



**UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI**  
**ACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO

LICENCIADO DE ENFERMERÍA

**TEMA**

“Infecciones Respiratorias Bajas Servicio De Pediatría, Hospital Básico Huaquillas”

**INTEGRANTES:**

EDGAR WAGNER VINCES MOREIRA

EDWIN WAGNER VINCES MOREIRA

**FECHA:**

31/07/2017

## **Dedicatoria**

Dios es la base y mi fundamento de vida es un gran promotor en mis victorias le doy las gracias por darme fuerzas, salud bienestar y una familia unida.

Mi tesis la dedico con mi más sincero cariño amor y respeto a mis padres que con su apoyo supieron siempre guiarme apoyarme durante toda mi vida estudiantil, fundamentalmente gracias a ellos hoy soy lo que soy y nunca dudaron de mi capacidad para ser un `profesional, ellos siempre anhelaron que sus hijos terminaran sus estudios y pues hoy es por eso que esta victoria obtenida se la dedico a ellos en especial.

A mi esposa e hijo les agradezco porque siempre fueron una gran inspiración de superación y me llena de satisfacción de saber que gracias a esa paciencia y apoyo me fortaleció cada momento para llegar hasta este logro que no solo es mío sino de ellos también.

Agradezco infinitamente a mis hermanos y hermana cuñadas y cuñado que de una u otra manera siempre me motivaban en que no deje los estudios y me hacían reflexionar que la vida y los grandes éxitos están hecho a bases de múltiples sacrificios

Considero no dejar de lado a mis compañeros y amigos y docentes que fueron una gran ayuda en este proceso universitario pues ellos jugaron un papel muy importante ya que sin ellos no hubiese podido adquirir conocimientos ni mucho menos tener destrezas.

Les agradezco a todos.

**EDGAR VINCES**

## Dedicatoria

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Edgar Wagner Arnaldo Vines Vines y María Isabel Moreira Vera, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaron con sus oraciones

Mi novia Arianna Macías gracias por apoyarme siempre, esto también se lo debo a usted.

Mis hermanos, Lady, Edgar y Edgar Wagner Vines Moreira por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

Mis sobrinos para que vean en mí un ejemplo a seguir.

Todos mis amigos que fueron parte de mis estudios dentro y fuera de las aulas de clases

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

## Agradecimiento

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permiten sonreír ante todos mis logros que son resultados de tu ayuda y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y doy cuenta que me los pones en frente mío para que mejore como ser humano y crezca de diversas maneras.

Este trabajo ha sido una gran bendición en todo sentido hasta de habernos permitido estudiar trabajar y aprender juntos como hermanos en esta investigación eso te lo agradecemos a ti Padre y no cesan nuestras ganas de agradecerte por habernos permitido cumplir esta meta.

Gracias a nuestros padres que fueron nuestros mayores promotores a apoyo moral y económico que nos permitió seguir y cumplir este gran anhelo de ser un profesional y esta victoria se la debemos a ellos en gran manera, solo Dios sabrá como recompensarlos.

Gracias a nuestra universidad por habernos permitido formar en ella, y a todas las personas que fueron parte de este largo proceso ya sea directa o indirectamente, gracias por los aportes del día a día que permitieron formarme como estudiante y hoy se ven reflejados como un profesional.

Este es un momento muy especial que espero, perdure en el tiempo, no solo en mente de las personas a quienes agradecí, sino también a quienes invirtieron su tiempo para corregirnos el proyecto de tesis, a ellos así mismo le agradezco con todo mi ser.

LOS AUTORES.

### **Certificación del tutor del trabajo de titulación**

Lcdo. Henry Romero Loyola, Docente de la escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí en calidad de tutor del trabajo de titulación.

#### **Certifico:**

Que el trabajo de titulación de Grado “Infecciones Respiratorias Bajas Servicio De Pediatría, Hospital Básico Huaquillas”, es un trabajo de modalidad investigativa, original de los egresados: EDGAR WAGNER VINCES MOREIRA y EDWIN WAGNER VINCES MOREIRA, la cual ha sido desarrollada y concluida de acuerdo a los requerimientos establecidos bajo mi dirección con vigilancia periódica de su ejecución.

Lcdo. Henry Romero Loyola  
**Tutor del trabajo de titulación**

## **Certificación de la Revisora de Trabajo de Titulación**

Lcda. Julia Espinel García Mg. Docente de la escuela de enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí en calidad de revisora del trabajo de titulación.

### **Certifico:**

Que el trabajo de titulación de Grado “Infecciones Respiratorias Bajas Servicio De Pediatría, Hospital Básico Huaquillas”, es un trabajo con modalidad investigativa, original de los egresados: EDGAR WAGNER VINCES MOREIRA y EDWIN WAGNER VINCES MOREIRA, la cual ha sido desarrollada y concluida de acuerdo a los requerimientos establecidos bajo mi dirección con vigilancia periódica de su ejecución.

Mg. Julia Espinel García  
**Revisora del trabajo de titulación**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**Declaración de Autoría**

El trabajo de titulación, “Infecciones Respiratorias Bajas Servicio De Pediatría, Hospital Básico Huaquillas”, fue guiada y orientada con los conocimientos técnicos y científicos de parte de nuestro tutor, revisora del trabajo de titulación y Miembros del Tribunal de Revisión y Evaluación.

Además, afirmamos y aseguramos que las doctrinas, ideas, conclusiones y recomendaciones plasmadas en este trabajo de titulación son de única, total y exclusiva responsabilidad de los autores.

**EDGAR WAGNER VINCES MOREIRA**  
**AUTOR**

**EDWIN WAGNER VINCES MOREIRA**  
**AUTOR**

## Contenido

|  |     |
|--|-----|
| <b>Dedicatoria</b> .....   | i   |
| <b>Dedicatoria</b> .....   | ii  |
| <b>Agradecimiento</b> .....  | iii |
| <b>Certificación del tutor del trabajo de titulación</b> .....               | iv  |
| <b>Certificación de la Revisora de Trabajo de Titulación</b> .....           | v   |
| <b>Declaración de Autoría</b> .....  | vi  |
| <b>INTRODUCCION</b> .....  | 1   |
| <b>JUSTIFICACIÓN</b> .....   | 2   |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....                                      | 3   |
| <b>OBJETIVOS</b> .....   | 5   |
| <b>OBJETIVO GENERAL</b> .....  | 5   |
| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....   | 5   |
| <b>MARCO TEORICO</b> .....   | 6   |
| <b>INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS</b> .....                                 | 6   |
| <b>Sistema Respiratorio</b> .....  | 6   |
| <b>Órganos Respiratorios</b> .....   | 6   |
| <b>Estructuras Del Aparato Respiratorio</b> .....                            | 6   |
| <b>Faringe:</b> .....  | 7   |
| <b>Tráquea:</b> .....  | 7   |
| <b>Bronquios:</b> .....  | 7   |
| <b>Pulmones:</b> .....   | 8   |
| <b>INFECCIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO INFERIOR</b> .....                   | 8   |
| <b>BRONQUITIS AGUDA</b> .....  | 8   |
| <b>Tratamiento de la Bronquitis Aguda</b> .....                              | 9   |
| <b>BRONCONEUMONÍA</b> .....  | 12  |
| <b>NEUMONÍA</b> .....  | 15  |
| <b>OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES</b> .....                             | 26  |
| <b>DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....   | 30  |
| <b>PROCESAMIENTO DE DATOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> ..... | 33  |
| <b>CONCLUSIONES</b> .....  | 40  |
| <b>RECOMENDACIONES</b> .....   | 41  |
| <b>CRONOGRAMA VALORADO</b> .....   | 42  |
| <b>PROPUESTA</b> .....   | 43  |

**BIBLIOGRAFÍA** ..... 48

## Índice gráfico

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tabla 1.-Distribución Porcentual del género y procedencia de pacientes ingresados al área de pediatría del Hospital Básico Huaquillas por infecciones respiratorias bajas.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>Tabla 2.-Distribución Porcentual de la edad y Área de Servicio de Pediatría designada al usuario del Hospital Básico Huaquillas por infecciones respiratorias bajas.....</b>  | <b>34</b> |
| <b>Tabla 3.-Distribución Porcentual del tipo de vivienda de pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas.....</b>  | <b>35</b> |
| <b>Tabla 4.- Distribución Porcentual del tipo Infecciones Respiratorias Bajas y Tiempo de estadía hospitalaria de pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas. ....</b> | <b>36</b> |
| <b>Tabla 5.-Distribución Porcentual del Método De Diagnóstico de acuerdo al tipo de infección respiratoria pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas .....</b>        | <b>37</b> |
| <b>Tabla 6.-Distribución Porcentual de Signos, Síntomas de pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas.....</b>   | <b>38</b> |
| <b>Tabla 7.-Distribución Porcentual del tipo de tratamiento de pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas.....</b>   | <b>39</b> |

## RESUMEN

El presente trabajo de titulación es de gran importancia para el Hospital Básico Huaquillas ya que esto le permite porcentuar y analizar las atenciones realizadas en el área de pediatría con su debido diagnóstico médico de infecciones respiratorias bajas durante el tiempo determinado para este estudio; tuvo como objetivo, Investigar las “Infecciones Respiratorias Bajas Servicio De Pediatría, Hospital Básico Huaquillas”, fue de tipo Cualitativo, Cuantitativo, Descriptivo, Analítico, Prospectivo con una metodología de campo porque el trabajo se realizó en el mismo lugar sujeto a investigación, además permitió obtener información directa de los involucrados de donde suceden los hechos, para la recolección de datos se aplicó una guía de observación; también se saco información de libros estadísticos, registro de egreso hospitalario, y carpetas de los pacientes ingresados durante el periodo enero – abril del 2017 con diagnóstico de infecciones respiratorias bajas.

Las infecciones respiratorias, son un problema de salud a nivel mundial, para todas las instituciones de salud públicas y es un deber fomentar el autocuidado en temporadas invernales ya que en estas épocas incrementan su incidencia, es importante realizar programas estratégicos que ayuden a mitigar los problemas de salud. Entre los más vulnerables están a los niños menores de 5 años, su sistema de defensa es más propensos a fallar y genera un cuadro clínico más crítico y se ve la necesidad de ser hospitalizados (*MSP, 2016*).

Entre los resultados se obtuvo que el 42% y 34% de la población es de sexo femenino procedentes de zona urbana; el 13% y 11% de sexo masculino procedentes de zona rural. El 38% de la población son lactantes con edades oscilantes entre 0 – 2 años, el 36% preescolares de 3 – 5 años, el 21% escolares de 6 – 12 años y por último el 6% adolescentes. Según el gráfico el 25% acuden al hospital por presentar temperatura elevada, a estos usuarios se les suele dejar ingresados entre 4 – 6 días una vez confirmado su diagnóstico, un 19% acude por presentar dificultad respiratoria a estos usuarios se les suele dejar ingresados más de seis días otro 19% presenta tos con flema y suele dejárselos entre 0 – 3 días ingresados. Según el tipo de infecciones respiratorias bajas obtuvimos que el 43% presentan neumonía confirmado por medio de rayos x; el 42% bronconeumonía el método de diagnóstico utilizado fue química sanguínea. En la Rx de tórax se demuestra la presencia.

## SUMMARY

The present titration work was of great importance for the Huaquillas Basic Hospital since this allowed him to percentage and to analyze the attentions realized in the area of pediatrics with his due medical diagnosis of respiratory respiratory infections during the time determined for this study; Had as objective To investigate the Low Respiratory Infections in patients who are admitted to the Pediatric Area of the Huaquillas Basic Hospital was Qualitative, Quantitative, Descriptive, Analytical, Prospective with a field methodology because the work was done in the same place subject to investigation , In addition it allowed to obtain direct information of the involved ones where the events happen for the collection of data an observation guide was applied; Information on statistical books, hospital discharge records, and patient files were also collected during the January - April 2017 period with a diagnosis of low respiratory infections.

Respiratory infections are a global health problem for all public health institutions and it is a duty to promote self-care in winter seasons, since at these times they increase their incidence, it is important to carry out strategic programs that help mitigate the problems of health. Among the most vulnerable are children under age 5, their defense system are more likely to fail and generate a more critical clinical picture and the need to be hospitalized (MSP, 2016).

Among the results it was obtained that 42% and 34% of the population is female of urban origin; 13% and 11% male from rural areas. 38% of the population are infants with oscillating ages between 0 - 2 years, 36% of preschoolers of 3 - 5 years, 21% of schoolchildren of 6 - 12 years old and lastly 6% of adolescents. According to the graph, 25% go to the hospital because of the high temperature these users are usually admitted between 4 - 6 days after confirming their diagnosis, 19% go to the hospital because of respiratory distress, they are usually admitted more than Six days another 19% presents cough with phlegm and usually leaves between 0 - 3 days entered. According to the type of low respiratory infections we found that 43% had confirmed x-ray pneumonia; 42% bronchopneumonia the diagnostic method used was blood chemistry. The chest X-ray demonstrates the presence.

## INTRODUCCION

“Las infecciones respiratorias constituyen el principal motivo de consulta ambulatoria en el nivel primario en niños y adultos de ambos sexos, especialmente durante los meses de más bajas temperaturas. Su diagnóstico y tratamiento está casi íntegramente en manos del clínico general” (*chile, s.f.*).

“La epidemiología de las infecciones víricas es similar en los países industrializados y en los que están en vías de desarrollo, afectando fundamentalmente a los niños menores de cinco años. Las manifestaciones de las infecciones víricas son muy variables, con un espectro clínico que incluye desde infecciones leves, que pueden ser atendidas de forma ambulatoria, a formas más graves que precisan hospitalización de duración variable” (*C. Calvo Rey*).

“En estudios realizados en la comunidad de Estados Unidos y Finlandia se encontró una incidencia anual de Neumonía entre 34 y 40 casos por 1000 niños menores de 5 años, más elevada que en cualquier otro grupo etario excepto los adultos mayores de 75 años. La mortalidad por Neumonía. Es prácticamente nula en países desarrollados, lo que contrasta con los países en vía de desarrollo en donde la Neumonía es principal causa de mortalidad infantil, responsable de 2 millones de fallecimientos en niños anualmente” (*asociacion española de pediatria , 2011*).

El trabajo es de vital importancia realizarlo, para poder de esa manera aportar con gráficos estadísticos que representen las atenciones brindadas a los pacientes que hacen uso del área. El enfoque de la investigación es medir el flujo de las atenciones brindadas con las patologías más concurrentes, que desde la perspectiva de los profesionales médicos y de enfermería que laboran en el área, son las infecciones respiratorias bajas, pero por falta de cuadros estadísticos aún sigue siendo una hipótesis.

Cuando las vías respiratorias están siendo afectadas, existe muchas maneras de diagnosticarlas y clasificarlas según sus signos y síntomas, pero las de mayor cuidado debido a su sintomatología más agresiva que compromete con severidad la salud del paciente son las infecciones respiratorias bajas, y según los criterios de hospitalización, al área solo son ingresadas las que ameritan mayor cuidado, observación y tratamiento farmacológico de parte de los profesionales de salud.

## JUSTIFICACIÓN

“Las infecciones respiratorias agudas, son padecimientos con evolución menor a 15 días y en ocasiones se complican con neumonía. Este tipo de infecciones constituyen un importante problema de salud pública” (*geosalud*).

“En la mayoría de los países en desarrollo de la Región de las Américas, las Infecciones respiratorias agudas se encuentran entre las 3 primeras causas de muerte de niños menores de 1 año y entre las 2 primeras de niños de 1 a 4 años. La neumonía es la responsable de entre el 85% y el 90% de estas muertes, lo que representa aproximadamente 150.000 muertes anuales de menores de 5 años en la Región, de las cuales el 95% ocurren en los países en desarrollo de América” (*ecologico*).

Uno de los principales padecimientos que afectan a la Población Ecuatoriana de todas las edades. “Es la neumonía o también conocida como pulmonía. Históricamente la neumonía ha estado presente entre las diez principales causas de morbilidad general en el país, ha ido avanzando entre el orden de importancia, llegando en el 2015 a ocupar el orden número 1, convirtiéndola en la principal causa de morbilidad. La neumonía, especificado en el 2015 registró un total de 34.778 casos atendidos con internación hospitalaria; de los cuales 18.026 casos de hombres y 16.752 de mujeres. A continuación se estudia el padecimiento de la neumonía en general (todos los tipos de neumonías); en el 2015 se registraron 37.209 casos de los cuales el 51,8% son casos de hombres; indiscutiblemente es un padecimiento que afecta de igual manera a hombres y mujeres.

La población ecuatoriana de todas las edades según los registros de egresos hospitalarios a nivel nacional. La mayor cantidad de pacientes atendidos son provenientes de la región andina o sierra conformando el 54,5% de los casos, seguidos por los pacientes residentes de la costa con el 36,2% y amazónica con el 9,1% entre las principales (*censo, 2015*).

El trabajo investigativo es de gran importancia para el Hospital Básico Huaquillas ya que esto le permitirá porcentuar y analizar las atenciones realizadas en el área de pediatría con su debido diagnóstico médico de infecciones respiratorias bajas durante el tiempo determinado para esta investigación.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La neumonía sigue siendo una de las principales causas de muerte entre los menores de cinco años. La mejor manera de reducir la mortalidad asociada con esta enfermedad es administrar un tratamiento eficaz sin pérdida de tiempo. Una reunión de expertos, organismos nacionales e internacionales, una meta-análisis de varios ensayos y una revisión exhaustiva de los programas de tratamiento comunitario llegaron a la misma conclusión: la neumonía puede ser tratada con éxito en la comunidad. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud recomienda, que personal sanitario esté debidamente capacitado y supervisado para administrar el tratamiento en la comunidad (*OMS Y UNICEF, 2012*).

El Cantón Huaquillas, está dividido en 5 parroquias urbanas y 43 barrios o ciudadelas. Las parroquias urbanas son: El Paraíso, Ecuador, Milton Reyes, Puerto Hualtaco y Unión Lojana el cantón no cuenta con un sistema hidrográfico importante, sobresale el canal internacional del río Zarumilla compartido con el Perú y que sirve de límite natural de la frontera entre los dos países; debido al sistema vial en mal estado, genera mucho polvo que afecta las vías respiratorias de las personas, este clima inconstante de esta área geográfica lo convierte en un factor de riesgo que favorece a este tipo de patologías de vías aéreas, causando que la gente concurra al hospital en busca de atención médica.

Las infecciones respiratorias, son un problema de salud a nivel mundial, para todas las instituciones de salud públicas y es un deber fomentar el autocuidado en temporadas invernales ya que en estas épocas incrementan su incidencia, es importante realizar programas estratégicos que ayuden a mitigar los problemas de salud. Durante el año 2016, en el Área de Salud 7, del Ministerio de Salud, en consulta externa de las diferentes unidades, se atendieron 35.973 pacientes; 11.941 hombres (33%) y 24.032 mujeres (67%). Las principales causas de morbilidad más frecuentes detectadas en la consulta externa son: faringitis aguda 2.03 casos, hombres 39% y mujeres 61%; Rinofaringitis aguda resfriado común 1.909 casos; Bronquitis aguda 1.617 casos; amigdalitis aguda 1.447 casos; Influenza debida a virus de la influenza identificado 1.040 casos. Entre los más vulnerables

están a los niños menores de 5 años, su sistema de defensa es más propensos a fallar y genera un cuadro clínico más crítico y se ve la necesidad de ser hospitalizados (*MSP, 2016*).

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los tipos y causas que inciden en los pacientes con infecciones respiratorias en el servicio de pediatría del Hospital Básico Huaquillas?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Investigar las Infecciones Respiratorias Bajas Servicio de Pediatría, Hospital Básico Huaquillas 2017.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar las características sociodemográficas de la población a estudiar
- Identificar los tipos y causas de las infecciones respiratorias bajas.
- Socializar los resultados obtenidos a las autoridades pertinentes.

## MARCO TEORICO

### INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS

#### Sistema Respiratorio

En los procesos metabólicos, todas las células del cuerpo consumen oxígeno a esto se lo conoce como oxidación, esto se hace para conseguir energía y de esta manera eliminar el dióxido de carbono. La sangre por medio del oxígeno limpia y depura expulsando así al exterior el dióxido de carbono.

La respiración es un proceso en el que se intercambian gases, este cuenta con tres pasos:

- ✚ Ventilación pulmonar: la inspiración es cuando ingresa el aire a los pulmones y la expectación cuando el mismo sale de los pulmones.
- ✚ Respiración externa: cumple un papel de intercambio entre los pulmones y la sangre.
- ✚ Respiración es el juego de inhalar y exhalar de manera que haya un intercambio de gases entre células, tejidos y gases.

#### Órganos Respiratorios.

Los órganos respiratorios están distribuidos de la siguiente manera

- ✚ Aparato respiratorio superior nariz, faringe y estructuras accesorias.
- ✚ Aparato respiratorio inferior: constituido Por laringe, tráquea, bronquios y pulmones.

#### Estructuras Del Aparato Respiratorio.

Analicemos, una a una, todas las estructuras del aparato respiratorio:

**Nariz:**

Tiene una porción externa y una porción interna, entre los huesos de la cara. La porción externa está dividida en dos orificios nasales. Que en su parte interna tiene una gran cavidad misma que se separa en dos partes sobre la boca. Estas se relacionan a la faringe por las coanas. La nariz es la encargada de calentar, humidificar y filtrar el aire. Además, recibe los estímulos olfatorios. Y modifica los sonidos que emitimos.

### **Faringe:**

Tubo con forma de embudo, de unos trece centímetros y que se extiende desde la nariz hasta el cartílago cricoides, que es la parte superior de la laringe. Tiene tres partes. Por un lado está la zona situada tras la nariz, hasta donde llegan los orificios de la trompa de Eustaquio y denominado nasofaringe.

### **Laringe:**

Es un corto pasaje que comunica la faringe con la tráquea. Está formado por nueve piezas de cartílago. Entre ellas destacan el cartílago tiroides, que constituye la nuez de Adán y la epiglotis, que funciona como una trampilla, de forma que cuando comemos, la epiglotis se eleva y deja bajar la comida, evitando que pase a la glotis y por lo tanto a las vías respiratorias. En la laringe se encuentran también las cuerdas vocales.

### **Tráquea:**

Conducto de alrededor de doce centímetros de largo y dos centímetros y medio de diámetro. Se encuentra por delante del esófago y va desde la laringe hasta una zona, situada aproximadamente a la altura de la quinta vértebra dorsal, donde se divide en dos bronquios primarios o principales. Posee entre quince y veinte anillos de cartílago incompletos, que evitan que se colapse o cierre cuando el aire entre y sale (el juego de presiones tendería a cerrar el tubo).

### **Bronquios:**

La tráquea se divide en dos bronquios, derecho e izquierdo y cada uno de los dos se dirigirá hacia un pulmón. Al penetrar en los pulmones, los bronquios se dividen y forman los bronquios secundarios. Estos se ramifican de nuevo y dan lugar a los bronquios terciarios. La siguiente división ya dará lugar a los bronquiolos. Los bronquiolos siguen

sufriendo divisiones sucesivas. Al final, habrá un total de 16 divisiones. Hasta los bronquiolos, el aire no sirve para respirar, ya que no hay alvéolos en los que tengan lugar los intercambios. Este espacio de aire supone alrededor de 150 mililitros.

### **Pulmones:**

Órganos de forma más o menos cónica, colocados en la cavidad torácica y separada por el corazón y el mediastino. Recubiertos por dos membranas. Una externa, unida a la pared torácica y denominada pleura parietal. Y una interna, unida directamente a los pulmones y denominada pleura visceral. Entre ambas se encuentra un líquido lubricante, denominado líquido pleural.

El pulmón derecho es más grande que el izquierdo, ya que este último tiene un hueco que ocupa el corazón. Sin embargo, el izquierdo es más largo, llega hasta zonas más inferiores, ya que el derecho tiene, debajo del diafragma, al hígado (*jorge martinez fraga, 2011*).

## **INFECCIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO INFERIOR**

### **BRONQUITIS AGUDA**

“La bronquitis aguda es un diagnóstico que se realiza con frecuencia aunque su definición no está clara. Su etiología es viral en la mayoría de los casos y el tratamiento consiste, básicamente, en medidas de soporte” (*integral, 2012*).

El diagnóstico presuntivo de bronquitis aguda se hace en pacientes, por lo demás, sanos, que cursan por un periodo de síntomas respiratorios caracterizado predominantemente por tos seca o productiva hasta por 3 semanas, además de síntomas generales como fiebre, malestar y osteomiasias, y en quienes es esencial descartar neumonía.

#### ***Generalidades***

Las características clínicas de una bronquitis aguda no complicada se desarrollan en fases secuenciales, particularmente dos que se explican a continuación.

### ***Fase Aguda***

Durante esta fase, que dura de 1 a 5 días, con síntoma sistémica como fiebre, osteomalgias y malestar general. Estas manifestaciones son clínicamente indistinguibles de las de otras infecciones respiratorias agudas en este periodo.

### ***Fase Prolongada***

Se caracteriza por tos de más de una semana de duración y que se prolonga hasta por 3 semanas, la cual puede acompañarse de sibilancias.

Se ha demostrado que, durante esta fase, hasta 40% de los pacientes presentan anomalías significativas en estudio, a 34% de los pacientes con bronquitis aguda se les hizo un diagnóstico de bronquitis aguda o asma después de tres años de seguimiento; también se hizo un diagnóstico de asma leve con base en la espirometría o la provocación bronquial, a 65% de los casos con episodios recurrentes de bronquitis aguda.

### **Microbiología**

Los virus respiratorios parecen ser la causa más común de la bronquitis aguda. Rara vez se identifica el organismo responsable de un episodio de bronquitis aguda en la práctica clínica.

Los virus específicos más frecuentemente asociados con los episodios de bronquitis aguda son, en orden de frecuencia: el virus de la influenza, el virus de la para influenza, el virus sincitial respiratorio, los coronavirus, el VEF (menor del 80% del valor es los adenovirus y los rinovirus; éstos con retorno al valor normal después de 2 a 3 semanas; sin embargo, se ha observado mejoría incluso hasta las 8 semanas.

Aquellos caso repetitivos de bronquitis pueden dar como diagnostico asma subyacente. Este tiene origen bacteriano en un 10% (*Adolfo Enrique Diaz Duque , 2014*).

### **Tratamiento de la Bronquitis Aguda**

Lo primordial es aliviar los síntomas. Si usted tiene bronquitis aguda, el médico puede recomendarle que descanse, tome muchos líquidos y tome aspirina (si es adulto) o acetaminofén para la fiebre.

Para la bronquitis aguda por lo general no se recetan antibióticos, porque los antibióticos no actúan contra los virus, que son las causas más frecuentes de la bronquitis aguda. Sin embargo, si el médico cree que usted tiene una infección bacteriana, le puede recetar antibióticos.

Con ayuda de un humidificador o de vapor se puede aflojar la mucosidad y aliviar las sibilancias y el flujo limitado de aire. Si la bronquitis causa sibilancias, es posible que usted necesite una medicina inhalable para despejar las vías respiratorias. Esta medicina se toma con un inhalador. Este dispositivo le permite a la medicina llegar directamente a los pulmones.

El médico también puede recetarle medicinas para aliviar o disminuir la tos y para la inflamación de las vías respiratorias (especialmente si la tos persiste).

Si sufre bronquitis crónica y le han diagnosticado además enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (llamada COPD en inglés), tal vez necesite medicinas para despejar las vías respiratorias y eliminar la mucosidad. Entre estas medicinas se cuentan los broncodilatadores (inhalables) y los esteroides (inhalables o en pastillas).

Si tiene bronquitis crónica, el médico puede recetarle terapia con oxígeno. Este tratamiento puede ayudarle a respirar mejor y le proporciona al cuerpo el oxígeno que necesita.

Una de las mejores formas de tratar la bronquitis aguda y crónica es eliminar lo que causa irritación y daño en los pulmones. Si usted fuma, es muy importante que deje de hacerlo (*familydoctor.org, 2017*)

### ***Cuidados De Enfermería***

El EPOC es una condición progresiva que no tiene cura, se da una asistencia sintomática que abarca 4 áreas importantes de intervención:

- ✚ Terapia farmacológica.
- ✚ Cambios en la forma de vida.
- ✚ Terapia respiratoria

✚ Ayuda emocional.

Un régimen farmacológico normal incluye broncodilatadores de la clase de los Anticolinérgicos y antibióticos más suministro de O<sub>2</sub>.

La enfermera\o deberá valorar con sumo cuidado el estado respiratorio del paciente, los signos de deterioro incluyen un incremento en la frecuencia respiratoria y una disminución de la profundidad de la inspiración.

Una meticulosa terapia e higiene respiratoria son necesarias para mantener la oxigenación y efectividad de las vías respiratorias.

La terapia de percusión del tórax cada 2 – 4 horas es necesaria durante las exacerbaciones y a menudo hace parte del cuidado rutinario.

La oxigenoterapia se administra a razón de 2 lt/min, mediante cánula nasal, se debe caminar de forma lenta y progresiva.

### ***Educación Y Prevención Para La Salud***

✓ Abandonar el hábito del tabaco. Utilización de técnicas (individuales y colectivas), terapias y cursos para dejar de fumar.

✓ Evitar la polución atmosférica

✓ Curar prontamente las bronquitis agudas

✓ Corregir defectos respiratorios altos (sinusitis)

✓ Evitar la obesidad

✓ Practicar ejercicio físico prudente

✓ Evitar el frío

✓ En invierno, buscar ambientes caldeados y con suficiente humedad

✓ Valorar posible vacunación antigripal

✓ Posible uso de las vitaminas A y E como protectoras de la mucosa respiratoria y la vitamina C como antiinfecciosa en general.

✓ Realización y enseñanza de técnicas de respiración:

✓ Técnica de respiración diafragmática (aumenta la capacidad respiratoria)

✓ Técnica de la respiración de los labios fruncidos (para mantener las vías aéreas abiertas más tiempo)

- ✓ Técnica de clapping (despega mecánicamente las secreciones)
- ✓ Técnica del drenaje postural (ayuda a expulsar las secreciones pulmonares)
- ✓ Aprendizaje del uso y manejo de inhaladores y cámaras de expansión.

### **BRONCONEUMONÍA**

Es una enfermedad respiratoria provocada por una infección vírica. Los bebés que tienen entre tres y seis meses de edad son quienes resultan más comúnmente afectados, si bien esta enfermedad puede aparecer hasta los dos años. Se calcula que aproximadamente uno de cada tres bebés tendrá bronconeumonía en algún momento durante su primer año de vida. Es más frecuente durante los meses de invierno.

#### ***Concepto Anatómico***

Los bronquiolos son los pequeños conductos que hay dentro de los pulmones. Cuando una persona respira, el aire entra en la tráquea y baja hacia los pulmones a través de una serie de conductos que se ramifican, llamados “bronquios”. Dentro de los pulmones, los bronquios se ramifican para formar bronquiolos, que son de menor tamaño y terminan en millones de diminutas bolsas de aire (los alvéolos). Cuando el aire ingresa en los alvéolos, el oxígeno del aire se transfiere hacia la sangre, que luego se transporta por todo el cuerpo.

#### ***Diagnóstico***

En primer lugar, el médico le realizará una exploración física. Quizás le tome la temperatura para ver si tiene fiebre y escuche los sonidos de los pulmones con un estetoscopio. Tratará de identificar si hay sonidos burbujeantes o sibilantes, que son frecuentes en el caso de esta afección. Asimismo, le revisará varias zonas del tórax para identificar si existen áreas en las que es más difícil escuchar la respiración, lo cual indica que están afectadas por la bronconeumonía.

Quizás el profesional diagnostique la afección a partir de la exploración física o solicite análisis para descartar otras causas posibles.

Es posible que le indique un hemograma completo (HC) para determinar la cantidad de glóbulos blancos en la sangre. Una cantidad elevada de glóbulos blancos podría indicar que existe una infección bacteriana. El médico quizás le solicite también un análisis de sangre para determinar el virus, la bacteria o el hongo responsable de la bronconeumonía.

Una radiografía de tórax es una de las mejores maneras de diagnosticar esta afección. En esta prueba, se usa radiación electromagnética para crear una imagen de los pulmones y el tórax, lo cual permite localizar las áreas afectadas por la bronconeumonía.

Si usted está muy enfermo, el médico tal vez solicite más análisis para obtener información sobre la gravedad de la enfermedad y su causa.

Con una tomografía computarizada (TC), se produce una imagen similar a la de la radiografía pero más detallada y se detecta el lugar de la infección en los pulmones.

Mediante un cultivo de esputo, puede analizarse una muestra de mucosidad de los pulmones para determinar la causa de la infección.

Una broncoscopia supone guiar una cámara a través de la garganta para examinar los bronquios. Esto puede hacerse para determinar si existen otros factores que están provocando la bronconeumonía.

Finalmente, el médico quizás solicite una pulsioximetría, que consiste en colocar un sensor en el dedo y medir la cantidad de oxígeno en la sangre. Los resultados de esta prueba le indican al médico la gravedad de la infección y el efecto sobre la capacidad del paciente para absorber oxígeno. (*healthline*, 2012)

#### ***Síntomas De La Bronconeumonía***

- ✓ fiebre (temperatura por encima de 37.5°C)
- ✓ nariz tapada o que gotea
- ✓ tos
- ✓ dificultades para tragar
- ✓ respiración acelerada
- ✓ dificultades para respirar
- ✓ sibilancias
- ✓ detención de la respiración durante períodos muy breves (conocida como “apnea”)

Para la mayoría de los niños, la bronconeumonía no es grave y ellos se recuperan en el transcurso de un par de semanas. Si por alguna razón a usted le preocupa que los síntomas empeoren, deberá llevar a su hijo al médico de cabecera.

Es importante que usted preste mucha atención para detectar los siguientes síntomas y buscar atención médica urgente si su hijo:

- ✓ está comiendo menos de la mitad del alimento que habitualmente come
- ✓ está muy cansado o en letargo
- ✓ mueve las narinas o hace ruidos quejumbrosos al respirar
- ✓ tiene dificultades para respirar (tal vez usted note que los músculos situados debajo de las costillas del niño o la piel que cubre el área de las costillas se contrae demasiado con cada respiración)
- ✓ tiene la piel de color azulado (lo que se conoce como “cianosis”)
- ✓ tiene episodios repetidos de apnea.

Todos estos signos son sinónimo de preocupación por lo que ud debe de asistir de urgencia al médico para recibir los tratamientos específicos. (*the work of bupa, 2017*)

#### ***Complicaciones De La Bronconeumonía***

- ✓ La formación de abscesos pulmonares.
- ✓ La extensión a las cavidades pleurales, produciendo un empiema pleural.
- ✓ La extensión a la cavidad pericárdica, dando lugar a una pericarditis supurada.
- ✓ El desarrollo de una bacteriemia, con abscesos metastásicos en otros órganos.

#### ***Causas***

La bronconeumonía suele hacer acto de presencia debido a las complicaciones de otras infecciones de origen vírico o bacteriano, como pueden ser los resfriados comunes, la bronquitis, la tosferina u otros. También se puede adquirir por contagio, entrando en contacto con un enfermo.

Los microorganismos que con mayor frecuencia pueden desencadenar una bronconeumonía son los estafilococos, los neumococos, los estreptococos, el Haemophylus influenzae, la Pseudomona aeruginosa o las bacterias coliformes.

También algunos factores, como el humo del tabaco o los tumores pulmonares, inciden de un modo importante en la aparición de las bronconeumonías (*pilon, 2014*)

#### ***Tratamiento De La Bronconeumonía***

En caso de la que la causa de bronconeumonía en niños sea viral no se requiere de la toma de antibióticos. Por lo general, existe una mejora en 1 a 2 semanas.

- Medicamentos para ayudar a bajar la temperatura y aliviar malestares.
- Descongestionantes nasales.
- Medicamentos para la tos

Si la causa es bacteriana, el médico puede recetar antibióticos para acabar con la infección. Es importante terminar el tratamiento de antibióticos para evitar que la infección aparezca de nuevo. Además, pueden ser recetados medicamentos para reducir la fiebre y la tos.

#### **El tratamiento en el hogar puede incluir:**

- Dar de beber suficientes líquidos.
- Realizar terapias respiratorias con humidificador.
- Reposo a mayor control.

Cuando se lleva un plan correcto de tratamiento, la bronconeumonía suele desaparecer en 4 a 6 semanas, aunque puede variar en función de la gravedad, de la infección, de la edad del paciente y de la salud en general. (*alvarado, 2015*)

#### **NEUMONÍA**

“Es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Estos están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno.

Los síntomas de la neumonía vírica y los de la bacteriana son similares, si bien los de la neumonía vírica pueden ser más numerosos que los de la bacteriana.

En menores de 5 años con tos y/o dificultad para respirar, acompañadas o no de fiebre, la neumonía se diagnostica por la presencia de taquipnea (respiración rápida) o tiraje subcostal (depresión o retracción de la parte inferior del tórax durante la inspiración, cuando en las personas sanas el tórax se produce una expansión). Las sibilancias son más frecuentes en las infecciones víricas.” (*OMS*).

“Las neumonías suelen clasificarse en 2 grandes grupos:

**Adquiridas en la comunidad** (o extra-hospitalarias). Las más típicas son la neumonía neumocócica y la neumonía por *Mycoplasma*.

2) **Neumonías hospitalarias**. Tienden a ser mucho más serias, ya que los mecanismos de defensa del huésped suelen estar afectados y los microorganismos causantes suelen ser mucho más resistentes.

Dentro de las neumonías, existen múltiples síndromes distintos, variando según el modo de producirse la infección y el microorganismo causante.” (*tuotromedico*).

### ***Diagnóstico***

Es fundamentalmente clínico, la sintomatología de la neumonía infantil varía mucho dependiendo de la edad del niño, de su etiología, del estado nutricional e inmunitario del paciente y en definitiva de cada niño, ya que no hay un patrón característico para cada uno de los tipos de neumonías.

### ***Cuadro Clínico***

Clásicamente se ha hecho una distinción entre neumonía típica, refiriéndose a la neumológica y la atípica a la causada por virus o por bacterias intracelulares, que puede resultar de utilidad en los niños mayores y en los adolescentes, pero no en los niños pequeños en los cuales esa diferenciación se hace más difícil. Una correcta anamnesis, una esmerada exploración física y una exploración radiológica adecuada constituyen la regla de oro para el diagnóstico de la neumonía.

La neumonía típica suele tener un inicio brusco, con una escasa sintomatología extrapulmonar asociada, mientras que la neumonía atípica suele tener un inicio insidioso y en ella la sintomatología extrapulmonar es frecuente.

En niños menores de 5 años, los datos de más valor para el diagnóstico son la taquipnea, el aumento de trabajo respiratorio (aleteo nasal, retracciones o tiraje) y la saturación de O<sub>2</sub> menor de 93-94 %. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la taquipnea como único signo predictor de neumonía con una sensibilidad de 50-75 % y una especificidad del 67 %. La ausencia de taquipnea tiene un valor predictivo negativo de 80 %. En los neonatos la sintomatología es la de una sepsis grave y no hay

signos respiratorios característicos, aunque puede haber un grado variable de compromiso respiratorio con taquipnea, episodios apneicos, tiraje, aleteo nasal y quejido.

Las neumonías virales, más comunes en niños de menor edad presentan síntomas iniciales como estornudos y congestión nasal que progresan y al cabo de 1-3 días se presenta la tos, fiebre moderada o febrícula y signos de dificultad respiratoria, con estertores audibles a la auscultación pulmonar. En los lactantes pequeños puede haber apnea, rechazo del alimento e irritabilidad.

En los niños mayores y adolescentes la neumonía presenta síntomas y signos clásicos similares a los de los adultos y los hallazgos en la exploración cambian durante la evolución de la enfermedad, al inicio del proceso se auscultan estertores crepitantes, durante la progresión se constata matidez a la percusión, aumento de las vibraciones vocales, desaparición de los estertores y soplo tubárico y en la fase de curación desaparecen los signos de condensación, se auscultan estertores húmedos y la tos, seca y áspera al inicio se hace productiva.

### ***Exámenes De Laboratorio Clínico***

En los pacientes con neumonía se pueden realizar pruebas de laboratorio que aportan datos de utilidad a la hora de decidir el tratamiento, aunque con ciertas limitaciones pues no son estrictamente necesarias en la atención primaria y si se dispone de ellas, la tardanza en disponer de sus resultados reduce su utilidad.

La proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular (VSG) son marcadores de inflamación poco específicos para confirmar la etiología de una neumonía, no son lo suficientemente sensibles para descartarla y no deben indicarse de forma rutinaria. Las neumonías bacterianas típicas suelen presentar proteína C reactiva elevada, mientras que las atípicas y las virales suelen cursar sin alteración de la misma.

El hallazgo de alteraciones bioquímicas es más frecuente en las neumonías atípicas, se ha encontrado hiponatremia en la legionelosis, aumento de la creatinfosfocinasa en la infección por *M. pneumoniae* y *Legionella* y aumento de las transaminasas hepáticas en la fiebre.

### **Exámenes Microbiológicos**

En la atención primaria no es necesario el diagnóstico etiológico definitivo y por tanto no están indicados los estudios microbiológicos, que sí pueden ser importantes en neumonías severas o complicadas, tratadas a nivel hospitalario.

El diagnóstico etiológico de certeza solo se puede establecer mediante el aislamiento de un microorganismo patógeno en un líquido estéril (sangre, biopsia y líquido pleural) y eso se consigue en aproximadamente el 30-40 % de los casos, esas pruebas específicas se utilizarán solo en aquellas situaciones en las que sea importante identificar el agente causal, tales como pacientes inmunodeprimidos o bajo tratamiento inmunosupresor, hospitalizados graves y brotes epidémicos. En los pacientes ingresados debe hacerse un hemocultivo, teniendo en cuenta que hay bacteriemia entre el 3 y el 12 % de las neumonías presumiblemente bacterianas.

Los estudios serológicos se indican cuando existe interés desde el punto de vista epidemiológico y no son útiles para adoptar una postura terapéutica ya que el resultado se demora unos días. Se debe realizar la prueba cutánea de tuberculina ante sospecha clínica o epidemiológica, pero no debe ser indicada de forma rutinaria ante cualquier neumonía.

El resto de las investigaciones microbiológicas como cultivos de nasofaringe, de esputos y líquido pleural, pesquisa de antígenos bacterianos en la orina y métodos de detección del DNA viral por reacción en cadena de la polimerasa, solo permiten obtener un diagnóstico de probabilidad y por eso en los pacientes previamente sanos sin criterios de gravedad tampoco son necesarios.

### ***Radiología***

La radiografía (Rx) de tórax es la mejor herramienta para establecer el diagnóstico de certeza de neumonía, pero si se hace un buen diagnóstico clínico, su realización no modifica las decisiones terapéuticas, ni mejora la evolución de la enfermedad, por tanto, no debe hacerse de forma rutinaria en todos los casos, pudiendo prescindirse de ella en niños previamente sanos con una neumonía que no requiere ingreso hospitalario; su indicación está justificada ante dudas de diagnóstico, hospitalización, gravedad o sospecha de complicaciones, episodios previos de neumonías y prolongación del cuadro con escasa respuesta al tratamiento

La proyección frontal (AP) suele ser suficiente para confirmar el diagnóstico de neumonía y no es recomendable el control radiológico para valorar la evolución de una neumonía no complicada; si se hace, no debe realizarse antes de 3-4 semanas, salvo que se requiera antes por mala evolución.

En la Rx de tórax se demuestra la presencia del infiltrado inflamatorio, que corrobora el diagnóstico de la neumonía, aunque en ocasiones puede existir una clínica muy sugestiva en ausencia de hallazgos radiológicos y los infiltrados aparecen en el curso evolutivo de la enfermedad. En general no hay ningún hallazgo que distinga una infección de otra, a pesar de que se ha determinado un patrón alveolar tipo bacteriano y uno intersticial típico de etiologías virales y gérmenes atípicos, que realmente solo se corresponde con la etapa inicial de la enfermedad ya que cuando el proceso progresa hacia los alvéolos, muestra un patrón alveolar similar al de la neumonía bacteriana. La edad del niño tiene más correlación con el agente causal que la imagen radiológica.

### ***Complicaciones***

El inicio oportuno y adecuado del tratamiento antibiótico debe conducir a una evolución favorable en la mayoría de los casos dentro de las primeras 48 h de iniciado el tratamiento, si esto no ocurre se deben descartar complicaciones de tipo supurativas a nivel del parénquima pulmonar, del espacio pleural o también pericárdicas y que incluyen: neumonía necrotizante, absceso de pulmón, neumatocele, gangrena pulmonar, derrame pleural y pericarditis purulenta. Cualquiera de ellas puede significar fiebre prolongada, mayor duración del tratamiento con antibióticos, de la hospitalización y tratamiento quirúrgico en el caso de empiema tabicado. Además pueden presentarse complicaciones extrapulmonares asociadas, como el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y el shock séptico que requieren manejo y monitorización en cuidados intensivos.

### **Crterios De Hospitalización**

En niños, pueden ser tratadas de forma ambulatoria en la atención primaria, por parte de los especialistas en medicina general integral (MGI) y pediatría del área de salud a la cual pertenecen dichos pacientes; sin embargo determinadas situaciones hacen aconsejable el ingreso hospitalario para su adecuado tratamiento y control, según los criterios siguientes:

- ✓ Lactante febril menor de 6 meses de edad.
- ✓ Dificultad para alimentarse e hidratarse.
- ✓ Falta de respuesta a las 48-72 h de tratamiento ambulatorio.
- ✓ Dudas acerca del cumplimiento terapéutico y dificultad para el control evolutivo.
- ✓ Estado general afectado y signos evidentes de gravedad. (convulsiones, hipoxia, cianosis, afectación del estado de conciencia e inestabilidad hemodinámica).
- ✓ Apnea o signos de dificultad respiratoria: tiraje subcostal, aleteo nasal, quejidos.
- ✓ Coexistencia de otros problemas como diarrea, deshidratación y broncoespasmo.
- ✓ Enfermedades subyacentes como cardiopatías, malnutrición, fibrosis quística, sicklemlia y afectación inmunológica.
- ✓ Complicaciones pulmonares como derrame pleural, neumotórax, absceso pulmonar, neumatoceles, empiema.
- ✓ Necesidad de identificación bacteriológica y antibiograma por sospecha de estafilococo, Gram negativos entéricos o germen poco habitual.
- ✓ Problemática de índole socioeconómica como ambiente familiar de alto riesgo, poca colaboración al tratamiento y residencia en un sitio no óptimo para el paciente.

### ***Tratamiento***

Debe estar encaminado a aliviar la sintomatología, reducir la mortalidad, curar clínicamente la infección, prevenir la recurrencia y las complicaciones, minimizar la aparición de reacciones adversas al tratamiento y lograr el retorno del paciente a sus actividades normales.

Las medidas generales van dirigidas a asegurar el reposo, una adecuada hidratación, prestar atención al estado nutricional, aliviar el dolor y la fiebre usando analgésicos y antipiréticos.

Se debe hacer un uso racional de los antibióticos y no recomendarlos desde el inicio en niños con síntomas leves cuando se sospeche etiología viral, no obstante dadas las dificultades para diferenciar en la práctica entre neumonías virales y bacterianas, algunos autores aconsejan su utilización en todos los casos.

En escasas ocasiones se conoce el agente causal por lo general nunca antes de las 48-72h, el tratamiento antibiótico inicial es empírico y basado en los datos clínicos,

analíticos, la radiología, el patrón epidemiológico local, la presencia o no de resistencia bacteriana, historia previa de uso de antibióticos en los 3 meses anteriores y en la edad del niño, que es el mejor factor predictor de la etiología de estos procesos. Cuando se disponga de un diagnóstico etiológico de certeza el tratamiento debe ser el específico para cada germen.

El tratamiento antibiótico siempre debe cubrir a *S. pneumoniae* y a patógenos intracelulares como *M. pneumoniae* y *C. pneumoniae* y debe instaurarse inmediatamente, su duración en el caso de una NAC típica será entre 7 y 10 días, para la atípica se prolongará entre 10 y 14 días y en todos los casos siempre se prefiere la vía oral. La amoxicilina, es la opción preferida para el tratamiento ambulatorio de la NAC típica en cualquier edad, mientras que los macrólidos se emplearán ante la sospecha de una NAC atípica, todos parecen tener la misma eficacia y se recomiendan en pacientes alérgicos a las penicilinas.

La mayoría de los autores coinciden en recomendar la elección de un antibiótico beta-lactámico o un macrólido en función de la edad del niño y de que esté presente una clínica sugestiva de neumonía neumocócica o atípica; lo prioritario es garantizar el tratamiento adecuado de la infección por neumococo.

### **Prevención**

El progreso en las condiciones higiénico sanitarias de vida, las facilidades de acceso a los servicios de salud y la educación sanitaria a la población en Cuba, son aspectos que han contribuido al control de la neumonía, sin embargo, la aparición de nuevos patógenos o la modificación de la respuesta de los gérmenes a los tratamientos habituales, son escollos que siguen apareciendo periódicamente en la lucha contra esta enfermedad.

Entre las medidas que se han mostrado útiles en la prevención de la infección y deben recomendarse están:

- ✓ Aportar lactancia materna y darle atención especializada a niños prematuros, con bajo peso al nacer y malnutrición a cualquier edad.
- ✓ Evitar la exposición pasiva de los niños al humo de tabaco.

- ✓ Limitar la transmisión de infecciones respiratorias mediante el lavado de manos tanto en casa como en los círculos infantiles y escuelas.
- ✓ Retrasar la entrada al círculo infantil en el caso de niños muy alérgicos, inmunodeficientes o con cualquiera otra enfermedad de base predisponente.
- ✓ Garantizar una nutrición balanceada con aporte adecuado de vitaminas y minerales.
- ✓ Aplicar el esquema de vacunación vigente, la vacuna anti Hib es efectiva en la disminución de las enfermedades causadas por este microorganismo y en Cuba se administra de forma sistemática desde hace años.
- ✓ Incrementar la inmunización contra los virus influenza y el neumococo, particularmente en grupos de riesgo. En los países en los que se administra de forma sistemática, se ha reducido la incidencia de enfermedad por neumococo.

La neumonía es una enfermedad típicamente curable y no obstante con frecuencia resulta fatal, sobre todo en los niños, por tanto es necesario mantener la percepción de su importancia como problema de la salud pública y para ello se debe tener un conocimiento claro y actualizado de su etiología, patogénesis, diagnóstico y de las estrategias de su manejo, tratamiento y prevención. (*scielo, 2014*)

“La prevención de las infecciones respiratorias agudas, se realiza mediante acciones de educación para la salud y promoción de la participación social. Las actividades están dirigidas a la población general, con énfasis en procurar especial atención a niños menores de cinco años.” (*imbiomed*).

### ***Cuidados De Enfermería En Pacientes Con Neumonía***

Las neumonías virales ocurren más frecuentemente k las bacterianas. El inicio puede ser agudo o insidioso, y los síntomas son variables desde fiebre leve, tos discreta y malestar, hasta, fiebre elevada, tos intensa y decaimiento. El pronóstico es generalmente bueno y el tratamiento es habitualmente sintomático. La neumonía bacteriana exhibe características clínicas distinguidas.

Los niños con neumonía bacteriana presentan señales y síntomas físicos generales y localizados. Estos incluyen fiebre, malestar, respiración rápida y superficial en la respiración. Neumonía por micoplasma: tiene síntomas y signos físicos algo diferentes. Es causada por los micoplasmas, los microorganismos más pequeños capaces de producir

enfermedades en los seres humanos. Suelen causar una neumonía leve y generalizada que afecta a todos los grupos de edad. Entre los síntomas se incluye:

- ✓ Una tos grave que produce secreciones.
- ✓ Evaluar la capacidad respiratoria
- ✓ verificar la respiración: frecuencia, profundidad, presencia de retracción -alteo nasal
- ✓ observar color de la piel y mucosas
- ✓ observar presencia de tos/estridor/ronquido.
- ✓ verificar frecuencia cardiaca.
- ✓ reducir la fiebre, T° ambiente, la ropa propia y de la cama.
- ✓ dar baño tibio/frío o aplicar compresas.
- ✓ administrar antipiréticos.
- ✓ estimular la ingestión de líquidos, si procede.
- ✓ evitar la diseminación de la infección, aislar al niño, si precisa.
- ✓ El profesional de enfermería debe tomar las medidas oportunas para evitar la diseminación de la infección, lavado de manos adecuados, utilización de guantes, batas y mascarilla si así lo requiere.
- ✓ enseñar al niño comportamientos adecuados al toser o estornudar.
- ✓ aspirar las secreciones.
- ✓ fisioterapia respiratoria s/p(vía aérea baja)

***Cuidados De Enfermería En Vías Aéreas Superiores:***

- ✓ Promover el reposo y mantener el niño en reposo hasta no presentar fiebre en 24h
- ✓ ofrecer actividades recreativas y pasatiempos de acuerdo con la edad.
- ✓ facilitar la respiración y promover el confort:
- ✓ proporcionar aire húmedo
- ✓ administrar gotas nasales para fluidificar las secreciones así como incentivar a la ingesta de líquidos.
- ✓ Educar en la ingesta alimenticias.

***Cuidados De Enfermería En Vías Aéreas Medias E Inferiores:***

- ✓ Promover reposo, organizar los cuidados de enfermería para no incomodar al niño

- ✓ minimizar la ansiedad.
- ✓ evitar el estímulo de la tos cuando no es productiva.
- ✓ Evitar esfuerzos respiratorios: procurar ambiente de humedad elevada.
- ✓ administrar el O2 prescrito.
- ✓ prevenir aspiración de líquidos.
- ✓ mantener las vías respiratorias permeables.
- ✓ Prevenir deshidratación.
- ✓ animar la ingestión de líquidos, una vez tolerados, registrar líquidos ingeridos y Eliminados, y realizar balance hídrico Y observar señales de deshidratación.
- ✓ Promover la nutrición Y administrar glucosa EV en la fase aguda según prescripción.
- ✓ estimular la ingestión de líquidos de alto valor calórico -progresar hasta la dieta habitual.
- ✓ Reducir la ansiedad y reconocer las preocupaciones de los padres,
- ✓ explicar terapia y conductas para transmitirle tranquilidad y confianza.
- ✓ evitar procedimientos invasivos.
- ✓ promover el apoyo emocional.
- ✓ preparar a los padres para el alta.
- ✓ Mantener las vías aéreas permeables.
- ✓ no administrar alimentación oral en la fase aguda.
- ✓ promover la expulsión de las secreciones. (*wikiapuntes, 2009*)

Si se cumplen todos estos pasos o se realizan conforme a la necesidad del usuario es casi seguro de que el cuadro clínico del paciente mejorara y su estadía hospitalaria no será tan prolongada.

Ante complicaciones y otros criterios, el paciente debe ser hospitalizado para su tratamiento y control. Se recomienda tratamiento antibiótico en todos los casos, en función de la edad del paciente. La prevención es de vital importancia en el control de esta enfermedad.

Se trata de una enfermedad curable que puede ser fatal, sobre todo en niños, por lo que resulta necesario conocer su importancia como problema de la salud pública y tener un conocimiento actualizado acerca de su etiología, patogenia, diagnóstico y las estrategias para su tratamiento y prevención.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| VARIABLE                                  | DEFINICION CONCEPTUAL  | DIMENSION                         | INDICADORES      | ESCALA                             |
|---|--|-----------------------------------|------------------|------------------------------------|
| PACIENTES INGRESADOS AL ÁREA DE PEDIATRÍA | <p>Toda consulta de pacientes involucra la ocupación de una cama hospitalaria</p> <p>Para su pronta atención médica, observación, tratamiento y recuperación.</p> <p>Según la edad de los pacientes, son distribuidos a cada servicio que ofrece la casa de salud,</p> <p>Los Criterios de ingreso del HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS, dice que todo paciente menor de 15 años debe recibir atención especializada, en el área de pediatría.</p> | Características sociodemográficas | Genero:          | Masculino<br>Femenino              |
|   |  |                                   | Procedencia      | Rural<br>Urbano<br>Urbano marginal |
|   |  | Distribución del área pediátrica  | Lactantes        | 0 - 2 años                         |
|   |  |                                   | Prescolares      | 3 – 5 años                         |
| Infraestructura                           | Escolares  | 6 – 12 años                       |                  |                                    |
|   | Adolescentes   | 13 – 15 años                      |                  |                                    |
|   |  |                                   | Tipo de vivienda | Madera<br>Hormigón<br>Mixta        |

| <b>VARIABLE</b>                 | <b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>   | <b>DIMENSION</b>               | <b>INDICADORES</b>   | <b>ESCALA</b>                     |
|---------------------------------|--|--------------------------------|--|-----------------------------------|
| INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS | Son un tipo de afectación de las vías respiratorias causadas por virus que al alojarse en su organismo hace que la persona que la padezca sienta dificultad respiratoria, debido a la congestión del líquidos en los sacos alveolares causa un ineficiente intercambio gaseoso, entre las edades más comunes están los niños menores de 5 años, y sus síntomas son más perjudiciales para su salud que incluso puede terminar en la muerte si no son atendidas a tiempo. | Caracterización clínica        | Tipo Infecciones   | Neumonía<br>Bronconeumonía        |
|                                 |  |                                | Tiempo De Estadía Hospitalaria   | 0– 3 días<br>4– 6 días<br>>6 días |
|                                 |  | Sintomatología de ingreso      | Tos<br>Escalofrió<br>Disnea<br>Mialgia<br>Tos con flema<br>Temperatura alta  | Aplica<br>No aplica               |
|                                 |  | Diagnostico                    | Química sanguínea<br>Rayos x   | Aplica<br>No aplica               |
|                                 |  | Tratamiento Guía de manejo MSP | Antibióticos de amplio espectro:<br><br>oxacilina<br>gentamicina<br>cefalosporinas de 3a. generación.<br>cloranfenicol +<br>oxacilina cefotaxime | Aplica<br>No aplica               |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | + oxacilina<br>(ceftriaxona 1 dosis +<br>oxacilina a dosis<br>anteriores |  |
|--|--|--|--|--|

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **➤ De Campo**

Porque el trabajo se realizara en el mismo lugar sujeto a investigación, además permitirá obtener información directa de los involucrados de donde suceden los hechos, mediante la observación.

#### **➤ Bibliográfica**

Porque la temática expuesta necesita de consultas, tanto de libros como de sitios web actualizados, en la cual la intervención del trabajo se realice de la manera más representada literalmente.

### **TIPO DE ESTUDIO**

Cualitativo, Cuantitativo, Descriptivo, Analítico, Prospectivo.

### **ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

El estudio se realizó en el Hospital Básico Huaquillas que se encuentra ubicado en la Provincia Del Oro, Cantón Huaquillas Cdla “Jaime Roldos” con los usuarios que se encontraban hospitalizados en el servicio de pediatría de la institución dentro del periodo propuesto.

### **POBLACION DE ESTUDIO**

#### **➤ Universo**

Lo constituyeron 217 pacientes que se encontraban hospitalizados en el área de pediatría del hospital básico huaquillas 2017.

#### **➤ Muestra**

Lo conformaron 53 usuarios que presentaban infecciones respiratorias bajas en el área de pediatría del hospital básico huaquillas durante el periodo de 2017.

## **CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

### **INCLUSIÓN**

- ✓ Usuarios < 15 años
- ✓ Pacientes hospitalizados en el área de Pediatría con diagnóstico médico: Neumonía y Bronconeumonía.

### **EXCLUSIÓN**

Todos los usuarios hospitalizados en el área de pediatría con diagnósticos médicos diferentes al de la investigación.

### **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para desarrollar la metodología investigativa se recolecto de información de libros estadísticos, registro de egreso hospitalario, y carpetas de los pacientes ingresados con diagnóstico de infecciones respiratorias bajas.

Además en la presente investigación se empleó la observación, como una técnica de recolección de datos y se realizó en una ficha elaborada por los investigadores donde se registran aspectos importantes como el cuadro clínico causante del ingreso y la estadía de los pacientes en la institución etc.

## **RECURSOS**

### **Talento Humano**

- ✓ Tutor De Tesis
- ✓ Investigadores
- ✓ Personal De Salud Del Área De Pediatría Del Hospital Básico Huaquillas
- ✓ Niños Hospitalizados En El Área De Pediatría Del Hospital Básico Huaquillas
- ✓ Director Del Hospital Básico Huaquillas

### **Materiales**

- ✓ Copias
- ✓ Papelotes
- ✓ Anillados
- ✓ Impresiones

**Tecnológicos**

- ✓ Servicio de Internet
- ✓ Flash memory
- ✓ Cámara Fotográfica
- ✓ Equipo de registro de la información

**Transporte**

- ✓ Pasajes de viáticos

**Procesamiento De Datos**

Los datos fueron procesados mediante la creación de un formulario en función de los datos estadísticos y clínicos de los pacientes que fueron ingresados al área de Pediatría del Hospital Básico Huaquillas Durante 2017.

**Análisis De Datos**

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y de sus posibles combinaciones de mayor importancia.

**Tabulación**

Se lo realizó en primer lugar en forma manual y posteriormente se analizó empleando las fórmulas del programa Excel 2013.

**Presentación De Resultados**

Para la presentación obtenida en esta investigación, se utilizó tablas y pasteles gráficos, como resultado de los datos recogidos en cada variable.

## PROCESAMIENTO DE DATOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

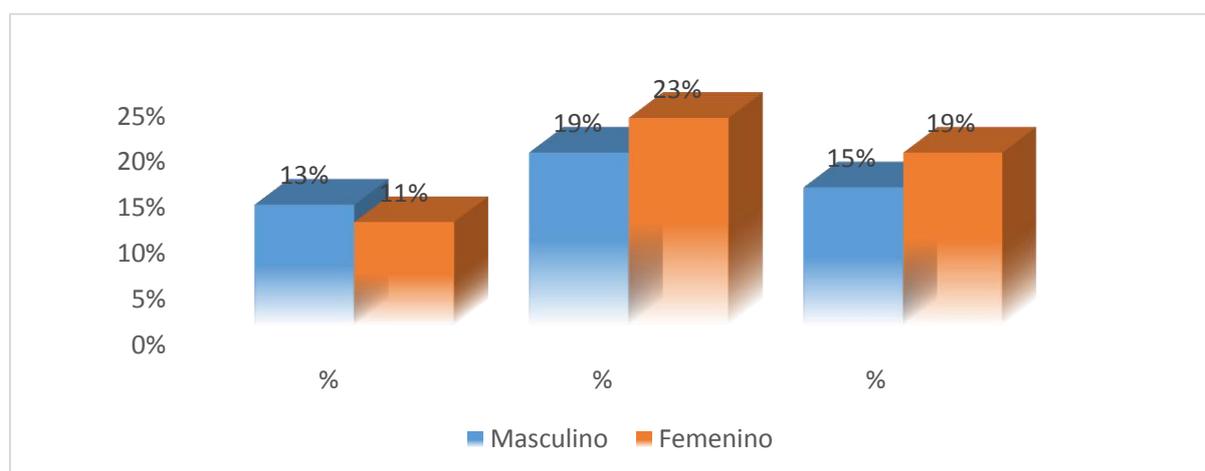
**Tabla 1.-Distribución Porcentual del género y procedencia de pacientes ingresados al área de pediatría del Hospital Básico Huaquillas por infecciones respiratorias bajas.**

| Genero:          | Procedencia |     |        |     |                 |     | TOTAL |      |
|------------------|-------------|-----|--------|-----|-----------------|-----|-------|------|
|                  | Rural       |     | Urbano |     | Urbano marginal |     | F     | %    |
|                  | F           | %   | F      | %   | F               | %   |       |      |
| <b>Masculino</b> | 7           | 13% | 10     | 19% | 8               | 15% | 25    | 47%  |
| <b>Femenino</b>  | 6           | 11% | 12     | 23% | 10              | 19% | 28    | 53%  |
| <b>TOTAL</b>     | 13          | 25% | 22     | 42% | 18              | 34% | 53    | 100% |

ELABORADO POR: Edgar Wagner Vincés Moreira - Edwin Wagner Vincés Moreira

FUENTE: libros estadísticos del área de pediatría, registro de egresos hospitalario, guía de observación de las historial clínico de los pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias bajas.

**Figura 1.**



### Análisis e Interpretación

El siguiente gráfico estadístico demuestra que el 23% de procedencia urbana, 19% urbano marginal y el 11% rural de la población son de sexo femenino; un 19% de procedencia urbana, seguido del 15% urbano marginal y por último un 13% de rural estos pertenecen al sexo masculino. Las zonas de mayor desarrollo económico son las urbanas estas se caracterizan por tener altos grados de contaminación (ruido y aire sobretodo) en las zonas rurales por lo contrario; el medio ambiente no sufre de grandes daños y la vida se vive a un ritmo más tranquilo y relajado.

Relacionándolo de esta manera que la presencia de infecciones respiratorias bajas es de mayor porcentaje a nivel de zonas urbanas lo cual la Organización mundial de la salud lo refiere diciendo que dependiendo de la calidad del aire medioambiental los países pueden reducir la morbilidad de las infecciones respiratorias. (OMS)

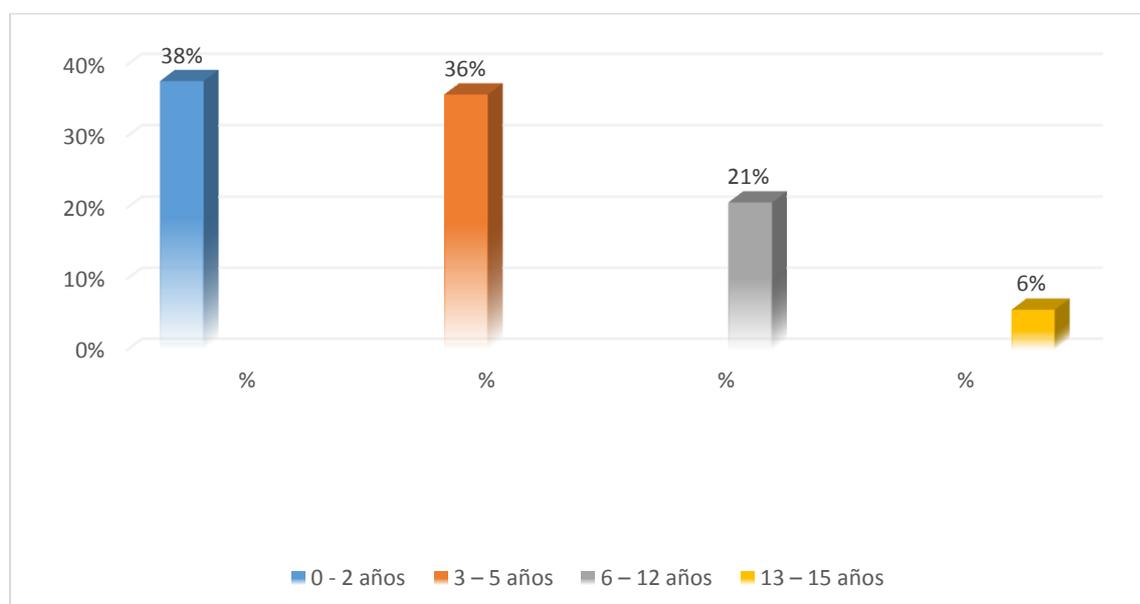
**Tabla 2.-Distribución Porcentual de la edad y Área de Servicio de Pediatría designada al usuario del Hospital Básico Huaquillas por infecciones respiratorias bajas.**

| Edad         | Área de Servicio de Pediatría designada |            |             |            |           |            |              |           | TOTAL     |             |
|--------------|---|------------|-------------|------------|-----------|------------|--------------|-----------|-----------|-------------|
|              | Lactantes                               |            | Prescolares |            | Escolares |            | Adolescentes |           | F         | %           |
|              | F                                       | %          | F           | %          | F         | %          | F            | %         |           |             |
| 0 - 2 años   | 20                                      | 38%        | -           | -          | -         | -          | -            | -         | 20        | 38%         |
| 3 – 5 años   | -                                       | -          | 19          | 36%        | -         | -          | -            | -         | 19        | 36%         |
| 6 – 12 años  | -                                       | -          | -           | -          | 11        | 21%        | -            | -         | 11        | 21%         |
| 13 – 15 años | -                                       | -          | -           | -          | -         | -          | 3            | 6%        | 3         | 6%          |
| <b>TOTAL</b> | <b>20</b>                               | <b>38%</b> | <b>19</b>   | <b>36%</b> | <b>11</b> | <b>21%</b> | <b>3</b>     | <b>6%</b> | <b>53</b> | <b>100%</b> |

ELABORADO POR: Edgar Wagner Vincés Moreira - Edwin Wagner Vincés Moreira

FUENTE: libros estadísticos del área de pediatría, registro de egresos hospitalario, guía de observación de las historial clínico de los pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias bajas.

**Figura 2.**



### **Análisis e Interpretación**

El 38% de la población son lactantes con edades oscilantes entre 0 – 2 años, el 36% preescolares de 3 – 5 años, el 21% escolares de 6 – 12 años y por último el 6% adolescentes.

Dentro del área de pediatría existe una distribución por edades la misma que es organizada de acuerdo a la edad del menor; como se observa el grafico indica que el lactante predomina con el mayor rango porcentual. Según la organización mundial de la salud reporta que durante los últimos años se considera que el 25% de muertes en niños menores de 5 años se dan por neumonía y que el 90% de estos son en países en via de desarrollo. (OMS)

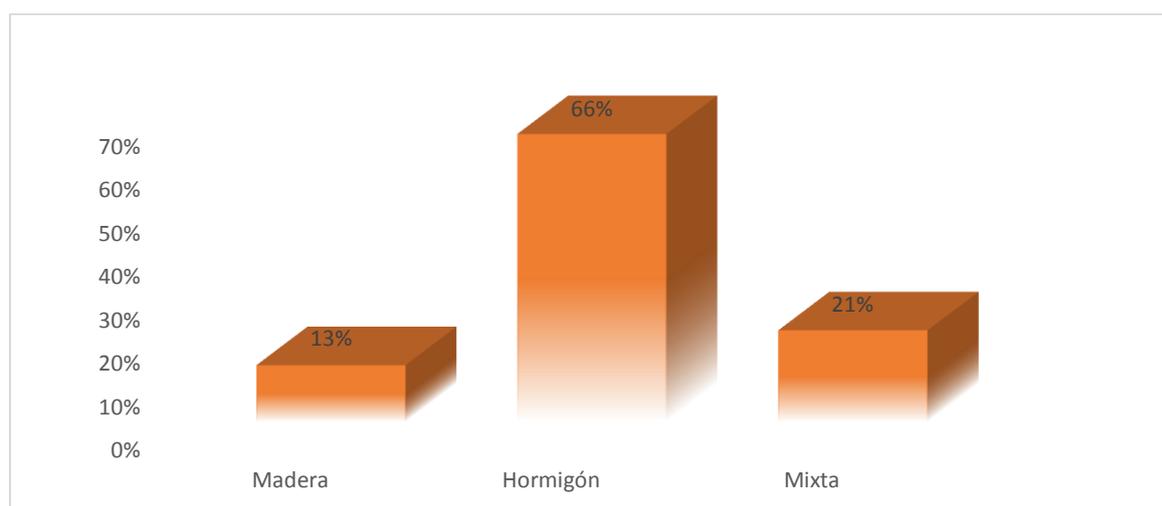
**Tabla 3.-Distribución Porcentual del tipo de vivienda de pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas**

| Tipo de vivienda | TOTAL     |             |
|------------------|-----------|-------------|
|                  | F         | %           |
| Madera           | 7         | 13%         |
| Hormigón         | 35        | 66%         |
| Mixta            | 11        | 21%         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>53</b> | <b>100%</b> |

ELABORADO POR: Edgar Wagner Vincés Moreira - Edwin Wagner Vincés Moreira

FUENTE: libros estadísticos del área de pediatría, registro de egresos hospitalario, guía de observación de las historial clínico de los pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias bajas.

**Figura 3.**



### **Análisis e Interpretación**

El 66% de la población habitan en casa de hormigón y solo un 13% pose casas de madera con; el mantenimiento del hogar es un punto favorable para prevenir la IRA se debe tener en cuenta que las infecciones por vías respiratorias se propagan por el aire y el compartir una misma habitación hace que el usuario sea huésped para alojar el virus o bacteria que causen la infección respiratoria.

Según el reporte de “bvsde.paho.org” dice que se encontraron índices de mortalidad infantil de 27 por 1000 en las familias que habitaban viviendas en malas condiciones, mientras que ese índice era de 16 por 1000 para los que ocupaban viviendas adecuadas. (bvsde.paho.org, s.f.)

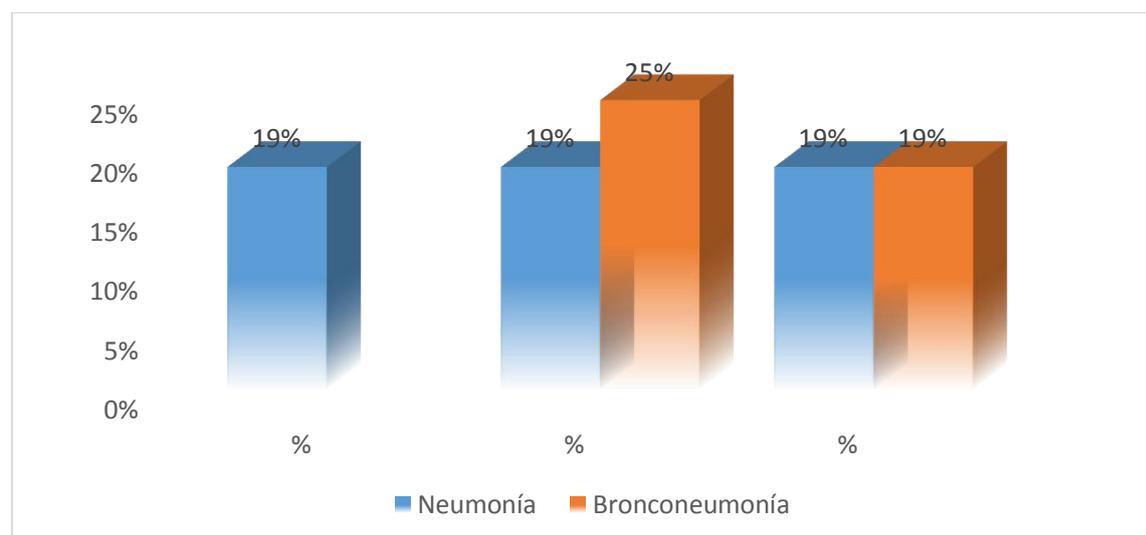
**Tabla 4.- Distribución Porcentual del tipo Infecciones Respiratorias Bajas y Tiempo de estadía hospitalaria de pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas.**

| Tipo Infecciones Respiratorias Bajas | Tiempo de Estadía Hospitalaria |     |           |     |         |     | TOTAL |      |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----|-----------|-----|---------|-----|-------|------|
|                                      | 0– 3 días                      |     | 4– 6 días |     | >6 días |     | F     | %    |
|                                      | F                              | %   | F         | %   | F       | %   |       |      |
| Neumonía                             | 10                             | 19% | 10        | 19% | 10      | 19% | 30    | 57%  |
| Bronconeumonía                       |                                |     | 13        | 25% | 10      | 19% | 23    | 43%  |
| <b>TOTAL</b>                         | 10                             | 19% | 23        | 43% | 20      | 38% | 53    | 100% |

ELABORADO POR: Edgar Wagner Vincés Moreira - Edwin Wagner Vincés Moreira

FUENTE: libros estadísticos del área de pediatría, registro de egresos hospitalario, guía de observación de las historial clínico de los pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias bajas.

**Figura 4.**



### Análisis e Interpretación

Según el tipo de infecciones respiratorias bajas obtuvimos que el 25% de la población presento bronconeumonía y su estadía hospitalaria oscilaba en un número de entre 4 a 6 días, un 19% con neumonía y su estadía era mayor a 6 días.

Entre las medidas de control de infecciones en la atención sanitaria según la OMS indica que los pacientes con enfermedades respiratorias para mitigar la propagación del virus deben quedar ingresados en aislamiento durante mínimo siete días. Es notorio que dentro del área hospitalaria no se cumple a cabalidad suponemos que por la demanda de usuarios.

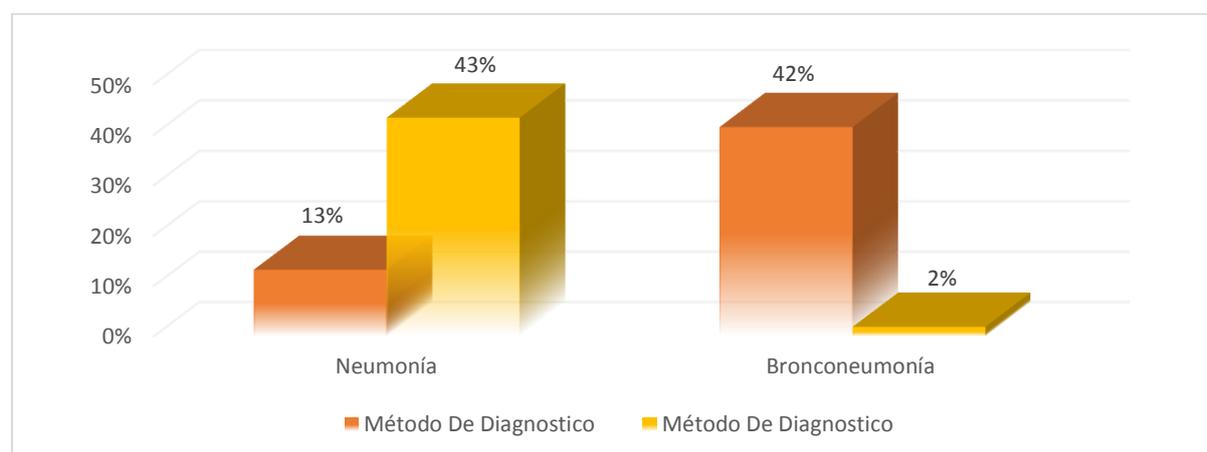
**Tabla 5.-Distribución Porcentual del Método De Diagnóstico de acuerdo al tipo de infección respiratoria pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas**

| Tipo Infecciones<br>Respiratorias Bajas | Método De Diagnóstico |     |         |     | TOTAL |      |
|---|-----------------------|-----|---------|-----|-------|------|
|   | Química<br>sanguínea  |     | Rayos x |     | F     | %    |
|   | F                     | %   | F       | %   |       |      |
| Neumonía                                | 7                     | 13% | 23      | 43% | 30    | 57%  |
| Bronconeumonía                          | 22                    | 42% | 1       | 2%  | 23    | 43%  |
| <b>TOTAL</b>                            | 29                    | 55% | 24      | 45% | 53    | 100% |

ELABORADO POR: Edgar Wagner Vincés Moreira - Edwin Wagner Vincés Moreira

FUENTE: libros estadísticos del área de pediatría, registro de egresos hospitalario, guía de observación de la historia clínica de los pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias bajas.

**Figura 5.**



### Análisis e Interpretación

Según el gráfico el 43% presentan neumonía confirmado por medio de rayos x; el 42% bronconeumonía el método de diagnóstico utilizado fue química sanguínea.

En la Rx de tórax se demuestra la presencia del infiltrado inflamatorio, que corrobora el diagnóstico de la neumonía.

De acuerdo a una revista de la web el señor healthline indica que un análisis de sangre es para determinar el virus, la bacteria o el hongo responsable de la bronconeumonía y que una radiografía de tórax es una de las mejores maneras de diagnosticar esta afección. En esta prueba, se usa radiación electromagnética para crear una imagen de los pulmones y el tórax, lo cual permite localizar las áreas afectadas por la bronconeumonía.

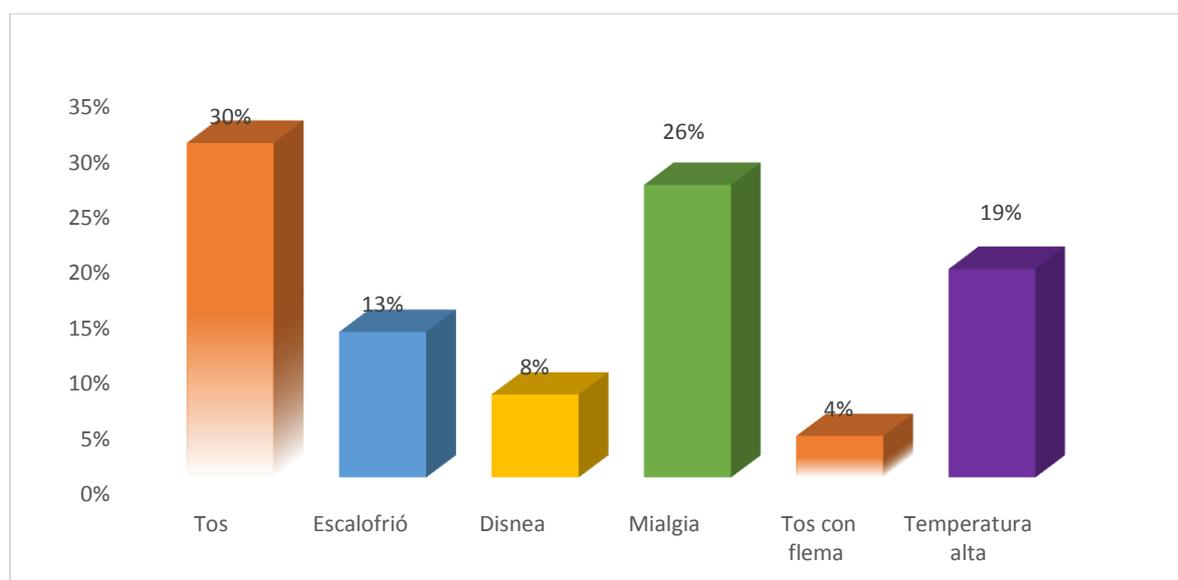
**Tabla 6.-Distribución Porcentual de Signos, Síntomas de pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas**

| SIGNOS Y SÍNTOMAS | F         | %           |
|-------------------|-----------|-------------|
| Tos               | 16        | 30%         |
| Escalofrió        | 7         | 13%         |
| Disnea            | 4         | 8%          |
| Mialgia           | 14        | 26%         |
| Tos con flema     | 2         | 4%          |
| Temperatura alta  | 10        | 19%         |
| <b>TOTAL</b>      | <b>53</b> | <b>100%</b> |

ELABORADO POR: Edgar Wagner Vincés Moreira - Edwin Wagner Vincés Moreira

FUENTE: libros estadísticos del área de pediatría, registro de egresos hospitalario, guía de observación de las historial clínico de los pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias bajas.

**Figura 6.**



### **Análisis e Interpretación**

Entre los signos y síntomas de mayor porcentaje estuvo la tos con un 30% luego la mialgia con un 26%, y solo un pequeño índice del 4% tos con flema.

Según la revista “geosalud.com” Los signos y síntomas de neumonía varían de leves a graves. Hay muchos factores que afectan la gravedad de la neumonía, incluyendo el tipo de germen causante de la infección, la edad del paciente y el estado de salud en general. (geosalud.com, s.f.)

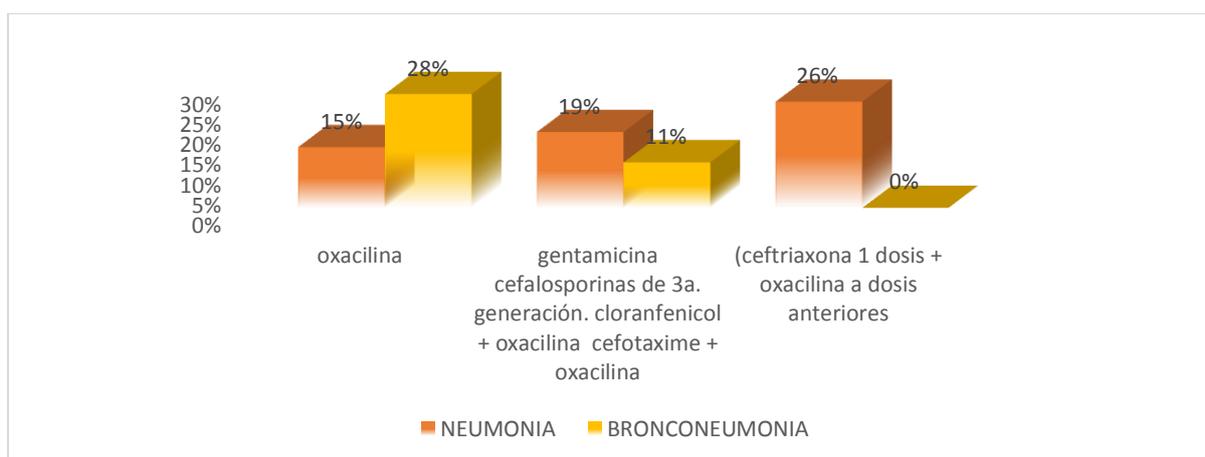
**Tabla 7.-Distribución Porcentual del tipo de tratamiento de pacientes ingresados al área de pediatría por infecciones respiratorias bajas del Hospital Básico Huaquillas**

| Tratamiento Antibióticos de amplio espectro:   | NEUMONIA  |            | BRONCONEUMONIA |            | TOTAL     |             |
|--|-----------|------------|----------------|------------|-----------|-------------|
|  | F         | %          | F              | %          | F         | %           |
| oxacilina  | 8         | 15%        | 15             | 28%        | 23        | 43%         |
| Gentamicina cefalosporinas de 3a. generación. cloranfenicol + oxacilina cefotaxime + oxacilina | 10        | 19%        | 6              | 11%        | 16        | 30%         |
| (ceftriaxona 1 dosis + oxacilina a dosis anteriores  | 14        | 26%        |                | 0%         | 14        | 26%         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>32</b> | <b>60%</b> | <b>21</b>      | <b>40%</b> | <b>53</b> | <b>100%</b> |

ELABORADO POR: Edgar Wagner Vincés Moreira - Edwin Wagner Vincés Moreira

FUENTE: libros estadísticos del área de pediatría, registro de egresos hospitalario, guía de observación de las historial clínico de los pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias bajas.

**Figura 7.**



El 28% utiliza oxacilina ante la presencia de bronconeumonía, y un 26% utiliza ceftriaxona 1 dosis + oxacilina a dosis anteriores ante la presencia de neumonía.

El tratamiento se encuentra enmarcado de acuerdo a los signos y síntomas debe estar encaminado a aliviar la sintomatología que presenta el usuario el gráfico muestra que el 30% se les trata con antibiótico esta es la mejor opción debería ser etiológico pero como el agente causal solo puede conocerse en escasas ocasiones y nunca antes de las 48-72h, el tratamiento antibiótico inicial es empírico y basado en los datos clínicos, analíticos, la radiología, el patrón epidemiológico local, la presencia o no de resistencia bacteriana. (MSP, 2016)

## CONCLUSIONES

Una vez culminada la investigación sobre “**INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL BÁSICO HUAQUILLAS 2017**” se obtuvieron las siguientes conclusiones:

**1.-** Entre las características sociodemográficas se obtuvo como resultado que la mayor parte de la población la conformaron menores de sexo femenino lactantes en edades promedio de 0 – 2 años provenientes de zonas urbanas. Dejando estipulado que cerca de la mitad de las muertes por infecciones respiratoria ocurre en los primeros 6m. De vida (por inmadurez inmunológica, bajo peso al nacer, prematuridad y destete temprano).

**2.-** Entre los tipos de infecciones Respiratorias Bajas, encontramos, que el mayor rango porcentual lo ocupa la neumonía la misma que se diagnosticó por medio de rayos x, seguido de bronconeumonía esta diagnosticada por química sanguínea. una de las causas de mayor relevancia se atribuye al ambiente contaminado el ambiente puede ser factor de que el niño sea más vulnerable para presentar las infecciones respiratorias sobre todos aquellos que están en persistentes contactos con contaminación atmosférica, sobre todo con el smog o dióxido de carbono.

**3.-** Ante esta problemática hospitalariamente el tratamiento que se utiliza con mayor frecuencia es el antibiótico esto luego de 72 horas de ser confirmado el diagnóstico y tengamos el tipo de bacteria. Oxacilina ante la presencia de bronconeumonía, y ceftriaxona 1 dosis + oxacilina a dosis anteriores ante la presencia de neumonía. Entre los signos y síntomas se destacó la tos seguido de la fiebre y por ultimo disnea este último tratado con oxigenoterapia. Cabe destacar que el tratamiento va de acuerdo a los signos y síntomas si presenta alza térmica se anexara antipirético.

**4.-** una vez concluido el trabajo se toma la iniciativa en realizar una reunión con las autoridades de la institución sometida a estudio, en el cual se plantea los resultados obtenidos en la investigación.

## **RECOMENDACIONES**

En base a los resultados de nuestra investigación realizada se recomienda lo siguiente:

Al Ministerio de Salud Pública, realizar, reforzar y mantener los programas de prevención de salud en los niveles de atención primaria y trabajar en conjunto con la comunidad para ir de a poco reduciendo los niveles del índice de morbilidad que en la actualidad los lideran las infecciones respiratorias agudas.

Al Hospital Básico Huaquillas, se le recomienda informar a la comunidad mediante acciones estratégicas como la elaboración de casa abierta y fomentar en cada una de sus áreas, maneras de prevenir este tipo de infecciones, informando a sus usuarios con carteleras didácticas y de fácil comprensión, que demuestre un buen mensaje de salud preventiva.

Al Servicio de Pediatría como área sometida a estudio se le recomienda formar parte del proceso de reducción del índice de morbilidad en infecciones respiratorias. Fomentando la salud mediante charlas educativas a sus pacientes con familiares en cuanto a prevención de salud y autocuidado.

## CRONOGRAMA VALORADO

| ACTIVIDADES   | 2017 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | RECURSOS            |   |           |
|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------|---|-----------|
|   | 1    |   |   |   | 2 |   |   |   | 3 |   |   |   | HUMANOS             | MATERIALES                                      | COSTOS    |
|   | 1    | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |                     |   |           |
| PLANIFICACIÓN   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis | -   | -         |
| Selección del tema  | X    | X |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis | Libros, internet, folletos, material de oficina | \$150,00  |
| Delimitación y presentación del protocolo.  |      |   |   |   | X | X |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis | Libros, internet, folletos, material de oficina | \$150,00  |
| PRIMERA REUNION   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis |   |           |
| Modificación del tema   |      |   |   |   |   |   | X | X |   |   |   |   | Autores de la tesis | Libros, internet, folletos, material de oficina | \$150,00  |
| Revisión de los objetivos   |      |   |   |   |   |   |   |   | X | X | X |   | Autores de la tesis | Material de oficina, transporte                 | \$300,00  |
| SEGUNDA REUNION   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis |   |           |
| Revisión de problematización, marco teórico, normas APA.                            |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X | X | Autores de la tesis | Libros, internet, folletos, material de oficina | \$50,00   |
| TERCERA REUNION   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis |   |           |
| Revisión de metodología   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis | Libros, internet, folletos, material de oficina |           |
| CUARTA REUNION  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis | -   |           |
| Revisión de actividades, conclusiones y recomendaciones, revisión del informe final |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis | Libros, internet, folletos, material de oficina | 50,00     |
| Impresión y Entrega de la tesis   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis | Libros, internet, folletos, material de oficina | \$300,00  |
| Sustentación  |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Autores de la tesis | Material de oficina, transporte                 | -         |
| TOTAL   |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                     |   | \$1200,00 |

## **PROPUESTA**

Propuesta

Socializar los resultados obtenidos a las autoridades pertinentes.

Responsables:

1. Edgar Wagner Vinces Moreira
2. Edwin Wagner Vinces Moreira
3. Escuela de Enfermería
4. Facultad Ciencias de la Salud
5. Universidad Técnica de Manabí
6. Hospital Básico Huaquillas

Descripción de la comunidad.

Es una zona urbana marginal que al igual que otros sectores de nuestra patria requiere el mejoramiento de los servicios de salud para un adecuado desarrollo y desenvolvimiento de sus habitantes, por lo cual, los resultados expuestos en el presente estudio investigativo, son puestos a consideración de los organismos rectores de salud, permitiendo a los líderes comunitarios y personal de salud tomar decisiones oportunas e intervenciones que contribuyan a disminuir la Problemática en salud de su población y de su jurisdicción respectivamente.

Información geográfica

Macro-localización.

- País.- Ecuador
- Región.- Oriente
- Provincia.- El Oro

## Justificación

El Cantón Huaquillas, está dividido en 5 parroquias urbanas y 43 barrios o ciudadelas. Las parroquias urbanas son: El Paraíso, Ecuador, Milton Reyes, Puerto Hualtaco y Unión Lojana el cantón no cuenta con un sistema hidrográfico importante, sobresale el canal internacional del río Zarumilla compartido con el Perú y que sirve de límite natural de la frontera entre los dos países; debido al sistema vial en mal estado, genera mucho polvo que afecta las vías respiratorias de las personas, este clima inconstante de esta área geográfica lo convierte en un factor de riesgo que favorece a este tipo de patologías de vías aéreas, causando que la gente concurra al hospital en busca de atención médica.

El 25% acuden al hospital por presentar temperatura elevada a estos usuarios se les suele dejar ingresados entre 4 – 6 días una vez confirmado su diagnóstico, un 19% acude por presentar dificultad respiratoria a estos usuarios se les suele dejar ingresados más de seis días otro 19% presenta tos con flema y suele dejárselos entre 0 – 3 días ingresados. Entre las medidas de control de infecciones en la atención sanitaria según la OMS indica que los pacientes con enfermedades respiratorias para mitigar la propagación del virus deben quedar ingresados en aislamiento durante mínimo siete días. Es notorio que dentro del área hospitalaria no se cumple a cabalidad suponemos que por la demanda de usuarios. El 43% presentan neumonía confirmado por medio de rayos x; el 42% bronconeumonía el método de diagnóstico utilizado fue química sanguínea.

## Fundamentación

Las condiciones actuales de la crisis económica, social y ambiental por la que está atravesando nuestro país a desencadenados serios problemas en la población en especial de índole nutricional y de salud. Varias son las enfermedades que a causa de las inundaciones nuestro país tiene que afrontar, pero por los cambios climáticos y calentamiento global, las infecciones respiratorias bajas en vez de disminuir han aumentado progresivamente. Como parte del personal de salud quiero contribuir a la orientación sobre los factores que influyen al alto índice de infecciones respiratorias.

## Objetivos

### Objetivos Generales

Socializar los resultados obtenidos a las autoridades pertinentes; mediante un taller de capacitación con el afán de disminuir la morbilidad a causas de infecciones respiratorias bajas.

### Objetivos Específicos

1. Disminuir factores de riesgos que causan el contagio de infecciones respiratoria.
2. Promover actividades de prevención de enfermedades virales como infecciones respiratorias.

### METAS

Capacitar y socializar resultados del trabajo de titulación ejecutado dentro del Hospital Básico Huaquillas.

### FACTIBILIDAD

La posibilidad de la implantación y puesta en marcha de la propuesta, se fundamenta en los siguientes aspectos:

- Factibilidad Institucional: se contó con los miembros directivos del Hospital Básico Huaquillas.
- Factibilidad Técnica – operativa: existen los recursos tanto económicos, humanos y tecnológicos para el desarrollo de misma.
- Factibilidad social: disminuirá la morbimortalidad por infecciones respiratorias bajas.

### Descripción de la propuesta

Se propone las siguientes actividades:

1. Capacitación en el Hospital Básico Huaquillas.
2. Actividades de prevención mediante un trabajo integral con todo el personal.
3. Distribución de material educativo.
4. Realización de periódicos murales, etc., sobre medidas de prevención de enfermedades respiratorias.

### Estrategias

Las enfermedades respiratorias son más frecuentes durante el invierno y resultan la principal causa de internación y consulta médica. Afectan a toda la población pero, fundamentalmente, a los menores de 5 años y a las personas de más de 65 años.

Para prevenir enfermedades respiratorias tales como la gripe, la bronquiolitis, la bronquitis y la neumonía, entre otras es importante:

- Tener las vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación al día:
  - **Gripe:** se tienen que aplicar, una vez al año, dos dosis a los niños entre 6 y 24 meses; y una dosis los adultos mayores de 65 años, embarazadas, mujeres puérperas hasta el egreso de la maternidad (si no se vacunaron durante el embarazo), personas con factores de riesgo y personal de salud.
  - **Neumococo:** deben recibir la vacuna los bebés a los 2, 4 y 12 meses de vida. Los que no completen ese esquema de tres vacunaciones, deben hacerlo antes de los 5 años. También deben recibirla los niños y adultos con factores de riesgo y adultos mayores de 65 años (esquema secuencial de dos vacunas).
  - **Tos convulsa:** se previene esta enfermedad aplicando el esquema adecuado en cada etapa de la vida.
- Lavarse las manos con agua y jabón después de volver de la calle, antes de cocinar o comer y después de ir al baño o cambiar pañales.
- Sostener la lactancia materna, al menos hasta que el bebé cumpla los 6 meses y ofrecerle el pecho con más frecuencia en caso de que se enferme.
- Ventilar todos los ambientes a diario.
- No fumar y mantener los ambientes libres de humo.
- No automedicarse. El consumo de remedios sin receta puede producir intoxicación y ocultar los síntomas de la enfermedad, dificultando un diagnóstico correcto y empeorando el cuadro clínico.
- Mantener reposo en la casa mientras continúe los síntomas.
- Cubrirse la boca al toser o estornudar con un pañuelo descartable o con el pliegue del codo para evitar contagiar a otros.

#### **Para prevenirlas en bebés y niños:**

- Lavarse las manos antes y después de atenderlos y también lavarles las manos a los niños.
- Darle todas las vacunas incluidas en el Calendario Nacional y llevarlos periódicamente al control médico.
- Acostarlos boca arriba siempre.

- Darle la teta al bebé al menos hasta los 6 meses e incrementar la lactancia materna en caso de que el bebé se enferme y tenga pérdida de apetito.
- No usar repelentes en menores de 2 años.
- Brindarles el abrigo necesario:
  - Evitar el abrigo excesivo y el uso de frazadas o mantas que lo puedan sofocar.
  - No darles medicamentos sin receta, ni remedios caseros o té de ningún tipo.

***Además, para evitar las intoxicaciones por monóxido de carbono es importante dejar siempre una ventilación en todos los ambientes.***

Un bebé  
necesita atención  
cuando...

- ***Respira rápido y con silbidos o ronquidos***
- ***Se le hunde el pecho al respirar***
- ***Presenta decaimiento y rechaza el alimento***
- ***Tiene alta temperatura corporal (+ de 38°C)***
- ***El riesgo es mayor si tiene menos de 3 meses, tiene bajo peso o es prematuro.***

#### Recursos

Humanos: Lo conforman los participantes, facilitadores y expositores especializados en la materia, como egresadas de Licenciadas en Enfermería, etc.

#### Materiales:

Mobiliario, equipo y otros.- está conformado por carpetas y mesas de trabajo, pizarra, plumones, total folio, equipo multimedia, filmador, cámara fotográfica, y ventilación adecuada.

Documentos técnico – educativo.

#### Financiamiento

El monto de inversión de este plan de capacitación, será financiada con ingresos propios presupuestados de los egresados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adolfo Enrique Diaz Duque . (2014). BRONQUITIS AGUDA, TRATAMIENTO EN LA PRACTICA CLINICA. *BRONQUITIS* , 68-74.
- alvarado, d. j. (2015). *alvaradoneumologopediatria*. Obtenido de <http://alvaradoneumologopediatra.mx/bronconeumonia-en-ninos/>
- asociacion española de pediatria . (2011). etiología y diagnostico de la neumonia adquirida en comunidad sus formas complicadas. *anales de pediatria* , 2-3.
- C. Calvo Rey, M. G. (s.f.). Obtenido de Infecciones respiratorias virales - Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.pdf>
- censo, i. n. (2015). neumonia principal causa de morbilidad de ecuador. *revista e- analisis*.
- chile, p. u. (s.f.). *aparato respiratorio fisiología y clínica*. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/publ/Aparatorespiratorio/28InfeccionesAguda.html>
- ecologico, a. (s.f.). *CEPIS, OPS, OMS: Control de las Infecciones Respiratorias Agudas*. Obtenido de [www.ambiente-ecologico.com/ediciones/070-05-2000/070-cepis.html](http://www.ambiente-ecologico.com/ediciones/070-05-2000/070-cepis.html)
- familydoctor.org. (2017). Obtenido de bronquitis-aguda: <http://es.familydoctor.org/condicion/bronquitis-aguda/>
- geosalud. (s.f.). *Infeccion Respiratoria Aguda IRA - Geosalud*. Obtenido de [http://www.geosalud.com/enfermedades\\_infeciosas/ira.htm](http://www.geosalud.com/enfermedades_infeciosas/ira.htm)
- healthline . (12 de julio de 2012). *bronconeumonia*. Obtenido de <http://es.healthline.com/health/bronconeumonia#Diagnóstico5>
- imbiomed. (s.f.). *Prevención de las infecciones respiratorias agudas - Imbiomed*. Obtenido de [www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id...id...](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id...id...)
- integral, p. (enero de 2012). *Bronquitis y bronquiolitis - Pediatría Integral*. Obtenido de sepeap : <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-01/bronquitis-y-bronquiolitis/>
- jorge martinez fraga. (2011). anatomía y fisiología. *aparato respiratorio*, 4-7.
- Kidshealth. (s.f.). *Bronquiolitis - KidsHealth*. Obtenido de [kidshealth.org/es/parents/bronchiolitis-esp.html?WT.ac=ctg](http://kidshealth.org/es/parents/bronchiolitis-esp.html?WT.ac=ctg)
- OMS. (s.f.). *OMS / Neumonía*. Obtenido de [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/es/)
- OMS Y UNICEF. (2012). *PREVENCION DE LA NEUMONIA* , 5-6.
- pilon, e. (21 de abril de 2014). *bronconeumonia*. Obtenido de <http://elpilon.com.co/bronconeumonia-sintomas-y-complicaciones/>

salud", e. ". (s.f.). *Infecciones Respiratorias - upch*. Obtenido de <http://www.upch.edu.pe/ehas/medicina/enfermedades%20infecciosas/semana%202-6.htm>

scielo. (24 de septiembre de 2014). *revista cubana de medicina general integral*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252012000400014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400014)

the work of bupa. (2017). *bupasalud.com*. Obtenido de <http://www.bupasalud.com/old/salud-bienestar/vida-bupa/bronconeumon%C3%ADa-en-ni%C3%B1os#S%C3%ADntomas-de-la-bronconeumon%C3%ADa>

tuotromedico. (s.f.). *Neumonía. Pulmonía - Tuotromedico*. Obtenido de [www.tuotromedico.com/temas/neumonia.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/neumonia.htm)

wikiapuntes. (28 de mayo de 2009). *xuletas*. Obtenido de <https://www.xuletas.es/ficha/s/>

# ANEXOS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**



Como parte del trabajo de titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería estamos realizando una investigación sobre infecciones respiratorias bajas en pacientes ingresados al área de pediatría del Hospital Básico Huaquillas Enero – Abril de 2017.

La información obtenida en esta guía de observación es de carácter confidencial, solo será utilizada para los propósitos de la investigación. Agradecemos su colaboración.

**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

**DATOS GENERALES:**

SEXO: Masculino  Femenino  EDAD:

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda: Madera   
 Hormigón   
 Mixta

Tipo de dormitorios: Individual   
 Compartidos

Motivo por el que acude al hospital: Tos con flema   
 Temperatura alta   
 Dificultad respiratoria

Área de servicio de pediatría designada: Lactantes   
 Prescolares   
 Escolares   
 Adolescentes

Tiempo de estadía hospitalaria: 0– 3 días   
 4– 6 días   
 >6 días

**CARACTERÍSTICA PATOLÓGICA:**

tipo infecciones respiratorias bajas: Neumonía   
 Bronconeumonía

Signos y Síntomas: Tos   
 Fiebre   
 Escalofrió   
 Disnea   
 Mialgia

Método De Diagnóstico: Química sanguínea   
 Rayos x

Tipo de tratamiento: Antibiótico   
 Analgésico   
 Antipirético   
 Oxigenoterapia



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA







**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**



egresos hospitalarios hbh enero 2017 - Excel

Edgar Wagner Vences Moreira

| USO INEC |                               | USO INEC                                     |   |                 | CJ DEL INGRESO   |            |  | D) DEL EGRESO   |        |        | DIAGNÓ   |          |        |        |  |                |                     |                           |                        |                |
|----------|-------------------------------|--|---|-----------------|------------------|------------|--|-----------------|--------|--------|--|----------|--------|--------|--|----------------|---------------------|---------------------------|------------------------|----------------|
| USO INEC |                               | A) IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO        |   |                 | FECHA DE INGRESO |            |  | FECHA DE EGRESO |        |        | DIAGNÓ   |          |        |        |  |                |                     |                           |                        |                |
| USO INEC | ESTABLECIMIENTO IDENTIFICADOR | FECHA DE OFICINA IDENTIFICADORA (AAAA/MM/DD) | CODIGO_ESTAB_ESTABLECIMIENTO (primer o segundo establecimiento) | AÑO_RECOLECCION | PARROQUIA        | DIRECCIÓN  | USO INEC CÓDIGO DE RESIDENCIA HABITUAL | AÑO AAAA        | MES MM | DÍA DD | USO INEC DIGITAR LA FECHA EN FORMATO: AAAA/MM/DD | AÑO AAAA | MES MM | DÍA DD | USO INEC DIGITAR LA FECHA EN FORMATO: AAAA/MM/DD | DÍAS DE ESTADA | CONDICIÓN AL EGRESO | ESPECIALIDAD DEL SERVICIO | DEFINITIVO DE SERVICIO | 1. IEC         |
| 151      | 146                           |  |   | 2017            | 070703           | HUALTACO   | JAMBELI                                | 2017            | 1      | 17     | 2017/1/17  | 2017     | 1      | 19     | 2017/1/19  | 2              | 1                   |                           |                        | NEUMONIA       |
| 174      | 169                           |  |   | 2017            | 070701           | ECUADOR    | MARTHA RUGARANI                        | 2017            | 1      | 21     | 2017/1/21  | 2017     | 1      | 23     | 2017/1/23  | 2              | 1                   |                           |                        | NEUMONIA       |
| 198      | 193                           |  |   | 2017            | 070750           | HUAQUILLAS | HUAQUILLA                              | 2017            | 1      | 24     | 2017/1/24  | 2017     | 1      | 28     | 2017/1/28  | 2              | 1                   |                           |                        | BRONCONEUMONIA |
| 225      | 220                           |  |   | 2017            |                  |            |  | 2017            | 1      | 26     | 2017/1/26  | 2017     | 1      | 30     | 2017/1/30  | 4              | 1                   |                           |                        | BRONCONEUMONIA |
| 238      | 228                           |  |   | 2017            | 070701           | ECUADOR    | 18 DE NOVIEMBRE                        | 2017            | 1      | 27     | 2017/1/27  | 2017     | 1      | 31     | 2017/1/31  | 4              | 1                   |                           |                        | BRONCONEUMONIA |

LISTO SE ENCONTRARON 15 DE 4001 REGISTROS



**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**TEMA:**

Infecciones respiratorias bajas servicio de pediatría, hospital básico huaquillas

**INFORME DE REUNION**

Esta reunión fue realizada con el propósito de exponer o informar a las autoridades del hospital básico huaquillas sobre los resultados obtenidos en nuestra investigación, que trata de revelar el flujo de los pacientes pediátricos diagnosticados con infecciones respiratorias bajas y reciben atención especializada.

Para esto se plantean los siguientes puntos:

- + Se puede observar que de 217 pacientes ingresados al servicio de pediatría durante el periodo enero – abril del 2017 53 son de diagnóstico de infecciones respiratorias bajas.
- + Según los registros estadísticos solo se manejan con dos tipos de infecciones respiratorias bajas más comunes para llevar a cabo la hospitalización, y estas son las neumonías y las bronconeumonías. Las cuales fueron diagnosticadas bajo el método de rayos x y la química sanguínea.
- + Otro de los resultados más interesantes fue que de los pacientes que fueron hospitalizados mediante estos diagnósticos pertenecen a la zona urbanística en donde se cree que los posibles factores que influyen y favorecen a este tipo de infecciones son el polvo, las carreteras en mal estado, y el factor climático.
- + en nuestra investigación queda debidamente demostrado que de las edades más afectadas por estas infecciones son los niños menores de 5 años sin distinción de género.
- + Por último se toma en cuenta que los tratamientos brindados a aquellos pacientes diagnosticados con infecciones respiratorias bajas son los antibióticos como la oxacilina y la ceftriaxona.

Una vez expuestos los resultados se plantea la opción de tratar de mitigar estos tipos de infecciones brindando charlas educativas en conjuntos con el personal del servicio de pediatría y realizar casas abiertas para fomentar el autocuidado en la población y así de esa manera reducir la incidencia de este tipo de infecciones respiratorias.

.....  
.....

**Egresado  
Edgar Vincés**

**Egresado  
Edwin Vincés**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**

