron al centro de salud de Obrapia de la ciudad de Loja y presentaron sintomatología respiratoria aguda.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños y niñas de 28 días a 24 meses de edad
- Niños y niñas que acudieron por sintomatología respiratoria aguda al centro de salud de Obrapia
- Niños y niñas atendidos en el centro de salud de Obrapia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños y niñas que no se encuentren dentro del rango de edad.
- Niños y niñas que no presentan cuadro compatible con Infección respiratoria aguda.

5.4. TÉCNICA

El presente trabajo investigativo se realizó a través de hojas de recolección de datos (anexo 2), previo consentimiento que fue otorgado por la directora del

centro de salud de Obrapia mediante oficio (anexo 1), para la revisión de las historias clínicas de los usuarios que fueron atendidos en esta casa de salud en el periodo comprendido de Marzo a Agosto del 2014, la recolección de datos se basó en identificar los pacientes en edades de 28 días a 24 meses de edad los cuales presentaron sintomatología respiratoria, diagnóstico definitivo de Infección respiratoria aguda, además se investigó si existieron o no casos remitidos al segundo nivel de atención de salud y su justificación.

5.5. Procedimiento y procesamiento de la información:

Los datos recolectados, fueron procesados utilizando medidas de frecuencia y tasas de prevalencia para lo cual se aplicó una fórmula de prevalencia de periodo (PP), (anexo 3) para determinar dicha prevalencia. Para lo cual la población total que se investigó correspondió a un total de 200 historias clínicas de pacientes los cuales cumplían dos de los tres criterios de inclusión (universo), siendo la muestra finalmente constituida por 65 casos los cuales cumplieron tres de los tres criterios de inclusión. Estos resultados luego fueron representados en tablas, durante el proceso de tabulación se utilizaron materiales tecnológicos tales como Microsoft Word y Excel.

Finalmente se realizó la interpretación y análisis con sus respectivas conclusiones y recomendaciones

6. RESULTADOS

TOTAL DE PACIENTES DE 28 DIAS A 24 MESES DE EDAD QUE FUERON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OBRAPIA

200

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

65

PREVALENCIA DE

PERIODO PP

$$= \frac{C(t_0, t)}{N} * K =$$

C (to, t) = Número de casos prevalentes identificados durante el periodo

N = es el tamaño de la población

K (constante) = 100

PREVALENCIA DE

PERIODO PP

$$PP = \frac{65}{200} * 100$$

$$PP = 0,32 * 100$$

$$PP = 33$$

La población total que se investigó correspondió a un total de 200 historias clínicas, de pacientes los cuales cumplían dos de los tres criterios de inclusión (universo), la muestra fue finalmente constituida por 65 casos las cuales cumplía tres de los tres criterios de inclusión.

De cada 100 casos atendidos en el Centro de Salud de Obrapia se evidenció, una prevalencia de 33 casos que correspondieron a Infección Respiratoria Aguda (IRA).

6.1. RESULTADOS DEL PRIMER OBJETIVO: *determinar de acuerdo al género la prevalencia de pacientes con patología respiratoria de 28 días a 24 meses de edad que acudieron al centro de salud de obrapia y fueron referidos al Hospital Isidro Ayora.*

Cuadro Nº 1. Prevalencia de pacientes con patología respiratoria de acuerdo al género atendidos en el centro de salud de Obrapia en el periodo Marzo a Agosto 2014.

| GÉNERO | FRECUENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA | TASA DE PREVALENCIA *100 |
|---------------|---|---------------------------------|
| FEMENINO | 28 | 14 |
| MASCULINO | 37 | 19 |
| TOTAL | 65 | 33 |

Fuente: Historias Clínicas, del centro salud Obrapia

Elaboración: Diego. F. Rojas. S

INTERPRETACIÓN:

De los 65 casos atendidos en el centro de salud de Obrapia por sintomatología respiratoria aguda se observó que la mayor predisposición y por ende la mayor tasa de prevalencia correspondió al sexo masculino con el 19% en relación al sexo femenino con el 14%.

6.2. RESULTADOS DEL SEGUNDO OBJETIVO: *determinar de acuerdo a la edad la prevalencia de pacientes con patología respiratoria de 28 días a 24 meses de edad que acudieron al centro de salud de obrapia y fueron referidos al Hospital Isidro Ayora.*

Cuadro Nº 2 Prevalencia de pacientes con patología respiratoria de acuerdo a la edad atendidos en el centro de salud de Obrapia en el periodo Marzo a Agosto 2014.

| EDAD | FRECUENCIA DE IRA | TASA DE PREVALENCIA *100 |
|----------------------|--------------------------|---------------------------------|
| FEMENINO | | |
| < menor a seis meses | 5 | 3 |
| 6 a 12 meses | 18 | 9 |
| 13 a 18 meses | 4 | 2 |
| 19 a 24 meses | 1 | 1 |
| MASCULINO | | |
| < menor a seis meses | 5 | 3 |
| 6 a 12 meses | 23 | 12 |
| 13 a 18 meses | 3 | 2 |
| 19 a 24 meses | 6 | 3 |
| TOTAL | 65 | 33 |

Fuente: Historias Clínicas, del centro salud Obrapia

Elaboración: Diego. F. Rojas. S

INTERPRETACIÓN:

De los 65 casos atendidos por sintomatología respiratoria aguda, el sexo masculino en el grupo etario de 6 a 12 meses de edad, representó la mayor tasa de prevalencia con el 12%, mientras que el 9% correspondió al sexo femenino en el grupo etario de 6 a 12 meses de edad, lo cual demostró que dicho rango de edad tiene mayor predisposición a presentar cuadros respiratorios infecciosos.

6.3 RESULTADOS DEL TERCER OBJETIVO: *Identificar las principales patologías respiratorias en pacientes de 28 días a 24 meses de edad que acudieron al centro de salud de obrapia y fueron referidos al Hospital Isidro Ayora.*

Cuadro N° 3 *principales patologías respiratorias en pacientes de 28 días a 24 meses de edad atendidos en el centro de salud de Obrapia en el periodo Marzo a Agosto 2014.*

CUADRO N° 3

| EDAD Y GENERO | PATOLOGIAS | | | | |
|----------------------|----------------|------------------------|-----------------------|---------------|--------------|
| | RINOFARINGITIS | FARINGO AGMIGALITIS | OTITIS MEDIA AGUDA | BRONQUIOLITIS | NEUMONIA |
| < menor a seis meses | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 6 a 12 meses | 8 | 3 | 0 | 7 | 1 |
| 13 a 18 meses | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 19 a 24 meses | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| SUBTOTAL | 12 | 5 | 0 | 8 | 3 |
| MASCULINO | | | | | |
| < menor a seis meses | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 6 a 12 meses | 9 | 2 | 1 | 3 | 6 |
| 13 a 18 meses | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 19 a 24 meses | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| SUBTOTAL | 17 | 4 | 1 | 6 | 9 |
| TOTAL | 29 | 9 | 1 | 14 | 12 |
| TOTAL % | 44,62 | 13,85 | 1,54 | 21,54 | 18,46 |

Fuente: Historias Clínicas, del centro salud Elaboración: Diego. F. Rojas. S

INTERPRETACIÓN

En el gráfico se identificó que la Infección respiratoria aguda con mayor prevalencia es la Rinofaringitis 45%, seguido del 21%, la bronquiolitis, el 18% la neumonía, el 14%, la Faringoamigdalitis y el 2% la Otitis media aguda.

6.4 RESULTADOS DEL CUARTO OBJETIVO: *Establecer la justificación para referir a todos los pacientes de 28 días a 24 meses de edad con patología respiratoria que acudieron al centro de salud de Obrapia y fueron referidos al Hospital Isidro Ayora.*

Como parte de la investigación se determinaron los casos que fueron remitidos al segundo nivel de atención de salud (Hospital Isidro Ayora) siendo que de los 65 pacientes que fueron atendidos en el centro de salud de Obrapia y tuvieron como diagnóstico principal infección respiratoria aguda, 17 de ellos fueron referidos. La neumonía ocupó el primer lugar con un total de 12 casos siendo el género masculino con mayor tasa de prevalencia dentro del grupo etario de 6 a 12 meses de edad con un total de 6 casos, mientras que la Bronquiolitis con un total de 5 casos fue más prevalente en el género femenino dentro del grupo etario de 6 a 12 meses de edad con un total de 3 casos.

Estos cuadros fueron referidos por el personal médico que labora en esta casa de salud basado en la utilización de la guía de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia conocido por sus siglas como (AEPI), el cual presenta como objetivos: 1). Reducir la mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años 2). Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades evitables en la infancia 3). Garantizar una adecuada calidad de atención de menores de 5 años.

Por ende el (AEPI) permite que los servicios de salud evalúen, clasifiquen, determinen el tratamiento y refieran aquellos casos que no pueden ser resueltos en un centro de atención de primer nivel como son los (centros de salud) y a su vez requieran manejo por especialidad. Según los registros de las historias clínicas estos casos fueron referidos dado que presentaron dos o más signos de alarma que comprometieron la salud del paciente, síntomas como: taquipnea, fiebre, dificultad respiratoria; o signos como tiraje subcostal, apnea, estridor y/o estertores, sibilancias a la auscultación, cianosis, saturación de oxígeno; los cuales se contemplan en dicha guía y permiten clasificar los casos y tomar una decisión

7. DISCUSIÓN

La infección respiratoria aguda (IRA) constituye uno de los principales motivos de consulta médica en el primer nivel de atención de salud, además este cuadro infeccioso se ubica dentro de las 3 primeras causas de muerte entre los menores de 5 años, siendo la bronquiolitis y la neumonía los principales cuadros que requieren hospitalización, por lo que constituye en la actualidad un problema de salud pública a nivel global. Conociendo ello se observó varios estudios relacionados a identificar la prevalencia de enfermedades infecciosas respiratorias pero pocos estudios abarcan que patologías fueron derivados a otro nivel de atención de salud.

Por ende en el presente estudio se investigó la prevalencia de las patologías respiratorias, y se identificó que cuadro respiratorio fue referido hacia el nivel de atención hospitalario y las causas para ello. El presente estudio contó con una población de 65 casos de pacientes con diagnóstico de infección respiratoria aguda; el cual concluyó que el mayor número de casos correspondieron al sexo masculino con el 19%, y el 14% al sexo femenino. Estos datos fueron similares a los encontrados en un estudio realizado en Colombia (2011) donde se presentaron 88 casos de pacientes con diagnóstico (IRA), donde el sexo masculino fue el predominante con el 54%, y el 42% al sexo femenino (Duran, 2011).

Además la presente investigación determinó que el grupo etario con mayor número de casos correspondieron al rango de 6 a 12 meses de edad con un 12%. En comparación con un estudio realizado en México (2005) donde se identificaron un total de 85 casos de (IRA) donde el grupo etario con mayor predisposición a los cuadros infecciosos correspondieron a pacientes de 1 año de edad con el 50% (Mejía, 2005)

En relación a las patologías respiratorias el presente estudio identificó a la Rinofaringitis como aquella con mayor prevalencia con el 44.5%, en segundo lugar la bronquiolitis 21.5%, la neumonía 18.4%, la Faringoamigdalitis 13.8% y finalmente la otitis media aguda 1.5%. Estos resultados difieren con los obtenidos en un estudio realizado en Argentina (2007) donde el principal cuadro respiratorio correspondió a la faringitis con el 25%, la bronquiolitis 25%, laringitis 12%, bronquitis 10% y la neumonía con el 7% (Ricaurte, 2007) .

Además el presente estudio concluyó que las patologías respiratorias que fueron referidas a otro nivel de atención de salud correspondieron a la neumonía y bronquiolitis dentro del grupo etario de 6 a 12 meses de edad basándose en la guía del AEPI al identificar signos de alarma en dichos casos. En México (2005) el mayor número de hospitalizaciones obedecieron a la bronconeumonía con el 27% en menores de 1 año (Mejía, 2005).

Finalmente un estudio realizado en la ciudad de Loja en el Hospital universitario de Motupe hace cinco años demostró que el sexo masculino presentó la mayor prevalencia con un 51%, el grupo etario con mayor número de casos correspondió a la edad de uno y cuatro años con el 53%, las principales enfermedades respiratorias de naturaleza infecciosa en orden de frecuencia reportadas fueron: La faringitis con el 31.2%, Rinofaringitis 11.3%, neumonía 4.7%. (Poma, 2010)

Una vez finalizada la investigación se determinó que la Infección Respiratoria Aguda que se presentó con mayor prevalencia correspondió al sexo masculino, donde el grupo etario con mayor predisposición a presentarlas se encontró dentro del primer año de vida, y dentro de las infecciones respiratorias, las que afectan a la vía aérea superior ocupan el primer lugar, de ellas la Rinofaringitis es la principal. Siendo finalmente las afecciones de la vía aérea inferior las que fueron derivadas a otro centro de atención utilizando la guía del AEPI para clasificar, determinar el diagnóstico y tomar decisiones, de las cuales destacan la Neumonía y la Bronquiolitis con ciertas complicaciones las cuales necesitaron manejo por especialidad.

8. CONCLUSIONES

- ✚ En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se determinó que el sexo masculino presentó una mayor prevalencia de patologías respiratorias, esto concordó con lo descrito en la literatura médica donde se señala que el sexo masculino tiene una mayor predisposición a presentar cuadros respiratorios de tipo infeccioso en relación al sexo femenino.
- ✚ El grupo etario con la mayor tasa de prevalencia de procesos infecciosos respiratorios se encontró dentro del rango de 6 a 12 meses de edad, tanto para el sexo masculino como femenino, esto demostró que la edad más susceptible a padecer dichos cuadros de tipo infeccioso se encuentra dentro del primer año de vida, esto coincidió con resultados de otros estudios, donde destacan que uno de los factores de riesgo para ello es el abandono precoz de la lactancia e inicio de la ablactación.
- ✚ Las principales patologías respiratorias de tipo infeccioso que con mayor regularidad se presentaron en los pacientes atendidos en el centro de salud de Obrapia fueron aquellas que afectaron a la vía aérea superior siendo la Rinofaringitis la que ocupó el primer lugar.
- ✚ El centro de salud de Obrapia de acuerdo a la guía del AEPI clasificó y determinó la referencia de aquellos pacientes con diagnóstico de neumonía y bronquiolitis basándose en la identificación de los signos de alarma que contempla el AEPI.

9. RECOMENDACIONES

- ✚ Difundir y Promover la práctica de hábitos saludables especialmente aquellos en relación a la alimentación y al ámbito social que afectan a los pacientes en esta etapa.

- ✚ Cumplir con la norma de informar al paciente, a través de medios audiovisuales por parte del ministerio de salud pública en cada uno de los centros de salud sobre el empleo de medidas preventivas en cada hogar para reducir la alta prevalencia de enfermedades respiratorias que presentan los niños/a en la infancia.

- ✚ Promover la continua capacitación del personal médico y de enfermería que laboran en los centros de salud, en relación a las normativas que rigen en el ministerio de salud pública así como los estándares planteados para referir de manera oportuna y eficaz los pacientes a centros de mayor resolución y con el fin de justificar las referencias.

- ✚ Se recomienda que los centros de salud cumplan con la elaboración de un registro mensual de las referencias que realizan hacia los centros de atención de segundo nivel (Hospitales) con el objetivo de llevar una estadística real y así poder mejorar el sistema de referencia.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade, J. Col. (2009). *Morbilidad en pacientes menores de cinco años con diagnóstico de enfermedad respiratoria*. Ecuador. <http://rmedicina.ucsg.edu.ec>
2. Bello, S. (2005), *Urgencias y Emergencias*. Asunción. Editorial. Bibliomédica
3. Calvo, C. Col. (2009). *Infecciones respiratorias víricas*. España. <http://www.aeped.es>.
4. Cerda, M. (2013). *Cuidados en pediatría*. Chile. Editorial panamericana.
5. Correa, J. (2001). *Fundamentos de pediatría*. Colombia. Editorial paltex.
6. Cruz, M. (2012). *Nuevo tratado de pediatría*. España. Editorial océano.
7. Hernández, M. 2012. *Nuevo tratado de pediatría*. España. Editorial océano
8. Isaacs, D. (2010). *Enfermedades infecciosas en pediatría*. España. Editorial panamericana.
9. Jaime, M. Col. (2010) *guías de práctica clínica basada en evidencia*. Colombia. <http://www.medynet.com>.
10. Kliegman, R. (2013). *Nelson tratado de pediatría*. España. Editorial elzevir.
11. Marquillas, I. (2005). *Pediatría en atención primaria*. España. Editorial masson.
12. Marcon, D. Col. Rinovirus. Frecuencia en niños con infección respiratoria aguda, no internados. Argentina. <http://scielo.sld.cu>.
13. Meneghello, K. (2012). *Tratado de pediatría*. Editorial. Chile. Editorial paltex.
14. Ministerio de Salud Pública, (2012). OPS, OMS. *Atención Integral de las Enfermedades prevalentes de la infancia*. Editorial. MSP.
15. Morales, J. Col. (2010). *Guías de práctica clínica basada en evidencia*. Colombia. <http://www.medynet.com>.
16. Nandí, E. Col. (2002). *Salud Pública de México*. Cuernavaca. http://scielo.unam_
17. Ramos, G. (2000). *Semiología Pediátrica*. Santiago. Editorial McGraw Hill.

18. Robaina, G. Col. (2001). *Morbilidad y manejo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años*. Cuba. <http://scielo.sld.cu>.
19. Rodríguez, S. (2013). *Urgencias en pediatría*. España. Editorial interamericana.
20. Thomas, K. (2009). *Tratado de pediatría*. España. Editorial panamericana.

11. ANEXOS

ANEXO 1.-



Loja, 09 de junio del 2014

Dra.

Rocío Valarezo

DIRECTORA DEL SUB-CENTRO DE SALUD DE OBRAPIA DE LA CIUDAD DE LOJA

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Mediante el presente, **DIEGO FERNANDO ROJAS SOTO**, portador de la cédula de identidad número **1105045445**, estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina Humana, me dirijo a usted de la manera más comedida para solicitarle se me otorgue el permiso respectivo para poder hacer uso de la información que posee el sub centro que usted preside en lo concerniente al historial clínico de los pacientes en edades de 28 días y 24 meses de edad, con la finalidad de poder llevar a cabo el desarrollo de mi tema de tesis el mismo que hace referencia a **“IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CAUSAS DE REFERENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE LOS 28 DIAS A LOS 24 MESES DE EDAD QUE ACUDIERON POR CUADRO DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA AL SUB CENTRO DE SALUD DE OBRAPIA DE LA CIUDAD DE LOJA** . Para lo cual me permito señalar que los días en los que se recolectara la muestra serán los días martes y jueves de cada semana.

Por la atención que le brinde al presente, le antelo mis más sinceros agradecimientos, deseándole éxito en sus labores.















Atentamente

.....

Diego Fernando Rojas Soto

ANEXO 2.-

Hoja de recolección de datos:

| VARIABLE | INDICADOR | ESCALA | JUSTIFICA REFERENCIA |
|-------------|-----------|--|---|
| EDAD | | <ul style="list-style-type: none">  < 6 meses.  6 a 12 meses.  13 a 18 meses.  19 a 24 meses. | |
| GENERO | | <p>Masculino: <input type="checkbox"/></p> <p>Femenino: <input type="checkbox"/></p> | |
| DIAGNOSTICO | | <p>Altas:</p> <ul style="list-style-type: none">  Rinofaringitis aguda.  Faringoamigdalitis.  Otitis media aguda.  Sinusitis.  Adenoiditis. <p>Bajas:</p> <ul style="list-style-type: none">  Laringitis.  Epiglotitis.  Traqueobronquitis.  Bronquiolitis.  Neumonía. | <p>SI: <input type="checkbox"/></p> <p>NO: <input type="checkbox"/></p> |

ANEXO 3.-

FORMULA DE PREVEALENCIA DE PERIDO (PP)

TOTAL DE PACIENTES DE 28 DIAS A 24 MESES DE EDAD QUE FUERON ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD DE OBRAPIA

200

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)

65

PREVALENCIA DE

PERIODO PP

$$= \frac{C(to,t)}{N} * K =$$

C (to, t) = Número de casos prevalentes identificados durante el periodo

N = es el tamaño de la población

K (constante) = 100

PREVALENCIA DE

PERIODO PP

$$PP = \frac{65}{200} * 100$$

$$PP = 0,32 * 100$$

$$PP = 33$$

INDICE

| | |
|---|-----------|
| CARATULA..... | i |
| CERTIFICACION..... | ii |
| AUTORIA..... | iii |
| CARTA DE AUTORIZACION..... | iv |
| DEDICATORIA..... | v |
| AGRADECIMIENTO..... | vi |
| TÍTULO..... | 1 |
| RESUMEN..... | 2 |
| ABSTRACT..... | 2 |
| INTRODUCCION..... | 3 |
| REVISION LITERARIA..... | 6 |
| 1. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS..... | 6 |
| 1.1. Epidemiologia..... | 6 |
| 1.2. Definicion..... | 6 |
| 2. RINOFARINGITIS..... | 10 |
| 2.1. Epidemiologia..... | 10 |
| 2.2. Definición..... | 10 |
| 2.3. Etiología..... | 10 |
| 2.4. Manifestaciones clínicas..... | 11 |
| 2.5. Diagnostico..... | 12 |
| 2.6. Tratamiento..... | 12 |
| 3. FARINGOAMIGDALITIS..... | 12 |
| 3.1 Epidemiologia..... | 12 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2 Definicion..... | 12 |
| 3.3 Etiología..... | 13 |
| 3.4 Manifestaciones clínicas..... | 13 |
| 3.4.1 Otras bacterias con interés clínico..... | 13 |
| 3.4.2. Otras bacterias de frecuencia muy rara..... | 13 |
| 3.4.3. Virus..... | 13 |
| 3.5 manifestaciones clínicas..... | 13 |
| 3.6 diagnostico..... | 14 |
| 3.7 Métodos auxiliares | 14 |
| 4. OTITIS MEDIA AGUDA..... | 16 |
| 4.1Epidemiología..... | 16 |
| 4.2 Definición..... | 17 |
| 4.3 Clasificación..... | 17 |
| 4.4. Etiología..... | 17 |
| 4.5. Diagnostico..... | 17 |
| 4.5.1 niños con diagnóstico evidente y afectación leve o moderada..... | 18 |
| 4.5.2 niños con diagnóstico evidente y afectación intensa (fiebre $\geq 39^{\circ}$ c o importante otalgia) o menores de 6 meses..... | 18 |
| 5. SINUSITIS..... | 19 |
| 5.1. Epidemiologia..... | 19 |
| 5.2 Definición..... | 19 |
| 5.3 Etiología..... | 19 |
| 5.4 Manifestaciones clínicas..... | 19 |
| 5.5 Diagnostico..... | 20 |
| 6. ADENOIDITIS..... | 21 |
| 6.1. Definición..... | 21 |

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 6.2 Etiología..... | 21 |
| 6.3 Manifestaciones clínicas..... | 21 |
| 6.4 Diagnostico..... | 21 |
| 7. LARINGITIS..... | 21 |
| 7.1 Definición..... | 21 |
| 7.2 Etiología..... | 22 |
| 7.3 Manifestaciones clínicas..... | 22 |
| 7.4 Diagnostico..... | 23 |
| 7.5 Tratamiento..... | 23 |
| 7.5.1 Medidas generales..... | 23 |
| 7.5.2 Cuadros leves..... | 23 |
| 7.5.3 Cuadros leves-moderados..... | 23 |
| 7.5.4 Cuadros moderados..... | 23 |
| 7.5.5 Cuadros graves..... | 24 |
| 8. EPIGLOTITIS..... | 24 |
| 8.1 Definición..... | 24 |
| 8.2 Etiología..... | 24 |
| 8.3 Manifestaciones clínicas..... | 24 |
| 8.4 Diagnostico..... | 24 |
| 8.5 Tratamiento..... | 25 |
| 9. BRONQUIOLITIS..... | 25 |
| 9.1 Epidemiología..... | 25 |
| 9.2 Definición..... | 25 |
| 9.3 Etiología..... | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 9.4 Manifestaciones clínicas..... | 26 |
| 9.5 Diagnostico..... | 27 |
| 9.6 Tratamiento..... | 27 |
| 10. NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD..... | 27 |
| 10.1 Epidemiologia..... | 27 |
| 10.2 Definición..... | 28 |
| 10.3 Etiología..... | 28 |
| 10.4Clasificacion..... | 29 |
| 10.5 Manifestaciones clinicas..... | 30 |
| 10.6 Diagnostico..... | 30 |
| 10.7 Tratamiento..... | 32 |
| 5. MATERIALES Y METODOS | 33 |
| 5.1 Tipo de estudio..... | 33 |
| 5.2 Área de estudio..... | 33 |
| 5.3 Universo y muestra..... | 33 |
| 5.4 Técnica..... | 33 |
| 5.5 Procedimiento..... | 34 |
| 6. RESULTADOS..... | 35 |
| 6.1 Resultados del primer objetivo..... | 36 |
| 6.2 Resultados del segundo objetivo..... | 37 |
| 6.3 Resultados del tercer objetivo..... | 38 |
| 6.4 Resultados del cuarto objetivo..... | 40 |
| 7. DISCUSION..... | 41 |
| 8. CONCLUSIONES..... | 43 |

| | |
|--|-----------|
| 9. RECOMENDACIONES..... | 44 |
| 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 45 |
| ANEXO 1..... | 47 |
| ANEXO 2..... | 48 |
| ANEXO 3..... | 49 |