



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



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

“VALORACIÓN DE GRAVEDAD DE BRONQUIOLITIS AGUDA. ESCALAS TAL – DOWNES, MENORES DE 2 AÑOS. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA JULIO DICIEMBRE 2015”.

AUTORES:

Sr. CARLOS ALBERTO BERMÚDEZ GILER

Sr. WILFRIDO ARMANDO GONZÁLEZ CASTILLO

DIRECTORA:

DRA. MELANIA ALCÍVAR GARCÍA Mg. Ge.
PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

TEMA

“VALORACIÓN DE GRAVEDAD DE BRONQUIOLITIS AGUDA. ESCALAS
TAL – DOWNES, MENORES DE 2 AÑOS. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS
BALDA JULIO DICIEMBRE 2015”

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi madre, porque gracias a su fuerza y dedicación logro construir y forjar día a día lo que hoy soy, la que me provee con el paso de cada día la confianza, los consejos y las ganas para poco a poco ir alcanzando mis metas. A mis abuelos, pilares fundamentales en mi crecimiento y conocimientos de valores básicos para vivir. A mi hermano, que me enseñó a comprender la verdadera relación entre amigos y la virtud de compartir. A mis tíos que también son como hermanos que me enseñaron la humildad y la sencillez para afrontar la vida con una mayor madurez.

A mis amigos que indirectamente influyeron en mis pasos diarios para culminar esta etapa.

Bermúdez Giler Carlos Alberto.

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado sobre todo a Dios por permitirme llegar hasta este punto y lograr más objetivos, también para mis docentes por ser parte importante en mi aprendizaje y por el esfuerzo realizado para enseñarme todos los conocimientos que he adquirido en todo este proceso y de manera especial a la Dra. Melania Alcívar García.

Gonzáles Castillo Wilfrido Armando.

AGRADECIMIENTO

Al culminar el trabajo de investigación para obtener la investidura como médico cirujano dirigimos el agradecimiento a:

La Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, por los años de estudio en la ayuda para la formación como profesionales.

A los miembros del Tribunal de Revisión y Sustentación quién con sus conocimientos y apoyo nos guiaron en el desarrollo del presente trabajo investigativo desde el inicio hasta su culminación.

A los Medicos Tratantes del Área de Hospitalización de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo por su colaboración, quienes prestaron su ayuda con la información y muestra de pacientes necesarias para llevar a cabo lo planteado.

Al personal médico y administrativo Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo por haber permitido realizar el trabajo de investigación en esta casa de salud.

Gracias a nuestros padres, amigos y todas aquellas personas que estuvieron presentes durante la carrera.

Bermúdez Giler Carlos / Gonzáles Castillo Wilfrido

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que este trabajo de investigación titulado “VALORACIÓN DE GRAVEDAD DE BRONQUIOLITIS AGUDA. ESCALAS TAL – DOWNES, MENORES DE 2 AÑOS. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA JULIO DICIEMBRE 2015”, ha sido dirigido, asesorado supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejó constancia de que es original de los autores Bermúdez Giler Carlos / Gonzáles Castillo Wilfrido.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

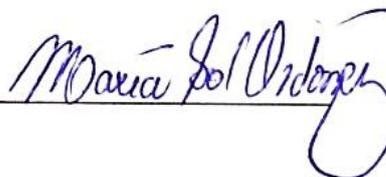


DRA. MELANIA ALCÍVAR GARCÍA Mg. Ge.
DIRECTORA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de investigación “VALORACIÓN DE GRAVEDAD DE BRONQUIOLITIS AGUDA. ESCALAS TAL – DOWNES, MENORES DE 2 AÑOS. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA JULIO DICIEMBRE 2015” se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

DRA MARIA SOL ORDOÑEZ Z. Mg.



PRESIDENTA

DRA. MAYRA PÁRRAGA SÁNCHEZ.



MIEMBRO

DR. JESUS MOLINA ALVARADO



MIEMBRO

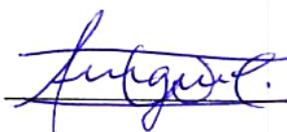
DECLARACIÓN DE AUTORIA

Bermúdez Giler Carlos / Gonzáles Castillo Wilfrido, Egresados de la Escuela de Medicina perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que el presente trabajo de investigación titulado “VALORACIÓN DE GRAVEDAD DE BRONQUIOLITIS AGUDA. ESCALAS TAL – DOWNES, MENORES DE 2 AÑOS. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA JULIO DICIEMBRE 2015” Es de autoría propia y como tal será protegido por las leyes establecidas en el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establece en los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual, por lo tanto la falta de los permisos correspondientes o su mal uso será penalizado por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Portoviejo, Diciembre 2015



Bermúdez Giler Carlos



Gonzáles Castillo Wilfrido

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

“VALORACIÓN DE GRAVEDAD DE BRONQUIOLITIS AGUDA. ESCALAS
TAL – DOWNES, MENORES DE 2 AÑOS. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS
BALDA JULIO DICIEMBRE 2015”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizado por los egresados, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO:

Ing. Karina Rocha Galecio, Mn
DECANA ENCARGADA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD

Mcg. Miriam Barreto Rosado, MGs
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE
TITULACIÓN ESPECIAL FCS

Ab. Daniel Cadena Molina
ASESOR JURÍDICO

Dra. Melania Alcivar García. Mg, Ge
DIRECTORA DEL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN

Dr. Maria Sol Ordoñez Zambrano..
PRESIDENTE DE TRIBUNAL DEL
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Mayra Párraga Sánchez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Jesús Molina Alvarado
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	IV
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y	V
EVALUACIÓN	V
DECLARACIÓN DE AUTORIA	VI
RESUMEN	XI
SUMMARY	XII
CAPITULO I	XIII
INTRODUCCIÓN.....	XIII
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	XVI
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	XVII
CAMPO:.....	XVII
AREA:	XVII
ASPECTO:	XVII
DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	XVII
DELIMITACIÓN TEMPORAL	XVII
LÍNEA DE INVESTIGACION:.....	XVII
SUBPROBLEMAS.....	XVIII
OBJETIVOS	XIX
GENERAL	XIX
ESPECÍFICOS	XIX
CAPÍTULO II.....	XX
MARCO TEÓRICO	XX
VARIABLES	XXX
VARIABLE INDEPENDIENTE	XXX
VARIABLE DEPENDIENTE.....	XXX
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES: BRONQUIOLITIS AGUDA	31
DISEÑO METODOLÓGICO	40
TIPO DE ESTUDIO.....	40
ÁRE	

A DE ESTUDIO.....	40
PERIODO DE INVESTIGACIÓN.	40
UNIVERSO O POBLACION.	40
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	40
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	40
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:	41
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	41
PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.	41
RESULTADOS	41
TALENTOS HUMANOS	41
RECURSOS FÍSICOS	42
INSTITUCIONALES.....	42
ANALISIS DE DATOS	42
TABULACIÓN	42
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	43
CAPITULO III.....	44
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	44
GRAFITABLA: 1.....	45
Relación entre edad y género de los niños menores de 2 años atendidos en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.	45
GRAFITABLA: 2.....	47
Relación entre edad y procedencia de los pacientes menores de 2 años atendidos en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.....	47
GRAFITABLA: 3.....	49
Distribución según el inicio de la sintomatología con los signos y síntomas presentados en los menores de dos año ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.	49
GRAFITABLA: 4.....	51
Distribución según la edad gestacional y los antecedentes familiares de los niños menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.	51
GRAFITABLA: 5.....	53
Distribución según la edad y el tipo de alimentación de los niños menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.	53

GRAFITABLA: 6.....	55
Distribución según la procedencia y el tipo de vivienda en que residen los menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio diciembre2015.....	55
GRAFITABLA: 7.....	57
Distribución según la escala de Tal, relacionando la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria en menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio diciembre 2015.....	57
GRAFITABLA: 8.....	59
Distribución según la escala de Tal que relación la musculatura accesoria con las sibilancias, de los pacientes menores de dos años atendidos en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio diciembre 2015.....	59
GRAFITABLA: 9.....	61
Distribución según la escala de Downes relacionando la frecuencia respiratoria y la cianosis de los niños menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.	61
GRAFITABLA: 10.....	63
Distribución según la escala de Downes relacionando la entrada de aire con el quejido espiratorio en los menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015.....	63
GRAFITABLA: 11.....	65
Distribución según las retracciones subcostales presentadas en los niños menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio diciembre 2015.	65
CAPITULO IV	67
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	68
PRESUPUESTO	69
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	70
CAPITULO V.....	71
PROPUESTA	71
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXOS.....	78

RESUMEN

La bronquiolitis aguda es una inflamación de los bronquiolos, de origen infeccioso, que produce dificultad respiratoria con sibilancias en niños menores de dos años de edad, con un predominio de presentación de 3 a 6 meses de vida. El tipo de estudio fue prospectivo, cuantitativo, bibliográfico. Representa una investigación científica propositiva analítica que se llevó a cabo mediante la recolección de datos clínicos y seguimiento de los niños menores de dos años, que hayan presentado esta patología. Se determinó que la población de estudio fue de 30 pacientes, de los cuales se identificó las características socio-demográficas. La edad de mayor presentación -3 meses con el 37 por ciento, seguidos de los de 3-6 meses con el 30 por ciento. Sexo masculino con 60 por ciento, de origen rural con 67 por ciento, inicio de la sintomatología en las primeras 24 horas con 73 por ciento. Luego de obtenido los resultados se procedió a desarrollar una propuesta dirigida a los becarios de medicina del área de emergencia de pediatría para dar a conocer sobre la importancia del uso de las escalas de TAL y DOWNES en la valoración de la gravedad de esta patología.

Palabras claves: Bronquiolitis, Hospitalización

SUMMARY

This research had its development Dr. Verdi Cevallos Balda Hospital Canton Portoviejo where it is evident that viral diseases such as bronchiolitis are in great demand in the area of pediatrics at leading to hospitalize patients, due to the problem that affects the respiratory tract in children. The type of study was prospective, quantitative literature. It represents a proactive analytical scientific research that was conducted by collecting data and clinical monitoring of children under two, who filed the disease.

We can define in this research , the highest percentage affects men more qa women also having a 40 % in the male population and 60% in the female population , in the same way the most susceptible age were found in those under 6 months old . Similarly, it was found that the population was in the rural area was the most affected, with an onset of symptoms in less than 24 hours corresponding to the percentage of 73 % and that they themselves were hospitalized for more than one day.

Keywords : Bronchiolitis Hospitalization

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades respiratorias agudas (IRA) al medio constituyen la principal razón de consultas, representando cerca del 50%, y dentro de las mismas el 10% que al final precisan de una nueva evaluación para tratar la fase aguda de la enfermedad.

La bronquiolitis es una entidad clínica, la cual representa afección de las vías respiratorias inferiores en la que perjudica a niños menores de 2 años de edad, siendo así el agente responsable, el Virus sincitial respiratorio en un casi 80%, teniendo su inicio en los meses de invierno y en la primavera en los lugares que existe varias estaciones climaticas. José Ramón Villa Asensi (2013)

En 1993, McConnochie estableció unos criterios clínicos para definir la bronquiolitis: primer episodio agudo de sibilancias en un niño/a menor de 24 meses, disnea espiratoria y existencia de pródromos catarrales. Pero existe una gran variabilidad en cuanto a los criterios que utilizan los diferentes centros e incluso los distintos profesionales para definir esta entidad (algunos autores limitan los criterios diagnósticos a lactantes menores de 12 meses, otros incluyen también episodios sucesivos en un mismo paciente). Pérez de Tejada (2010)

La bronquiolitis aguda supone una importante demanda asistencial, no sólo en el ámbito de la Atención Primaria, donde genera un importante número de consultas, tanto en fase aguda como en fase de secuelas, sino también a nivel hospitalario, con grandes requerimientos de asistencia en el área de Urgencias e importante número de ingresos en época epidémica.

Existen controversias científicas en cuanto al manejo de la bronquiolitis aguda que generan una gran variabilidad en la manera de abordar esta entidad por los diferentes centros y profesionales sanitarios^{1, 4}. Con frecuencia se utilizan de forma indiscriminada muchos tratamientos cuya eficacia no está demostrada.

A nivel mundial se consiguieron datos sobre morbimortalidad y se considera la segunda causa de muerte en los niños después del neumococo. Por lo que se demuestra que cada año, unos 200.000 niños mueren en el mundo por causa de la bronquiolitis aguda, al año se diagnostican 33,8 millones de nuevos casos, el 96% en países en vías de desarrollo. José Ramón Villa Asensi (2013)

La incidencia de la patología en Ecuador como en el resto de países latinoamericanos la bronquiolitis constituye la segunda causa de morbilidad dentro de las enfermedades y suele obtener demanda en los hospitales de cada punto del país, debido que es causa de preocupación en la emergencia, aunque si no requiere hospitalización no es necesario tratamiento farmacológico. Zabala Haro (2010)

JUSTIFICACIÓN

Considerando que las enfermedades respiratorias bajas han ido en forma creciente afectando la salud de los niños, la bronquiolitis constituye una patología importante de tratar con especial cuidado y eficacia para evitar complicaciones, incluso si existen factores de riesgos tales como el nacimiento prematuro.

La actual investigación es importante porque pretende ser de utilidad para fomentar el interés de la enfermedad presentada, y hacer una revisión médica bibliográfica referente a las escalas más utilizadas, e influir en incentivar el uso de aquellas, siendo así la más utilizada en la actualidad la escala de Downes Ferres. Y así podrían contribuir para la detección oportuna de la bronquiolitis sin enmascarar el cuadro de los pacientes pediátricos que acuden al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. CENETEC (2011).

Es de suma relevancia conocer que existen factores de riesgos que pueden agravar la enfermedad con una desfavorable evolución como puede ocurrir en los menores de 3 meses de edad, las cuales pueden ya tener una patología de base. Pérez de Tejada (2010)

Ésta investigación es factible porque se realizó en el centro de estudio de la investigación, en la cual se estudia la importancia de la gravedad de la bronquiolitis mediante las escalas de Tal y Downes en niños menores de dos años que padezcan la clínica y por tanto reconocer los factores que implican un nuevo episodio de inicio de la bronquiolitis, de modo que al culminar el trabajo de titulación se fortalecerán los conocimientos y se cumplirá el compromiso propuesto.

Los beneficiarios de este estudio son para los becarios de medicina que labora en las instalaciones del área de pediatría, debido que obtendrían refuerzo del manejo de la Bronquiolitis y las recomendaciones que deben ser dadas en el caso que no se requiera de internación.

El impacto de la investigación va enfocado a que habiendo escalas de diagnóstico no se tiene un conocimiento real de para qué sirve.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud y la Oficina Regional para las Américas han definido un Programa de Control de las infecciones respiratorias agudas, enfatizando en la bronquiolitis por ser un edema y acumulación de moco en las vías aéreas más pequeñas en los pulmones (bronquiolos). Ministerio de Salud Pública (2011).

Datos desde un estudio realizados a nivel de Latinoamérica, el Hospital Infantil Universitario de San José reporta un total de 250.000 niños que tosen y el 40% de la población infantil de menos de un año sufre un episodio de bronquiolitis que no tratada repercute en consecuencias graves. Durante el 2010, se presentaron 290 casos de bronquiolitis en el Hospital de la Universidad del Norte; la mayoría durante los meses de octubre a diciembre. (50%) Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda (2010).

En Ecuador, representan la principal causa de demanda de atención de salud, y son responsables del 20 al 40% de las consultas externas para niños y del 12-35% de los ingresos hospitalarios y la cuarta causa de muerte para todas las edades. La clínica se inicia como un cuadro catarral, con rinorrea sibilancias y tos, por los que constituyen un problema de salud a nivel de la provincia de Manabí en la cual en un estudio realizado en el año 2011, se reporta que un 60 % de pacientes fue hospitalizado debido a la necesidad de un tratamiento especializado que no puede ser brindado en casa, mientras que el 40% fue dado de alta por reflejar una mejoría. Gilces Delgado (2011).

En Manabí, siendo el Hospital Verdi Cevallos Balda quien cuenta con la mayor acogida de atención para usuarios con IRA, si se trata a tiempo esta patología tiene un buen pronóstico.

Por eso la interrogante se plantea: ¿Cómo se valora la gravedad de la bronquiolitis mediante las escalas en usuarios pediátricos menores de 2 años en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Periodo Julio-Diciembre 2015?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO:

Salud

AREA:

Medicina

ASPECTO:

Gravedad de la Bronquiolitis en niños menores de dos años según escalas clínicas.

DELIMITACIÓN ESPACIAL

La presente investigación se la realizó en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, en área de Pediatría, ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí.

DELIMITACIÓN TEMPORAL

Este trabajo comprende el periodo de los meses Julio 2015 – Diciembre 2015.

LÍNEA DE INVESTIGACION:

Según la FCS.- La línea de investigación corresponde a grupo vulnerable pediátrico menores de 2 años.

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características socio-demográficas de la familia de los niños con bronquiolitis?

¿Cuáles son factores que influyen en la aparición de la enfermedad y la gravedad de la misma?

¿Serán de utilidad las escalas de Tal como la de Downes para detectar la gravedad de la enfermedad?

¿Mantendrán prioridad de ambas escalas el Personal hospitalario al conocer un posible caso de Bronquiolitis?

OBJETIVOS

GENERAL

Valorar la gravedad de Bronquiolitis Aguda mediante la Escala de Tal y Escala de Downes en usuarios pediátricos menores de 2 años en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

ESPECÍFICOS

Identificar las características socio-demográficas de la población en estudio.

Determinar los factores de riesgo que se relacionan con mayor gravedad de la bronquiolitis aguda en el grupo de pacientes en estudio.

Analizar el cuadro clínico de pacientes con Bronquiolitis Aguda

Comparar la efectividad de la escala de Tal y Downes en la valoración de la gravedad de la Bronquiolitis aguda.

Gestionar propuesta educativa dirigida a los becarios de medicina del Área de Emergencia de Pediatría del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda sobre la importancia del uso de las escalas clínicas predictorias de gravedad de bronquiolitis.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En la actualidad las infecciones respiratorias agudas o conocidas como las IRA suelen ser el principal motivo de consulta tipo ambulatoria tanto en niños como en adultos de ambos sexos, sin predominio en especial, las cuales se presentan principalmente en los meses donde la baja temperatura predomina y el diagnóstico como el tratamiento se encuentra en manos del médico que esta frente al caso.

Son padecimientos infecciosos del sistema respiratorio con una evolución que es menor a 15 días y que en ocasiones progresan considerablemente ocasionando un problema grave como es la neumonía. Aquellas constituyen un problema general de salud pública y con la progresión resultan ser las más a las en mortalidad a nivel mundial. Simó Nebot (2010)

La inicial complicación de la infecciones respiratorias agudas, es la neumonía, la cual es la responsable de la mayoría de las muertes, Los factores más importantes se relacionan con exposición ambiental, datos individuales y sociales como la contaminación ambiental dentro o fuera del hogar, el Tabaquismo pasivo, la deficiente ventilación de la vivienda, los Cambios bruscos de temperatura, y el Contacto con personas enfermas de IRA. Hospital de Madrid (2011).

El tabaquismo proporcionado de la parte paterna puede incrementar la enfermedad de la vías respiratorias en un 81.6 a 91.2% como así mismo se considera que la infección suele aumentar en aquellos que viven en hacinamiento o que acuden a guarderías ya que son propensos al virus sincitial. American Academy Pediatrics, 2010.

Existen otros factores no menos importantes, las cuales se las denominan como factores Individuales y éstos incluyen la edad, la frecuencia, mayor gravedad cuando son en menores de un año, el Bajo peso al nacimiento, la ausencia de lactancia materna que conlleva la Desnutrición y con éstos las Infecciones previas que podrían ser resultado de un Esquema incompleto de vacunación y que también implica la Carencia de vitamina A. por último los factores Sociales como el hacinamiento y el piso de tierra en la vivienda. Simó Nebot (2010)

Los agentes que en su gran mayoría son los causales incluyen a los virus, principalmente se encontrara en un 35% al rinovirus, en un 30% el virus influenza tipo A y B, con un 12% el virus parainfluenza, 11% al VCR o virus sincitial respiratorio y finalmente en un 8% al adenovirus. Las iniciales formas de contagio incluyen a la inhalación por aerosoles o aquellas microgotas que presentan gérmenes o al momento de manipular las mucosas nasales, oculares o la cavidad bucal por secreciones con infección presente y que luego son llevadas hacia las manos. Revista de Universidad católica de Chile (2010)

Debido al alto porcentaje de exposición con el medio ambiente, el aparato respiratorio se encuentra susceptible a muchos agentes infecciosos que cuando logran superar los mecanismos de defensa, pueden empezar a provocar una amplia gama de procesos infecciosos que suelen afectar de forma significativa a las personas que padezcan este tipo de problema. Guideline 1(2010)

Entre tantas afecciones del sistema respiratorio, una de las que predomina en cierto grupo vulnerable abarca la bronquiolitis aguda, la cual es una enfermedad que afecta como ya se ha mencionado al tracto respiratorio y que predomina en el lactante. Con una incidencia al año de un 10% en niños que cumplen el año de vida, representa una tasa de ingreso entre el 2 y el 5%, y que al momento se reportan datos que en los últimos años se ha incrementado significativamente. M. Simó Nebot (2010)

En el año 1993, se establecieron ciertos criterios clínicos que definen los inicios de la Bronquiolitis, teniendo así: el primer episodio que ocurre de forma aguda con sibilancias en un niño que sea menor a 24 meses, con disnea y presencia de pródromos catarrales. Sin embargo existe una variabilidad con respecto a los criterios que en ciertas instalaciones hospitalarias utilizan y por ende al personal médico repercute para poder identificar esta entidad, los cuales incluyen los mismos criterios en lactantes menores de 12 meses como nuevos episodios que se repitan en el mismo paciente. McConnochie (2010)

Se la conoce como una enfermedad tipo infecciosa que empieza en forma aguda e inflamatoria del aparato respiratorio inferior que es resultado de una obstrucción de las vías aéreas pequeñas, es decir que afectan a los bronquiolos. De manera usual es autolimitada ocurriendo con mayor frecuencia a los niños de 1 a 2 años y suele estar causado por un agente viral. Es precedido de un episodio netamente respiratorio con sibilancias o ruidos bronquiales, diferenciando el primer episodio (bronquiolitis aguda típica) del segundo o ulteriores (lactantes con recurrencia en sibilancias). García Martín FJ (2011)

Ciertos autores como Martín, dicen que la enfermedad respiratoria de los dos primeros años de vida, en la que se estima un aproximado del 1 al 12 % de todos los niños que reciben lactancia y que padecen la infección. Por su elevada aparición de nuevos casos con su significativa morbilidad, es actualmente un problema de salud que implica un costo elevado ya que la mayoría pertenece a zonas no accesibles, pero que justifica el interés generalizado en los médicos especialistas, tanto en el ámbito clínico como en el investigativo. García Martín FJ (2011)

Durante la atención primaria es de interés la demanda asistencial, en la que se genera consultas múltiples por la sintomatología que presenta y en fase aguda como en la de secuelas requiere de atención especializada al momento del ingreso hospitalario en caso de ser necesario. Un 5–16% de ellos, a su vez, requerirán ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Guía de Práctica clínica de la bronquiolitis aguda (2010).

Según manifiesta la fisiopatología los iniciales cambios que presentan el tracto respiratorio inferior son un daño directo que pueden provocar necrosis del epitelio y por tanto produce destrucción de células epiteliales ciliadas seguidas luego de infiltraciones bronquiales con predominio de neutrófilos y linfocitos produciendo así edema. Posterior a este traumatismo hay un daño total del epitelio respiratorio por las respuestas inflamatorias mientras que el resto de las células muertas con fibrina producen obstrucción bronquiolar.

Así como en las demás teorías el VRS puede provocar neumonía severa con destrucción del epitelio, necrosis y formación de membrana hialina como ocurre en la infección mediada por adenovirus.

Las alteraciones son seguidas de un periodo denominado recuperación, la cual se inicia después de 3 o 4 días con regeneración masiva, remoción de los tapones de moco por parte de los macrófagos y nueva aparición de cilias, aproximadamente 15 días después de la injuria aguda. Guía de práctica clínica de México (2010)

A los largo de los dos años que es donde prima la infección, se conoció que la bronquiolitis aguda tiene predominio en niños de aproximadamente 3 a 6 meses de edad y que puede ser esporádica o epidémica, en los meses de noviembre a marzo debido a las condiciones ambientales que las caracterizan. Asociación Española de Pediatría, (2012)

Según su tasa de mortalidad es países desarrollados es baja, en niños que aparentemente están sanos, sin embargo, el riesgo de sufrir mortalidad incrementa en un 70% de aquellos niños que suelen tener una enfermedad asociada, o en aquellos niños que han presentado ciertos factores como la prematurez, alguna enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente que conlleve una inmunodeficiencia, como también dificultad respiratoria o en niños que la oxigenación no es la adecuada. Moreno Pérez D (2012)

Los profesionales de la salud deben estar capacitados para diagnosticar y determinar la severidad del cuadro, la cual se deben de ayudar de la historia clínica como también del examen físico, y no basarse rutinariamente de exámenes de laboratorio que muchos suelen ser innecesarios, como de estudios imagenológicos para poder llegar al diagnóstico. Cansino campuzano (2011)

Un ensayo clínico demostró que el mayor porcentaje de niños que padecen BA tienen imágenes anormales en el estudio radiográfico como incluye la Rx estándar de tórax. Por lo que Roosevelt en 1996 y swingler en 1998 en dos estudios indicaron que éste tipo de procedimientos lo único que consiguen es el uso indiscriminado de tratamiento antibiótico innecesario, ya que no se puede diferenciar una bronquiolitis de cualquier otra enfermedad respiratoria inferior. E. Shekelle, bordley (2012).

Sin embargo, ciertos investigadores correlacionaron el hallazgo imagenológico con la gravedad de la enfermedad, la cual manifestaron que los pacientes con atelectasia pueden presentar 2.7 veces más probabilidad de presentar una Bronquiolitis grave. . E. Shekelle, bordley (2012).

Quizás ninguno de los hallazgos sean suficientes para realizar el diagnóstico pero hay que tener especial interés en la sintomatología que suele enmascarar el cuadro la cual incluyen manifestaciones con rinorrea, obstrucción a nivel nasal, fiebre de bajo grado, como se aconseja también tener especial atención después de 2 a 5 días debido a que progresa con compromiso del tracto respiratorio inferior con afectaciones que presentan sintomatología más agresiva como tos, sibilancia, disnea y episodios de apnea que ocurren en un 18 a 20%. Danitza Stella Madero Orostegui (2010).

En ciertos grados más severo progresan a dificultad para respirar con taquipnea, retracciones, obstrucción nasal, irritabilidad e incluso progresar a cianosis, que aparecen hasta el tercer día de la enfermedad y que hay que tener especial atención sobre todo a los que viven con el niño para que tengan en cuenta los signos de alarma como incluyen taquipnea, retracción excesiva de sotillas, decaimiento general, el rechazo del alimento y vómito. E. Shekelle (2012).

Por las investigaciones realizadas, hay controversias científicas por el manejo de la bronquiolitis, debido a que generan variabilidad al momento de abordarla en los distintos centros hospitalarios y profesionales de salud. Se tiene en cuenta que se utilizan de forma indiscriminada ciertos tratamientos cuya eficacia no se encuentra comprobada de forma total. De la misma manera en la práctica habitual por los distintos conocimientos hay variaciones incluso de los resultados clínicos obtenidos, de la calidad asistencial como en la igualdad de accesos y utilización de servicios. Guía práctica clínica sobre bronquiolitis (2012).

No es oculto que la lactancia materna protege de la mayoría de las infecciones, incluyendo aquellas que pertenecen a las infecciones respiratorias bajas, entre esas la bronquiolitis, por lo que mantener la lactancia por más de 4 meses ofrece mayor protección contra ellas, gracias a los nutrientes esenciales que solo la leche materna puede brindar.

Y por tanto aquellos lactantes exclusivos son menos propensos a desarrollar la infección viral y por ende agravarla. El tratamiento para los bebés que recién nacen con bronquiolitis incluirían inmediatamente la administración de oxígeno, seguido de la succión por nariz, y la toma de abundantes líquido como terapias que brinden apoyo. García Martín FJ (2011).

Sin embargo, no existe actualmente un reporte que indique el uso del tratamiento farmacológico para la BA. El uso de epinefrina en aquellos no hospitalizados podría tener beneficios, pero no se ha confirmado el uso, al menos que ayude a reiterar la gravedad. Por lo que se aconseja a aquellos que acuden a la consulta por patología respiratoria tipo asma, 1 o 2 disparos de salbutamol en aerosol la cual ayudaría a que el paciente pediátrico mejore en la saturación de oxígeno y así la clínica de la BA, seguida de una evaluación después de 15 a 30 min por si la sintomatología cede, seguir con manejo en domicilio. Hartling (2011).

Se estima actualmente que el tratamiento de usos con corticoesteroides inhalados sigue siendo controversial, aunque éstos disminuyen la estancia hospitalaria, al igual que los inhibidores de leucotrienos como el Montelukast que reduce los días de sintomatología. Pero no se recomienda el uso de aquellos ni tampoco antihistamínicos o vasoconstrictores nasales. Cincinnati childrens Hospital medical center (2011).

El uso de paracetamol a dosis de 10-15 mg/kg en pacientes con fiebre igual o mayor de 38 grados centígrados, recordando que la bronquiolitis suele tener baja alza térmica en ciertas ocasiones, suele ser de gran utilidad, pero no pasando los 3 días de administración. Cade (2010).

La mayoría de los niños que sufren crisis de esta entidad clínica pueden ser tratados en el domicilio con seguimiento de atención de primer nivel, dada que la enfermedad se resuelve en forma espontánea. Siempre y cuando se proporcionen medidas que aseguren el bienestar del bebé o el niño menor de dos años, como incluyen la hidratación y la ventilación adecuada. Hartling (2012).

Así mismo, la educación a los padres de familia en esta situación es muy importante en la cual se les hace hincapié las medidas generales como son: brindar tomas de líquidos en poca cantidad y en frecuencia, ofrecer alimentos al niño habitualmente, lavado nasal para evitar obstrucciones, posición semisentada, mantener al niño en un lugar acogedor evitando bochornos, tratarlo de manera normal sin que se sienta incómodo y evitar la exposición al humo de tabaco. Cincinnati childrens Hospital medical center (2011).

El interés y la importancia que brinda el médico pediatra al momento de realizar una valoración clínica por afectación de un niño que padece de bronquiolitis es un paso esencial para poder empezar con la toma de decisiones cuando existe un episodio inicial de la enfermedad.

En guías de práctica clínica recientes se anima a la validación de escalas para medir la gravedad de la Bronquiolitis Aguda, por la que existen varias escalas de valoración para estimar la gravedad, cuya mayor utilización es la escala de Wood-Downes-Ferres (WDF). Ergón (2010).

Sin embargo no se la considera como una escala netamente validada y diseñada para el paciente que padezca BA, su uso extenso no es justificado, de modo que el enfoque inicial a la valoración clínica del asma no se ajusta a una fisiopatología como es la de la BA. Sociedad Pediátrica Española (2010)

Pero en Colombia, también se ha llevado a ejecutarse diversos ensayos con el fin de estimar la validez de ésta escala, la ya conocida escala modificada por Woods para el asma, encontrando que éste score si tiene validez de criterio al menos alcanzó las expectativas en este país, debido que existe acuerdo entre los resultados y por tanto se la considera útil. Alvarez AE (2012).

Se estipula que existen algunos aspectos que se cuestionan por su aplicación al lactante con bronquiolitis. Se ha planteado la validación de otras escalas como la escala de Tal para medir la gravedad de la misma ya sea por una infección respiratoria que no sea necesariamente una bronquiolitis, sino que aquellas puedan ser de uso eficaz para detectar precozmente una afección. Ergón; 2010. p. 124.

Un análisis de estudio que se realizó en el país de Argentina en la que incluyeron aproximadamente 200 niños con síndrome bronquial obstructivo, evaluó esta escala de dificultad respiratoria que es usada por el Ministerio de Salud de éste mismo país, mediante el estudio por Tal y cols, la que mostró correlación de resultados definiendo las categorías de severidad y los grados de saturación. Al ser comparada con otro score de dificultad usada en Chile, mostró mucha más sensibilidad.

El uso de este índice presenta grados que median la gravedad y por tanto ha permitido normalizar las necesidades para hospitalización, el uso de oxígeno y el uso de corticoides. González C, Valenzuela J, Guerrero A, Escobar M. Correlación entre score de Tal e índice kinésico de carga de trabajo ventilatorio en lactantes con infección respiratoria aguda. Kinesiología. (2011)

Se estimó que el gold standard debía ser el examen clínico realizado por un profesional médico, ya que el árbol de decisiones que establece el índice de Tal reemplaza una decisión eminentemente médica. Alvarez AE (2012)

Pues bien, La escala de Tal cuenta con 4 parámetros, las cuales cada uno es valorado de una manera totalmente independiente que oscila en 0 a 3. Es decir, la frecuencia respiratoria se encuentra medida por respiraciones por minuto y existe un conteo diferente si es mayor o menor de 6 meses, tomando en cuenta así que a mayor frecuencia el puntaje será mucho más alto. Por otro lado las sibilancias son sonido del pulmón que pueden auscultarse, en ésta escala se evalúa según la intensidad y la fase en la q es auscultada, así un puntaje de 0, corresponde a la ausencia de las mismas y 4 corresponde a ruidos audibles a distancia, que comprometen tanto a la fase inspiratoria como también a la fase espiratoria.

La coloración azulada que afecta a la piel y a las mucosas es conocida como cianosis, y esto es producido por la acumulación de hemoglobina no oxigenada que en valores corresponde a (>5 g/dL) en los vasos sanguíneos, en la escala de tal se valora desde 0, lo cual significa ausencia de la coloración o 4 que corresponde ya en aumento a cianosis en reposo de manera generalizada.

Las manifestaciones compensatorias del organismo humano frente a hipoxia son mediada por las retracciones intercostales, la cual se describe como depresión de espacios intercostales, fosas supra esternal, supra o infraclavicular y su puntuación va de la siguiente manera: 0 para ausencia y va incrementando sucesivamente a 4 que es puntuación severa.

De acuerdo a los puntajes finales, se considerará que el paciente cursa con dificultad respiratoria leve si el puntaje total es menor a 5 puntos, moderada entre 6-8 puntos y grave entre 9 -12 puntos. Urzúa S, Duffaut G, Zepeda G. Estudio de concordancia clínica en educandos de pre- y postítulo en pediatría: Puntaje de Tal. Rev Chil Pediatría (2010)

Considerando así los siguientes criterios que se deberían de tomar en cuenta:

Los criterios de internación: Todo niño que cumpla con criterios de gravedad o que su cuadro de dificultad respiratoria aumente por el ambiente familiar. Se interna pacientes con bronquiolitis leves o aquellas complicadas con patología de base que comprometan estado general.

En Unidad de Cuidados Intensivos: Todo paciente con hipoxemia extrema con acidemia e hipercapnea o con signos de shock. (SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA FILIAL SALTA), (2010).

De la misma manera según la escala existe criterios de internación también existen criterios para emitir el alta del paciente, la cual incluyen el cuadro clínico que se haya estabilizado cuando hayan transcurrido 48 h, como también las complicaciones hayan cedido y haya un puntaje entre 0 y 3 con saturación de O₂ mayor de 92%. (SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA FILIAL SALTA), (2010).

Por otro lado se valora la Escala de Wood-Downes modificada, la cual se trata de una escala evaluadora usada en la gravedad de la bronquiolitis, a pesar de que su uso es validado para tratar el asma aguda. En el caso de BA es de gran importancia debida que permite la valoración adecuada y por ende los ingresos innecesarios. Un puntaje de 3 o menor de 3, estima una bronquiolitis leve cuyo tratamiento es mediado con medios físicos e inhaladores tipo salbutamol o terbutalina, con evaluación adecuada en las próximas 24-48 horas.

Una puntuación mayor de tres supone una bronquiolitis severa, y ésta implica adrenalina nebulizada con evaluaciones a las dos horas del manejo y si el episodio empeora, requiere hospitalización.

En esta escala se toman en cuenta 4 ítems, cada una con un puntaje que oscila entre 0 a 2. Incluye evaluación auscultatoria del murmullo vesicular, la presencia de ruidos respiratorios anormales como las sibilancias. La musculatura accesoria se realiza mediante la inspección. Otra variable es la saturación de oxígeno que se visualiza en el paciente. Wood D., Downes J, Leeks K: A clinical scoring system for diagnosis of respiratory failure. (Am J Dis Child 2011.)

Es de suma relevancia recalcar que a diferencia de la escala de Tal, la escala de Downes toma en cuenta la función cerebral, como manifestación de la hipoxia que suele ocurrir. Por lo que finalmente la interpretación de ésta escala predictorias queda de la siguiente manera estandarizada: Leve con un puntaje entre 0-3 puntos, moderada entre 4-6 puntos y grave cuando es mayor de 7. (Manrique Martínez I., Sebastian Barberán V., Pozo Morales S.: Bronquiolitis. En: Algoritmos de Medicina de Urgencias.)

Es por esto que los hallazgos en estudios que precisan de éstas escalas apoyan el uso de tanto la de Tal como la de Woods, como herramienta útil, necesaria y práctica en el manejo de la Bronquiolitis, ya que en el ámbito clínico para la toma de decisiones es esencial como también en el mundo investigativo para poder evaluar la eficacia de tratamientos. • Normas de Atención. Hospital J. Garrahan. (2013).

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Valoración de la gravedad de la Bronquiolitis Aguda

VARIABLE DEPENDIENTE

Escala de Tal y Downes

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES: BRONQUIOLITIS AGUDA

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
<p>La bronquiolitis aguda es una enfermedad de gran importancia en la práctica pediátrica por su frecuencia, que genera tanto una morbi-mortalidad importante como unos costos sociales y económicos elevados. Por lo que se recomienda el uso de escalas predictorias para conocer acerca de la gravedad y actuar de manera oportuna en caso de que se confirme la patología.</p>	<p>Características Socio-demográficas del niño menor de 2 años</p>	<p>Edad:</p> <p>Género:</p> <p>Procedencia:</p>	<p><3 meses</p> <p>3 – 6 meses</p> <p>7 – 12 meses</p> <p>13 – 24 meses</p> <p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>Distrito Urbano</p> <p>Distrito Rural</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

<p>Dificultad Respiratoria</p>	<p>Grado:</p>	<p>I II III</p>	
<p>Tratamiento Utilizado</p>	<p>Patologías asociadas:</p>	<p>Neumonía Bronconeumonía Ninguna</p>	
	<p>Farmacológico:</p>	<p>Hidratación+Betabloqueadores Betabloqueadores+Corticoides Betabloqueadores b2 Corticoides</p>	

	Factores de Riesgo	Ingresos Hospitalarios: Edad Gestacional: Antecedentes Familiares Tipo de Vivienda	1 +1 Pretérmino A término Post-término Asma Bronquial Rinitis Alérgica Ninguna Mixta Caña Hormigón	
--	--------------------	---	--	--

		Alimentación:	Lactancia materna exclusiva Leche de fórmula + leche materna Leche de fórmula exclusiva Lactancia materna + leche de fórmula + alimentación complementaria	
--	--	---------------	---	--

		<p>Sibilancias:</p> <p>Musculatura accesoria:</p>	<p>No</p> <p>Fin espiración</p> <p>Inspiración-Espiración</p> <p>Sin fonendoscopio</p> <p>No</p> <p>Leve Tiraje intercostal</p> <p>Tiraje Generalizado</p> <p>Tiraje-Aleteo</p>
--	--	---	---

	Escala de Downes	<p>Frecuencia Respiratoria:</p> <p>Cianosis:</p> <p>Entrada de aire:</p>	<p>-59Rpm</p> <p>60 – 80Rpm</p> <p>+80Rpm</p> <p>No</p> <p>Con aire ambiental</p> <p>Con O2 60% o apnea</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p>
--	------------------	--	---

		Quejido Respiratorio:	No Audible con estetoscopio Audible a la distancia
		Retracciones Subcostales:	No Moderada Marcadas

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO.

Prospectivo por que se realizó dentro del periodo establecido, Cuantitativo debido que las variables fueron medibles, Propositivo porque se encontró un problema y se realizó propuesta y bibliográfico por que se obtuvo información de fuentes bibliográficas. Estudio que se realiza desde Julio Diciembre del 2015, tomando en cuenta datos actuales y relacionados con el problema identificado en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

ÁREA DE ESTUDIO.

Área de Emergencia y sub proceso de consulta externa de Pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, donde se ejecutó el estudio conjuntamente con la colaboración personal médico, internos, gerente y estadística.

PERIODO DE INVESTIGACIÓN.

Julio Diciembre 2015

UNIVERSO O POBLACION.

La población de estudio está compuesta por 30 niños que padecieron bronquiolitis en el Hospital Verdi Cevallos Balda, que fueron valorados con las escalas predictorias de gravedad, durante Julio Diciembre 2015 de los cuales se tomó como muestra al total de niños ya que reunieron los criterios bajo el desarrollo de nuestra investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todos los pacientes pediátricos menores de 2 años que padecen bronquiolitis y los padres de los niños que firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Niños menores de 2 años atendidos por alguna patología ajena a la estudiada y los padres o representantes que no firmaron el consentimiento informado.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Encuesta en la cual se elaboró un cuestionario y en la cual se vació los datos de las

Fuentes primarias =historias clínicas

Fuentes secundarias=libros, revistas, artículos

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

Luego de recolectar la información estos datos fueron procesados a través de un sistema computarizado Excel 2013 para análisis de los mismos.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación de los resultados de esta investigación se utilizó tablas en base a los datos de las variables recogidos y luego fueron graficadas en columnas 3D.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos fueron realizados en computadora Pentium IV y Se utilizó el procesador de textos del Office 2013 para Windows que permitió el hallazgo de medidas de resumen como el porcentaje y la media aritmética.

Los resultados se expresan en tablas estadísticas.

RESULTADOS

La muestra alcanza un total de 30 pacientes pediátricos menores de dos años que padecieron bronquiolitis y que fueron valorados con las escalas de tal y downes, atendidos en el área de consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda, los cuales en función del muestreo realizado nos permitió obtener los resultados a través de los estudios obtenidos por medio de la investigación.

TALENTOS HUMANOS

Investigadores

Personal que conforma el tribunal de seguimiento, análisis, evaluación y calificación de titulación.

Dra. Melania Alcívar García (Directora)

Dra. María Sol Ordoñez Zambrano (Presidenta del tribunal)

Dra. Mayra Parraga Sánchez (Miembro del tribunal)

Dr. Jesús Molina Alvarado (Miembro del tribunal)

Niños atendidos por bronquiolitis menores de 2 años del Hospital Verdi Cevallos Balda

Personal de Salud que labora en el área de Pediatría y Emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda.

RECURSOS FÍSICOS

Papel bond

Bolígrafo

Computadora

Internet

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Cámara digital

Textos

INSTITUCIONALES

Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Universidad Técnica de Manabí

ANALISIS DE DATOS

TABULACIÓN

Se lo realizara primeramente en forma manual y posteriormente se analizaron con las sub-rutinas del programa Excel 2013.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La realización del estudio fue efectuado en todo momento de acuerdo a las normas de buena práctica clínica con plena aceptación de las normas éticas vigentes. Se han mantenido la confidencialidad de los datos según la Ley de Protección a Datos vigente.

Se explicó el objetivo y las razones del estudio como medida de prevención; de manera que no se vio amenazada la integridad, estado físico, intelectual y emocional de los pacientes que colaboran para la realización de esta investigación.

Asimismo, el protocolo fue revisado, aprobado y tutelado por el personal que conforma el tribunal de seguimiento, análisis, evaluación y calificación de tesis.

Los investigadores obtuvieron de cada informe de consentimiento para este estudio; fechado y firmado antes de la inclusión en el estudio.

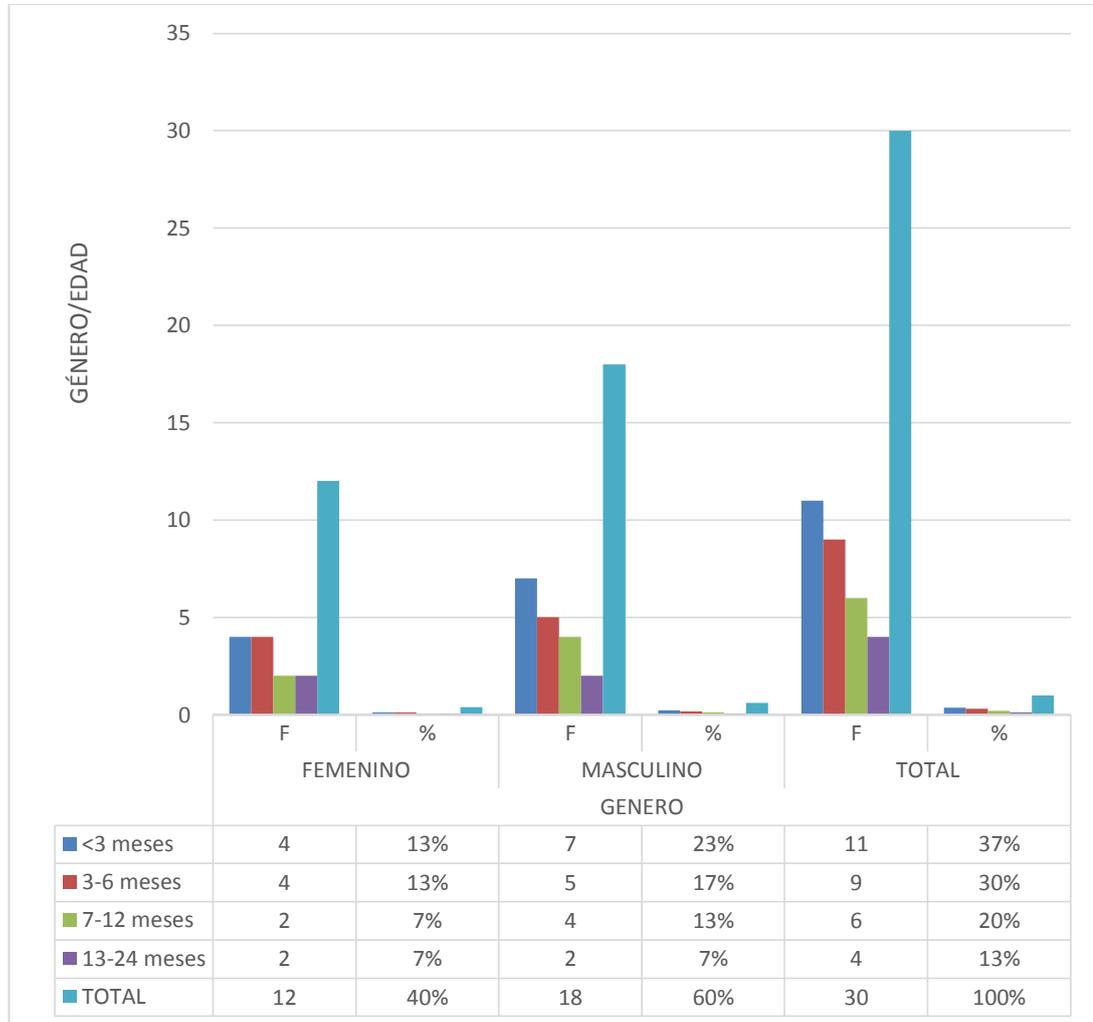
La información fue manejada confidencialmente por quienes realizamos el presente estudio, con el fin de evitar problemas legales.

CAPITULO III
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 1

Relación entre edad y género de los niños menores de 2 años atendidos en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

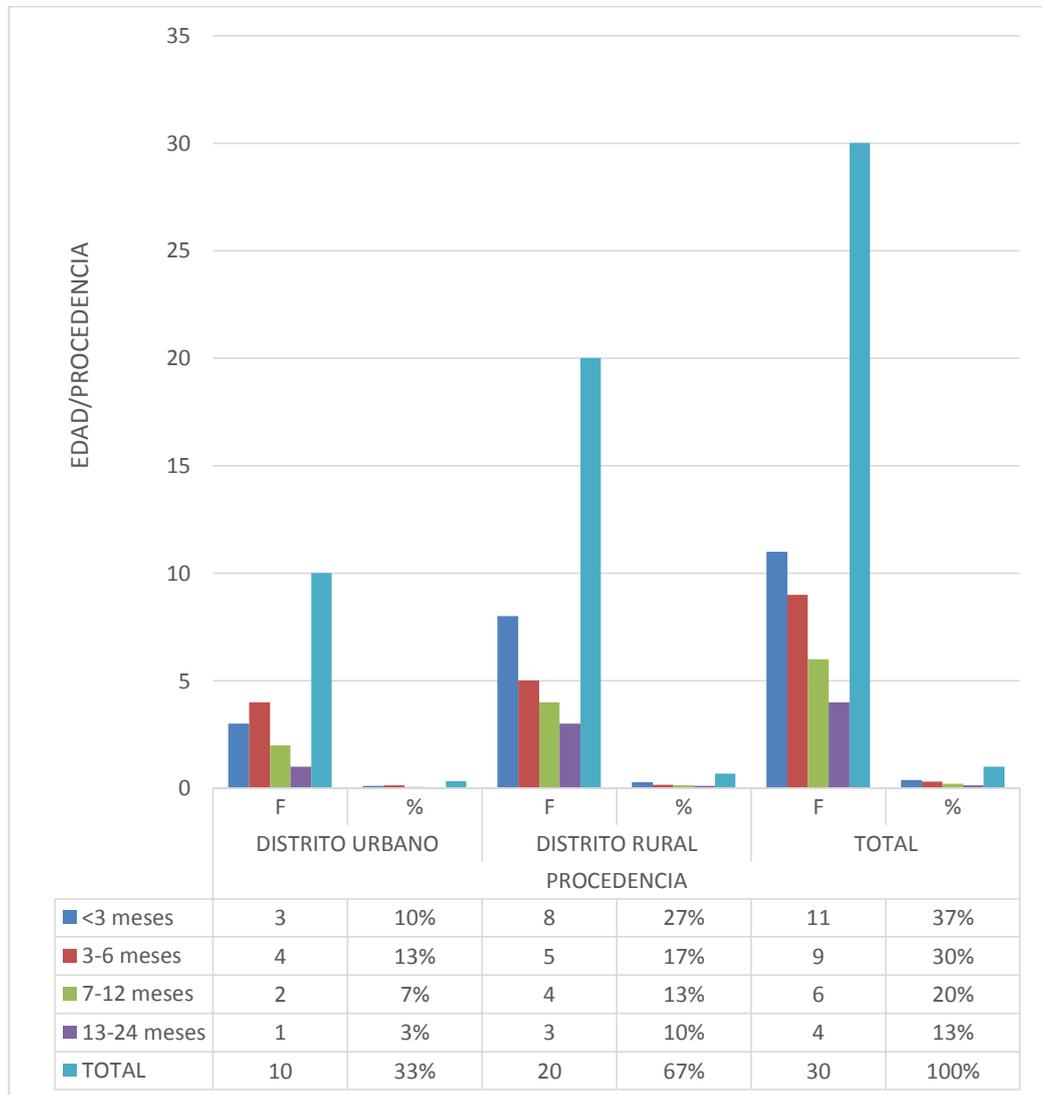
En la gráfitabla 1 se observa que el mayor porcentaje afectado por la aparición de la Bronquiolitis oscila en varones en un total de 18 pacientes con un porcentaje del 60%, mientras que el sexo femenino se afecta en un 40%. De la misma manera observamos que las edades afectadas comprenden los menores de 6 meses con un porcentaje de 13%.

Investigación que coincide con Asociación Española de Pediatría, (2012). A lo largo de los dos años que es donde prima la infección, se conoció que la bronquiolitis aguda tiene predominio en niños de aproximadamente 3 a 6 meses de edad y que puede ser esporádica o epidémica, en los meses de noviembre a marzo debido a las condiciones ambientales que las caracterizan.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 2

Relación entre edad y procedencia de los pacientes menores de 2 años atendidos en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

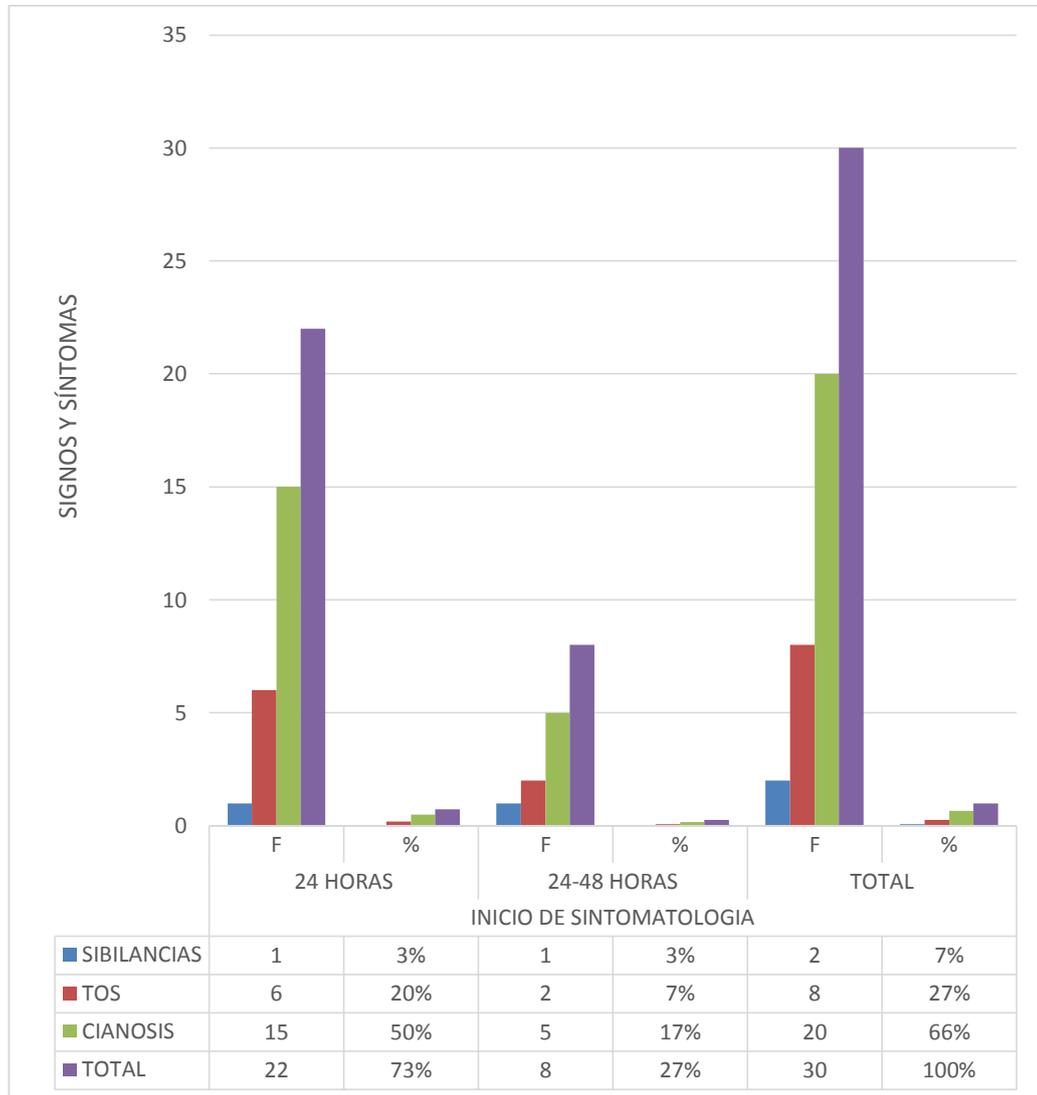
En la tabla 2 relacionando la edad junto con la procedencia, se observa que los pacientes en edades comprendidas en 3 meses pertenecen a un distrito rural la cual corresponde el 27% de la población, mientras que un 10% a la población urbana. Por otro lado las edades comprendidas entre 3-6 meses también se encuentran distribuidas en zonas rurales siendo así el 17 % de la población en total.

Investigación que coincide con García Martín FJ (2011). Por su elevada aparición de nuevos casos con su significativa morbilidad, es actualmente un problema de salud que implica un costo elevado ya que la mayoría pertenece a zonas no accesibles pero que justifica el interés generalizado en los médicos especialistas, tanto en el ámbito clínico como en el ámbito investigativo.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 3

Distribución según el inicio de la sintomatología con los signos y síntomas presentados en los menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

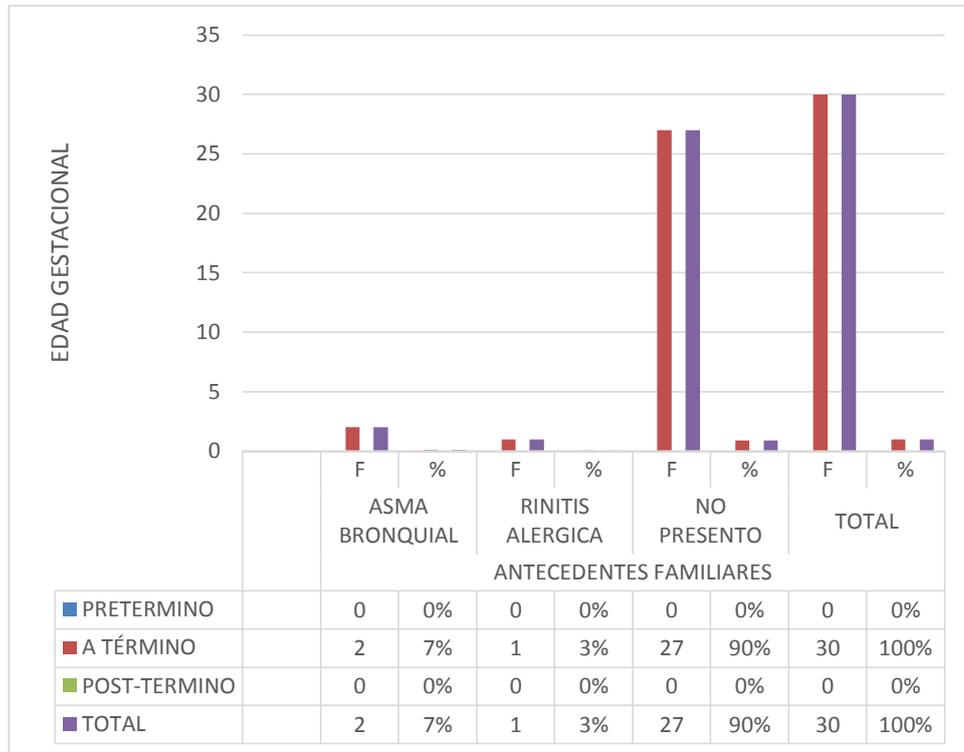
En la grafitable 3 se observa que de los 30 niños en estudio, el inicio de los síntomas tuvo su aparición en su mayor porcentaje dentro de las 24 horas con el 73% siendo así 1 niño con sibilancia que corresponde al 3%, 6 niños con tos con un 20% , 15 niños con cianosis con un total del 50%. De la misma manera el 27% restante, comprendió inicio de sintomatología la cual presento 1 niño con el 3% de sibilancia, 2 niños con tos comprendiendo el 7% y 5 niños con el 17%.

Investigación que coincide con Danitza Stella Madero Orostegui (2010). Quizás ninguno de los hallazgos sean suficientes para realizar el diagnóstico pero hay que tener especial interés en la sintomatología que suele enmascarar el cuadro la cual incluyen manifestaciones con rinorrea, obstrucción a nivel nasal, fiebre de bajo grado, como se aconseja también tener especial atención después de 2 a 5 días debido a que progresa con compromiso del tracto respiratorio inferior con afectaciones que presentan sintomatología más agresiva como tos, sibilancia, disnea y episodios de apnea que ocurren en un 18 a 20%.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 4

Distribución según la edad gestacional y los antecedentes familiares de los niños menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

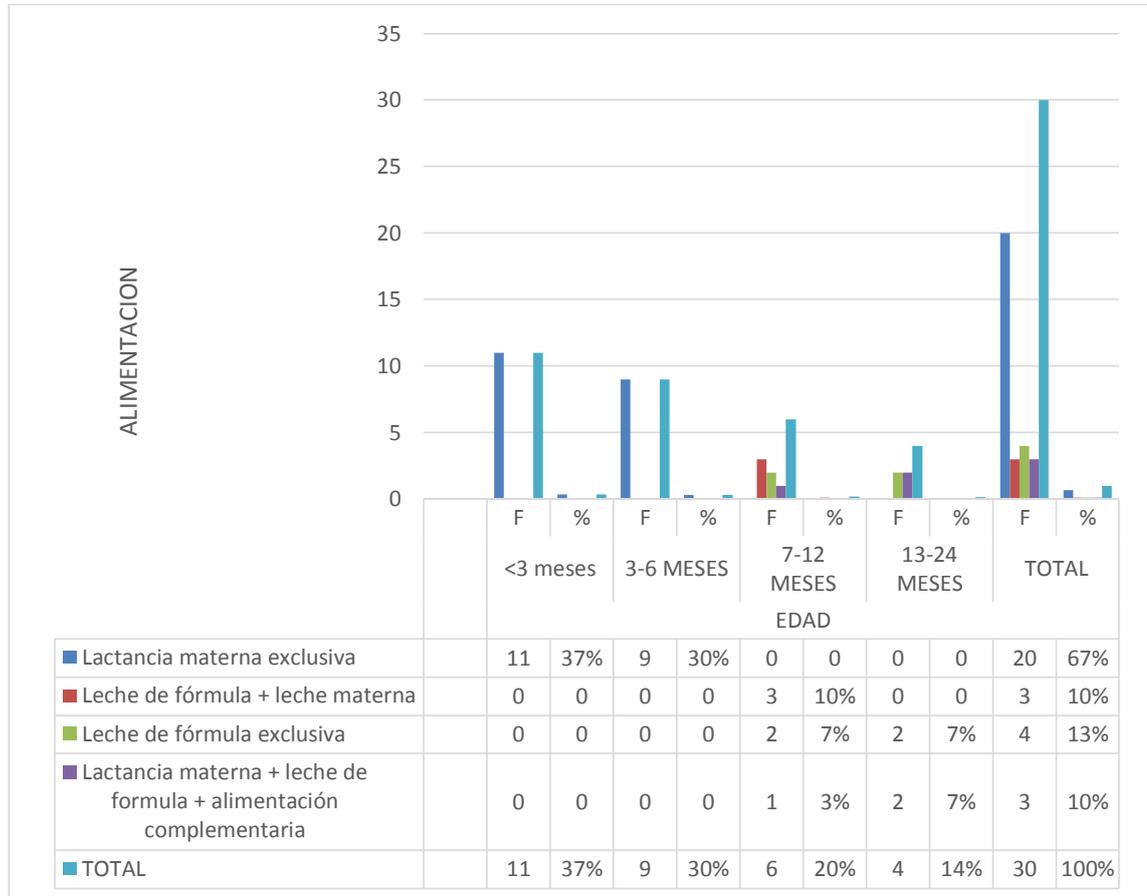
En la tabla 6 se observa que de los 30 niños en estudio, todos nacieron a término, la cual un 7% tuvo APF de asma bronquial, 1 paciente con el 3% presento APF de rinitis alérgica y el 27 restante con un porcentaje del 90% no presento ningún antecedente.

No se encontró ningún estudio que constataste que la edad gestacional influya en la aparición de la bronquiolitis, debido que hay otras patologías asociadas al déficit de surfactante que si incluyen dentro de las enfermedades respiratorias asociadas a la edad gestacional.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 5

Distribución según la edad y el tipo de alimentación de los niños menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 7 se observa que de 30 niños en estudio, el 37% de la población que corresponde a 11 pacientes con edad menor de 3 meses y 9 pacientes en edades de 3-6 meses se alimenta con lactancia materna exclusiva, mientras que de 6 pacientes de edades entre 7-12 meses, 3 se alimentan con leche de formula mas leche materna, 2 con leche de formula exclusiva y 1 paciente se añade alimentación complementaria.

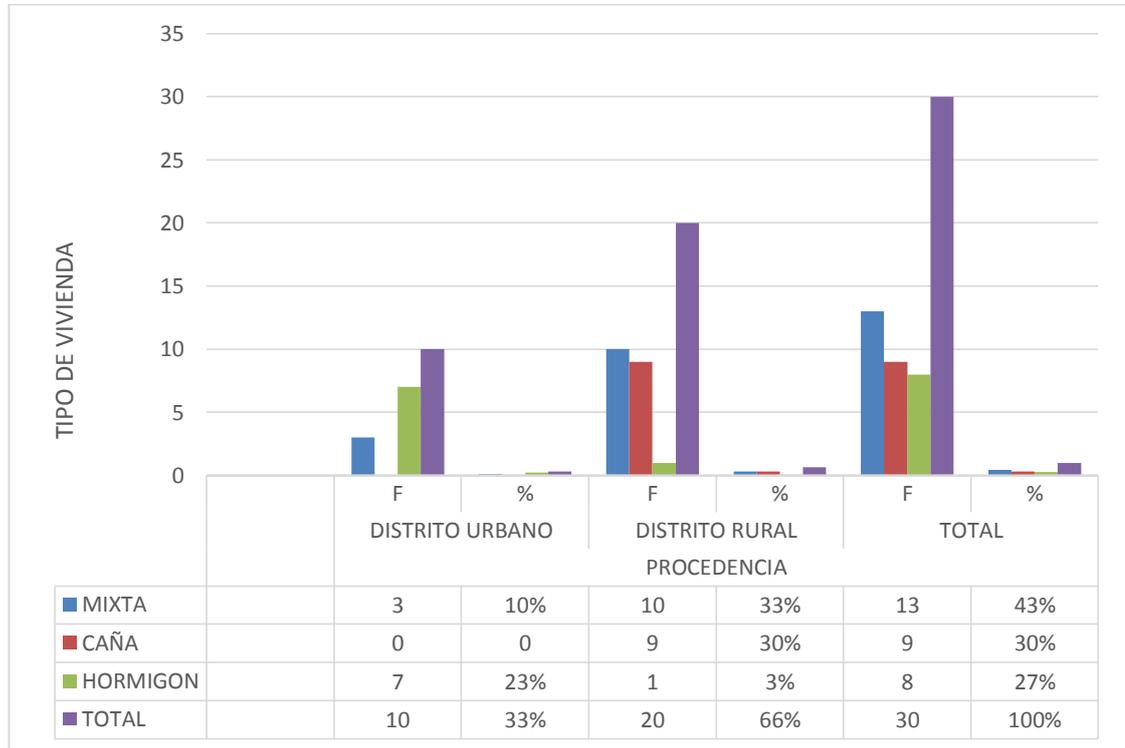
En edades comprendidas entre 13-24 meses, 2 pacientes se alimentan con leche de formula exclusiva y 2 paciente se añade alimentación complementaria con un porcentaje del 7% respectivamente.

Investigacion que coincide con el estudio de Eduardo González Pérez-Yarza (2011). No es oculto que la lactancia materna protege de la mayoría de las infecciones, incluyendo aquellas que pertenecen a las infecciones respiratorias bajas, entre esas la bronquiolitis, por lo que mantener la lactancia por más de 4 meses ofrece mayor protección contra ellas, gracias a los nutrientes esenciales que solo la leche materna puede brindar. Y por tanto aquellos lactantes exclusivos son menos propensos a desarrollar la infección viral y por ende agravarla.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 6

Distribución según la procedencia y el tipo de vivienda en que residen los menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

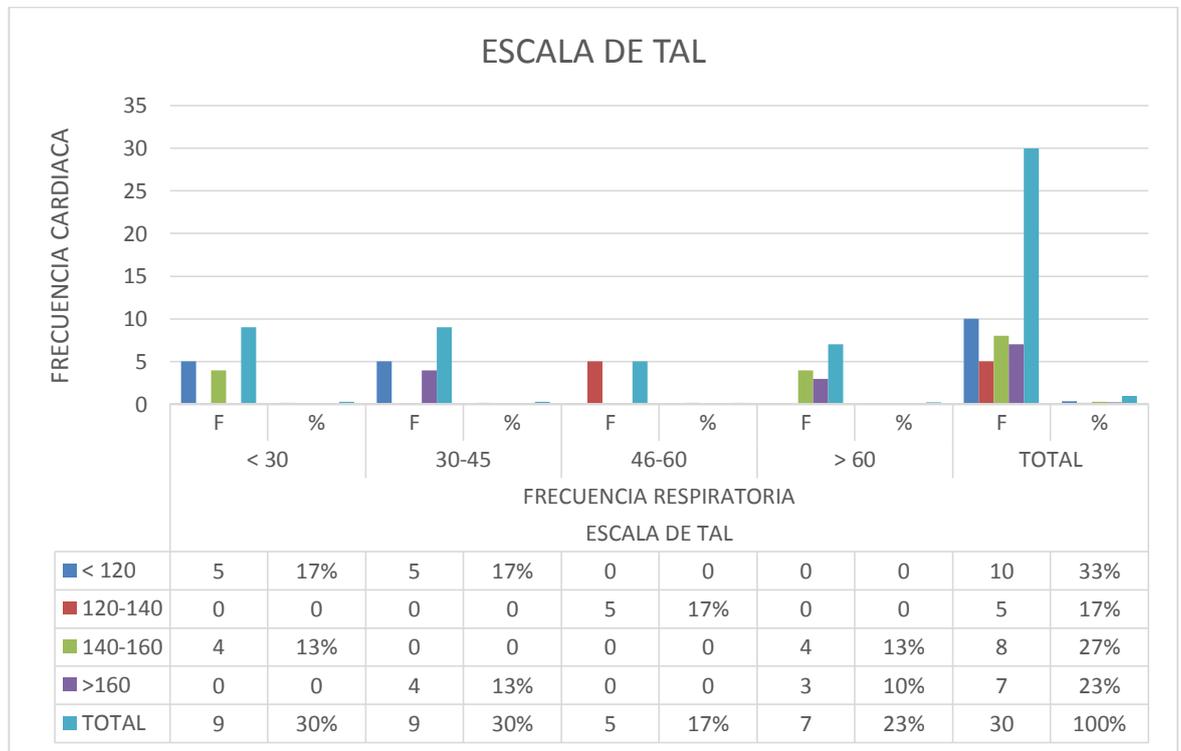
En la tabla 8 se observa que del 33% que corresponde a 10 pacientes que pertenecen al sector urbano, 3 viven en casa de construcción mixta con el 10%, 7 pacientes en casa de hormigón con el 23%. De 20 pacientes de procedencia rural, 10 viven en casa de construcción mixta con el 33%, 9 en casa de caña con el 30% y 1 paciente en casa de hormigón con el 3 %.

No se ha encontrado ningún estudio que certifique que el tipo de vivienda o la procedencia tenga que ver con el inicio de la bronquiolitis.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 7

Distribución según la escala de Tal, relacionando la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria en menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

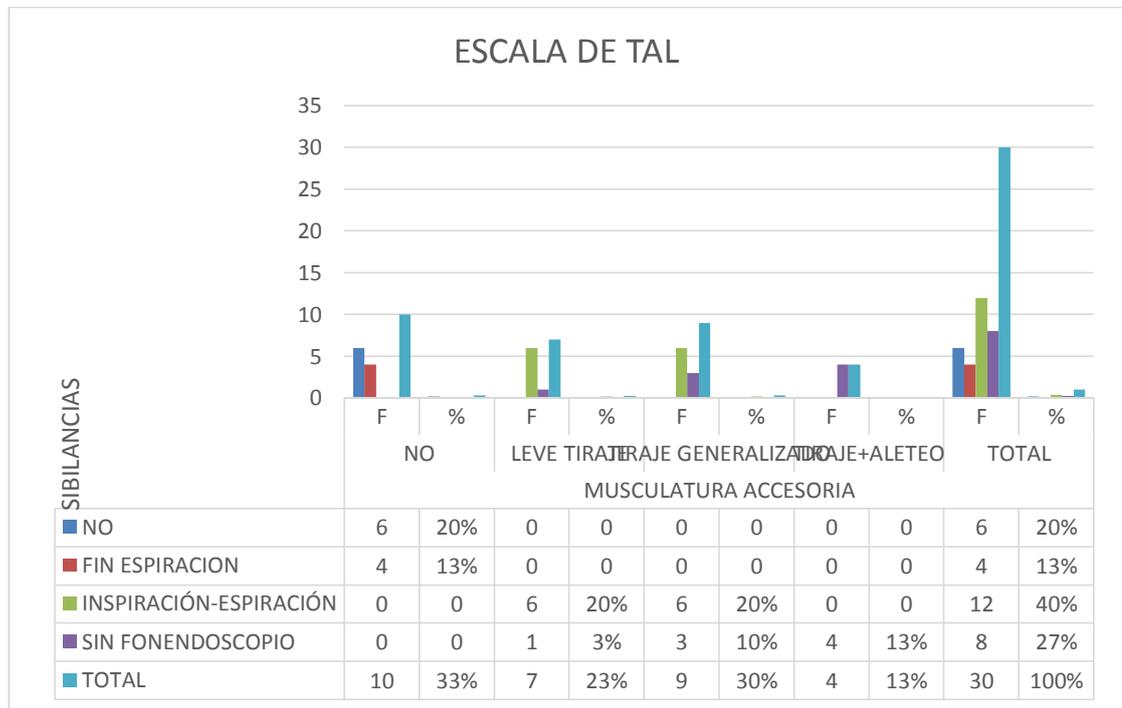
En la tabla 9 se observa que de un total de 9 niños que corresponden al 30% de la población 5 presentaron como signo vital FR: 30 y FC 120, y 4 de los mismos FC: 140-160. 9 de los pacientes que presentaron FR 30-45, 5 tuvieron FC: 120 y 4 de +160. Mientras que los que presentaron FC de 45-60 que corresponden al total de 5 niños con una FC de 120-140 y finalmente 7 niños con FR +60 presentaron FC entre 140-160 y 3 de los mismos +160.

Investigación coincide con el estudio de Kinesiología. (2010). Un análisis de estudio que se realizó en el país en la que incluyeron aproximadamente 200 niños con síndrome bronquial obstructivo, evaluó esta escala de dificultad respiratoria que es usada por el Ministerio de Salud de éste mismo país, mediante el estudio por Tal y cols, la que mostró correlación de resultados definiendo las categorías de severidad y los grados de saturación con la actividad cardiaca. .

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 8

Distribución según la escala de Tal que relación la musculatura accesoria con las sibilancias, de los pacientes menores de dos años atendidos en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

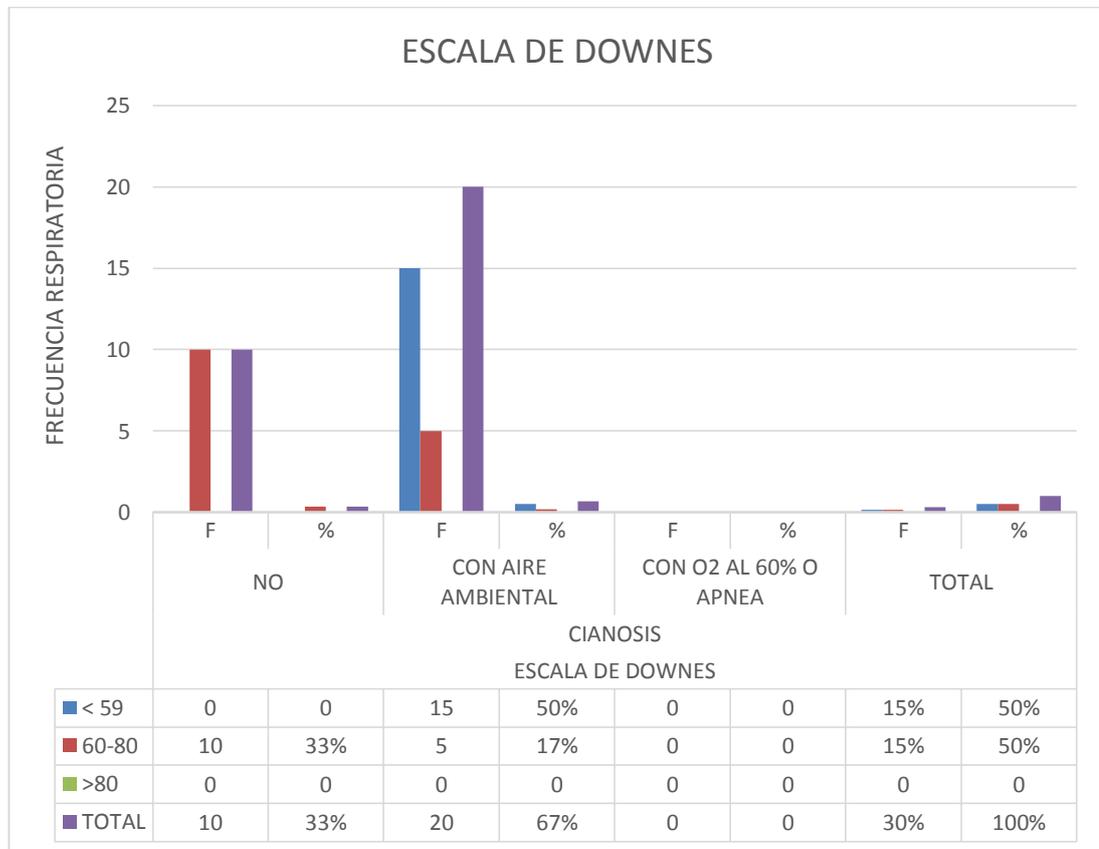
En la tabla 10 se observa que de 10 pacientes con el 33% que no presentaron alteración a nivel de la musculatura accesoria, 6 no presento sibilancias y 4 si presentó al final de la espiración, 7 con el 23% de quienes presentaron leve tiraje, 6 de ellos tuvo sibilancias a la inspiración-espiracion, de 9 con el 30% que presento tiraje generalizado 6 de ellos tuvo sibilancias a la inspiración y espiración, mientras que los 3 restantes se escuchaban sibilancias sin el fonendoscopio. Finalmente de 4 pacientes con el 13% que presentó tiraje mas aleteo, también se escuchó sibilancias sin fonendoscopio.

Estudio que coincide con Wood D., Downes J, Leeks K: A clinical scoring system for diagnosis of respiratory failure. (Am J Dis Child 2011). La musculatura accesoria se realiza mediante la inspección, en la cual se puede observar el grado de dificultad respiratoria que tiene el paciente, teniendo en cuenta que las sibilancias son predictorias ya que son enmascaradas por el asma. Otra variable es la saturación de oxigeno que se visualiza en el paciente.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 9

Distribución según la escala de Downes relacionando la frecuencia respiratoria y la cianosis de los niños menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, Julio Diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

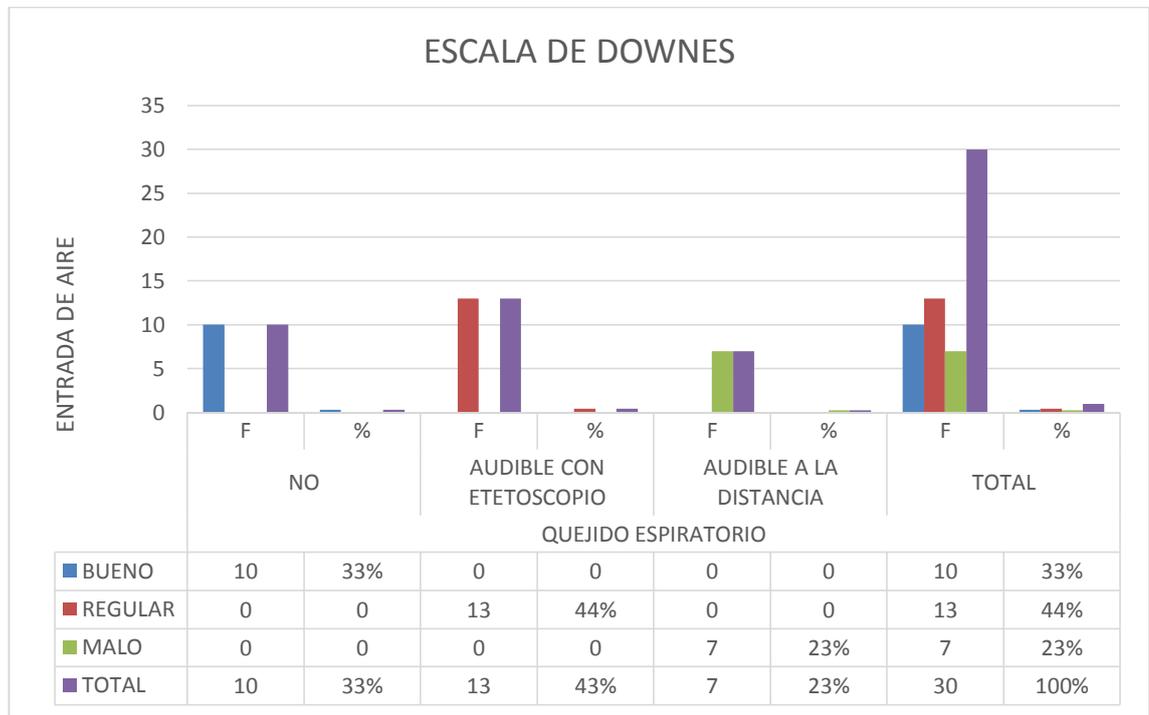
En la tabla 11 se observa que de 30 pacientes en estudio, 10 con el 33% no presentaron cianosis pero si FR de 60-80. De 20 pacientes con el 67% que presentaron cianosis con aire ambiental, 15 tuvo una FR -59 y 5 de los mismos una FR entre 60-80. Finalmente ningún paciente necesito O2.

Coincide con el estudio de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA FILIAL SALTA (2010). De la misma manera según la escala existe criterios de internación también existen criterios para emitir el alta del paciente, la cual incluyen el cuadro clínico que se haya estabilizado cuando hayan transcurrido 48 horas, ya que la mayoría ingresa por cianosis, y el alta se emite cuando las complicaciones hayan cedido y exista un puntaje entre 0 y 3 con saturación de O2 mayor de 92 %.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 10

Distribución según la escala de Downes relacionando la entrada de aire con el quejido espiratorio en los menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

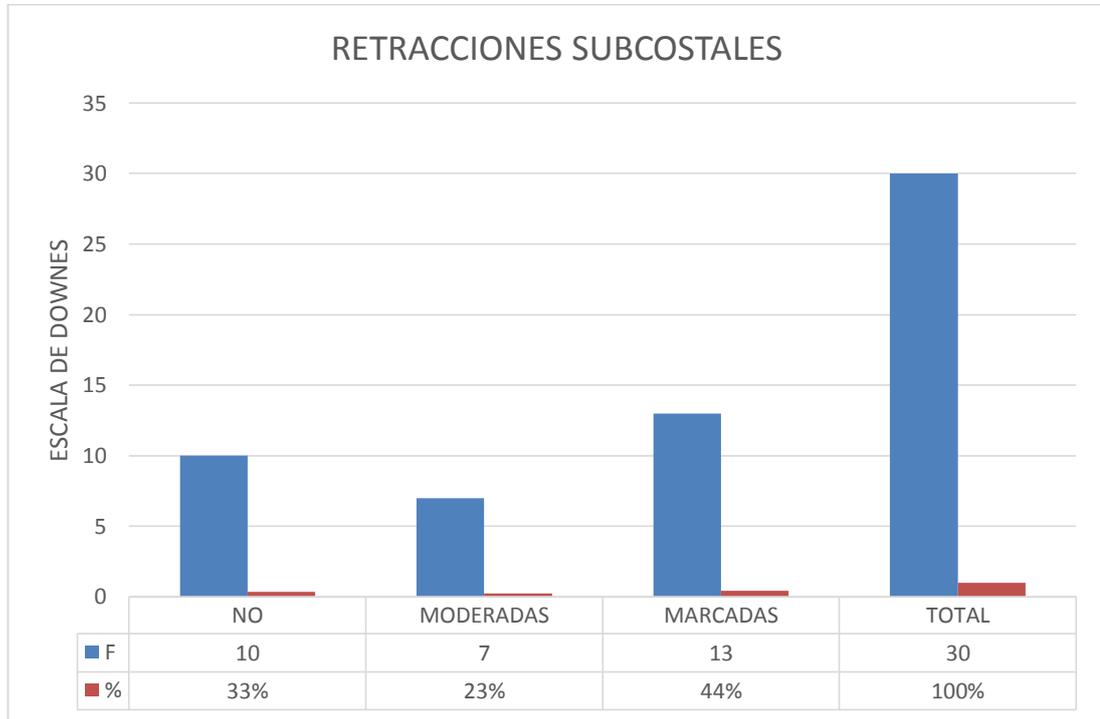
En la tabla 12 se observa que de 30 pacientes en estudio, 10 con el 33% no presentaron quejido espiratorio pero si una buena entrada de aire. De 13 pacientes con el 43% que presentaron quejido audible con estetoscopio, presentaron entrada de aire regular y finalmente de 7 pacientes con el 23% que presentaron quejido audible a la distancia también presentaron entrada de aire mala.

Investigación coincide con Wood D., Downes J, Simo Nebo (2010). En esta escala se toman en cuenta 4 items, cada una con un puntaje que oscila entre 0 a 2. Incluye evaluación auscultatoria del murmullo vesicular, la presencia de quejidos respiratorios anormales, debido a que la entrada de aire no es accesible y el paciente usa su musculatura para compensarse.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA: 11

Distribución según las retracciones subcostales presentadas en los niños menores de dos años ingresados en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio diciembre 2015.



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, julio Diciembre 2015

Elaboración: Bermúdez Giler Carlos Alberto/ González Castillo Wilfrido Armando Portoviejo- Manabí – Ecuador.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 13 se observa que de 30 niños en estudio que corresponden al 100%, 10 de ellos con el 33% no presento retracciones, 7 de ellos con el 23 % presento retracciones moderadas y finalmente 13 con el 44% presento retracciones marcadas.

Investigación coincide con Sim Nebó (2011). Las manifestaciones compensatorias del organismo humano frente a hipoxia son mediada por las retracciones intercostales, la cual se describe como depresión de espacios intercostales, fosas supra esternal, supra o infraclavicular.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

En esta investigación, los más afectados de bronquiolitis son los niños menores de dos años, la cual la edad que predomina es en aquellos menores de 6 meses de edad, además que se encuentra más susceptible el sexo masculino.

La mayoría de los niños en el estudio pertenecen al sector rural.

Entre los controles se pudo constatar que cuando ocurre un ingreso hospitalario, éste es mayor a un día de hospitalización, y que el inicio de la sintomatología suele ocurrir durante las primeras 24 horas iniciado el cuadro clínico, la cual según la investigación debuta con cianosis, seguida de tos y luego de sibilancias.

Es de suma relevancia destacar el tratamiento usado en las instalaciones hospitalarias, la cual se constató el uso de betabloqueadores en su mayor porcentaje con corticoides, seguida de betabloqueadores b2.

La mayor frecuencia de edad de presentación fue entre 3 y 6 meses,

Al momento del proyecto, poco de los pacientes presentaron complicaciones en la estadía hospitalaria.

Se realizó una propuesta dirigida a los becarios de medicina sobre la importancia de la aplicación de estas escalas para el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública que motive al personal de salud a hacer uso de las escalas predictorias de gravedad para poder hacer un oportuno diagnóstico de la bronquiolitis y así evitar complicaciones que pueden ser mortales si no son tratadas a tiempo y de manera eficaz.

A la Universidad Técnica de Manabí a la fomentación de la importancia y responsabilidad del cuidado esencial de los niños, ya que son más vulnerables a enfermedades. Que se fomenten medios de prevención a nivel de sectores vulnerables de contagio, por medio de los estudiantes de carrera.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo, para hacer cumplir a las madres gestantes los controles prenatales y así evitar alteraciones en los niños al momento del nacimiento, o en los días siguientes, así como también el conocimiento y realización de una correcta historia clínica para conocer los antecedentes familiares del niño.

También es importante que se analice los principales factores relacionado con alteraciones a nivel del tracto respiratorio, dar a conocer a los becarios de medicina sobre la enfermedad y las medidas necesarias para combatirlas.

PRESUPUESTO

ITEMS	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Dispositivo USB	20,00	1	60,00
Internet	1,00	100	200,00
Impresiones B/N	0,10	400	200,00
Impresiones Color	0,25	300	300,00
Copias	0,05	100	30,00
Materiales de Escritorio			135,00
Transporte			200,00
Imprevistos			100,00
TOTAL			\$ 1225,00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VALORADO										
ACTIVIDADES	Tiempo en meses						Recursos			Costos USD
	Jul.	Agost	Sep	Oct.	Nov.	Dic.	Humanos	Materiales	Otros	
Revisión del tema							Egresados Miembros del tribunal	Materiales de escritorio		50,00
Estructuración de la Justificación, planteamiento del problema y objetivos							Egresados Miembros del tribunal	Materiales de escritorio	Internet	50,00
Modificación de objetivos, determinar hipótesis y elaboración de variables							Egresados Miembros del tribunal	Materiales de escritorio Textos	Internet	30,00
Operacionalización de variables y elaboración de ficha de recolección de datos							Egresados Miembros del tribunal	Materiales de escritorio Computadora		90,00
Recolección de información							Egresados	Computadora		100,00
Evaluación de resultados, tabulación, análisis e interpretación							Egresados Miembros del tribunal	Computadora		150,00
Elaboración de conclusiones y recomendaciones							Egresados Miembros del tribunal	Materiales de escritorio		80,00
Elaboración y presentación de la propuesta							Egresados Miembros del tribunal	Computadora		150,00
Reuniones con los miembros del tribunal							Egresados Miembros del tribunal	Materiales de escritorio	Recargas telefónicas	80,00
Charla educativa a personal de Emergencia en el área de Pediatría							Egresados Usuarios	Materiales de imprenta Cámara digital		100,00
Elaboración de la introducción y revisión integral del Trabajo de Titulación							Egresados Miembros del tribunal	Materiales de imprenta		145,00
Aprobación y presentación del Trabajo de Titulación							Egresados Miembros del tribunal	Materiales de imprenta	Imprevistos	250,00
Costo Total										\$ 1225,00

CAPITULO V

PROPUESTA

TÍTULO:

“ESTRATEGIA EDUCATIVA DIRIGIDA A LOS BECARIOS DE MEDICINA DEL AREA DE EMERGENCIA DE PEDIATRIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS PREDICTORIAS EN GRAVEDAD EN LA BRONQUIOLITIS”

ANTECEDENTES

Se realizó una investigación prospectiva descriptiva, incluyendo a pacientes menores de dos años con Bronquiolitis Aguda de Pediatría en el área de hospitalización del Hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, donde contamos con el apoyo de médicos tratantes y residentes de esta prestigiosa casa de salud, en el que se analizó por medio de estudio de los controles médicos la gravedad de los pacientes mediante las escalas predictorias como incluyen la escala de tal y la escala de Downes.

JUSTIFICACIÓN:

Se espera que por medio de la socialización los becarios de medicina refuercen su conocimiento científico sobre la importancia del uso de las escalas de TAL y DOWNES en pacientes con Bronquiolitis Aguda y que esto se refleje en la atención brindada a los usuarios de este hospital.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer a los becarios de medicina sobre la importancia del uso de las escalas de TAL y DOWNES para la valoración de la gravedad de la Bronquiolitis Aguda en menores de dos años

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Socializar sobre la importancia de las escalas.

Contribuir a la realización de una detección precoz mediante el conocimiento de los becarios de medicina sobre los signos de alarma del niño con bronquiolitis aguda.

Informar sobre los principales factores de riesgos involucrados en la aparición de la Bronquiolitis Aguda.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios son los becarios de medicina del área de pediatría ya que fortalecerán sus conocimientos, como también los familiares del niño afectado de manera que conocerán de la enfermedad.

RESPONSABLES

Las responsables de llevar a cabo esta propuesta son los egresados de la Facultad Ciencias de la Salud de la Escuela de Medicina, Sr. Carlos Alberto Bermúdez Giler y Sr. Wilfrido Armando González Castillo.

MARCO TEÓRICO

Las Enfermedades respiratorias agudas (IRA) constituye en la actualidad la principal razón de consultas en las distintas instalaciones hospitalarias y de salud a nivel mundial, el cual en porcentaje representan el 50% de las atenciones.

La bronquiolitis aguda es una de las infecciones respiratorias bajas, por la cual acuden a la emergencia, es una entidad clínica que afecta a niños menores de 2 años de edad principalmente aquellos que tiene entre 3 y 6 meses, teniendo en cuenta que ciertos factores como el antecedente de un parto prematuro, suele promover la aparición de la enfermedad.

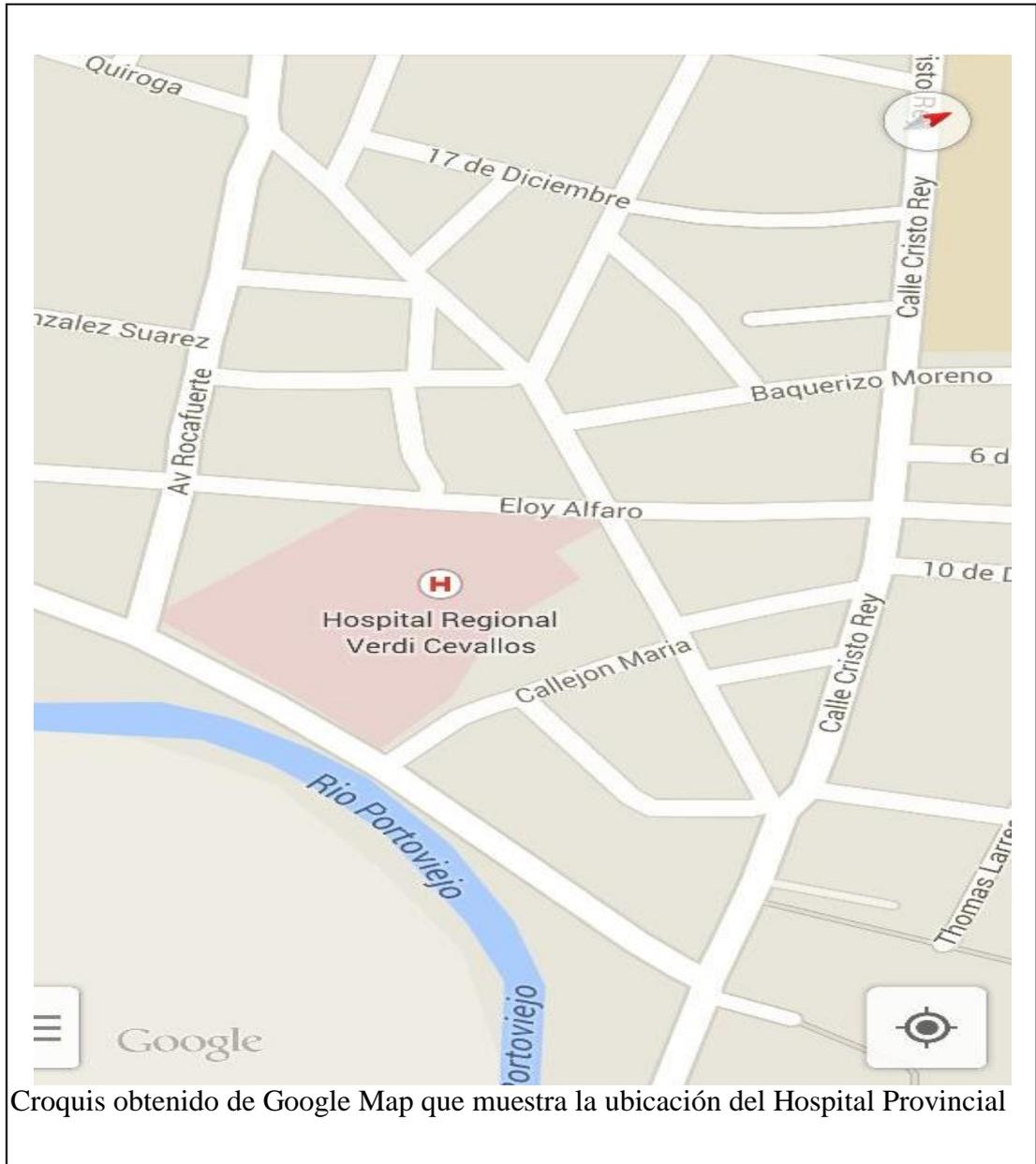
El virus se puede transmitir por contacto que sea directo de persona a persona por tener las manos contaminadas con secreciones provenientes de la nariz o por medio de gotas generadas al estornudar en aquellos que padecen la enfermedad.

La bronquiolitis suele tener un inicio como un simple resfrío y luego de 3 días algunos niños empiezan a desarrollar sintomatología respiratoria más compleja como incluyen tos, sibilancias.

Es importante que las madres proporcionen la lactancia materna, debido que se conoce que la leche de la madre contiene nutrientes necesarios e indispensables que ayudan a combatir infecciones, en este caso también de tipo respiratoria.

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones de Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda mediante la disertación de charla dirigida a los becarios de medicina encargado del área de pediatría sobre la importancia de la escalas predictorias de gravedad en la bronquiolitis como también la socialización con los padres sobre la enfermedad, el manejo y recomendaciones a seguir en casa.



Croquis obtenido de Google Map que muestra la ubicación del Hospital Provincial

“Dr. Verdi Cevallos Balda”

FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible debido a que se contó con los recursos físicos, económicos, talento humano para poner en práctica la propuesta.

METODOLOGÍA

Difusión del manejo de las escalas predictorias de gravedad en pacientes pediátricos menores de dos años que padecen Broquiolitis Aguda, como la información proporcionada a los padres sobre la enfermedad, atención y manejo en casa sobre un nuevo episodio utilizando métodos didácticos como papelógrafo, y charlas motivacionales en el Hospital Dr. Verdi Cevallos de Portoviejo.

MATERIALES:

Afiches

Computador

Papelógrafos

Marcadores

Trípticos

INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

PRESUPUESTO

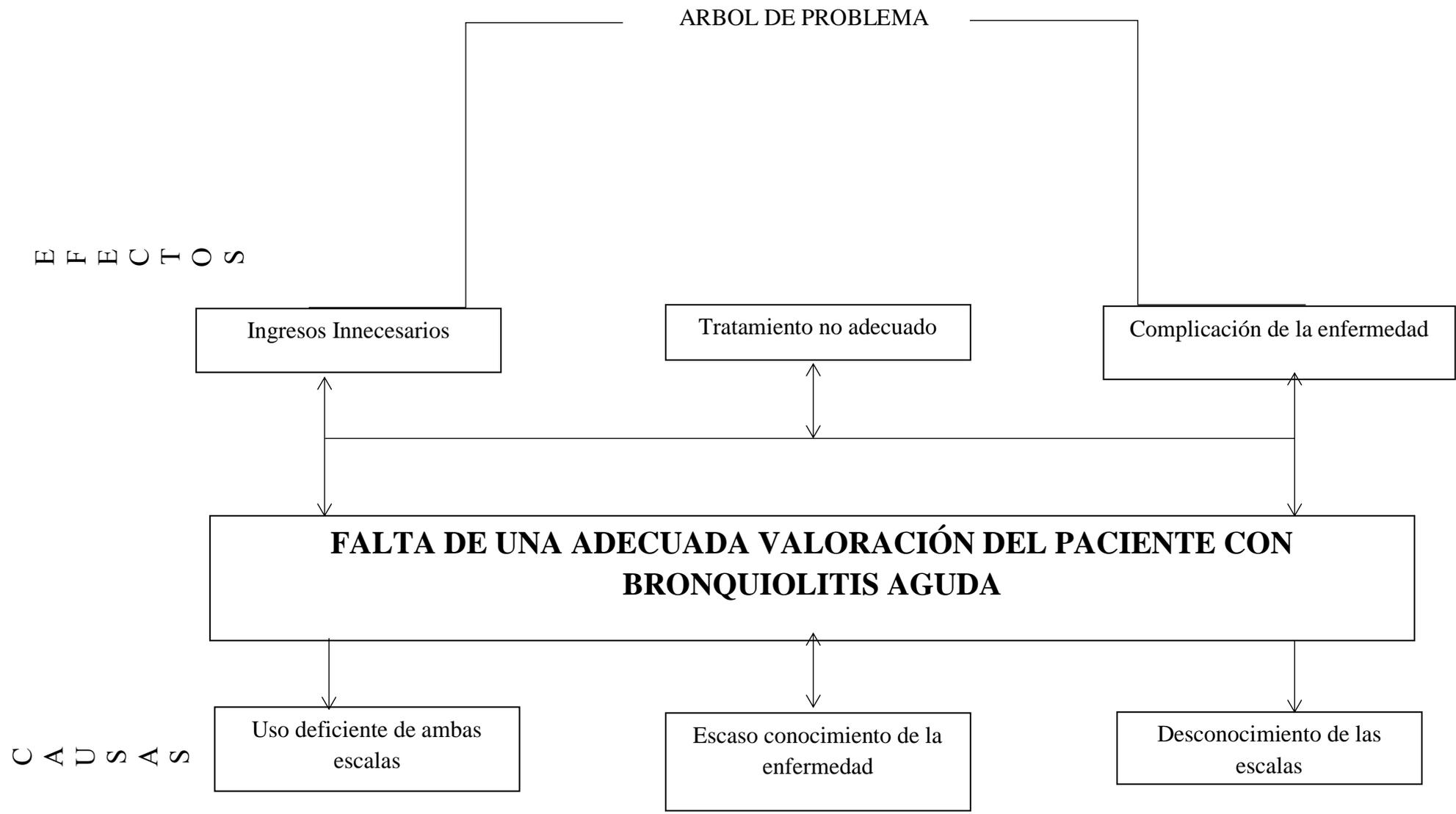
CANTIDAD	DESCRIPCION	TOTAL
	Afiches	40,00
	Papelografos	5.00
GLOBAL	Marcadores	30.00
	Cyber y trípticos	
	Movilización	20,00
	Pen drive	15,00
	TOTAL	110,00

CRONOGRAMA.

N°	ACTIVIDADES	MESES															
		JUL				AGOSTO				DIC							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Elaboración de ficha y recolección de datos																
2	Elaboración de la propuesta																
3	Coordinación con el médico tratante																
4	Exposición de la importancia del uso de las escalas para determinar la gravedad de la BA y la socialización con los padres de familia.																

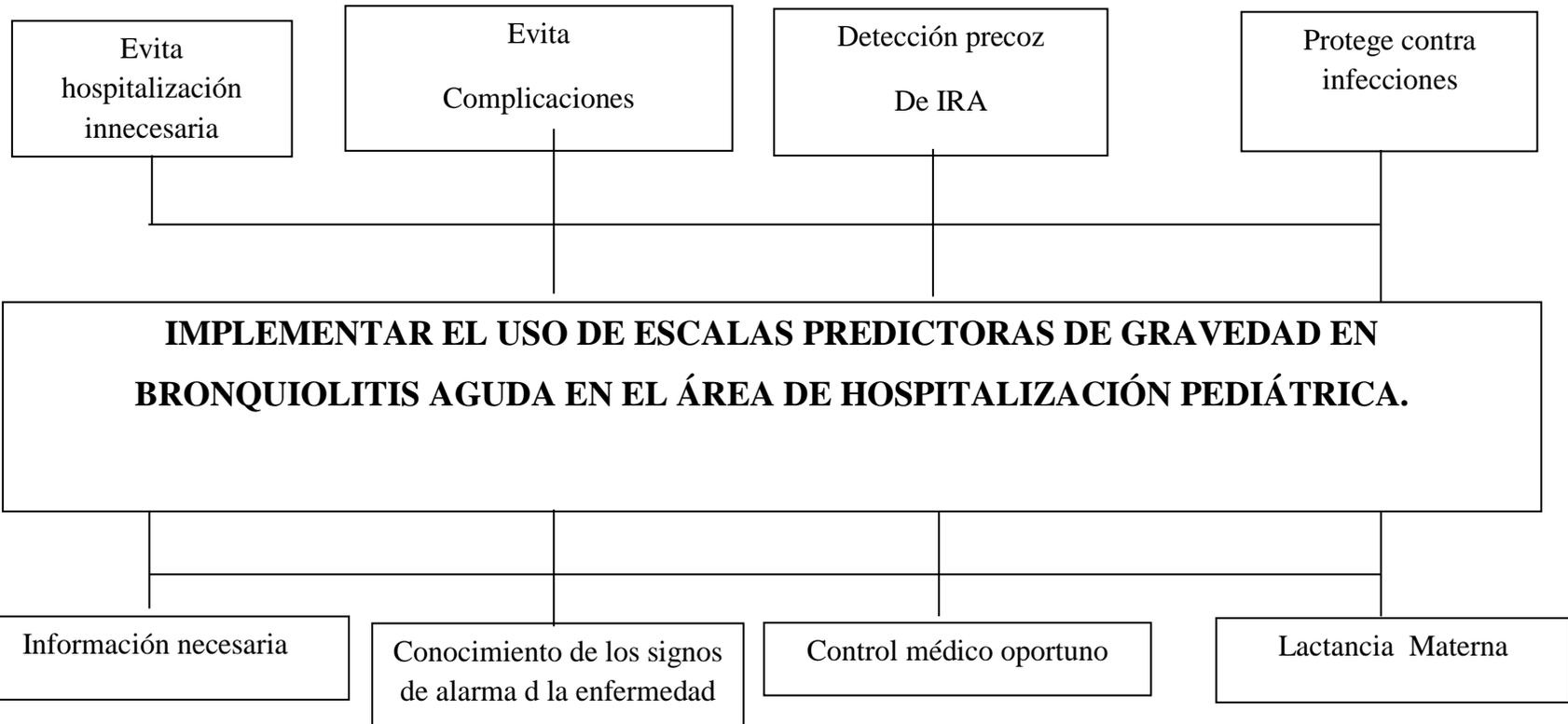
IMPACTO

Con esta propuesta se concientiza el valor del uso de las escalas que identifiquen la gravedad de la bronquiolitis a los becarios de medicina encargados del área de pediatría, las cuales se fomentaron con la implementación de afiches en el área de hospitalización.



ÁRBOL DE OBJETIVOS

F I N E S



M E D I O S

MATRIZ DE INVOLUCRADO

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Becarios de medicina del área de pediatría (médicos, Internos, enfermeras)Familiares del Niño menos de 2 año hospitalizado	Profundizar en el estudio de las escalas predictorias de gravedad de la bronquiolitis Informar sobre la enfermedad, signos de alarmas.	RECURSOS Protocolos MANDATOS Ejecutar charla educativa al personal y al familiar interesado.	Falta de conocimiento
Autoridades de la Universidad Técnica de Manabí	Profundizar la temática sobre la importancia del uso de las escalas que predicen la gravedad de la enfermedad.	RECURSOS Humanos MANDATOS Incentivar programas de capacitación al personal médico sobre las escalas que ayuden a la detección precoz de una IRA.	Falta de conocimiento
Investigadores	Incentivar el interés de conocer sobre las escalas de Tal y Downes al personal y a los familiares sobre las generalidades de la enfermedad que padecen sus hijos menores de dos años.	RECURSOS Humanos MADATOS Información sobre las escalas predictorias de gravedad de Bronquiolitis	Poca Acogida

MATRIZ DE MARCO LOGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEAS DE BASES	METAS	FUENTES DE VERIFICACION
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Fomentar el uso de escalas predictoras de gravedad en Bronquiolitis Aguda en el área de hospitalización pediátrica.</p>	<p>Uso de las escalas</p>	<p>Protocolos MSP</p>	<p>Aumento del conocimiento de los becarios de medicina sobre el uso de las escalas en una 60% a 70%.</p>	<p>Post test.</p>

MATRIZ DE MARCO LOGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEAS DE BASES	METAS	FUENTES DE VERIFICACION
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Socializar el uso de escalas predictoras de gravedad en Bronquiolitis Aguda en el área de hospitalización pediátrica.</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>Socializar sobre la importancia de las escalas.</p> <p>Contribuir a la realización de una detección precoz mediante el conocimiento de los becarios de medicina sobre los signos de alarma</p>	<p>Escalas de tal y de Downes.</p>	<p>Implementación de normativas del MSP</p>	<p>Promover medidas educativas en el personal de salud, para mejorar la atención en los pacientes en un 60-70%.</p>	<p>Post-test</p>

del niño con bronquiolitis aguda.

Informar sobre los principales factores de riesgos involucrados en la aparición de la Bronquiolitis Aguda. Antecedentes Patologicos

Factores predisponentes

Concientizar al I/M de la importancia de los factores de riesgo predisponentes en un 60% - 70%

BIBLIOGRAFIA

- Julio Meneghello, “Enfermedades del Aparato Respiratorio.”. y Terapia intensiva en pediatría.
- Mark Rogers. (1995) .Normas de Atención Pediatría. Hospital de niños “R. Gutierrez”
- Dr. Eduardo López (2009) Manual de infectología para pediatras. Hospital J. Garrahan
- PRONAP 93: Programa Nacional de Actualización Pediátrica, Subcomisión de Educación continúa, S.A.P.; Módulo: “Infecciones respiratorias agudas”.
- Guía de diagnóstico y tratamiento, N° 3, Hospital de Niños “R. Gutierrez, Bs. As. año 1997.
- Dr. E. Ferrero (1996) Infecciones respiratorias bajas en menores de 2 años, recomendaciones para su manejo. ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA, Volumen 94, N° 4, Argentina.
- Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas. Salud Integral del Niño, Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Salud materno Infantil, 2004.
- Guías de buenas practicas clínicas en Neumonología Pediátrica, actualización 2007, Área Materno Infantil, Ministerio de Salud Publica de la Provincia de Salta, 2007.

LINKOGRAFIA

Manejo de la Bronquiolitis descargado d
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/032_GPC_BronquiolitisPed/IMSS_032_08_EyR.pdf (2009).

Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis Descargado d
<http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream.pdf>

Recomendaciones para la bronquiolitis Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20153708> González de Dios J (2010).

Clínica de la Bronquiolitis Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
Village EG (2011)

Bronquiolitis . Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24035870>
Sociedade Brasileira de Pediatria; 2013

Artículo sobre Bronquiolitis Aguda disponible en
<http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/122-bronquiolitis-bronquitis#sthash.RdqwgROV.dpuf>

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 3
Escala de Tall

Puntos	FC	FR	SIBILANCIAS	Musc.Accesorios
0	<120	<30	No	No
1	120-140	30-45	Fin espiración	Leve tirajes intercostal
2	140-160	45-60	Inspiración/espiración	Tiraje generalizado
3	>160	>60	Sin fonendoscopio	Tiraje-aleteo

Bronquiolitis leve: 4 o menor, Bronquiolitis moderada: 5-8, Bronquiolitis severa: 9 o mayor.

Fuente: Tomado de *Guía de práctica clínica para bronquiolitis*. Rev. Hosp. Ital. B.Aires Vol. 25 N° 1, Junio 2005

ESCALA DE DOWNES

SIGNOS	0	1	2
FR	< 59	60-80	> 81
CIANOSIS CENTRAL	NO	CON AIRE AMBIENTAL	CON O ₂ AL 40% O APNEAS
ENTRADA DE AIRE	BUENO	REGULAR	MALA
QUEJIDO ESPIRATORIO	NO	DEBIL, AUDIBLE CON ESTECOSCOPIO	AUDIBLE A DISTANCIA
RETRACCIONES SUBCOSTALES O SUBXIFOIDEAS	NO	MODERADAS	MARCADAS



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, los investigadores: Carlos Bermúdez y Wilfrido Gonzalez le informamos que estamos realizando una encuesta sobre el inicio de la sintomatología de su hijo al padecer bronquiolitis, la cual nos permitirá recolectar datos, que aportaran de manera integral información fiable y confiable.

Este tipo de estudio se realiza para obtener la información necesaria para la realización de nuestro trabajo de titulación.

Su participación es completamente voluntaria, si su respuesta es negativa no le causará ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando.

Se le está pidiendo que conteste una serie preguntas, que nos permitan recolectar datos de su hijo (a) para valorar los factores relacionados con la alteración del crecimiento.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas, si necesita ayuda en alguna de las preguntas, solicítele al investigador que le explique, antes de tomar una decisión.

A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda y su número de cédula de identidad, para autorizar la realización de la presente encuesta

Gracias por su colaboración

N. De cédula de identidad:

FIRMA:



UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



TEMA: “VALORACION DE GRAVEDAD DE BRONQUIOLITIS AGUDA.
ESCALAS TAL-DOWNES, MENORES DE 2 AÑOS. HOSPITAL DR. VERDI
CEVALLOS BALDA. PERIODO JULIO DICIEMBRE 2015”

OBJETIVO GENERAL: VALORAR LA GRAVEDAD DE BRONQUIOLITIS
AGUDA MEDIANTE LA ESCALA DE TAL Y DOWNES EN USUARIOS
PEDIATRICOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. VERDI
CEVALLOS BALDA.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: CUADRO CLINICO DE
BRONQUIOLITIS

EDAD	< 3 MESES 3-6 MESES 7-12 MESES 13-24 MESES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
GÉNERO	MASCULINO FEMENINO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CUADRO CLINICO	< 24 HORAS 24-48 HORAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SIGNOS Y SINTOMAS	SIBILNCIAS	<input type="checkbox"/>
	TOS	<input type="checkbox"/>
	CIANOSIS	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD RESPIRATORIA	GRADO I	<input type="checkbox"/>
	GRADO II	<input type="checkbox"/>
	GRADO III	<input type="checkbox"/>
PATOLOGIA ASOCIADA	NEUMONIA	<input type="checkbox"/>
	BRONCONEUMONIA	<input type="checkbox"/>
	NINGUNA	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO USADO	HIDRATACION+BETABLOQUEADORES	<input type="checkbox"/>
	BETABLOQUEADORES+CORTICOIDES	<input type="checkbox"/>
	BETABLOQUEADORES B 2	<input type="checkbox"/>
	CORTICOIDES	<input type="checkbox"/>
INGRESOS HOSPITALARIOS	1	<input type="checkbox"/>
	+1	<input type="checkbox"/>
EDAD GESTACIONAL	PRE-TÉRMINO	<input type="checkbox"/>
	A TÉRMINO	<input type="checkbox"/>
	POST-TERMINO	<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES FAMILIARES	ASMA BRONQUIAL	<input type="checkbox"/>
	RINITIS ALERGICA	<input type="checkbox"/>
	NINGUNO	<input type="checkbox"/>

TIPO DE VIVIENDA	MIXTA CAÑA HORMIGON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ALIMENTACION	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA LECHE DE FÓRMULA + LECHE MATERNA LECHE DE FÓRMULA EXCLUSIVA LACTANCIA MATERNA + LECHE DE FORMULA + ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: ESCALA DE TAL

FRECUENCIA CARDIACA	< 120 120 – 140 140 – 160 >160	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FRECUENCIA RESPIRATORIA	< 30 30-45 45-60 >60	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SIBILANCIAS	NO FIN ESPIRACIÓN INSPIRACION-ESPIRACION SIN FONENDOSCOPIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

MUSCULATURA ACCESORIA	NO	<input type="checkbox"/>
	LEVE TIRAJE INTERCOSTAL	<input type="checkbox"/>
	TIRAJE GENERALIZADO	<input type="checkbox"/>
	TIRAJE-ALETEO	<input type="checkbox"/>

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS: ESCALA DE DOWNES

FRECUENCIA RESPIRATORIA	< 59	<input type="checkbox"/>
	60-80	<input type="checkbox"/>
	>80	<input type="checkbox"/>
CIANOSIS	NO	<input type="checkbox"/>
	CON AIRE AMBIENTAL	<input type="checkbox"/>
	CON O2 60% O APNEA	<input type="checkbox"/>
ENTRADA DE AIRE	BUENO	<input type="checkbox"/>
	REGULAR	<input type="checkbox"/>
	MALO	<input type="checkbox"/>
QUEJIDO ESPIRATORIO	NO	<input type="checkbox"/>
	AUDIBLE CON ETETOSCOPIO	<input type="checkbox"/>
	AUDIBLE A LA DISTANCIA	<input type="checkbox"/>

RETRACCIONES SUBCOSTALES	NO	<input type="checkbox"/>
	MODERADA	<input type="checkbox"/>
	MARCADAS	<input type="checkbox"/>

EGRESADO DE
MEDICINA BERMÚDEZ
GILER CARLOS EN LA
RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN EN EL
ÁREA DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL DR. VERDI
CEVALLOS BALDA,
15/OCT/2015



EGRESADO DE MEDICINA
GONZALES CASTILLO
WILFRIDO EN LA
RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN EN EL ÁREA
DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL DR. VERDI
CEVALLOS BALDA,
15/OCT/2015

PROPUESTA



EGRESADO DE MEDICINA
GONZALES CASTILLO WILFRIDO
PRESENTANDO LA PROPUESTA A
LOS BECARIOS DE MEDICINA Y
RESIDENTES DEL HOSPITAL DR.
VERDI CEVALLOS BALDA,
8/DIC/2015



EGRESADO DE MEDICINA
BERMUDEZ GILER CARLOS
PRESENTANDO LA PROPUESTA A
LOS BECARIOS DE MEDICINA Y
RESIDENTES DEL HOSPITAL DR.
VERDI CEVALLOS BALDA,
8/DIC/2015



BECARIOS DE MEDICINA Y
RESIDENTES REALIZANDO EL
POSTEST UNA VEZ CUALMINADA
LA CHARLA. HOSPITAL DR. VERDI
CEVALLOS BALDA, 8/DIC/2015

