UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

"MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA GENERAL.

AUTORA:

JULEYSSI ANNABEL RUIZ GODOS

DIRECTORA:

Dra. NATASHA SAMANIEGO LUNA, Esp.

LOJA – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 17 de Octubre del 2016

Dra. Natasha Samaniego Luna, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que la tesis: **"MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS"** de autoría de **Juleyssi Annabel Ruiz Godos,** egresada de la carrera de Medicina Humana, ha sido guiada y revisado permanentemente durante su ejecución hasta la redacción del informe final. Por lo tanto, autoriza su presentación.

Dra. Natasha Samaniego Luna, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Juleyssi Annabel Ruiz Godos, declaro ser autora del presente trabajo de tesis, el contenido, las opiniones e ideas de la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Por lo tanto, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Juleyssi Annabel Ruiz Godos

Firma: Juleyssi A. Ruiz Godos

C.C: 0704468446

Fecha: 17 de Octubre 2016

Loja, 17 de Octubre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Juleyssi Annabel Ruiz Godos, declaro ser autora de la tesis titulada: **"MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS"**, como requisito para optar el grado de: Medico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 17 dias del mes de Octubre del dos mil dieciséis, firma el autor.

Juleyssi Ruiz Godos

Firma

Autora: Juleyssi Annabel Ruiz Godos

Cédula: 0704468446

Dirección: Loja. Sucre entre Imbabura y Quito

Correo Electrónico: juleyssiruiz@hotmail.com

Teléfono: 2-995-537

Celular: 0969293883

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Natasha Ivannova Samaniego Luna, Esp.

Tribunal de Grado:

Dr. Byron Patricio Garcés Loyola, Mg. Sc	**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**
Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc	**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**
Dr. Luis Vicente Minga Ortega, Mg. Sc	**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso y a la Virgen por haberme permitido realizarme como profesional.

Con dedicación especial a mis padres Sulema Godos y Franklin Ruiz, pilares fundamentales quienes permanentemente me apoyaron en cada etapa de la vida.

A mis hermanos Steeven y Beckam, quienes con su apoyo absoluto contribuyeron incondicionalmente para lograr mis metas y objetivos propuestos.

Mis queridos abuelitos Segundo Godos y Ursulina Duarte, constituyeron la fortaleza e inspiracion para ser mejor.

Mis dos angelitos que desde el cielo me cuidan y protegen mis abuelitos Angel Ruiz y Teotista Jaramillo, ellos me acompañan espiritualmente siempre .

Y por último a mis tíos, tías, primos, primas, amigos y amigas; por su cariño y apoyo en el transcurso de mi formacion profesional.

JULEYSSI ANNABEL RUIZ GODOS

AGRADECIMIENTO

Al concluir el presente trabajo investigativo quiero dejar constancia de mi agradecimiento; en primer lugar, a Dios y a la Virgen por ser fuente de amor e inspiración. Han sido mi guía en todo el camino recorrido hasta aquí.

A las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, y de manera especial a los docentes de la Carrera de Medicina Humana, quienes con ilustrados conocimientos contribuyeron en mi formación académica.

Con agradecimiento especial a la Dra. Esp. Natasha Samaniego Luna, directora de tesis, por orientar y estimular el desarrollo del presente trabajo.

Al doctor Julio Lojan Director del Hospital Básico Huaquillas, Ingeniero Segundo Chalco Analista del Área de Estadística de la institución y todo el personal administrativo pues brindaron la apertura para recabar la información requerida y llegar a culminar esta investigación.

A mis padres, hermanos y familia quienes me brindaron su apoyo invalorable para que se cristalice esta etapa de mi vida.

JULEYSSI ANNABEL RUIZ GODOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada……i

Certificación……ii

Autoría……iii

Carta de autorización……iv

Dedicatoria………vi

Agradecimiento……vii

Índice de contenidos……viii

1. TÍTULO……1

2. RESUMEN……2

SUMMARY……3

3. INTRODUCCIÓN……4

4. REVISIÓN LITERARIA……6

4.1. GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS……6

4.1.1 Enfermedades Respiratorias Agudas……6

4.2 CLASIFICACIÓN DE IRA……7

4.2.1 Altas……7

4.2.2 Bajas……7

4.3 Resfriado Comun (Rinofaringitis Aguda)…… 8

4.4 Sinusitis Aguda……10

4.5 Faringitis Aguda……13

4.6 Laringitis Aguda……...20

4.7 Otitis Media Aguda……..21

4.8 INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO BAJO…….22

4.8.1 Bronquitis…….....22

4.8.2 Bronquiolitis……..23

4.8.3 Bronconeumonía……...23

4.8.4 Crup……...24

4.8.4 Neumonía……....26

4.9 CLASIFICACION DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS POR SU INTENSIDAD SEGÚN CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL PARA ESTABLECER LA PRECENCIA DE NEUMONIA……..28

4.10 SIGNOS DE PELIGRO PARA REFERENCIA A UN CENTRO HOSPITALARIO ……..28

4.11 TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIASAGUDAS…..…29

4.11.1 Infecciones respiratorias agudas superiores……...…29

4.11.2 Infecciones Respiratorias Agudas inferiores……..29

4.12 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO…….....….30

4.13 TRATAMIENTOS GENERALES (NEUMONIA)……..……..38

4.13.1 PLAN A……..38

4.13.2 PLAN B……..40

4.13.3 PLAN C……...…..…….….40

4.14 MEDIDAS PREVENTIVAS……..….…....43

5. MATERIALES Y MÉTODOS……..42

1. 5.1 PROCEDIMIENTO……..42

6. RESULTADOS……...47

7. DISCUSIÓN……55

8. CONCLUSIONES……..57

9. RECOMENDACIONES……58

10. BIBLIOGRAFÍA……59

11. ÍNDICE DE ANEXOS……..……63

1. TÍTULO

MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS

2. RESUMEN

Las Infecciones respiratorias agudas (IRA) son el principal motivo de consulta pediátrica, representando cerca del 50% de las causas de asistencia a los servicios de salud, en ellas intervienen varios factores determinantes como: socioeconómicos, biológicos, culturales, nutricionales, medio ambientales. Por ser estas entidades tan frecuentes en la población pediátrica se hace necesario su manejo terapéutico oportuno y adecuado. Al respecto, existen muchos planes, esquemas y protocolos terapéuticos, razón por la que, se realizó esta investigación descriptiva, retrospectiva cuyo objetivo general de la presente investigación fue: determinar el manejo terapéutico de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años atendidos en el servicio de emergencia de pediatría en el Hospital Básico Huaquillas durante el periodo mayo-noviembre 2015, así como conocer la sintomatología respiratoria por la que se consulta; identificar los tipos de infecciones respiratorias agudas en los pacientes estudiados y definir la ejecución de los planes de manejo de la neumonía de acuerdo a su complejidad, se revisaron las historias clínicas de 90 niños que constituyeron la muestra de estudio. Los resultados obtenidos mostraron que: las infecciones respiratorias de etiologías viral, se utilizaron antihistamínicos, antiinflamatorias, e hidratación y, de acuerdo a la entidad patológica con oxígeno, dilatadores y corticoides. En los procesos bacterianos fueron utilizados aminopenicilinas, macrólidos y antiinflamatorios. Los principales signos y síntomas de IRA en este estudio lo constituyeron: fiebre, tos y rinorrea. Las IRA más frecuentemente encontradas correspondieron a rinofaringitis, faringitis, neumonía y otitis media aguda. La neumonía como infecciones respiratorias de las vías inferiores, se trató de acuerdo a su severidad siendo el más utilizado en Plan B (Antibióticos ambulatorio).

Palabras claves: Terapéutica, Infecciones Respiratorias, neumonía, niños.

SUMMARY

Acute respiratory infections (ARI) are the main reason for pediatric consultation, representing about 50% of the causes of assistance to health services, they involved several determinants such as socioeconomic, biological, cultural, nutritional, environmental. Because these so frequent in the pediatric population entities it's timely and appropriate therapeutic management is necessary. In this regard, there are many plans, schemes and therapeutic protocols reason, this descriptive, retrospective was held with the general objective of this research was to: determine the therapeutic management of acute respiratory infections in children under five treated in emergency service of pediatrics at Huaquillas Basic Hospital during the period May-November 2015, as well as knowing the respiratory symptoms for which are consulted; identify the types of acute respiratory infections in the patients studied and define the implementation of management plans pneumonia according to its complexity, the medical records of 90 children who formed the study sample were reviewed.

The results showed that: respiratory infections viral etiologies, antihistamines, antiinflammatory, and hydration were used and, according to the pathological entity with oxygen, dilators and corticosteroids. In bacterial processes they were used aminopenicillins, macrolides and antiinflammatory. The main signs and symptoms of ARI in this study was constituted fever, cough and runny nose. ARI most frequently found were for nasopharyngitis, pharyngitis, pneumonia and acute otitis media. Pneumonia and respiratory infections of the lower airways, was treated according to their severity being the most used in Plan B (ambulatory antibiotics).

Keywords: Therapeutics, respiratory infections, pneumonia, children.

3. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones respiratorias agudas (IRA) son el principal motivo de consulta pediátrica, representando cerca del 50% de las causas de asistencia a los servicios de salud, de ellas un 10% terminan necesitando reevaluación médica en el transcurso de su fase aguda. (Restrepo MD, 2013)

En el tercer Mundo ocurren entre 500 y 900 millones de episodios de IRA al año es decir entre el 20 a 40% del total de hospitalizaciones corresponden al 34% de las muertes en menores de 5 años. (Restrepo MD, 2013)

En el año 2007 en Ecuador la primera causa de morbilidad en niños son las Infecciones Respiratorias Agudas ocupando una tasa de 14% (1'703.803 Habitantes). La prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en menores de 5 años es del 56%, por lo que, en el contexto latinoamericano, la tasa de mortalidad de la niñez del Ecuador se mantiene alta. (Garcés, 2013)

En el Hospital Básico Huaquillas durante el año 2009 se realizaron un número de atenciones de 14.780 en el área de emergencia el 50% fueron casos de IRA ocupando la morbilidad de los niños menores de 5 años. (Orozco, 2010)

Estos antecedentes han permitido desarrollar en diversos lugares del mundo numerosas investigaciones al respecto, sin embargo se planteó como objetivo principal: determinar el manejo terapéutico de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años atendidos en el servicio de emergencia de pediatría en el Hospital Básico Huaquillas durante el periodo mayo-noviembre 2015, como objetivos específicos fueron: conocer la sintomatología respiratoria por la que se consulta en Emergencia; identificar los tipos de infecciones respiratorias agudas en los pacientes estudiados; definir la ejecución de los planes

de manejo de la neumonía según sea su complejidad: Plan A (medidas de apoyo), Plan B (manejo ambulatorio), Plan C (Hospitalización o Referencia).

En cuanto a sintomatología respiratoria por la que consultaron los pacientes estudiados, se identificaron principalmente fiebre, tos y rinorrea. Respecto a las infecciones respiratorias agudas, las más frecuentemente identificadas en este estudio correspondieron a rinofaringitis, faringitis, otitis media aguda y neumonía.

La neumonía como principal entidad dentro de las infecciones respiratorias de las vías inferiores, se trató de acuerdo a su severidad siendo el más utilizado en plan B que consiste en la utilización de amoxicilina a las dosis terapéuticas más medidas generales.

Estos hallazgos nos permiten identificar que el tratamiento aplicado a los pacientes se ajusta a las normativas vigentes, además, la sintomatología de las IRA, así como la frecuencia de las mismas son concordantes a la literatura.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS

4.1.1 Enfermedades Respiratorias Agudas

Se define la enfermedad respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos, micóticas, parasitarios 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. (Galeón, 2016)

El niño desarrolla entre tres a siete infecciones del aparato respiratorio superior cada año que, dependiendo de la intensidad y el compromiso del estado general, pueden ser leves, moderados o graves, siendo estas últimas responsables de una mortalidad importante en lactantes y menores de cinco años. (Galeón, 2016)

Factores relacionados con la infección respiratoria aguda

- Variación climática: con aparición epidémica en las épocas de mayor humedad
- Desnutrición.
- Contaminación del medio ambiente.
- Uso inadecuado de antibióticos y automedicación.
- Factores intrínsecos del huésped.
- Sexo y edad: parecen ser más frecuentes en los varones.

Falta de alimentación materna. (Garcés, 2013)

4.2 CLASIFICACIÓN DE IRA

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), las IRA se pueden clasificar en función de su localización en:

4.2.1 IRA ALTA

A. Rinofaringitis

B. Faringitis

C. Otitis media aguda

D. Sinusitis

E. Laringitis

4.2.2 IRA BAJA

A. Neumonía

B. Bronquitis

C. Crup

D. Bronquiolitis

El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversa. (Salud, 2015)

4.3 Resfriado Común (Rinofaringitis Aguda)

El resfriado común es una enfermedad viral aguda, autolimitada, de carácter benigno, transmisible llamado también «catarro común», «resfrío», «Rinofaringitis» o «nasofaringitis», aunque en algunos casos estos términos resultan inapropiados pues no siempre el resfriado común compromete la faringe; constituye el 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores. (Álvarez, C. 2010)

Su etiología es predominantemente viral, encontrándose ocasionalmente agentes bacterianos, en forma secundaria, en casos de complicación. Los agentes más importantes son los rinovirus, el coronavirus y el virus respiratorio sincitial (VRS). Los niños presentan como promedio de 5 a 8 infecciones al año, con una incidencia máxima en el menor de 2 a 3 años. (De la Flor, 2012)

El resfriado está presente en todo el año, el rinovirus predomina en otoño y primavera; VRS aumenta a mitad del invierno; Coronavirus aumenta al final del invierno y primavera. (De la Flor, 2012)

El rinovirus se transmite por contacto directo con secreciones nasales infectadas. El virus sobrevive en las manos hasta 2 horas y varios días en superficies inanimadas; de ahí, la importancia del lavado frecuente de manos para disminuir la cadena de transmisión. Ésta también se produce por inhalación de partículas a partir de gotitas de flügge, común en otros virus respiratorios. Los virus ejercen un efecto tóxico sobre los mecanismos de aclaramiento mucociliar, provocando destrucción de cilios de hasta 6 semanas de duración. La enfermedad tiene un periodo de incubación de 2 a 5 días. La eliminación del virus es máxima entre los 2 y 7 días, pero puede durar hasta 2 semanas (Gavilanes, 2015)

Clínica

Los signos y síntomas más frecuentes:

- Odinofagia.
- Rinorrea de intensidad variable, inicialmente acuosa y, progresivamente, espesa por la infiltración neutrófilica.
- Obstrucción nasal, síntoma predominante en lactantes, muy especialmente en menores de 3 meses.
- Tos, inicialmente no productiva, que interfiere con la alimentación y el descanso, y posteriormente acompañada de expectoración, cuanto mayor sea el niño.
- Estornudos, lagrimeo y conjuntivitis.
- Fiebre, más frecuente en niños entre 3 meses y 3 años.

Diagnóstico diferencial deberá establecerse con las otras causas de rinitis:

- Rinitis alérgica: presenta predominio de rinorrea acuosa, prurito nasal y estornudos sobre la obstrucción. No cursa con fiebre. La tos no es habitual, responde a los antihistamínicos y a los corticoides nasales
- Rinitis persistente del recién nacido: es un cuadro de obstrucción nasal permanente, de causa desconocida.
- Rinitis neutrófilica: si el resfriado no mejora en 10 días, suele producirse sobreinfección bacteriana de moco, con infiltrado neutrófilo. Este infiltrado puede aparecer antes de 10 días y no siempre se acompaña de sobreinfección.
- Rinitis vasomotora: es un cuadro de obstrucción nasal intermitente que sólo responde parcialmente a corticoides aeronasales. (Feigin RD, 2010)

CUADRO N° 1

CLASIFICACIÓN DE LA RINOFARINGITIS

Rinofaringitis causada por Infección Viral	**Rinofaringitis causada por Infección Bacteriana**
• Frecuente en lactantes y preescolares. • No hay adenitis (ganglios) palpables. • Duración de 3 a 4 días por lo que no debe tratarse con antibióticos. • No hay alteraciones en el número de células de defensa (glóbulos blancos).	• Frecuente en escolares y adolescentes. • Se palpan ganglios dolorosos en el cuello. • Duración de más de 7 días por lo que debe tratarse con antibióticos. • Usualmente se produce luego de la infección viral. • Se observan manchitas punteadas de color marrón en el paladar o cielo de la boca.

Tomado de: Álvarez, C. (2010). Rinitis alérgica en el niño y sus comorbilidades. *Pediatric Esp.*, 68: 6-12.

4.4 Sinusitis Aguda

Definimos la sinusitis como la inflamación de uno o más senos paranasales asociada habitualmente a la inflamación de la mucosa nasal (rinosinusitis).

Se clasifica según la duración de los síntomas o recurrencia en:

- **Aguda:** síntomas de < 30 días
- **Subaguda:** síntomas entre 30 y 90 días
- **Recurrente:** 3 episodios agudos de 10 días en un periodo de 6 meses o 4 episodios en un periodo de 12 meses.
- **Crónica:** síntomas de inflamación ≥90 días

La etiopatogenia de la sinusitis bacteriana: etiología y microbiología; las infecciones víricas predisponen al desarrollo de la sinusitis bacteriana en un 80% de los casos, mientras que el componente alérgico es significativo en el 20% restante. (Miranda, 2012)

La microbiología de la Sinusitis Bacteriana Aguda (SBA) es similar a la de la otitis media aguda, así como sus resistencias. Los principales gérmenes implicados son: Streptococcus Pneumoniae 30%, Haemophilus Influenzae 30% y Moraxella catharralis 10%, ocupando un lugar muy secundario Streptococcus pyogenes, Staphylococcus Aureus y gérmenes Gram negativos. El diagnóstico de la SBA en pediatría es fundamentalmente clínico y se basa en la presencia de síntomas respiratorios altos más persistentes o más severos que los esperables en un catarro no complicado. (Venekamp RP, 2011)

Clínica

Nos podemos encontrar ante 3 situaciones clínicas que nos hacen sospechar SBA:

- **Persistencia:** síntomas catarrales leves (rinorrea, tos diurna) que no han comenzado a mejorar tras 10 días de enfermedad. (Chow AW, 2012)

- **Gravedad:** concurrencia de fiebre elevada (≥39ºC), rinorrea y afectación del estado general durante más de 3 días. La cefalea y el dolor facial están presentes sólo en un tercio de los niños y es poco frecuente en los más pequeños. (Chow AW, 2012)

- **Empeoramiento:** los síntomas iniciales son los de una infección de vías respiratorias altas sin complicar y cuando el paciente parece estar recuperándose, hacia el sexto o séptimo día, sufre un súbito agravamiento de los síntomas: aumento de la rinorrea, tos y aparición o reaparición de la fiebre. (Guarch Ibañez B, 2011)

CUADRO N°2

CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SINUSITIS AGUDA

Síntomas mayores	**Síntomas menores**
Descarga anterior nasal purulenta	Cefalea
Descarga nasal posterior purulenta o incolora	Otalgia
Congestión nasal u obstrucción	halitosis
Congestión facial	Dolor dental
Dolor facial	Tos
Hiposmia o anosmia	Fiebre (rinosinusitis subaguda)
Fiebre	Fatiga

Se diagnostica con al menos dos síntomas mayores o uno mayor y dos síntomas menores.

Tomado de: Epidemiológica, D. (2011). *Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas.* Argentina: Guias-Med: 2da Edición,pág:20

Diagnóstico

Historia Clínica y Exploración física

Los cultivos de secreción nasal o exudado faríngeo no tienen correlación con el cultivo de exudado sinusal por lo que no deben realizarse. **La punción y aspiración directa del seno** es el patrón oro diagnóstico, pero sólo está indicada en casos graves atendidos en el ámbito hospitalario: enfermedad grave con aspecto tóxico, inmunodeficiencias y complicaciones supurativas intracraneales. (Liburukia, 2011)

La realización de radiografías: El estudio radiográfico indicado es serie de senos paranasales (Cadwell, Watters y lateral de cuello), la radiografía anormal no distingue entre causa viral, bacteriana u otra; los resultados deben correlacionarse con los hallazgos clínicos. Ante la sospecha de complicaciones o falta de respuesta al tratamiento el paciente debe referirse al siguiente nivel de atención para estudios complementarios como la tomografía computarizada (Casey JR, 2010)

4.5 Faringitis

La faringitis es la inflamación, generalmente debida a infección, de las membranas mucosas de la garganta. Es un diagnóstico sobreutilizado en Atención Primaria (AP), al catalogar así, en muchas ocasiones, un resfriado común, simplemente por la visualización de una faringe congestiva. Si bien hay faringitis en cualquier infección de vías altas y en muchas de vías inferiores, nos referiremos en este apartado a la “faringitis” en sentido estricto, como la infección viral o bacteriana circunscrita a la faringe. A efectos prácticos, es muy útil diferenciar las faringitis que se producen en cuadros con participación nasal, generalmente de etiología

vírica, de las faringitis en las que no hay sintomatología nasal, y en las que la etiología puede ser bacteriana.

Etiología

La mayor parte de las faringitis son víricas (65-80%) y tienen un predominio estacional (otoño-invierno). El Estreptococo Betahemolítico del Grupo A (EBHGA, Streptococcus pyogenes) es el agente bacteriano predominante; si bien, salvo en periodos epidémicos, en los que puede ser causa de un 30% de episodios, no origina más de un 15% del total de infecciones, predominando al final del invierno y principio de primavera. Muchos otros agentes bacterianos se han relacionado con la faringitis, pero sólo Mycoplasma pneumoniae y posiblemente Chlamydia pneumoniae parecen tener algún papel secundario como agentes etiológicos en faringitis pediátrica, especialmente en casos recurrentes. En la actualidad, parece que asistimos a una recrudescencia de la patogenicidad del EBHGA, posiblemente debida a que, con la gran disminución de la fiebre reumática, los pediatras hemos reducido la clásica agresividad terapéutica frente a faringitis.

Clínica

Faringitis víricas La faringitis vírica inespecífica es aquella en la que la clínica no permite orientar el diagnóstico etiológico. En otras ocasiones, el cuadro clínico es muy sugestivo de infecciones específicas:

- Puede acompañarse de exantema inespecífico, tener aspecto normal, eritema normal, fiebre <38.5°. (Gavilanes, 2015)

Faringitis bacterianas: La faringitis estreptocócica es la causa más frecuente de faringitis bacteriana, pero no causa más de un 15% de todos los casos de fiebre y faringodinia. Los cuadros más frecuentes son: faringitis, impétigo (cepas potencialmente nefritógenas, pero no

reumatógenas), escarlatina, celulitis y celulitis perianal. La faringitis por EBHGA tiene un periodo de incubación de 2-5 días y un inicio brusco, con fiebre alta, frecuentemente superior a 39°. (Power, 2012)

La faringodinia es intensa y puede preceder a la aparición de la fiebre y de los signos inflamatorios faríngeos, lo que dificulta enormemente el diagnóstico, pero tiene un alto valor predictivo en niños con faringitis estreptocócica recurrente. Las adenopatías tonsilares pueden ser de gran tamaño. La faringe suele presentar marcada hiperemia, con afectación variable de las amígdalas que, frecuentemente, presentan un exudado blanquecino, que no es patognomónico de infección bacteriana. Es frecuente que la úvula participe de la inflamación. Sin embargo, la presencia de una uvulitis circunscrita, con gran tumefacción, fiebre alta y mal estado general, en niños menores de 3 años no correctamente inmunizados, debe hacernos sospechar la posibilidad de infección por Haemophillus influenzae invasivo (Hib), y derivar al niño al hospital para descartar meningitis. En la actualidad en nuestro medio, con coberturas vacunales frente a Hib casi universales, una uvulitis es muy sugestiva de infección estreptocócica. (Power, 2012)

CUADRO N° 3

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA FARINGITIS VÍRICA

Adenovirus:

- Faringitis exudativa
- Fiebre faringoconjuntival

Enterovirus:

- Herpangina
- Fiebre faringonodular
- Boca mano pie

Virus herpes simple

Epstein-Barr (Mononucleosis infecciosa)

Virus de la inmunodeficiencia humana (síndrome retroviral agudo)

Tomado de: Power, A. (2012). HARRISON. En *Enfermedades del aparato respiratorio* (pág. 1619). New York: Mc GRAW HILL 18va Edición.

Otras formas clínicas de faringitis

• Escarlatina: en la actualidad, se presenta con clínica poco florida, incluso en ocasiones sin fiebre. Estos exantemas escarlatiniformes con clínica atípica presentan frecuentemente frotis faríngeo positivo; por lo que, en ausencia de pruebas objetivas, se recomienda su tratamiento específico. Es producida por la toxina pirogénica (anteriormente conocida como eritrogénica) del EBHGA, de la que existen 3 clases: A (la más frecuente), B y C, con desarrollo de inmunidad específica. Un niño puede presentar, por tanto, hasta 3 episodios de escarlatina. Es rara en lactantes, probablemente por la acción protectora de anticuerpos transplacentarios contra la toxina pirogénica. Complicaciones Disminuyeron radicalmente con la generalización de los antibióticos, pero en la actualidad estamos asistiendo a un aumento de las mismas.

La Academia Americana de Pediatría define como faringitis de repetición la presencia de 7 infecciones documentadas con pruebas objetivas en un año, o 5 anuales en dos años consecutivos, o 3 anuales en 3 años consecutivos. Si confirmamos un estado de portador de EBHGA en niños con faringitis de repetición, y valoramos la necesidad de su erradicación, el tratamiento recomendado es la clindamicina, 20 mg/kg/día en 3 dosis, durante 10 días (máximo 1,8 g/día). El niño con faringitis estreptocócicas de repetición, sea o no portador, puede beneficiarse en casos seleccionados de un estudio de portadores familiar, con el tratamiento de erradicación de los contactos identificados, que puntualmente puede ser la solución definitiva. No puede concluirse un capítulo de faringitis sin referirse a la amigdalectomía. Las indicaciones actuales se han reducido a casos de hipertrofia severa que dificulte la respiración (causa fundamental de la apnea obstructiva del sueño, que, en la actualidad, puede confirmarse con estudios de polisomnografía) o faringitis de repetición, con infecciones de frecuencia y severidad tales que lleguen a afectar seriamente a la vida normal del niño. En todo caso, hay que individualizar al niño, recordar que a medida que crezca se irán reduciendo los ataques y conocer que no se ha demostrado concluyentemente que la extirpación de las amígdalas reduzca el número de ataques a largo plazo, dificultando en cambio el diagnóstico. Recientes estudios han demostrado que algunos niños candidatos a la cirugía por hipertrofia severa presentan sobrecrecimiento amigdalar de Haemophilus influenzae productor de betalactamasa. (Torres, 2014)

En la actualidad, parece desplazarse hacia edades más precoces. No es excepcional la infección estreptocócica del niño pequeño e incluso del lactante, que no se manifiesta en forma de faringitis sino de un cuadro llamado fiebre estreptocócica infantil o estreptococosis, de difícil reconocimiento, que se manifiesta en el niño de menos de 6 meses por fiebre inferior a 39°, hiperemia faríngea y rinorrea mucoserosa, con impetiginización de las narinas, que se diagnostica habitualmente como resfriado común, y en el niño de 6 meses a 3 años con fiebre

inferior a 39,5°, rinorrea, hiperemia faríngea y mayor afectación del estado general, con vómitos, anorexia y adenopatías, cuadro que se presenta con carácter intermitente durante 4-8 semanas. (Torres, 2014)

Criterios suplementarios:

1. S. pyogenes en el medio ambiente
2. Paroniquia
3. Impétigo
4. Lengua en frambuesa
5. Rash escalatiforme

(Toledano, 2015)

Diagnóstico

El cultivo de frotis faríngeo es el patrón oro del diagnóstico de la faringitis estreptocócica, pero su resultado diferido le resta utilidad práctica en nuestra cultura asistencial. Cuando evaluamos a un niño con faringitis aguda, debemos valorar cuidadosamente los aspectos clínicos y epidemiológicos antes de practicar un test diagnóstico. Si van en contra de la etiología estreptocócica, la baja probabilidad de un resultado positivo que, además, posiblemente reflejaría un estado de portador (15% de niños en edad escolar), y la escasa incidencia actual de fiebre reumática (FR) y otras complicaciones graves secundarias a la infección por Streptococcus pyogenes en nuestro medio. Los test de diagnóstico rápido son, en la actualidad, más económicos que el cultivo tradicional del frotis faríngeo en agar sangre de oveja y, además, ofrecen una rapidez que permite reducir la diseminación del EBHGA y favorecer la incorporación rápida del niño a su actividad normal, factores ambos que, aunque más difíciles de cuantificar que el coste del test, tienen un impacto económico indudable.

Además, detectan antígeno estreptocócico hasta 48 horas después de iniciado el tratamiento antibióticoterapia, lo que permite suspender en este plazo tratamientos incorrectos previos administrados empíricamente.

Frente a la sospecha clínica, debe realizarse la confirmación etiológica mediante el cultivo faríngeo y/o prueba de detección rápida de antígenos.

Los objetivos de un diagnóstico rápido y adecuado son:

- Prevenir la fiebre reumática
- Prevenir las complicaciones supurativas (mastoiditis, absceso retrofaríngeo, linfadenitis cervical, etc.)
- Mejorar los síntomas y signos clínicos
- Reducir la transmisión a los contactos cercanos
- Minimizar los potenciales efectos adversos derivados del uso inadecuado de antimicrobianos. . (Torres, 2014)

CUADRO N° 4

DIAGNÓSTICO DE FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA. SCORE DE CENTOR MODIFICADO POR MC ISAAC

Síntomas y signos	**Puntos**
Fiebre > a 38°	1
Ausencia de tos	1
Adenopatía cervical anterior sensible	1
Inflamación y/o exudado amigdalino	1
Menor a 5 años	1

1 de 5 criterios diagnósticos o presencia simultánea de tos, coriza o ronquera: PROBABLE infección viral.

>2 de 5 criterios diagnósticos: PROBABLE infección bacteriana.

Prueba de Strep. A

Negativo: no tratamiento antibiótico.

Positivo: tratamiento antibiótico; penicilina V.

Tomado de: Toledano, P. (Enero de 2015). *Utilidada de datos clinicos y test de diagnostico rapido en la identificacion de etiologia bacteriana en infecciones respiratorias del adulto.* Obtenido de Medwave:Revision Clinica: http://www.medwave.cl.

4.6 Laringitis Aguda

La laringitis es un proceso frecuente. Los virus causan la mayor parte de los casos; la difteria es una excepción, pero es muy infrecuente en los países desarrollados. El debut suele corresponderse con una infección respiratoria alta con dolor de garganta, tos y ronquera. La enfermedad habitualmente leve y la dificultad respiratoria es rara, salvo en los lactantes pequeños. La ronquera y la afonía pueden resultar desproporcionadas a los síntomas sistémicos. La exploración física es poco llamativa y sólo muestra inflamación de la faringe. La laringoscopia muestra edema inflamatorio de las cuerdas vocales y del tejido subglótico. La obstrucción se localiza sobre todo a nivel subglótico. (Callén, 2014)

Etiología: La laringitis puede ser un síntoma de resfriado, gripe, bronquitis, sinusitis y otras infecciones respiratorias o alergias. La laringitis aguda normalmente la causa un virus, pero también puede ser resultado de una infección bacteriana. (Callén, 2014)

Clínica:

Los síntomas de laringitis aguda y crónica incluyen: voz baja, rasposa y ronquera una tos seca garganta que se siente seca poco dolor o ninguno una voz que se debilita conforme avanza el día. A veces puede perder la voz por completo. (Callén, 2014)

4.7 Otitis media aguda

Definición

Infección del oído medio causado por bacterias o virus.

Síntomas y hallazgos

Durante los primeros días son habituales otalgia, fiebre, malestar, irritabilidad e insomnio. Estos síntomas pueden acompañarse de fiebre. La secreción del oído indica que la membrana timpánica se ha perforado.

La otitis aguda generalmente afecta a los niños y en la mayoría de los casos, a niños menores de 2 años.

En pacientes con otitis media aguda se hallan virus en el oído medio en un 30-50% de los pacientes y bacterias en un 50-70%.

Los virus más frecuentes son el virus respiratorio Sincitial y el virus influenza.

Las bacterias predominantes son neumococos, estreptococos del grupo A, H. influenzae y Moraxella catarrhalis. (Casey JR, 2010)

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la historia clínica y la exploración física incluyendo una otoscopia. La otalgia presenta un valor predictivo positivo alto para el diagnóstico de la otitis aguda, en particular entre los niños menores de 2 años. El hallazgo de una membrana timpánica abultada es apoyo firme para este diagnóstico.

La movilidad de la membrana timpánica puede valorarse con una otoscopia neumática o una timpanometría para poder establecer si hay líquido en el oído medio. Una membrana timpánica móvil sugiere que hay aire en el oído medio y apoya la ausencia de infección. (Torres, 2014)

4.8 INFECCIONES DEL TRATO RESPIRATORIO BAJO

4.8.1 Bronquitis aguda

Definición: Es una inflamación de los bronquios, que afecta principalmente a los bronquios de gran tamaño y a la tráquea, también se la llame tráqueobronquitis.

Etiología

Agentes virales: Virus influenza, Parainfluenza, Sincitial respiratorio

Agentes bacterianos: Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae y pyogenes.

Bacterias atípicas: Mycoplasma y Chlamydia pneumoniae. (Onmeda, 2012)

Síntomas y hallazgos

- Los síntomas se caracterizan por una tos seca o productiva, posiblemente acompañada de fiebre.
- La tos puede durar entre 4 y 6 semanas.
- Se pueden auscultar roncus.

Diagnóstico

La mayoría de los casos son virales, pero pueden observarse sobreinfecciones por bacterias en pacientes con síntomas duraderos.

Puede ser de ayuda la determinación de PCR para distinguir la bronquitis de la neumonía. (Onmeda, 2012)

4.8.2 Bronquiolitis

Inflamación difusa aguda de las vías aéreas inferiores, de naturaleza infecciosa, expresado clínicamente por obstrucción de la vía aérea pequeña. Cada año alrededor del 10% de los lactantes tienen bronquiolitis. El pico se produce entre los dos - seis meses de edad. El 2-5% de los casos en niños menores de 12 meses requiere hospitalización y entre el 50-70%, según las series, de los niños con bronquiolitis, tendrán episodios de sibilancias recurrentes en los

meses o años posteriores. La morbimortalidad aumenta en niños con antecedente de prematuridad, muy pequeños o con factores de riesgo.

El Virus Sincitial respiratorio (VSR) es responsable de cerca del 80% de los casos. Otros agentes causantes incluyen Metapneumovirus humano, Rinovirus, Adenovirus (comúnmente seguido de secuelas serias como bronquiolitis obliterante), Virus de influenza y parainfluenza y enterovirus.

Clínica: caracterizada por fiebre, secreción nasal, tos sibilante y disnea. A la auscultación se encuentran estertores crepitantes inspiratorios finos y/o sibilancias espiratorias.

Signos de alarma No se alimenta, no duerme bien, Fiebre de 39ºC o más, decaimiento o letargia y deshidratación

4.8.3 Bronconeumonía

La bronconeumonía es un tipo de neumonía. Es la inflamación de los pulmones ocasionada por una infección por virus, bacterias u hongos. La infección provoca la inflamación de los alvéolos (también llamados sacos alveolares) en los pulmones, que se llenan de pus o líquido. (Nieto, 2012, p.1).

Clínica

- Fiebre (temperatura por encima de 37.5˚C)
- Obstrucción nasal
- Tos
- Dificultades para tragar
- Respiración acelerada

- Dificultades para respirar
- Sibilancias

Detención de la respiración (conocida como “apnea”) (Bupa, 2016)

Medios de Diagnóstico: historia clínica y examen físico, algunos de esos exámenes consisten en: Colocar un oxímetro de pulso en el pie o en un dedo del pie del niño para medir el oxígeno que tiene en la sangre Tomar una muestra de secreción de la nariz del niño, que puede servir para identificar el virus que ha causado la bronconeumonía. En algunos casos graves o inusuales, los médicos de hospitales pueden recomendar diversos análisis de sangre, análisis de orina y/o radiografías del tórax, tomografía computarizada, cultivo de esputo y broncoscopía. (Bupa, 2016)

4.8.4 Crup

Síndrome infeccioso caracterizado por tos laríngea (más comúnmente referida como «perruna»), estridor inspiratorio y diversos grados de dificultad respiratoria. Las entidades patológicas que se engloban en este síndrome son:

- Laringotraqueobronquitis o crup viral.
- Traqueítis bacteriana o purulenta y
- Epiglotitis.

Laringotraqueobronquitis es la entidad infecciosa de origen viral más frecuente del síndrome y representa la causa casi exclusiva de esta triada sindromática en nuestro medio. La traqueítis bacteriana se convierte en la segunda causa, aunque en mucha menor proporción y por razones aún no bien explicadas; la Epiglotitis, por su parte, es observada en forma casi anecdótica en nuestros centros hospitalarios. Entre los agentes más referenciados se encuentran los virus Parainfluenza tipo 1 y 3 (60% de todos los casos), y menos frecuentemente, otros como Influenzae tipo A, virus Sincitial respiratorio, Parainfluenza tipo 2 y adenovirus. Como causas

poco usuales han sido reportados agentes como Mycoplasma pneumoniae y Rinovirus. (Tamayo, D. C., Mayo de 2015)

Clínica

El período de incubación es de dos a siete días y el antecedente epidemiológico puede sugerirnos el diagnóstico. La enfermedad inicia con dos o tres días de coriza, congestión nasal, estornudos y fiebres, para luego aparecer la triada tos bitonal o perruna, estridor progresivo y diversos grados o no de dificultad respiratoria, que podrán progresar con polipnea, retracciones y cianosis. La fiebre usualmente está presente y varía desde febrículas hasta temperaturas de 40°C.

Diagnóstico

El diagnóstico es esencialmente clínico y se podrá o no confirmar por radiografía lateral de cuello ha sido ampliamente utilizada y su valor, aunque discutido, consiste en que puede poner de manifiesto sobredistensión hipofaríngea, estrechamiento durante la espiración en comparación con la inspiración, cuerdas vocales irregulares y edematizadas y configuración normal de epiglotis. La vista frontal ha sido clásicamente descrita como imagen en «punta de lápiz» de la región.

Traqueítis bacteriana o crup membranoso

Aunque rara, hay datos que sugieren reaparición de esta entidad. A diferencia del crup viral afecta con mayor frecuencia a niños en edad escolar (promedio de 5 años). La patogenia es debida a una infección bacteriana, generalmente Staphylococcus Aureus y Haemophilus influenzae y se caracteriza por la presencia de abundantes membranas y pus en la vía aérea.

El diagnóstico se confirma con la endoscopia puesto que pone de manifiesto la inflamación traqueal con secreciones y adherencias purulentas densas.

Epiglotitis, crup supraglótico o supraglotitis

Diagnóstico Clínico

El estado clínico se caracteriza, además de la triada sindromática, por la ausencia de pródromo y la evolución rápida y tórpida con estado toxico-infeccioso severo, letargia e irritabilidad. Hay fiebre alta y babeo, con incapacidad para hablar y deglutir. Con frecuencia el niño adopta una posición compensatoria denominada en «trípode», en la que apoya los brazos hacia delante y la cabeza hiperextendida hacia atrás.

En la laringoscopia se observará la epiglotis con aspecto de «cereza frambuesa». La radiografía puede mostrar la imagen denominada en «dedo pulgar».

A todo paciente se le colocará una vía aérea fija, de preferencia mediante intubación nasotraqueal, en promedio durará unas 47 horas. La imposibilidad de pasar una cánula nasal obligará a la traqueostomía y a la hospitalización en unidad de cuidados intensivos.

4.8.5 Neumonía

Definición

Es la infección aguda de los alveolos e intersticio pulmonar causada generalmente por virus o bacterias. La enfermedad puede ser amenazante para la vida. La mortalidad de los pacientes que requieren hospitalización entre los adultos es del 5-10%.

La neumonía en la práctica general es más frecuente en pacientes < 5 años.

La causa bacteriana más frecuente de neumonía en adultos es el neumococo, mientras que en niños < 3 años la infección está causada fundamentalmente por virus, en particular por el virus respiratorio Sincitial. (Organizacion Mundial de ls Salud, 2015)

Síntomas y hallazgos

Los síntomas pueden aparecer de forma brusca o desarrollarse gradualmente en varios días e incluye fiebre, tos, expectoración, disnea y un dolor punzante en el tórax.

Signos de alarma en la neumonía

En lactante menor de 2 meses:

- ✓ Respiración rápida: > a 40 respiraciones por minuto
- ✓ Dificultad respiratoria(tiraje)
- ✓ Fiebre
- ✓ Aleteo nasal
- ✓ Quejidos al respirar
- ✓ Estridor en reposo
- ✓ Cianosis

(Gavilanes, 2015)

Diagnóstico

El diagnóstico en atención primaria se basa fundamentalmente en la historia y la exploración física y debe apoyarse por la radiografía de tórax.

Los síntomas graves requieren del tratamiento antibiótico inmediato (sin esperar a los resultados de las pruebas).

Una elevación de la PCR puede apoyar el diagnóstico mientras que una PCR por debajo de 50 mg/l indica que la etiología no es bacteriana.

La PCR no debe nunca anular los hallazgos clínicos.

El diagnóstico de la etiología bacteriana es muy difícil en neumonía, por este motivo se recomienda el hemocultivo a pesar de que la positividad del estudio varía del 10% a 20%. (Miranda, 2012)

4.9 CLASIFICACION DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS POR SU INTENSIDAD SEGÚN CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL PARA ESTABLECER LA PRECENCIA DE NEUMONIA

Niños menores de 2 meses:

- Si tiene algún signo de peligro: no puede beber líquidos, anormalmente somnoliento, presenta convulsiones, estridor en reposo, fiebre o hipotermia, clasifique como **Enfermedad Muy Grave**. El diagnóstico puede ser sepsis, meningoencefalitis o crup con dificultad respiratoria. (Organizacion Mundial de ls Salud, 2015)
- Si tiene tiraje **o** respiración rápida, clasifique como Neumonía Grave. El diagnóstico puede ser **Neumonía Grave**, bronconeumonía, empiema, absceso pulmonar o bronquiolitis con dificultad respiratoria. (Organizacion Mundial de ls Salud, 2015)
- Si no presentan respiración rápida, ni. tiraje, ni signos de peligro: clasifique como **No Neumonía**. El diagnóstico puede ser Resfrío común, Adenoiditis, Bronquitis, Crup o Bronquiolitis sin dificultad respiratoria. (Organizacion Mundial de ls Salud, 2015)

Niños de 2 meses a 4 años:

- Si tiene algún signo de peligro: no puede beber líquidos, anormalmente somnoliento, presenta convulsiones, estridor en reposo, desnutrición grave, clasifique como **Enfermedad Muy Grave.** El diagnóstico puede ser sepsis, meningoencefalitis, proceso infeccioso generalizado y crup con dificultad respiratoria. (Organizacion Mundial de ls Salud, 2015)
- Si tiene tiraje, clasifique como **Neumonía Grave.** El diagnóstico puede ser Neumonía Grave, bronconeumonía, empiema, absceso pulmonar o bronquiolitis con dificultad respiratoria. (Organizacion Mundial de ls Salud, 2015)
- Si tiene respiración rápida y no presenta tiraje ni sibilancias ni signos de peligro, clasifique como **Neumonía**. El diagnóstico puede ser neumonía, bronquiolitis con dificultad respiratoria. (Organizacion Mundial de ls Salud, 2015)
- Si no tiene respiración rápida, ni tiraje, ni signos de peligro; clasifique como **No Neumonía**. El diagnóstico puede ser Resfrío común, Sinusitis, Faringitis, Adenoiditis, Faringoamigdalitis Purulenta Aguda, Bronquitis, Crup o Bronquiolitis sin dificultad

respiratoria. (Organizacion Mundial de ls Salud, 2015)

4.10 SIGNOS DE PELIGRO PARA REFERENCIA A UN CENTRO HOSPITALARIO

- Estridor en reposo
- Imposibilidad absoluta para lactar o tomar liquidos
- Desnutricion grave
- Convulsiones o alteraciones del estado de conciencia
- Deshidratacion grave sibilancia en menores de 1 año. (Organizacion Mundial de ls Salud, 2015)

4.11 TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

4.11.1 Infecciones respiratorias agudas superiores

Estas infecciones respiratorias agudas superiores, producen pocas muertes en los niños, pero causan secuelas e incapacidades, así como la otitis media causa sordera prevenible en los niños en desarrollo, contribuyendo a problemas en el desarrollo y aprendizaje.

El tratamiento se basa en 4 principales bases:

- Aliviar los síntomas
- Reducir las incidencias de secuelas
- Identificar signos de alarma y así acudir oportunamente al médico.
- Reducir el uso indebido de antibióticos.

4.11.2 Infecciones respiratorias agudas inferiores

La clínica sugiere que un tratamiento oportuno y precoz con antibióticos, logra reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas.

4.12 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

RESFRIADO COMÚN

Tratamiento

El mejor tratamiento del resfriado común es la no prescripción de fármacos. Todos los que se describen a continuación tienen una finalidad puramente sintomática y, en algunos estudios, su eficacia en niños es muy cuestionada. (Terán Dr, R., 2014).

Antitérmicos:

Paracetamol

Niños: dosis 10 - 15 mg/kg de peso, cada 6 horas duración: 3 a 4 días

Ibuprofeno

Niños: dosis 15 mg/kg de peso corporal.

Antihistamínicos:

Cetirizina: Niños de 2-5 años: la dosis inicial recomendada es de 2.5 mg una vez al día. Esta dosis se puede aumentar hasta 5 mg/día administrados en una o dos veces

Loratadina: Niños de menos de 12 años: dosis 5 mg una vez al día duración 5 a 7 días. (PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS, 2012)

Tratamiento de la obstrucción nasal

Tratamiento postural: colocar al lactante de más de 6 meses en decúbito prono o decúbito lateral. El niño mayor debe dormir en posición semisentada (30°).

Lavados nasales el lavado de nariz ejerce una doble función; por un lado, arrastra parte del moco nasal hacia la vía digestiva y, por otro, hidrata el moco, rompe los puentes disulfuro del mismo y facilita su drenaje por la fosa nasal hacia el exterior con cloruro de sodio 0.9%

Vaporterapia:

El mejor método de administrar vapor en lactantes y niños es dentro del cuarto de baño (espacio cerrado y reducido), dejando correr el grifo del agua caliente hasta que se forme vapor espeso. (Feigin RD, 2010)

SINUSITIS AGUDA (RINOSINUSITIS)

El objetivo del tratamiento es doble: aliviar los síntomas y reducir el riesgo de complicaciones.

Medidas Generales:

- Incrementar ingesta de líquidos.
- Mantener la vía respiratoria limpia.
- Las habitaciones deben ventilarse diario.
- Evitar aeroalérgenos.

(Chow AW, 2012)

Medicamentos: Antipiréticos:

- ✓ Paracetamol: 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6 horas
- ✓ Ibuprofeno: 10 mg/kg/dosis cada 6-8 horas mientras hay molestias. (Pediatria, 2014) (Grouzard, 2016)

Antibióticos:

Medicamentos de primera elección

La amoxicilina es la primera línea de tratamiento, como tratamiento ambulatorio. La dosis de 50mg/kg/día administrada en 2-3 dosis. Se recomienda administrar dosis alta de amoxicilina (90 mg/kg/día en 2-3 dosis) (PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS, 2012)

Medicamentos de segunda elección:

Amoxicilina + ácido Clavulánico: Niños 40 mg/kg de amoxicilina, divididos en tres dosis diarios.

Azitromicina: Niños mayores de 28 días 10 mg/kg/día, una sola dosis diaria, durante 3 días. (PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS, 2012)

FARINGITIS/ FARINGOAMIGDALITIS

Tratamiento

El tratamiento antibiótico-terapéutico produce una discreta, pero significativa mejoría clínica, disminuye el periodo de contagio y la reducción es drástica en la frecuencia de complicaciones supurativas y de Fiebre Reumática. La penicilina sigue siendo el tratamiento de primera elección, puesto que su actividad frente a EBHGA es universal.

Benzatina Bencilpenicilina intramuscular (IM)

Niños menores de 30 kg: dosis 600.000 unidades dosis única

La fenoximetilpenicilina (penicilina V) vía oral (VO) durante 10 días, es el tratamiento más recomendable en pediatría, considerando su eficacia, precio, buena tolerancia y espectro limitado. (Grouzard, 2016)

Niños menores de 1 año: 250mg/día dividido en 2 tomas.

Niños de 1 a 5 años: 500 mg/día dividido en 2 tomas.

Amoxicilina VO es una alternativa de tratamiento que ha mejorado mucho el cumplimiento terapéutico.

Niños: 50mg/kg/día divididos en 2 tomas durante 6 días. (Grouzard, 2016)

Los macrólidos se reservan para pacientes alérgicos a la penicilina, están la eritromicina y la azitromicina.

Eritromicina: VO durante 10 días

Niños: 30-50 mg/kg/ día divididos en 2 o 3 tomas.

Azitromicina: VO durante 3 días

Niños: 20 mg / kg / día en una toma sin sobrepasar 500mg/ día. (Grouzard, 2016)

Laringitis aguda

- Prednisona: dosis VO 1 a 2 mg/kg/día en dos dosis, durante 2 días.
- Dexametasona: VO 0,6 mg/kg/dosis Puede repetirse a las 12 horas Si vomita aplicar IM: 0,6 mg/KG/DOSIS única.
- Budesonida: 2-4mg Nebulización única

(PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS, 2012)

En caso de signos de gravedad (estridor en reposo, dificultad respiratoria grave)

- Oxigeno continuado a flujo mínimo de 5 litros/minuto para mantener la saturación entre 94 y 98%
- Hidratar por vía intravenosa(IV)

- Epinefrina (Adrenalina Nebulizada Dosis: 3 ampollas en 3cc de suero fisiológico + Oxigeno humidificado. (Puede repetirse 3 veces cada 15 minutos) Debe permanecer 4 horas en observación luego de la nebulización.)

En caso de sibilantes espiratorios se utiliza salbutamol aerosol 2-3 inhalaciones por cámara de inhalación cada 20 o 30 minutos. (Callén, 2014)

Otitis media aguda

- Una vez sospechada la otitis media aguda se recomienda iniciar tratamiento de primera línea con amoxicilina 80 mg/kg/día cada 12 horas (por 10 días en niños menores de dos años y por siete días en niños mayores de dos años). Se estima que un 90-93% de los pacientes responderá favorablemente al tratamiento con amoxicilina.
- Amoxicilina / Ácido Clavulánico: < 40 kg dosis 45-50 mg/kg/día dividido en 2 tomas por 5 días.
- Azitromicina: niños > de 6 meses dosis 10mg/kg/día en 1 toma durante 3 días
- Eritromicina: 30-50 mg/kg/día dividido en 2 o 3 tomas durante 10 días. (Grouzard, 2016)

Bronquitis

- Medidas generales: antipirético, hidratación
- Lavado nasal con solución salina al 0.9% en 3-4 veces al día
- Amoxicilina VO: Niños100mg/kg/día divididos en 3 tomas durante 5 días. (Onmeda, 2012)

Bronquiolitis

Ambulatoria:

- Lavado nasal con cloruro de sodio al 0.9%, disminuir las veces de lactancia materna para limitar los vómitos.
- Aumentar hidratación en caso de fiebre.

Hospitalización:

- Oxigeno nasal humidificado (1 o 2 litros/ minuto)
- Aspiración suave de las secreciones bucofaríngeas.
- Tratamiento broncodilatador: salbutamol inhalado 2 o 3 pulsaciones por medio de una cámara de inhalación, 2 veces con 30 minutos de intervalo. (Grouzard, 2016)

Bronconeumonía

Hidratación, alimentación acorde a la edad, antipiréticos, terapia broncodilatadora, Oxigenoterapia, Antibióticoterapia Empírico y Antibióticoterapia Adecuado. (Lozoya,J. 2013)

Crup

En caso de signos de gravedad (estridor en reposo, dificultad respiratoria grave)

- Oxigeno continuado a flujo mínimo de 5 litros/minuto para mantener la saturación entre 94 y 98%
- Hidratar por vía intravenosa(IV)
- Dexametasona: VO 0,6 mg/kg/dosis Puede repetirse a las 12 horas Si vomita aplicar IM: 0,6 mg/KG/DOSIS única.
- Epinefrina (Adrenalina Nebulizada Dosis: 3 ampollas en 3cc de suero fisiológico + Oxigeno humidificado. (Puede repetirse 3 veces cada 15 minutos) Debe permanecer 4 horas en observación luego de la nebulización.)

En caso de sibilantes espiratorios se utiliza salbutamol aerosol 2-3 inhalaciones por cámara de inhalación cada 20 o 30 minutos. (Callén, 2014)

Neumonía

De acuerdo a las Guías de Manejo de la Neumonía en niños mayores de tres meses de la IDSA (2011), se sugiere el inicio de amoxicilina vía oral a dosis de 90 mg/kg/día cada 12 horas. La evidencia en este caso apoya una duración de tratamiento de 10 días. (Torres, 2014)

Si hay compromiso del estado general o imagenología desfavorable, es recomendable:

- Hospitalización del paciente más antibiótico intravenoso con ampicilina a dosis de 150 a 200 mg/kg/día cada seis horas. Si luego de 48 a 72 horas la evolución clínica es favorable, puede iniciarse tratamiento oral con amoxicilina a las mismas dosis iniciales hasta completar el tratamiento. (Brage, 2010)

Si la evolución es desfavorable:

- La posibilidad de reemplazar la ampicilina por ceftriaxona intravenosa (50 mg/kg/día en una dosis, descartando el compromiso meníngeo)
- Cloxacilina (100-200 mg/kg/día cada seis horas intravenosas) si existe supuración pleuropulmonar o a clindamicina (hasta 40 mg/kg/día intravenosa) (Brage, 2010)

4.13 TRATAMIENTO GENERALES (NEUMONIA)

4.13.1 PLAN A

Para niño menor a 2 meses

<u>Medidas de apoyo:</u>

- Controlar la temperatura del niño. Evitar la hipotermia.
- Aumentar la frecuencia de la Lactancia Materna.
- Limpiar las secreciones de la nariz.
- Indicar a la madre cuándo debe volver inmediatamente: si se agrava o no mejora o presenta algún signo de alarma.
- Indicar a la madre cuando debe volver a su control.

Medidas terapéuticas:

- ♦ Para la fiebre indicar medios físicos o Acetaminofén 10 – 15 mg/Kg/dosis, máximo de 4 dosis por día.
- ♦ No use antibióticos, excepto si se diagnostica Otitis media, Faringoamigdalitis purulenta aguda, Sinusitis o Adenoiditis.
- ♦ No use antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, ni mucolítico; ya que no han mostrado eficacia.

Control:

- ♦ A los 5 días. (MINSA, 2014)

Niños de 2 meses a 4 años:

<u>Medidas de apoyo:</u>

- Controlar la temperatura del niño.
- Aumentar la ingesta de líquidos.

- Continuar su alimentación.
- Limpiar las secreciones de la nariz.
- Indicar a la madre cuando debe volver inmediatamente: si se agrava o no mejora o presenta algún signo de alarma.
- Indicar a la madre cuando debe volver a su control.

Medidas terapéuticas:

- Para la fiebre indicar medios físicos o Acetaminofén 10 – 15 mg/Kg. /dosis, máximo de 4 dosis por día.
- No use antibióticos.
- No use antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, ni mucolítico; que no mejoran al paciente.

Control:

- A los 5 días.

4.13.2 PLAN B

Para niños de 2m – 4 años:

Tratamiento Ambulatorio

- Antibiótico:
- Amoxicilina 40- 80mg/kg/día dividido en tres diarias, durante 7 días, vía oral

- Trimetroprim 8-10mg/kg/día con sulfametoxazol 40-50mg/kg/día divido en 2 tomas cada 12 horas.
- Incrementar líquidos
- Control de fiebre: acetaminofén 60mg/kg/día, vía oral dividido en cuatro tomas.
- Aseo nasal con solución salina
- En caso de sibilancia: salbutamol jarabe 0.2-0.3 mg/kg/día en tres tomas, vía oral. (Grouzard, 2016)

4.14.3 PLAN C

Para niños menores de 2 meses:

Neumonía Grave o Enfermedad Muy Grave, indique referencia o:

Tratamiento en hospitalización.

Medidas de apoyo

- Soporte hidroelectrolítico y nutricional de acuerdo a edad y peso.
- Oxigenoterapia por Cánula nasal (1 litro/min para menores de 2 meses), si el niño está cianótico, tiene quejido o presenta tiraje grave o frecuencia respiratoria mayor a 60 por minuto. Si el hospital cuenta con medición de gases arteriales o saturación de hemoglobina adecuar la necesidad de oxígeno a la necesidad de estos.
- Evitar el enfriamiento y la hipoglicemia.

Medidas terapéuticas:

- Penicilina G Sódica 50,000UI/Kg, EV o intramuscular más Gentamicina 2.5mg/Kg cada 12 horas para niños menores de 1 semana y cada 8 horas para niños de 1 semana a 2meses,

por 10 días.

- Si hay sibilancia administrar salbutamol: 0.15 mg/kg dosis, vía oral o inhalada o o.1 ml de adrenalina a 1:1000 vía subcutánea.

- Antibiótico menor de 2 meses ampicilina

- Control de fiebre: paracetamol 15mg/kg, vía intravenoso

Control:

A los 2 días después del alta hospital. (MINSA, 2014)

Para niños de 2m – 4 años:

Enfermedad muy grave, indique referencia o:

Tratamiento en hospitalización.

Medidas de apoyo

- Soporte hidroelectrolítico y nutricional de acuerdo a la edad y peso.

- Oxigenoterapia por Cánula nasal (2 litros. para niños de 2 meses a 4 años), si el niño está cianótico, tiene quejido o presenta tiraje grave o frecuencia respiratoria mayor a 60 por minuto. Si el hospital cuenta con medición de gases arteriales o saturación de hemoglobina adecuar la necesidad de oxígeno a la necesidad de estos.

Medidas terapéuticas:

- PRIMERA LÍNEA ampicilina IV 200mg/kg/ día dividido en 3 inyecciones lenta,

durante 10 días más Gentamicina IV 6mg/kg/día en una inyección o IM durante 5 días.

- ALTERNATIVA Penicilina G Sódica 200,000UI/Kg/día, endovenoso o intramuscular, repartidos en 4 dosis más Gentamicina 7.5mg/Kg/día endovenoso o intramuscular, repartidos en 3 dosis, hasta completar por lo menos 10 días de tratamiento. La Penicilina G sódica no se debe mezclar con la Gentamicina, debe ser administrada separadamente.

- Si las penicilinas no están disponibles, las alternativas Ceftriaxona IV lenta o perfusión. Ceftriaxona IM: 50mg/kg/día en una inyección por 10 días.

Control:

- A los 2 días después del alta hospitalaria. (MINSA, 2014)

Para niños de 2m – 4 años:

Neumonía Grave, indique referencia o:

Tratamiento en hospitalización.

Medidas de apoyo

- Soporte hidroelectrolítico y nutricional de acuerdo a la edad y peso.

- Oxigenoterapia por Cánula nasal (2 litros. para niños de 2 meses a 4 años), si el niño está cianótico, tiene quejido o presenta tiraje grave o frecuencia respiratoria mayor a 60 por minuto. Si el hospital cuenta con medición de gases arteriales o saturación de hemoglobina adecuar la necesidad de oxígeno a la necesidad de estos.

Medidas terapéuticas:

- Penicilina G sódica 200,000UI/Kg/día, endovenoso o intramuscular cada 6 horas. Se puede cambiar después de tres días de tratamiento y mejoría, a Penicilina procaínica intramuscular, 50,000 UI/Kg/ repartidos en 4 dosis, hasta completar por lo menos 10 días.

Control:

- A los 2 días después del alta hospitalaria. (MINSA, 2014)

4.14 MEDIDAS PREVENTIVAS

Existen varias medidas de prevención que tienen influencia en la incidencia y severidad de la IRA, estas medidas son:

Inmunización

La inmunización contra el *Haemophilus influenzae (*Hib), el sarampión, difteria y tos ferina administrada de preferencia durante el primer año de vida, según las Normas establecidas, evita o previene la Neumonía primaria (Hib) o secundaria a estas enfermedades inmunoprevenibles.

Nutrición apropiada

La malnutrición es un factor condicionante de la gravedad de la IRA. El niño malnutrido está expuesto a muchos tipos de infecciones que, a su vez, por ser repetidas, condicionan mayor desnutrición cerrando el círculo infección – desnutrición - infección.

Prevenir el bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer (BPN) es un factor condicionante importante para incrementar la frecuencia de la IRA, así como su severidad. El control del embarazo (CPN) puede prevenir este factor.

Lactancia Materna

La LM tiene un efecto protector contra las infecciones respiratorias serias como Bronquiolitis, Neumonía, especialmente durante los primeros 6 meses de vida. El uso de fórmulas artificiales

y el destete temprano pueden incrementar la frecuencia y severidad de la IRA. Por tanto, fomentar la LM es una estratega importante para el control de la IRA.

Prevención del enfriamiento

Los lactantes muy pequeños, sobretodo los menores de 2 meses pierden calor con mucha rapidez. Una de las maneras más importantes para evitar que la IRA se complique, es mantener seco y abrigado al niño. Lo ideal es que se mantenga al niño pegado al cuerpo de la madre, especialmente si el niño es prematuro o de bajo peso.

Control del ambiente doméstico

El humo de tabaco, leña, combustible, etc., que contaminan el aire doméstico, influyan desfavorablemente en la evolución de los casos de IRA. Hay que evitar estas condiciones a través del control del tabaquismo y la educación para disminuir la contaminación del aire doméstico.

Evite el hacinamiento: El hacinamiento es un factor que condiciona las IRA (MINSA, 2014)

5. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo cuyos objetivos fueron determinar el manejo terapéutico de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años atendidos en el servicio de emergencia de pediatría en el Hospital Básico Huaquillas durante el periodo mayo-noviembre 2015, como objetivos específicos fueron: conocer la sintomatología respiratoria por la que se consulta en Emergencia; identificar los tipos de infecciones respiratorias agudas en los pacientes estudiados; definir la ejecución de los planes de manejo de la neumonía según sea su complejidad: Plan A (medidas de apoyo), Plan B (manejo ambulatorio), Plan C (Hospitalización o Referencia).

Universo y muestra: Fueron 90 historias clínicas de pacientes menores de cinco años de edad atendidos en el servicio de emergencia de pediatría del Hospital Básico Huaquillas durante el periodo mayo-noviembre del 2015.

Criterios de Inclusión: Niños menores de cinco años atendidos en el servicio de emergencia pediátrica con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda.

Criterios de Exclusión: Niños mayores de cinco años, Niños que presenten malformaciones congénitas mayores y en quienes tengan síntomas respiratorios se deban a patologías crónicas de base.

5.1 Procedimiento:

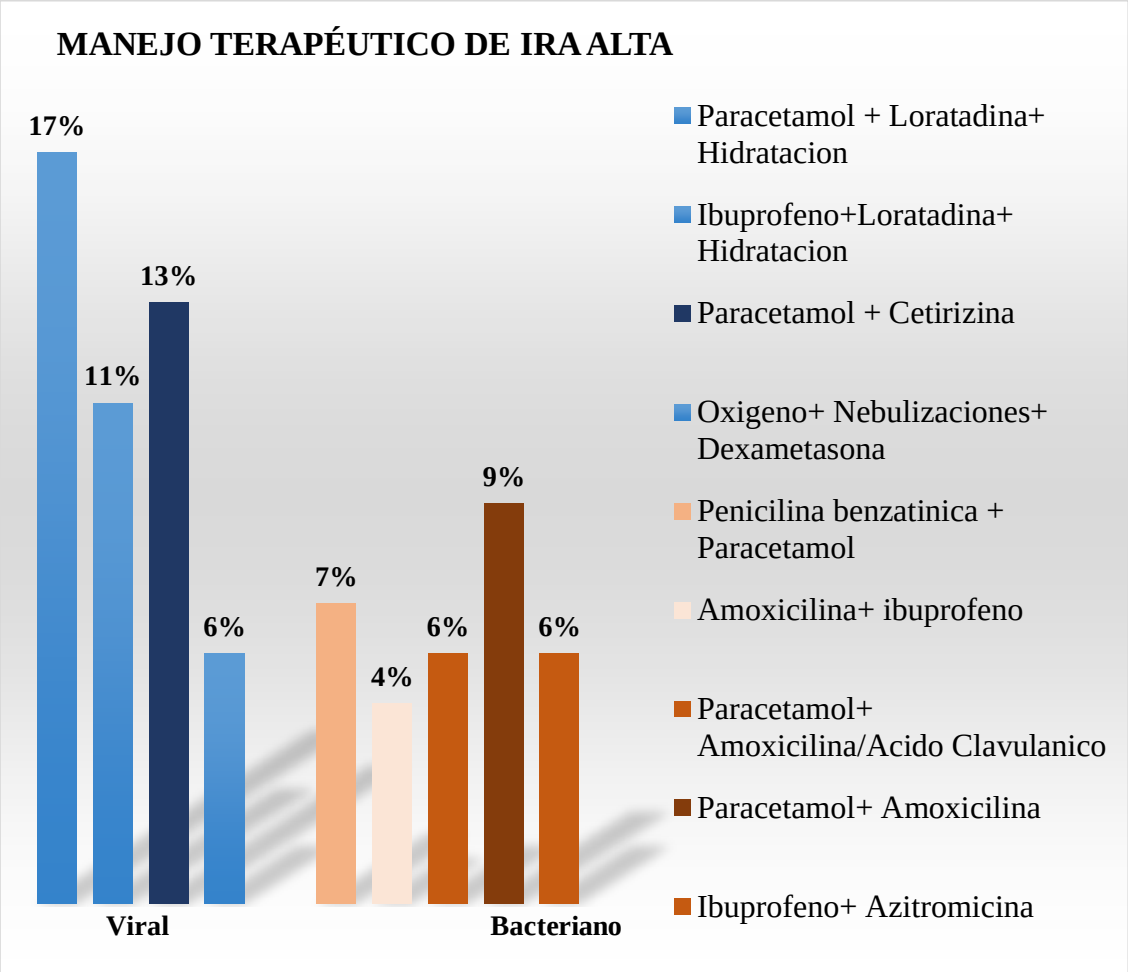
Se procedió a solicitar autorización para la ejecución del trabajo en el Hospital Básico Huaquillas (ANEXO 1). Posteriormente se analizaron las historias clínicas de la muestra con el propósito de obtener información acerca de las variables estudiadas, utilizando como instrumento la hoja de recolección de datos previamente diseñado por la autora (ANEXO 2).

Los resultados obtenidos se procesaron en el programa Excel 2010, con ellos se presentaron los resultados en tablas y gráficos, así mismo se analizan los hallazgos de este y otros estudios para poner a consideración las conclusiones y recomendaciones planteada.

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICO N°1

MANEJO TERAPÉUTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) ALTA NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS - HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS - PERIODO MAYO-NOVIEMBRE 2015



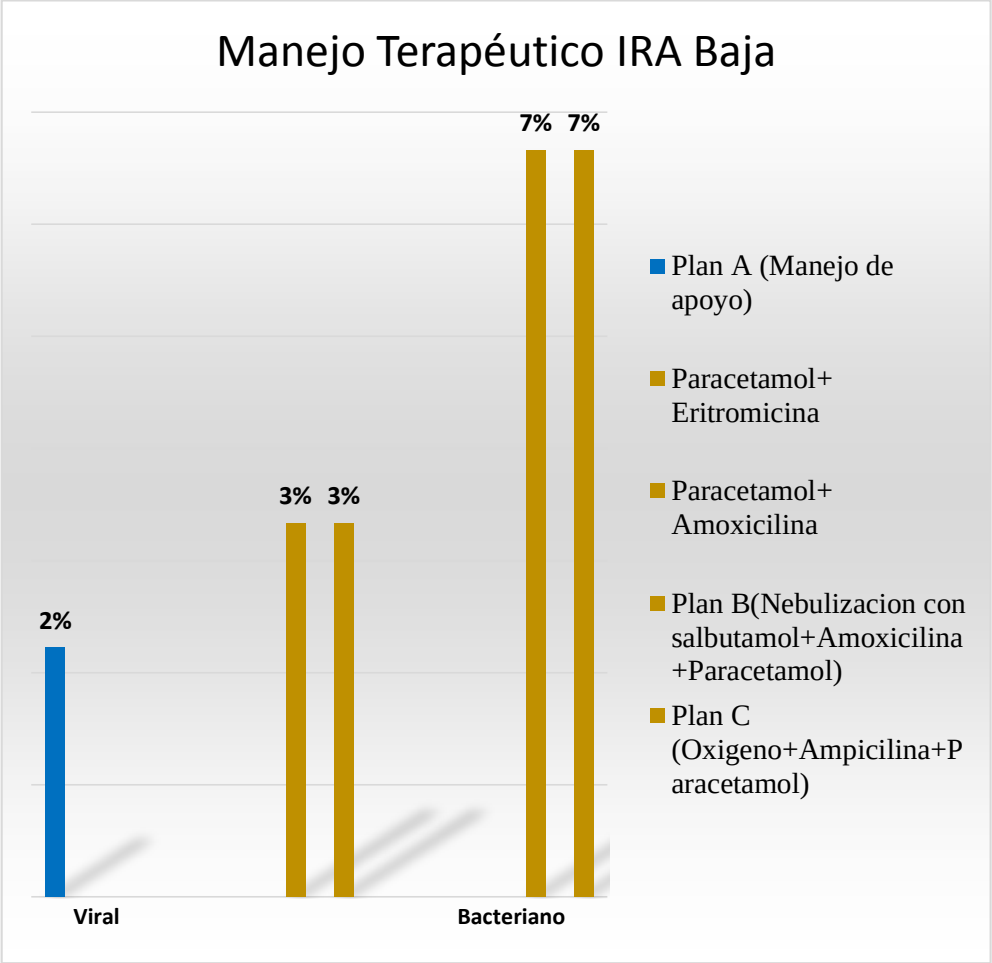
Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Juleyssi Ruiz Godos

Las infecciones respiratorias altas de etiología viral se manejaron con medidas generales antiinflamatorios y antihistamínicos, mientras que las bacterianas justificaron el uso de aminopenicilinas y macrólidos.

GRÁFICO N°2

MANEJO TERAPÉUTICO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) BAJA EN LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS - HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS - PERIODO MAYO-NOVIEMBRE 2015



Fuente: Hoja de recolección de datos.

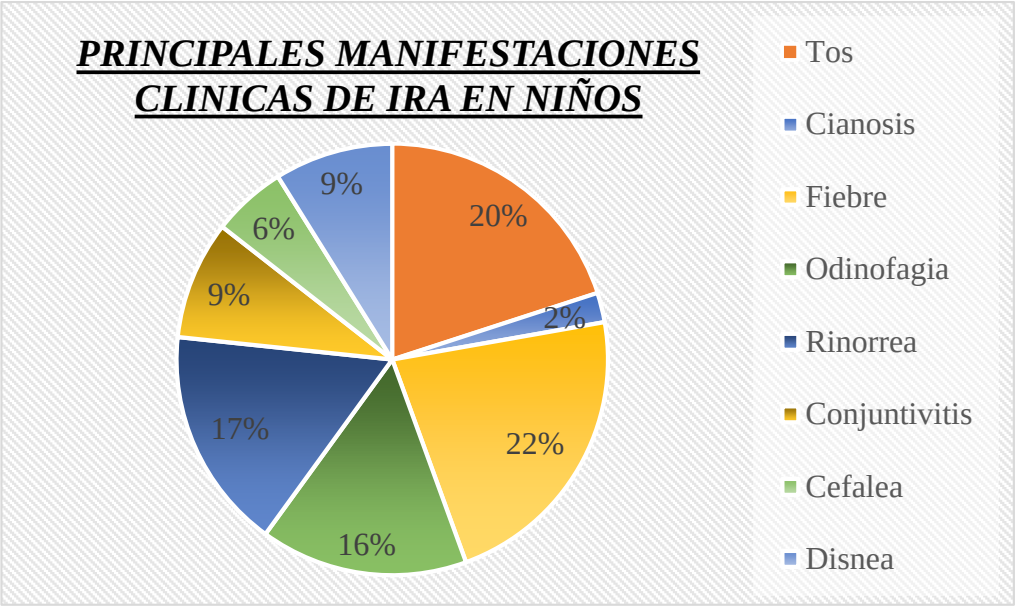
Elaborado por: Juleyssi Ruiz Godos

Las infecciones respiratorias bajas de etiología viral se manejaron con medidas generales antiinflamatorios; mientras que las bacterianas justificaron el uso de aminopenicilinas y macrólidos.

.

GRÁFICO N°3

PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLINICAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS - HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS – MAYO - NOVIEMBRE DEL 2015



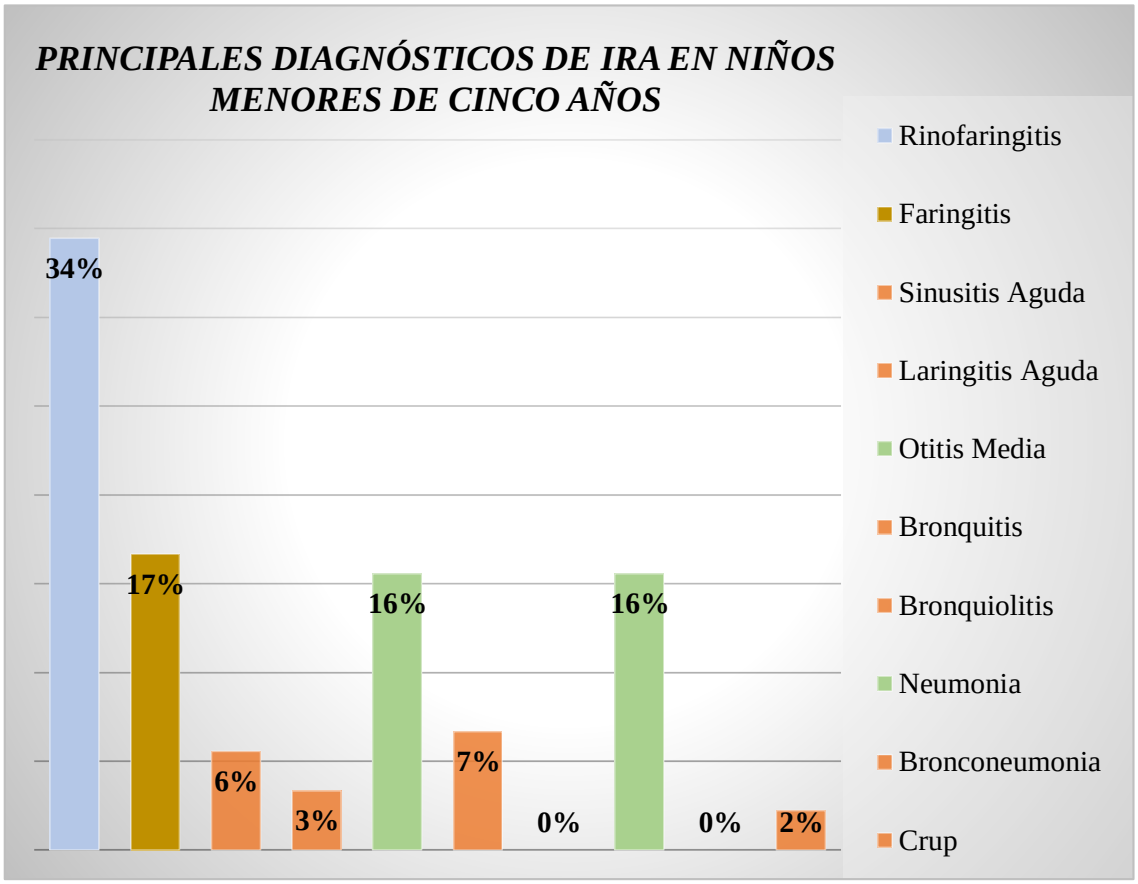
Fuente: Hoja de recolección de datos.

Elaborado: Juleyssi Ruiz Godos

Las manifestaciones clínicas más relevantes fueron fiebre, tos, rinorrea. La cianosis, aunque es un signo llamativo en la presentación de enfermedad respiratoria, en este estudio no se evidencio de forma significativa.

GRÁFICO N°4

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS- HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS - MAYO-NOVIEMBRE 2015



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Elaborado: Juleyssi Ruiz Godos

La rinofaringitis, faringitis, y otitis media aguda fueron las más frecuentes patologías de vías respiratorias altas, mientras que del tracto respiratorio inferior la neumonía.

GRÁFICO N°5

EL PLAN A EN EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS-HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS - PERIODO MAYO-NOVIEMBRE 2015.

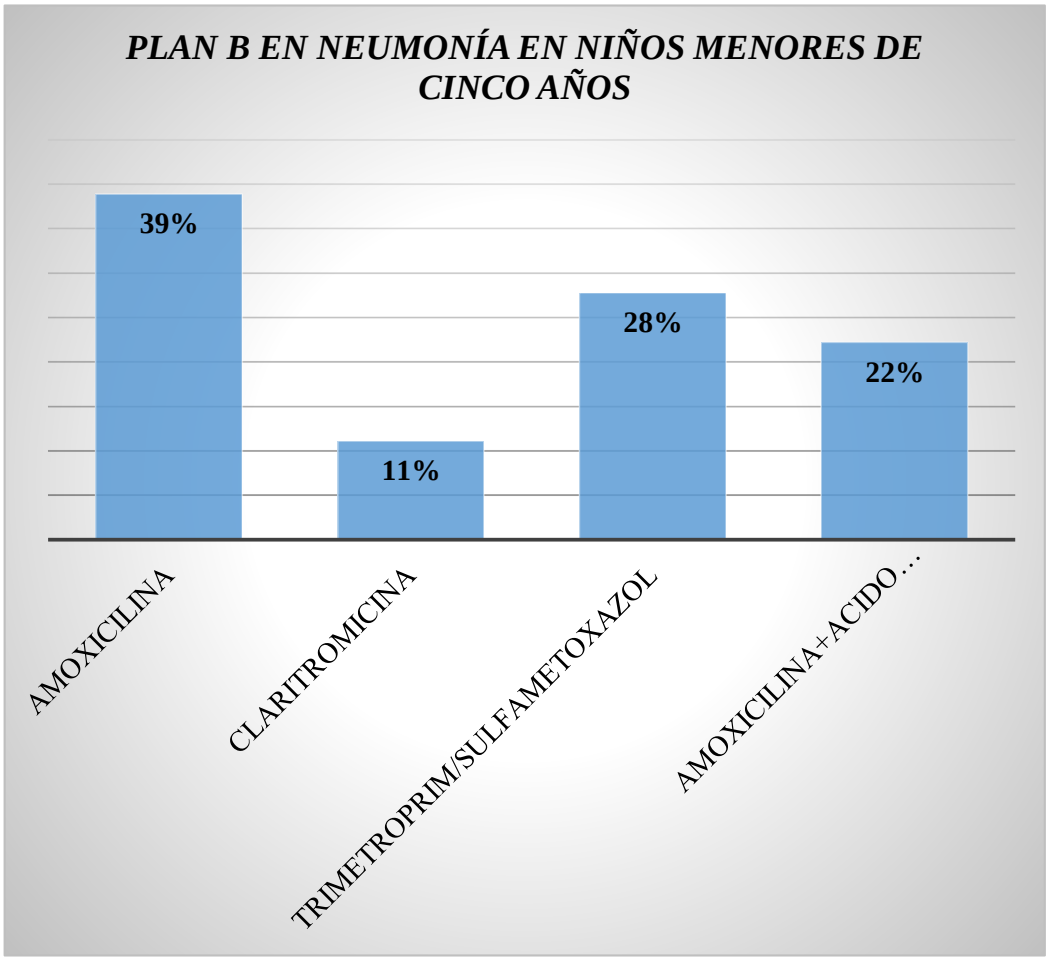
Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Juleyssi Ruiz Godos

En todos los pacientes con neumonía se cumplieron con las medidas generales.

GRÁFICO N°6

PLAN B EN NEUMONÍA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS - HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS -PERIODO - MAYO-NOVIEMBRE 2015.



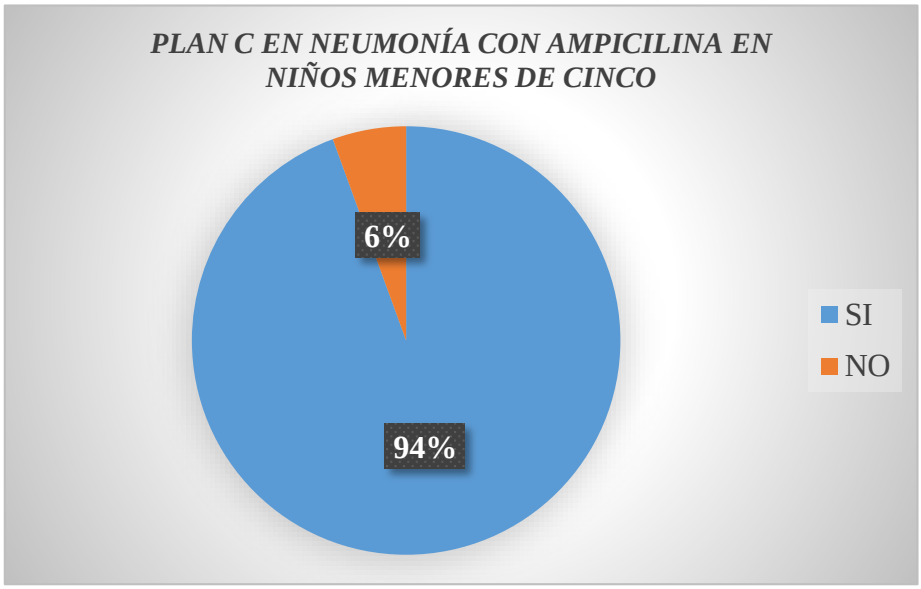
Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Juleyssi Ruiz Godos

En los pacientes con neumonía en Plan B se utilizó mayormente aminopenicilinas y Trimetroprim/sulfametoxazol como antibióticos de primera línea. Y con menor utilidad Claritromicina

GRÁFICO N°8

PLAN C EN NEUMONÍA CON AMPICILINA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS - HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS -PERIODO - MAYO-NOVIEMBRE 2015.



Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Juleyssi Ruiz Godos

Se aplicó mayormente ampicilina en los niños menores de cinco años, y con escasos niños se optó por referir a centro de salud con mayor complejidad.

7. DISCUSIÓN

En esta investigación se evidenció que para el tratamiento de la Infección Respiratoria Aguda (IRA) alta predominó la etiología viral, para ello se utilizó medidas generales, antipiréticos, antihistamínico y para el tratamiento en Infección Respiratoria Aguda (IRA) baja que influyó la etiología bacteriana, en la cual se aplicó aminopenicilinas y macrólidos ; a diferencia de la investigación realizada por Claudia Guzmán en el Instituto Catalá de Salud en Madrid 2014, que prevaleció la etiología bacteriana para el tratamiento de IRA alta y baja, se utilizó medidas generales y antibióticos de primera línea como la amoxicilina, esto permitió considerar que aunque existe la normalización para su diagnóstico y tratamiento el manejo terapéutico es un tema de principal importancia que no dejara de ser siempre trascendente y actual.

La rinofaringitis, faringitis, otitis media aguda y neumonía se evidenció la relación con la investigación realizada por Claudia Guzmán en el Instituto Catalá de Salud en Madrid 2014, en que prevaleció rinofaringitis, seguido de otitis media aguda, faringoamigdalitis y neumonía; similares resultados se encontraron en un estudio realizado por Andrés Reyes en el centro de salud de Jadán en Ecuador 2014, en que resaltaron principalmente la Rinofaringitis Aguda que alcanzó el 68.2% de los casos seguida por la Neumonía con un 14.9%, como indica la bibliografía es de alta prevalencia y a la vez asociada con mortalidad, sin embargo ventajosamente no se presentó ningún caso de mortalidad durante el estudio por ningún tipo de patología.

Con respecto a fiebre, tos y rinorrea en esta investigación predominan, la misma que se relaciona con la investigación realizada por la Dra. Juana María Rodríguez Cutting en Cuba

2016 del Hospital pediátrico “Juan Manuel Márquez”, en que se encuentra más relevante la fiebre.

Cabe recalcar que el manejo terapéutico con amoxicilina como antibiótico de primera línea según el Plan B se reflejaron con evolución favorable en los niños estudiados; a su vez se compara y diferencia en un estudio realizado por Wilma Pérez en el Hospital Alfredo Noboa Freire en la ciudad de Guaranda 2014, se consideró importante señalar que en este estudio fue preferentemente utilizado la amoxicilina y ácido clavulánico, evidenciándose dentro de los protocolos y esquemas establecidos.

Con el 94% se manejó antibióticoterapia con ampicilina prevaleciendo según el Plan C la hospitalización en caso neumonía, mientras que el 6% no utilizaron ampicilina, y optaron por referir al paciente a un Hospital de mayor complejidad, concordante a la literatura; a diferencia de la investigación realizada por la Dra. Juana María Rodríguez Cutting en Cuba, en que se aplicó penicilina cristalina a 68 pacientes y se logró una buena evolución clínica.

8. CONCLUSIONES

- En el tratamiento de las IRA altas se emplearon mayoritariamente medidas generales más antiinflamatorios y antihistamínicos.

- Para las IRA bajas se administraron preferentemente aminopenicilinas más antiinflamatorios.

- Las manifestaciones clínicas más importantemente identificadas en los pacientes con IRA, en este estudio fueron fiebre, tos y rinorrea.

- De las IRA conocidas, se encontraron en esta investigación como frecuentes la Rinofaringitis, Faringitis, Otitis media aguda y Neumonía.

- Respecto al tratamiento de la neumonía, todos los pacientes recibieron las medidas generales indistintamente de su severidad (Plan A), seguido de los Planes B y C.

9. RECOMENDACIONES

- El MSP debe vigilar el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para el manejo de las IRA, lo que evitaría el abuso de medicamentos en entidades de etiología viral.

- El personal de salud del Hospital Básico, podría considerar los resultados de esta investigación para reflexionar sobre el tratamiento que se está ofertando a los usuarios en relación a lo que sugiere los organismos de salud.

- La Universidad Nacional de Loja en su misión de formación integral tiene la potestad de vigilar en la Academia la introducción de normativas de tratamiento vigentes que exige la población pediátrica en el medio, pues el médico general enfrentará diariamente estas enfermedades comunes en todos los grupos humanos.

- Continuar otras investigaciones sobre este tema que no dejara de ser siempre trascendente y actual.

10. BIBLIOGRAFIA:

Álvarez, C. (2010). Rinitis alérgica en el niño y sus comorbilidades. *Pediatric Esp.*, 68: 6-12.

Brage, R. (2010). *OPEN COURSE WARE: FARMACOLOGIA.* Obtenido de FARMACOS ANTITUSIGENOS Y MUCOLITICOS: ALTERACIONES RESPIRATORIAS: http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/farmacologia-clinica-aplicada-a-la-enfermeria/leccion35.antitusigenos

Bupa. (12 de Abril de 2016). Obtenido de Bronconeumonia en niños: http:/wwww.bupasalud.com

Callén, B. (2014). *Protocolos: El Pediatra de Atención Primaria y Laringitis Aguda-Crup.* Madrid.

Casey JR, A. D. (2010). Nuevos patrones en los microorganismos óticos causando aguda. *Pediatr Infect Dis*, 304-309.

Chow AW, B. M. (2012). En *Guía de práctica clínica para la rinosinusitis bacteriana aguda en niños y adultos* (págs. E72 - E112). USA: Clin Infect Dis.

Cruz Hernandez, M. (2011). TRATADO DE PEDIATRIA. En *Patologia Otorrinolaringológica* (págs. 1380-1390). Madrid: 10ma Ed.

De la Flor, J. (2012). Análisis descriptivo de un año en una consulta pública de Pediatría. En ¿Donde estamos 30 años? *Pediatria Integral XVI*, pág.180-182.

Epidemiológica, D. (2011). *Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas.* Argentina: Guias-Med: 2da Edición.

Feigin RD, C. J.-H. (2010). Los rinovirus. En A. RL, *Libro de texto de pediatría infecciosa* (págs. 2170-2193). Philadelphia: 6ª ed. Saunders Elsevier.

Galeon, S. (11 de Abril de 2016). *Infecciones Respiratorias Agudas.* Obtenido de http://respiratoris.galeon.com/aficiones1506372.html

Garcés, M. (Julio de 2013). *FACTORES NUTRICIONALES QUE INFLUYEN EN LAS INFECCIONES.* Obtenido de Repositorio de la universidad de Ambato: http://repositorio.uta.edu.ec

Gavilanes, M. (2015). *Estrategia metodologica para la prevencion de infecciones respiratorias agudas (IRA) en base a practicas saludables en niños menores de 5 años en el subcentro de San Marcos Salcedo.* Obtenido de Tesis de Grado: http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/377/1/TUAMED024-2015.pdf

Gonzalez, M. (29 de Febrero de 2016). *Clinopatologia del Aparato Respiratorio.* Obtenido de http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/icsa/asignatura/16Bronquitis Aguda.pdf

Grouzard, V. (2016). *GUÍA CLÍNICA Y TERAPÉUTICA.* Francia: Medecins San Frontiere. Obtenido de http://refbooks.msf.org/msf_docs/sp/clinical_guide/cg_sp.pdf

Guarch Ibañez B, B. Á. (2011). El papel de la antibioterapia en la sinusitis aguda. En *El papel de la antibioterapia en la sinusitis aguda* (págs. 154-160). Revisión y MetAnalisis . An Pediatr.

Liburukia. (2011). Actualizacion en el tratamiento antibiótico de las infecciones respiratorias agudas. *Intranet Osakidetza*, 10.

Lozoya, J. (Abril de 2013). Obtenido de Bronconeumonia en niños y adultos: tratamiento, sintomas y causa: http://suite101.net/article/bronconeumonia-en-ninos-y-adultos-tratamientosintomas-y-causas-a82325#.Vw2P0Xopoq4

MINSA. (2014). *Doctrínas, Normas y Procedimientos.* Obtenido de Protocolos de atención integral: ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/subpcira/Protocolosdeatencionintegral.doc

Miranda, F. (2012). *Manual de Enfermedades Respiratorias.* Mexico: ISBN: Primera Edición.

Onmeda. (2012). Obtenido de Bronquitis Aguda: Diagnostico: http://www.onmeda.es/enfermedades/bronquitis_aguda-diagnostico-3089- 5.html

Organizacion Mundial de ls Salud. (Abril de 2015). Obtenido de Neumonia: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/

Orozco, M. J. (2010). DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL BASICO HUAQUILLAS. En M. J. Orozco, *DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO Y SITUACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE HUAQUILLAS* (págs. 28-29). HUAQUILLAS.

Pappas D, O. J. (2012). Principios y práctica de la pediatría infecciosa. Philadelphia: 4ª ed. Elsevier.

Pediatria, A. E. (2014). *Pedimecum.* España.

Power, A. (2012). HARRISON. En *Enfermedades del aparato respiratorio* (pág. 1619). New York: Mc GRAW HILL 18va Edición.

PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS. (2012). En MSP, *PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS MSP* (págs. 290-291). Quito.

Restrepo MD, N. (2013). INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS. *Rev.Medica.Sanitas*, pág:2.

Salud, O. M. (11 de Abril de 2015). Obtenido de IRA: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs3331/es/

Shaikh N, W. E. (2010). *Descongestionantes , antihistamínicos y la irrigación nasal para aguda.* Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas.

Tamayo, D. C. (Mayo de 2015). Nuevos enfoques sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. (Scielo, Ed.) *MEDISAN*, *15*(5), 1. Obtenido de Hospital Docente Infantil Sur Cuba: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000500014

Terá n Dr, R. (2014). *Protocolo Terapéutico.* Quito: 8va Ed. Obtenido de http://www.farmacologiavirtual.org/phocadownload/protocolos2014/PROTOCOLOS%20TERAP%C3%UTICOS%202015.pdf

Toledano, P. (Enero de 2015). *Utilidada de datos clinicos y test de diagnostico rapido en la identificacion de etiologia bacteriana en infecciones respiratorias del niño* . Obtenido de Medwave:Revision Clinica: http://www.medwave.cl

Venekamp RP, T. M. (2011). *Corticosteroides Sistemática para la sinusitis aguda. Base de Datos Cochrane.* Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas.

11. ANEXOS

APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

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

MEMORÁNDUM Nro. 0069- CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Juleyssi Annabel Ruiz Godos
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de febrero 2015

ASUNTO: Aprobar tema de tesis.

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que, luego del análisis respectivo se aprueba su tema de **"MANEJO TERAPEUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRIA, EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA"**, por lo que puede realizar el Perfil del Proyecto.

Con mis sentimientos de consideración y estima.

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

Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

G.Rey
C.c.- Archivo

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

MEMORANDUM Nro. 00218 CNP-ASH-UNL

PARA: Dr. Pablo Serrazuela
SECRETARIO – ABOGADO DEL AREA DE LA SALUD HUMANA

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

FECHA: 17 de agosto de 2015

ASUNTO: Modificación de Tema de Tesis

Con un atento saludo me dirijo a usted, para comunicarle que esta Coordinación autoriza la modificación del Tema de Tesis, y con ello el proyecto de Tesis titulado: **"MANEJO TERAPEUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA"**, por el de **"MANEJO TERAPEUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS"** de autoría de la Srta. **Juleyssi Annabel Ruiz Godos**, estudiante de la Carrera de Medicina.

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

Atentamente,

Loja. 24-XI-2015
Visto

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

C.c.- Dra. Natasha Samaniego Luna
Srta. Juleyssi Annabel Ruiz Godos

Archivo

Spg

AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS

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

MEMORÁNDUM Nro.02667 CCM-ASH-UNL

PARA: Ing. Segunda Chalco
GERENTE DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 11 de diciembre de 2015

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

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

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el **Srta. Jufeyssi Annabel Ruiz Godos,** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la obtención de datos clínicos mediante la observación directa de análisis de Historias Clínicas de cada paciente que haya ingresado en el servicio de emergencia del Hospital Básico Huaquillas; información que le servirá para la realización de la tesis: **"MANEJO TERAPÉUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS",** trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dra. Natasha Samaniego Luna,** Catedrático de esta Institución.

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

Atentamente,

Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA – UNL

Dr. Julio
DIRECCIÓN DISTRITAL 07D05 A-H-LL-S
HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS
DIRECCIÓN
RECIBO CONFORME
Huaquillas 14 de Diciembre de 20
Hora:
Firma:

C.c. Estudiante
Sip

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

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

FORMULARIO BASADO EN LA REVISION DE LAS HISTORIAS CLINICAS

MANEJO TERAPÉUTICO DE IRA ALTA EN LOS NIÑOS

Viral:

Paracetamol + Loratadina+ Hidratación ☐

Ibuprofeno + Loratadina+ Hidratación ☐

Paracetamol + Cetirizina ☐

Oxigeno+ Nebulizaciones+ Dexametasona ☐

Bacteriano

Penicilina benzatínica + Paracetamol ☐

Amoxicilina+ ibuprofeno ☐

Paracetamol+ Amoxicilina/Acido Clavulánico ☐

Paracetamol+ Amoxicilina ☐

Ibuprofeno+ Azitromicina ☐

MANEJO TERAPÉUTICO DE IRA BAJA EN LOS NIÑOS

Viral:

Plan A ☐

(Hidratación + Paracetamol)

Bacteriano:

Paracetamol + Eritromicina ☐

Paracetamol + Amoxicilina ☐

Plan B (Nebulización con salbutamol + Ampicilina + Paracetamol) ☐

Plan C (Oxigeno + Ampicilina + Paracetamol.) ☐

PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLINICAS DE IRA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

a.-Tos ☐ **b.-**cianosis ☐ **c.-** Fiebre ☐

d.-Odinofagia ☐ **e.-** Rinorrea ☐ **f.-** Conjuntivitis ☐

g.-Cefalea ☐ **h.-**Disnea ☐

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE IRA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

……..

PLAN A PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

a) Si ☐

b) No ☐

PLAN B PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

Amoxicilina ☐ Claritromicina ☐

Trimetroprim/sulfametoxazol ☐

Amoxicilina + Acido Clavulánico ☐

PLAN C EN NEUMONÍA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

Ampicilina ☐ Penicilina ☐

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

"MANEJO TERAPEUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS"

AUTORA:

JULEYSSI ANNABEL RUIZ GODOS

DIRECTORA:

Dra. NATASHA SAMANIEGO LUNA

Loja – Ecuador

2015

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Infecciones respiratorias agudas (IRA) son el principal motivo de consulta pediátrica, representando cerca del 50% de las causas de asistencia a los servicios de salud, de ellas un 10% terminan necesitando reevaluación médica durante la fase aguda de la enfermedad. Son un conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un periodo 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 o no estar acompañados de fiebre; siendo así la primera causa de atención médica en la población infantil. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

Se estima que en el Tercer Mundo ocurren entre 500 y 900 millones de episodios de IRA al año, lo que significa entre un 20 y un 40% del total de todas las hospitalizaciones y el 34% de las muertes en menores de 5 años. (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

En el año 2007 en Ecuador la primera causa de morbilidad en niños son las Infecciones Respiratorias Agudas ocupando una tasa de 14% (1`703.803 Habitantes). La prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRA), en menores de 5 años es del 56.0%, por lo que, en el contexto latinoamericano, la tasa de mortalidad de la niñez del Ecuador se mantiene alta.

Localmente mediante datos estadísticos en el Hospital Básico Huaquillas se realizaron en el año 2009 un número de 29.485 atenciones en el área de

emergencia, obteniendo el 50% y ocupando el segundo lugar de morbilidad de los niños menores de 5 años. (Orozco, M. J.,2010)

En las IRA intervienen varios factores determinantes como los de orden socioeconómico, biológico, cultural, peso bajo, desnutrición, inadecuada vivienda, hacinamiento, contaminación ambiental y hábito de fumar de los convivientes contribuyendo a incrementan el riesgo de padecer una IRA y disminuir su prevalencia dependiendo del control de las determinantes, así como del tratamiento previo al diagnóstico oportuno y adecuado.

Además, factores correlacionados como: variaciones climáticas con aparición epidémica en las épocas de mayor humedad ambiental, uso inadecuado de los antibióticos, teniendo como resultado morbi-mortalidad en estos niños. Entre los factores nutricionales influyen: privación de la lactancia materna y la deficiencia de vitaminas que hace que el niño tenga un desarrollo inmunológico disminuido, debido a las bajas defensas que posee su organismo. (POWERS, Alvin C., 2012)

Según, el nivel de vía respiratoria que se afecta por la infección se producen cuadros clínicos diversos, con síntomas característicos: resfriado común, rinitis, rinofaringe, faringoamigdalitis.

Se conoce que la IRA se adquiere probablemente por la inhalación de secreciones nasofaríngeas infectadas, dado que las secreciones de las vías respiratorias superiores pueden contener grandes cantidades de patógenos. La aspiración de una pequeña cantidad podría ser suficiente para causar la enfermedad, especialmente si las defensas locales del tracto respiratorio inferior están afectadas por desnutrición, procesos virales y otros factores. La distinción

entre virus y bacterias son fundamentales para conseguir algún tipo de tratamiento. (POWERS, Alvin C., 2012)

La etiología viral es la más frecuente (80-90%), los virus Respiratorio Sincitial (VRS), específicamente en el niño menor de un año, Parainfluenza, Adenovirus, Rinovirus, Coronavirus, Enterovirus son los más representativos.

En lo que concierne a los agentes bacterianos en las infecciones adquiridas en la comunidad los microorganismos más comunes son: Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae y Staphylococcus Aureus.

Otros agentes causales son: Mycoplasma Pneumoniae, Chlamydia, Rickettsia y hongos. (POWERS, Alvin C., 2012)

A pesar de que en diversas partes del mundo se han hecho numerosas investigaciones sobre el tema, debido a que siguen siendo prevalentes en la población infantil y son las IRA causa común de consulta en los servicios de emergencia de los hospitales, considero plantearme la interrogante:

¿CÓMO ES EL MANEJO TERAPEUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS?

JUSTIFICACIÒN

Las infecciones respiratorias agudas cada año afectan principalmente a lactantes, preescolares y escolares siendo esta la causa más frecuente de morbilidad a asistencia terapéutica en la población pediátrica.

Las condiciones actuales en que convivimos, donde la economía, social y ambiental por la que está atravesando nuestro país ha desencadenado serios problemas en la población especialmente en los procesos de salud-enfermedad, donde las IRA siguen siendo prevalentes.

Como parte del personal de salud mi deseo es contribuir en el conocimiento, orientación sobre el manejo terapéutico de las infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, mediante este trabajo investigativo y así identificar signos de peligro y aplicar medidas preventivas, para evitar complicaciones de las Infecciones Respiratorias Agudas.

OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR EL MANEJO TERAPEUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS EN EL PERIODO COMPRENDIDO MAYO 2015 - NOVIEMBRE 2015

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la sintomatología respiratoria por la que se consulta en Emergencia.
- Identificar los tipos de infecciones respiratorias agudas en los pacientes estudiados.
- Definir la ejecución de los planes de manejo de la neumonía según sea su complejidad: Plan A (medidas de apoyo), Plan B (manejo ambulatorio), Plan C.

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

1. **GENERALIDADES DE LA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS**

    1.1 **Enfermedades Respiratorias Agudas**

2. **CLASIFICACIÓN DE IRA**

    2.1 **Altas**

    2.2 **Bajas**

3. **Resfriado Común (Rinofaringitis Aguda)**

4. **Sinusitis Aguda**

5. **Faringitis**

6. **Laringitis Aguda**

7. **Otitis Media Aguda**

8. **INFECCIONES DEL TRATO RESPIRATORIO BAJO**

    8.1 **Bronquitis**

    8.2 **Bronquiolitis**

    8.3 **Bronconeumonía**

    8.4 **Crup**

    8.5 **Neumonía**

9. **CLASIFICACION DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS POR SU INTENSIDAD SEGÚN CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL PARA ESTABLECER LA PRECENCIA DE NEUMONIA**

10. **SIGNOS DE PELIGRO PARA REFERENCIA A UN CENTRO HOSPITALARIO SIGNOS DE ALARMA**

11. TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

12.1 Infecciones respiratorias agudas superiores

12.2 Infecciones respiratorias agudas inferiores

12. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

13. TRATAMIENTO GENERALES (NEUMONIA)

14.1 PLAN A

14.2 PLAN B

14.3 PLAN C

14. MEDIDAS PREVENTIVAS

REVISIÓN DE LA LITERATURA

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, retrospectivo.

Población de Estudio: Niños menores de cinco años atendidos en emergencia pediátrica del Hospital Básico Huaquillas.

Tiempo y Lugar: el estudio se realizará en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Básico Huaquillas, periodo mayo 2015 - noviembre 2015

Criterios de Inclusión: Niños menores de cinco años atendidos en el servicio de emergencia pediátrica con diagnóstico de IRA.

Criterios de Exclusión: Niños mayores de cinco años, Niños que presenten malformaciones congénitas mayores y en quienes tengan síntomas respiratorios se deban a patologías crónicas de base.

Variable Dependiente: Niños menores de cinco años.

Variable Independiente: Infecciones Respiratorias Agudas

Las variables del estudio serán: Edad, Sexo, Tipo de infección respiratoria aguda, y tratamiento aplicado.

Operacionalización de las variables:

Variable	**Concepto**	**Dimensiones**	**Escala**
Edad	Edad en años en años	Cuantitativa Continua	• Menor de 1 año • De 1-5 años
Sexo	Biológico	Cualitativa	• Femenino

	Reconocido	Nominal	• Masculino
Tipo de infección respiratoria aguda	Tipo de infección según su clasificación de altas y bajas	Cualitativa Nominal	• Rinofaringitis aguda • Sinusitis Aguda • Faringitis/ faringoamigdalitis • Laringitis Aguda • Otitis Media Aguda • Crup • Bronquitis • Bronquiolitis • Bronconeumonía
Medicamentos utilizados	Cualitativa Nominal	Modalidad terapéutica utilizada	Antimicrobiana Broncodilatadores Antibióticos Antihistamínicos Descongestionantes nasales

Técnicas de procedimiento:

Técnicas e instrumentos:

- Primero se presentó una Solicitud a las autoridades del Hospital, para que se otorgue el permiso correspondiente para realizar el presente estudio. (Anexo 1)

- Se aplicó un formulario diseñado por el Autor de recolección de datos de los pacientes niños menores de cinco años atendidos en el servicio de emergencia de pediatría en el Hospital Básico Huaquillas, con la finalidad de seleccionar a los pacientes que cumplen los criterios de inclusión. (Anexo 2).

- Se realizó la revisión de las Historias Clínicas en donde se tomó en cuenta el diagnóstico de Ingreso, enfermedad los exámenes de laboratorio.

Análisis, uso de programas y tratamiento estadístico de los datos

Para el análisis de la información se seguirán los siguientes pasos:

Revisión de los instrumentos.

Verificar que los datos requeridos estén completamente llenos. La información obtenida se utilizará para la elaboración de tablas en Excel y se presentaran en gráficas y tablas para su interpretación, análisis, formulación de conclusiones, recomendaciones y discusión.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	TIEMPO	OCTUBRE		ENERO		FEBRERO		MARZO		JUNIO		JULIO		NOVIEMBRE		ENBERO		MARZO		JUNIO		AGOSTO		OCTUBRE
	ACTIVIDADES	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	2-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2	3-4	1-2
		2014		2015												2016								
1	ELABORACIÓN DEL TEMA Y PERLFIL	X	X	X	X																			
2	PRESENTACIÓN DEL TEMA PROPUESTO					X	X	X	X															
3	APROBACION DEL TEMA PROPUESTO									X														
4	SOLICITUD PARA OBTENCIÓN DE LA PERTINENCIA										X													
5	APROBACIÓN DE LA PERTINENCIA										X													
6	SOLICITUD PARA OBTENCION DE												X											

	DIRECTOR DE TESIS																							
7	**APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**													**X**										
8	**PRESENTACIÓN DE SOLICITUD PARA OBTENCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS**															**X**								
9	**APROBACION DE SOLICITUD PARA OBTENCION DE HISTORIAS CLINICAS**																**X**							
10	**RECOPILACIÓN INFORMACIÓN**																**X**							
11	**TABULACIÓN**																**X**	**X**						
12	**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**																		**X**					

13	**CORRECCIONES**																		**X**					
14	**PRESENTACIÓN DE PRIMER BORRADOR**																			**X**				
14	**ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**																				**X**			
15	**PRESENTACIÓN DE SEGUNDO BORRADOR**																						**X**	
16	**INFORM FINAL**																							**X**

PRESUPUESTO

RUBRO	DETALLE	GASTOS
MATERIAL Y EQUIPO		
Equipo de computación	40 Horas	$30,00
Material de escritorio	Cuaderno, lápices, borradores, esferos, copias.	$40,00
Fotocopias	No cuantificadas	$50,00
Gastos de Impresión de Informe	No cuantificadas	$80,00
ANILLADOS	No cuantificadas	$20,00
EMPASTE		$20,00
Imprevistos	Refrigerio	$40,00
Viáticos	Taxis	$30,00
TOTAL		**$310,00**

BIBLIOGRAFIA:

1. CRUZ Hernández M. Cruz M. Tratado de Pediatría: *Patología Otorrinolaringológica. Otitis*, 10ª ed. Madrid: Ergon; 2011. pp. 1380-1390.

2. Ministerio de Salud del Ecuador (MSP). *Manual de Normas Técnicas, Métodos y Procedimientos para el control de las Infecciones Respiratorias Agudas en el Ecuador 2010*

3. POWERS, Alvin C., *Enfermedades del aparato respiratorio*, cap. 251, pág.:1619; HARRISON, Principios de la medicina interna, 18va edición, Mc GRAW HILL, New York USA, 2012.

4. OMS/OPS. *Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en niños*. WHO/ARI/91.20

5. Orozco, M. J. (2010). DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL BASICO HUAQUILLAS. En M. J. Orozco, *DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO Y SITUACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE HUAQUILLAS* (págs. 28-29). HUAQUILLAS.

WEBGRAFÍA:

6. Guía ABE. Tratamiento de las infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. [Consultado en Febrero 2014]. Disponible en: http://www.guia-abe.es/

7. CALLÉN Blecua Maite M, Cortés Rico O. El Pediatra de Atención Primaria y la Laringitis Aguda – Crup. Protocolos del GVR. Guía Rápida (publicación P-GVR-5-gr). [Consultado en Febrero 2014]. Disponible en:www.aepap.org/gvr/protocolos.htm.

8. MERINO Moína M, Bravo Acuña J, Maiso Merino E. Laringitis / Crup (v.3.1/2013). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. [en línea] [actualizado el 13/oct/2013; [Consultado en Febrero 2014]. Disponible en: http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-laringitis-crup

9. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2012. Disponible en: http://www.pediamecum.es. [Consultado en Febrero 2014].

10. SÁNCHEZ Tarragó N. Infecciones respiratorias agudas. Reporte Técnico de Vigilancia Vol. 5, No. 7 Noviembre 30, 2010 ISSN 1028-4338. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/uats/rtv_files/rtv1100.htm

11. Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. Infecciones respiratorias agudas. Capítulo 28. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/Aparatorespiratorio/28InfeccionesAguda.html

12. Organización Panamericana de la Salud. Sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia [internet]. Washington: OPS; 2009.Disponible en: Disponible en: http://www.paho.org/Spanish. 2009-07-16. [consultado: 22 de febrero 2012].

13. Ministerio de Salud del Ecuador. Protocolos Terapéuticos Ecuador 2012. Disponible en: http://es.scribd.com/doc/99317323/ProtocolosTerapeuticosEcuador2012#scribd

14. TERAN, R. Dr. Protocolo Terapéutico, 8va. Ed. Ecuador. Quito. 2015. Disponible en: http://www.farmacologiavirtual.org/phocadownload/protocolos2014/PROTOCOLOS%20TERAP%C3%89UTICOS%202015.pdf

THE CANADIAN HOUSE CENTER

THE CANADIAN HOUSE CENTER

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

CERTIFICA.-

Que el resumen de Tesis titulada **"MANEJO TERAPEUTICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL BASICO HUAQUILLAS"** realizado por la **Srta. RUIZ GODOS JULEYSSI ANNABEL,** con número de cédula **0704468446,** estudiante de la Carrera de Medicina Humana del Área de la Salud Humana de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,** ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo Director Académico de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

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

Loja, 17 de Octubre del 2016

ROYAL INTERNATIONAL LANGUAGE ACADEMY
THE CANADIAN HOUSE CENTER
Av. Miguel Riofrío 14-35 Entre Ibarra 2571800

LIC. ROSS SAMPAYO
DIRECTOR ACADÉMICO
THE CANADIAN HOUSE CENTER