



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MÁS NEUMONÍA
REPETITIVA”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Arias Ramírez, Ángel Ramiro

Tutora: Dra. Mg. Aguilar Salazar, Aida Fabiola

Ambato – Ecuador

Junio, 2015

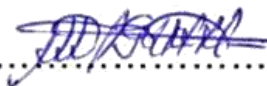
APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora de análisis de caso clínico sobre:

“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MÁS NEUMONÍA REPETITIVA” de Arias Ramírez Ángel Ramiro, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2015.

LA TUTORA



.....
Dra. Mg. Aguilar Salazar, Aida Fabiola

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico, **“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MÁS NEUMONÍA REPETITIVA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autor del presente Trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2015.

EI AUTOR

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ángel Arias", with a horizontal line extending to the right.

.....
Arias Ramírez, Ángel Ramiro.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autor.

Ambato, Abril del 2015.

EI AUTOR



.....
Arias Ramírez, Ángel Ramiro.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema “**NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MÁS NEUMONÍA REPETITIVA**” de Arias Ramírez Ángel Ramiro, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio 2015

Para constancia firman

1er VOCAL

2do VOCAL

PRESIDENTE

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a todas aquellas personas quienes confiaron en mis capacidades y aptitudes en esta mi profesión, mi pasión, mi vida. Especialmente a mis padres, mis hermanos y a mi esposa quienes han tenido paciencia y me han brindado su apoyo en cada paso que he dado.

A mi Tutora por tener la paciencia y dedicación de guiarme paso a paso con la realización del presente trabajo y orientándome hacia la excelencia.

A mí querida Universidad por haber sido la fuente de mis conocimientos, quien me ha formado como persona, como profesional, como humano.

Arias Ramírez, Ángel Ramiro

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme llegar a este punto tan importante en mi vida, mi sueño, mi carrera, y darme la fuerza para levantarme a seguir luchando, por darme ese empujoncito hacia adelante y guiarme por el camino del bien.

A mis padres por haberme dado la vida y por apoyarme en todo momento, por reír cuando estaba feliz, por abrazarme cuando estaba triste, por alentarme cuando estaba cansado, y por amarme a pesar de todos mis errores.

A mis hermanos quienes han estado ahí para felicitarme por mis logros y ser mis cómplices con mis caprichos.

A mi esposa quien a pesar de las dificultades siempre estuvo conmigo apoyándome, alegrándome, haciéndome sentir único y poderoso, quien desde el nacimiento de nuestro amor nunca dejó de amarme.

Agradezco también a todos mis profesores, aquellos amigos que compartieron sus conocimientos, su tiempo, su vida, para enseñarnos lo mejor y orientarnos a ser grandes profesionales.

No dejare atrás a todos mis amigos y amigas, compañeros que he conocido a lo largo de mi Carrera, con quienes he compartido dichas y desdichas, lágrimas y sonrisas, y con quienes he aprendido el valor de la amistad.

Por ultimo agradezco al Hospital Provincial General Latacunga que me ha abierto las puertas y en donde me he formado y preparado para mi vida profesional; incluyo además a todas esas lindas personas que me brindaron su amistad allí, Doctores, enfermeras, internos y todo el personal que me permitió ser su amigo.

Arias Ramírez, Ángel Ramiro

ÍNDICE

RESUMEN.....	x
SUMMARY	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos.....	6
RECOPIACIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN	7
DESCRIPCIÓN DE LA FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	7
DESARROLLO	8
ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DEL CASO.....	8
Datos de identificación del paciente	8
Descripción del caso	8
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	14
Análisis de los factores de riesgo	14
Factores de Riesgo Sociodemográficos	14
Factores de Riesgo del huésped	16
✓ Acceso a la atención médica y oportunidad en la solicitud de la consulta	19
✓ Acceso a la atención médica	19

✓ La Oportunidad en la atención.....	20
✓ Características de la atención.....	20
✓ Oportunidades de remisión y Trámites administrativos.....	20
IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS:	21
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	23
CONCLUSIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
BIBLIOGRAFÍA	27
LINKOGRAFÍA	27
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA	30
ANEXOS	32

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MÁS NEUMONÍA REPETITIVA”.

Autor: Arias Ramírez, Ángel Ramiro.

Tutora: Dra. Mg. Aguilar Salazar, Aida Fabiola

Fecha: Abril del 2015

RESUMEN

La infección respiratoria baja sigue siendo una de las causas con alta mortalidad en niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo. El diagnóstico etiológico se logra en el 40% de los casos y el neumococo es la bacteria más frecuentemente aislada.

Niña de 3 años 8 meses de edad con antecedentes de hipotiroidismo congénito y varias hospitalizaciones, aproximadamente cinco, cuatro de ellas por causa respiratoria (NEUMONIA), manejada y tratada por el hospital IESS Latacunga.

El 05 Abril del 2015, sin causa aparente, presenta alza térmica no cuantificada, para lo cual madre administra paracetamol 120 miligramos (dos ocasiones sin mejoría), acude a médico particular quien receta Azitromicina 250 miligramos diaria más ibuprofeno 200 miligramos cada 8 horas, sin mejoría, sumándose vómito por tres ocasiones, líquido color café; acude a clínica particular en donde presenta saturación de oxígeno 84%; realizan radiografía pleuropulmonar con signos que sugieren patología. Administran fluido terapia y refieren al hospital general Latacunga con diagnóstico de

Neumonía. Allí es valorada, presentando frecuencia cardiaca 119 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto, saturación de oxígeno 90%, hidratada, activa, reactiva, oro-faringe hiperémica, hipertrofia de amígdala izquierda; en sistema respiratorio presencia de estertores con predominio en base pulmonar derecho.

Ingresas con diagnóstico de neumonía, recibiendo antibiótico terapia (Ceftriaxona 260 miligramos, cada 12 horas), y metamizol 100 miligramos cada 8 horas, además oxigenoterapia y nebulizaciones cada 8 horas con solución salina 2 mililitros, durante 6 días.

Responde favorablemente, sin mención de complicaciones y para el momento del alta se indica: Cefodoxima 60 miligramos cada 12 horas por 6 días vía oral. Además de control por consulta externa, hoja de plan de alta y hoja de referencia inversa al centro de salud.

PALABRAS CLAVES: NEUMONÍA, NEUMONÍA_REPETITIVA, NEUMONÍA_ADQUIRIDA, PEDIATRÍA.

TECHNICAL UNIVERSITY DE AMBATO
ABILITY OF SCIENCES OF THE HEALTH
CAREER OF MEDICINE

**“ACQUIRED PNEUMONIA IN THE COMMUNITY MORE REPETITIVE
PNEUMONIA.”**

Author: Arias Ramírez Ángel Ramiro.

Tutor: Dra. Aida Aguilar

It dates: April of the 2015

SUMMARY

The infection breathing drop continues being one of the causes with high mortality in children smaller than 5 years in developing countries. The etiologic diagnosis is achieved in 40% of the cases and the pneumococcus is the frequently isolated bacteria.

3 year-old girl 8 months of age with records of hipotiroidismo congenital and several hospitalizations, approximately five, four of them for breathing cause (PNEUMONIA), managed and tried by the hospital IESS Latacunga.

The 05 April of the 2015, groundless apparent, it not presents thermal rise quantified, for that which mother administers paracetamol 120 milligrams (two occasions without improvement), she goes to particular doctor who Azitromicina 250 milligrams daily more ibuprofeno 200 milligrams prescribes every 8 hours, without improvement, being added vomit by three occasions, liquid brown color; he/she goes to particular clinic where presents saturation of oxygen 84%; they carry out x-ray pleuropulmonar with signs that you/they suggest pathology. They administer flowing therapy and they refer to the polyclinic Latacunga with diagnosis of Pneumonia. There it is valued,

presenting heart frequency 119 per minute, breathing frequency 32 per minute, saturation of oxygen 90 active%, moisturized, reactivates, gold-pharynx hiperémica, hypertrophy of left tonsil; in system breathing presence of stertors with prevalence in base lung right.

It enters with pneumonia diagnosis, receiving antibiotic therapy (Ceftriaxona 260 milligrams, every 12 hours), and metamizol 100 milligrams every 8 hours, also oxigenoterapia and nebulizaciones every 8 hours with solution saline 2 milliliters, during 6 days.

He/she responds favorably, without mention of complications and for the moment of the high one it is indicated: Cefodoxima 60 milligrams every 12 hours for 6 days via oral. Besides control for external consultation, plan leaf of high and leaf of inverse reference to the center of health.

PASSWORD: PNEUMONIA, REPETITIVE_PNEUMONIA,
ACQUIRED_PNEUMONIA, PEDIATRICS.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias son el principal motivo de consulta por patología infecciosa en AP (Atención Primaria), con una afectación del tracto respiratorio inferior de alrededor del 10%. La elevada incidencia y potencial gravedad de las neumonías originan gran preocupación y consumo de recursos. Esto, junto a los cambios epidemiológicos de los microorganismos implicados y la elevada resistencia a los antimicrobianos, obliga a plantear medidas preventivas eficaces, a hacer un uso racional de los antibióticos y a utilizar los medios sanitarios disponibles con rigor científico (Úbeda Sansano MI, 2013).

Las enfermedades respiratorias agudas en menores de 5 años son cada vez más comunes en las grandes ciudades, debido a múltiples factores entre los que se encuentran los altos índices de pobreza y contaminación ambiental. La identificación de afecciones respiratorias en las poblaciones infantiles en las grandes ciudades es de gran importancia para establecer relaciones entre enfermedades, niveles socioeconómicos y contaminantes (Cortés, 2012).

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda del parénquima pulmonar que se manifiesta típicamente en un proceso agudo (48h) con fiebre, tos productiva dolor torácico y disnea, asociados a un infiltrado nuevo en la radiografía de tórax producido por dicha infección y, se presenta en pacientes no hospitalizados durante los 14 días previos (Delgado F, 2011).

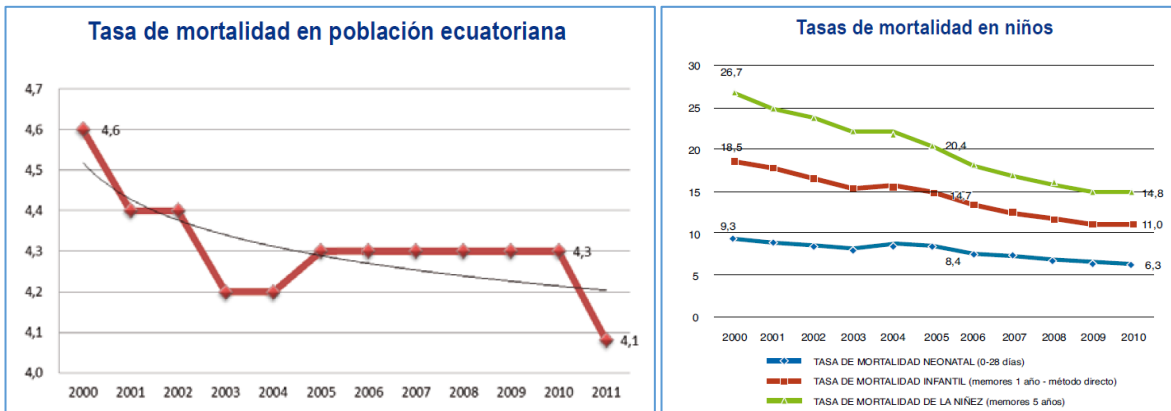
Se calcula que la mortalidad asociada a la neumonía es de 1,4 millones de niños menores de cinco años cada año, más que el SIDA, la malaria y el sarampión combinados (Chávez M, 2013).

Según datos estadísticos del BANCO MUNDIAL Ecuador tiene una tasa de mortalidad general de 23 por 1000, en el año 2013, comparado con Estados Unidos Quien tiene una tasa de mortalidad de 7 por 100 en el mismo año.

Dominica	12	12	12	11	
Ecuador	25	24	23	23	
Egipto, República Árabe de	24	23	22	22	
El Salvador	18	17	16	16	
Emiratos Árabes Unidos	9	9	9	8	
Eritrea	56	54	52	50	
Eslovenia	3	3	3	3	
España	5	4	4	4	
Estados Unidos	7	7	7	7	
Estonia	5	4	4	3	

Fuente: Datos estadísticos del banco mundial 2014

La tasa de mortalidad a nivel nacional para el año 2000 ascendía a 4.6 por 1.000 habitantes; posteriormente, la tendencia indica que comienza su descenso, hasta mantenerse en 4.3 por casi 6 años; hasta el 2011 cuando se registra una disminución a 4.1. En Ecuador, la tendencia de la década 2000-2010 de las tasas de mortalidad neonatal e infantil ha sido decreciente. Las políticas de salud pública tomadas para este logro, especialmente en el período 2007-2011, han estado orientadas a ampliar la cobertura y tomar acciones para la erradicación de la desnutrición infantil (INEC, Datos esenciales de salud, 2011).



Fuente: INEC, estadísticas vitales, defunciones 2000 – 2010. INEC proyección de población 2000 - 2010

Sabiendo que en el Ecuador la neumonía es la tercera causa de mortalidad, tanto general como infantil (INEC, Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones, 2013).

Principales causas de mortalidad general Año 2013
Lista corta de agrupamiento de causas de muerte (L.C. CIE-10)

			Población estimada 2013	15.774.749		
			Total de defunciones	63.104		
			Tasa de mortalidad general (x 100.000 hab.)	400,03		
Nº Orden	Código L.C.	Cód. CIE-10 detallada	Causas de muerte	Número	%	Tasa
1	26	E10-E14	Diabetes mellitus	4.695	7,44%	29,76
2	34	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	4.189	6,64%	26,56
3	46	J10-J18	Influenza y neumonía	3.749	5,94%	23,77
4	42	I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	3.567	5,65%	22,61
5	57	V00-V89	Accidentes de transporte terrestre	3.072	4,87%	19,47
6	35	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	2.942	4,66%	18,65
7	51	K70-K76	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2.005	3,18%	12,71
8	53	N00-N39	Enfermedades del sistema urinario	1.874	2,97%	11,88
9	41	I50-I51	Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	1.716	2,72%	10,88
10	09	C16	Neoplasia maligna del estómago	1.570	2,49%	9,95
11	47	J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.425	2,26%	9,03

Fuente: anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones Ecuador 2013

Principales causas de mortalidad infantil Ecuador 2013					
Lista internacional detallada-CIE-10					
Causas de mortalidad infantil	Sexo		Total	Razón x 1.000 nacidos vivos 1/	%
	Hombres	Mujeres			
Total de defunciones de menores de 1 año	1.612	1.316	2.928	8,64	100%
P07 Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	197	167	364	1,07	12,43%
P22 Dificultad respiratoria del recién nacido	176	106	282	0,83	9,63%
J18 Neumonía, organismo no especificado	73	86	159	0,47	5,43%
Q24 Otras malformaciones congénitas del corazón	86	68	154	0,45	5,26%
P23 Neumonía congénita	74	72	146	0,43	4,99%
Q89 Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	51	74	125	0,37	4,27%
P36 Sepsis bacteriana del recién nacido	56	49	105	0,31	3,59%
P21 Asfixia del nacimiento	36	33	69	0,20	2,36%
P29 Trastornos cardiovasculares originados en el período perinatal	39	21	60	0,18	2,05%
W84 Obstrucción no especificada de la respiración	32	23	55	0,16	1,88%
P24 Síndromes de aspiración neonatal	28	23	51	0,15	1,74%

Fuente: anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones Ecuador 2013

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es un problema de salud pública que afecta a todo el mundo. La incidencia global de neumonía en los países desarrollados es elevada, oscila entre 10 y 45 casos nuevos/1000 niños/año y afecta sobre todo a los menores de 5 años (30-45 casos/1000 niños/año). En los países en vías de desarrollo el problema es más importante, ya que es una de las principales causas de mortalidad infantil. Representa la sexta causa de muerte a nivel mundial y la primera causa de muerte por enfermedades infecciosas (Renata Báez-Saldaña, 2013).

Esta patología se encuentra entre las primeras causas de mortalidad en nuestro medio, siendo una de las primeras causas de ingresos hospitalarios y mortalidad en los últimos años, con una tasa de mortalidad de 23.1. Afecta a niños y adultos mayores a 55 años en la mayor parte de los casos. Ambos sexos se ven afectados siendo más frecuente en sexo masculino. El promedio de días de hospitalización es de 6 días aproximadamente. (Delgado F, 2011).

Las infecciones a repetición se consideran, hoy en día, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una pandemia olvidada. Se define como una infección recurrente “normal” aquella caracterizada por factores de riesgo

comunes, con infecciones repetitivas y auto limitadas con respuesta rápida al manejo sintomático específico, sin evidencia de secuelas. La infección recurrente anormal se define como la presencia de infecciones más severas y prolongadas con respuesta tórpida, no auto limitadas y que requieren intervención, incluyendo uso de antibióticos, generalmente endovenosos. (Carlos O, 2011).

El concepto de neumonía recurrente incluye la existencia de 2 o más episodios de neumonía en un año o más de 3 neumonías en cualquier tiempo. Su incidencia oscila de un 10 % en Atención Primaria a un 25-30 % en Consulta de Neumología Pediátrica. (Navarro & Anselmo, 2012)

Según un estudio retrospectivo multicéntrico, publicado por la Revista Americana De Medicina Respiratoria, se catalogó al hipotiroidismo como enfermedad comórbida no considerada como predisponente para NAC (Mariano F, 2011).

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores de riesgo significativos para el desarrollo de cuadros respiratorios repetitivos.

Objetivos específicos

- Valorar factores socio culturales que influyen en el cuidado de la niña y la presencia de infecciones respiratorias repetitivas.
- Identificar falencias de atención primaria y secundaria del paciente, o causas por las que no se lleva un control adecuado. Relacionadas con el diagnóstico y seguimiento del caso
- Valorar los conocimientos maternos sobre signos de alarma en caso de Infecciones Respiratorias Agudas + Neumonía, además del manejo y prevención de estas enfermedades
- Establecer Plan de mejora de la atención de Neumonía Adquirida en la Comunidad más Neumonía Repetitiva.

RECOPILACIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

La información sobre el caso se la obtuvo de fuente primaria (madre de la paciente) y secundaria (historias clínicas del IESS y Hospital General de Latacunga y)

A partir de éstas se pudo realizar el análisis del presente caso clínico. La entrevista a la madre de la paciente, permitió a llenar el vacío informativo que presentaba la historia clínica.

- La Historia Clínica fue revisada por el autor y permitió identificar los problemas que generaron las hospitalizaciones de la niña y los datos relacionados con el seguimiento posterior realizado en la Consulta externa de Pediatría de los dos hospitales, tras las altas hospitalarias.
- La entrevista se basó en preguntas guía elaboradas respecto a detalles no observados en la historia.
- También se revisaron Guías de práctica clínica y artículos de revisión, que permitieron fundamentar científicamente el caso, ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objetivo de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual, la guía clínica utilizada en la cual se obtuvieron definiciones, protocolos estandarizados, medidas terapéuticas, recomendaciones fueron de la Sociedad Española de Pediatría para el manejo de Neumonía, ya que en nuestro país no existen guías clínicas propias acerca del manejo de este tipo de pacientes.

DESARROLLO

ESTRUCTURACIÓN DEL ANÁLISIS DEL CASO

Datos de identificación del paciente

Paciente femenina de 3 años 8 meses de edad a su ingreso, mestiza, nacida el 02 de agosto del 2011, residente en Tanicuchi – Latacunga, lateralidad diestra, grupo sanguíneo O Rh (+).

Descripción del caso

Paciente inicia su sintomatología el día 05 de abril del 2015, siendo medicada por la madre por dos ocasiones: a las 20:00 horas del mismo día y a las 02:00 am del día siguiente; el 06 de abril acuden a médico particular quien da medicación y regresa a domicilio, No se observa mejoría , más bien el 07 de abril el cuadro empeora, sumándose vómito y acude a “CLÍNICA PARTICULAR” a las 09:30 am, en donde es ingresada y permaneciendo en este lugar por casi 3 días.

Por razones de carácter económico se decide referir al “HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA” el día 09 de abril a las 12:00 pm, la movilización se la efectuó por medios propios en transporte público (taxi); una vez en el Hospital, es valorada decidiendo su ingreso con Diagnóstico de Neumonía, llega al servicio de pediatría a las 14:40 pm, y a las 17:00 pm, médico tratante suma al diagnóstico Hiperreactividad Bronquial instaurando además tratamiento broncodilatador.

El 10 de abril se valora a paciente y por la clínica presentada se sospecha de Pansinusitis, confirmando el diagnóstico el 11 de abril tras solicitud de tomografía.

Para el 13 de abril, su sintomatología mejora; y el 17 de abril durante la visita diurna se decide el alta hospitalaria, saliendo de la institución a las 11:30 am hacia su domicilio.

AL INGRESO

Datos de la madre: 35 años de edad, casada, instrucción superior (título en contabilidad y auditoría), ocupación quehaceres domésticos y agricultores, grupo sanguíneo O Rh (+).

Datos del padre: 32 años de edad, casado, instrucción superior, ocupación docente de secundaria en Saquisilí grupo sanguíneo O Rh (+).

Antecedentes prenatales: Controles prenatales 9, ultrasonidos de control 4, recibe una dosis de vacuna antitetánica al segundo mes de gestación, recibe vitaminas, hierro y ácido fólico (durante el primer trimestre de gestación), el embarazo cursa sin complicación alguna.

Antecedentes natales: Producto de segunda gesta, nace a las 41,6 semanas de gestación, al nacer tiene un peso de 2100 gramos, talla 45 centímetros, perímetro cefálico 35 cm, APGAR 6 – 7.

En los antecedentes postnatales: Un esquema de vacunación completo para la edad, lactancia exclusiva hasta los 6 meses, ablactación 6 meses de edad, dieta familiar al año de edad, destete 2 años 2 meses; sostén cefálico 4 meses, sedestación 5 meses, gateo 7 meses, bipedestación con ayuda 9 meses, camina 11 meses; vocaliza monosílabos a los 10 meses; mantiene un peso y talla en score z – 2,

Antecedentes personales: Tiene como antecedente hipotiroidismo congénito en tratamiento con levotiroxina 50 microgramos. Además de tener varios ingresos hospitalarios con diagnóstico de neumonía y un ingreso anterior con diagnóstico de gastroenteritis bacteriana, y algunos cuadros de patología

respiratoria superior tratadas en primer nivel de atención. Otro antecedente es la realización del tamizaje metabólico a los 8 meses de edad. En la Historia Clínica. Se reporta la presencia de cuadro de desnutrición proteico calórica de grado moderado y leve a la edad de 3 años 2 meses

Refiriendo como antecedentes familiares al abuela materna quien tubo hipertensión arterial.

Hábitos: Alimentación de 3 – 4 veces al día, micción 4 veces al día, deposición 1 vez al día. Medicación: levotiroxina 50 microgramos día.

Alergias: ninguna conocida.

Condiciones socioeconómicas: paciente vive con sus padres y 2 hermanas en casa propia, de tres pisos, una sala, una cocina a gas, 3 dormitorios, y cuentan con todos los servicios básicos. Tienen animales de granja extra domiciliariamente. El área de residencia habitual de la niña en el aula educativa se localiza junto a una plantación de flores, separados por una pared.

Motivo de consulta: fiebre

Acude al hospital general provincial Latacunga referido de la clínica particular de la misma ciudad con cuadro de 4 días de evolución caracterizado por presentar alza térmica no cuantificada para o cual automedica paracetamol 120 miligramos por 2 ocasiones sin mostrar mejoría; acude a médico particular quien prescribe azitromicina 500 miligramos media tableta cada día, pero madre administra una sola dosis, además de ibuprofeno 200 miligramos cada 8 horas; cuadro no cede sumándose vómitos por 3 ocasiones líquidas de color café por lo que acude a clínica particular en donde es ingresada con diagnóstico de Neumonía, presentando en la radiografía de tórax infiltrado alveolar e intersticial en región perihiliar y basal bilateral con predominio derecho, con este diagnóstico permanece

hospitalizada en la clínica durante 2 días; por falta de recursos del paciente es referido al hospital general Latacunga.

Una vez en el hospital es valorado presentando: frecuencia cardiaca 119 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto, temperatura axilar 37 °C, saturación de oxígeno 88 % a Fi O₂ de 21 %; hidratada, activa, reactiva, afebril, oro faringe hiperémica, amígdalas hipertrófica de lado izquierdo, y a nivel pulmonar presencia de estertores en base pulmonar derecho.

Es valorada por el médico residente de pediatría en emergencia, quien decide su ingreso con diagnóstico de Neumonía y con indicación de dextrosa en agua al 5 % 1000 mililitros más 30 mili equivalentes de Sodio más 20 mili equivalentes de potasio intravenoso en 24 horas, Ceftriaxona 650 miligramos intravenoso cada 12 horas, Metamizol 100 miligramos intravenoso cada 8 horas, Nebulizaciones con 2,5 mililitros de solución salina al 0,9 % cada 8 horas, y oxígeno terapia. Ingresando al servicio de pediatría, irritable al manejo, afebril, taquipneica, con una saturación de oxígeno de 86 % ambiente.

En la visita de la tarde es valorada por médicos pediatras, la paciente presenta tos que moviliza secreciones, frecuencia respiratoria 37 por minuto, saturación de oxígeno 86 %, quejumbrosa, dificultad de entrada de aire en campo pulmonar derecho; se decide suspender nebulizaciones y metamizol, y se suma Ibuprofeno 130 miligramos cada 8 horas, además salbutamol 2 puff cada 20 minutos por 4 ocasiones y luego 2 puff cada 8 horas.

Al día 4 de hospitalización se suma Fluticazona 50 microgramos 1 puff cada 12 horas. En la visita de la tarde la madre refiere tos seca esporádica más rinorrea con pintas de sangre en poca cantidad. Presentando además en examen físico sibilantes.

Al día 6, previa valoración de paciente se decide suspender Ibuprofeno y se evalúa destete de oxígeno, para ser dada de alta el día 8 de hospitalización con una mega dosis de Ceftriaxona (1,3 gramos diluido y lento en una hora); Cefodoxima 60 miligramos cada 12 horas por 6 días vía oral empezando el día siguiente al alta, fluticazona más salbutamol, y con la dosis de tratamiento tiroideo, 50 microgramos. Además de control por consulta externa, y hoja de referencia inversa al centro de salud para monitorización y controles regulares, y su respectivo plan de alta.

La paciente egresa con diagnósticos de Neumonía, Hipersensibilidad Bronquial, Pansinusitis, e Hipotiroidismo.

Exámenes de laboratorio

URIANALISIS 10/04/2015	
TEST	RESULTADO
EMO	<p>Elemental</p> <p>Color: Amarillo</p> <p>Aspecto: Transparente</p> <p>Densidad: 1.010</p> <p>PH: 6.0</p> <p>Químico</p> <p>negativo en todos sus aspectos</p> <p>Microscópico</p> <p>Células: 2-3/campo</p> <p>Piocitos: 2-3/campo</p> <p>Bacterias: Escasas</p>
GRAM DE GOTA FRESCA	NEGATIVO

Observándose un examen dentro de parámetros normales

HEMATOLOGÍA 12/04/2015	
NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO
Glóbulos Blancos	4.1 K/UL
Neutrófilos	24.0 %
Linfocitos	66.0 %
Eosinófilos	1.9 %
Recuento Glóbulos Rojos	5.16 M/UL
Hemoglobina	12.8 g/dl
Hematocrito	41 %
Plaquetas	262000/ mm ³

Se observa linfocitosis, sabiendo que este incremento se presenta en cuadros virales, pero en este caso podríamos referirnos al efecto de tratamiento recibido.

COPROLÓGICO	
NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADO
COPROPARASITARIO	COLOR: CAFÉ CONSISTENCIA: BLANDA PARASITARIO <i>Chilomastix Mesnilli</i> (Quistes): (+) Flora Bacteriana: Normal

A pesar de observar la presencia de quistes de *Chilomastix Mesnilli* este se considera como un parásito, a excepción de ciertas diarreas debidas a irritación de la mucosa gastrointestinal por razón de un aumento considerable de los niveles de parasitación.

Imagenología (Ver Anexos)

Radiografía estándar de tórax: al no poseer de material de impresión para imagen en ese momento se realizó un diagnóstico con radiografías traídas por la paciente cuyo informe reporta: Presencia de infiltrado alveolar e intersticial en la región perihiliar y basal bilateral predominantemente el lado derecho.

Senos paranasales: Se observa opacidad de los senos paranasales probablemente en relación con proceso inflamatorio, existe desviación leve del septum nasal hacia la derecha. El diámetro de la vía aérea superior está conservado.

Tomografía de senos paranasales: Opacificación completa de celdillas etmoidales y senos maxilares, con obstrucción osteomeatal.

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Análisis de los factores de riesgo

Los factores de riesgo son circunstancias o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad u otro problema de salud

La neumonía es una enfermedad prevenible y los estudios sobre factores de riesgo de la infección han logrado identificar variables asociadas a su adquisición. El conocimiento de factores de riesgo permitirá sugerir recomendaciones para la prevención y para los programas de educación, así como para el reconocimiento de signos de alarma de ciertas enfermedades. (AIEPI, UNICEF; OPS, 2011).

Factores de Riesgo Sociodemográficos

Edad: Los agentes infecciosos que causan NAC en la infancia son numerosos (*S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *S. aureus*, virus respiratorios como el VRS, parainfluenza, influenza, adenovirus). La frecuencia de cada uno de ellos varía de forma importante en función de la edad del paciente (Méndez A, 2010); así tenemos que en nuestro paciente hay predisposición a *Virus respiratorios*, *S. pneumoniae*, *M. tuberculosis* y *Gérmenes menos frecuentes como S. pyogenes, H influenzae, M. pneumoniae, S. aureus*, dándonos una orientación hacia el manejo que debemos usar.

Con respecto a la presencia de infecciones recurrentes, la literatura describe que incluso un niño con adecuado funcionamiento del sistema inmune puede padecer entre 3 – 8 infecciones respiratorias por año entre los 3 y 5 años, esto para los pacientes que no asisten a EDUCACION INICIAL.

Los NIÑOS que asisten a jardín, tienen familiares en edad escolar o están expuestos al humo del cigarrillo pueden sufrir incluso, como se menciona en algunas series, hasta 18 episodios por año (Carlos O, 2011).

Género: Se sabe que la neumonía es una enfermedad que afecta a toda la población, y es más frecuente en hombres que en mujeres, pero es poco significativo dicha incidencia en niños; en este caso se trata de una paciente de sexo femenino es decir menos predisponente, pero como nuestra paciente se encuentra en el grupo de entre 5 y 15 años este dato es poco relevante

Raza: Las enfermedades respiratorias y entre ellas las de las vías respiratorias inferiores constituyen la sexta causa de muerte a nivel mundial, siendo mucho más su predisposición en países en vía de desarrollo, así pues se entenderá que estamos más propensos a contraer una enfermedad de este tipo (Úbeda Sansano MI, 2013).

Área de residencia: Muchas veces la excusa de una complicación por cualquier enfermedad es el lugar de residencia y el acceso a puestos de salud, hoy en día es poco relevante este caso debido a que se ha implementado en cada región del país puestos de salud disponibles para cada grupo poblacional, sin embargo se sabe también que dichos puestos de salud están destinados a más de una zona siendo el caso de Tanicuchi que tiene su casa de salud en Lasso, pudiendo ser esta la razón por la que no se tiene un adecuado control de niño sano (Ministerio de Salud Pública, 2009).

Las neumonitis por hipersensibilidad (alveolitis alérgicas extrínsecas) aparecen al inhalar determinadas partículas orgánicas de menos de 10 micras de diámetro, con una exposición prolongada a las mismas (hongos, ácaros, polvos vegetales, medicamentos, excrementos de pájaros, etc.). Se afecta la vía aérea periférica (alveolo y bronquiolo). Puede presentarse de forma aguda a las pocas horas del contacto (fiebre, escalofríos, tos,

crepitantes en bases y dificultad respiratoria) o bien de forma crónica e insidiosa (disnea de esfuerzo progresiva, anorexia, pérdida de peso y crepitantes en bases) (Navarro & Anselmo, 2012). Pudiendo ser este el caso de nuestra niña la que mantiene exposición prolongada al ambiente de su institución educativa en donde se sabe está a unos pasos de una plantación florícola, pudiendo tener relación al polen de dichas plantas como posible alérgeno.

Factores de Riesgo del huésped

Entre los factores de riesgo descritos (Úbeda Sansano MI, 2013), se incluyen:

Prematuridad y bajo peso ($\leq 2,500$ g). Siendo un factor de riesgo importante en nuestro caso sabemos que el peso de la niña al nacer fue de 2100 gramos, además de un APGAR de 6 – 7.

Infecciones recientes del tracto respiratorio superior. Según la anamnesis realizada a la madre de la paciente y datos de la historia clínica anterior sabemos que hasta la actualidad se han presentado problemas respiratorios que superan más de 4 ingresos hospitalarios, además de infecciones frecuentes que involucran el tracto respiratorio superior.

Exposición al humo del tabaco. El humo de cigarrillo a pesar de ser un factor de riesgo importante, en nuestra paciente se desconoce la exposición a este componente, ya que ninguna persona cercana a ella mantiene este hábito.

No recibir lactancia materna durante al menos los 4 primeros meses. Se cataloga como factor de riesgo, pero en nuestro caso sabemos que la lactancia exclusiva supero los 6 meses de vida.

Malnutrición. Con datos de la historia ANTERIOR de la paciente SE sabe que no tuvo un crecimiento adecuado siendo diagnosticada en una visita

hospitalaria de desnutrición hipo proteico. A pesar de lo mencionado, al discutir del caso con la Médico tratante y jefa del servicio de Pediatría, manifestó que el crecimiento de la paciente se debe a un retardo de crecimiento intrauterino, por tanto al revisar la curva de desarrollo (índice de masa corporal) y verificar que se encuentra dentro de parámetros normales, podemos decir que se trata de una niña eutrófica en su desarrollo.

Enfermedades subyacentes: fundamentalmente cardiorrespiratorias, inmunitarias o neuromusculares. En este caso se conoce que la paciente padece hipotiroidismo congénito en tratamiento con levotiroxina.

Según un estudio retrospectivo multicéntrico, publicado por la Revista Americana De Medicina Respiratoria, se catalogó al hipotiroidismo como enfermedad comórbida no considerada como predisponente para NAC (Mariano F, 2011).

Sabemos que las hormonas tiroideas como una de sus numerosas funciones tiene el estímulo del crecimiento y diferenciación celular. Por tanto al afectarse la función tiroidea, se reduciría la velocidad de respuesta de la inmunidad celular, proponiendo un factor importante en la predisposición a infecciones (Tiroides.net, 2011).

Predisposición genética

Se ha comprobado que determinados polimorfismos en genes implicados en la respuesta inmunitaria innata o específica. El sistema inmune innato constituye la primera línea de defensa que impide la invasión y diseminación de los patógenos durante las primeras horas posteriores a la infección. En primer lugar, el huésped tiene que reconocer al patógeno invasivo e inducir su eliminación, bien sea mediante la lisis mediada por complemento, bien fagocitándolo; a su vez, debe desarrollar una respuesta inflamatoria; y, finalmente, debe desencadenar una respuesta antiinflamatoria que sea capaz de restaurar el equilibrio homeostático. Cada uno de estos procesos

puede verse afectado por los polimorfismos de los genes implicados, que pueden provocar una susceptibilidad o una resistencia frente a la infección. (Navarro & Anselmo, 2012).

Un polimorfismo genético es una región del genoma humano (GH) que varía entre los individuos de una población. Esta variante alélica debe afectar a una porción significativa de la población normal, generalmente a más del 1%, y puede tratarse de la sustitución de un solo nucleótido o afectar al número de secuencias cortas repetitivas (microsatélites) de nucleótidos, que constituyen más del 50% del GH (Elsevier, 2013).

Sorensen et al, publicaron un estudio sobre las causas de muerte prematura en 1.000 familias con niños adoptados a edad temprana y comprobaron que si los padres biológicos de estos niños habían fallecido por una infección antes de los 50 años de edad, su hijo tenía un riesgo relativo de morir por infección de 5,81; por el contrario, el fallecimiento de los padres adoptivos por una infección no confería un mayor riesgo al hijo adoptado de fallecer por esta causa. Por tanto, la susceptibilidad y la respuesta a la infección parecen tener una influencia genética importante (Elsevier, 2013).

Los mecanismos naturales de defensa pueden ser afectados sobretodo en niños menores de 5 años, por virus respiratorios que destruyen las cilias y alteran el código genético, disminuyendo su movilidad y afectando su capacidad de limpieza. Como consecuencia de esto se incrementa la cantidad de bacterias que superan a los macrófagos alveolares favoreciendo la invasión, aquí se da el aforismo (los virus le tienden la cama a las bacterias) (Sillau, 2009).

Vacunación: La vacunación ha sido desde hace muchos años una fuente para la erradicación de enfermedades y para el control y buen manejo de otras, especialmente en menores de cinco años, es por eso que en Ecuador se ha implementado el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). La

ausencia de alguna de las vacunas, o un esquema de vacunación incompleto, es factor importante predisponente de infecciones, y promoviendo la dificultad en su remisión y manejo (MSP & Ecuador, 2009).

FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

✓ Acceso a la atención médica y oportunidad en la solicitud de la consulta

Guiándonos en la entrevista del familiar del paciente, siempre hay cierto grado de disconformidad al momento de la llegada a un hospital público, probablemente se deba a la alta demanda y protocolos de atención (triaje) en la que se prioriza la atención; sabiendo esto cada persona como paciente o familia, desea ser atendido al instante.

Por todo esto explica la madre, que acude en primera instancia a un médico particular.

✓ Acceso a la atención médica

Mediante la entrevista realizada a la madre de la paciente, se pudo asegurar que hoy en día no se cuenta con un acceso a centro de salud en el sector (TANICUCHI), por tal motivo se tiene que atender sus necesidades de salud en otra parroquia, Lasso, la cual se encuentra a cerca de 30 minutos de distancia en transporte público, y en donde refiere ser atendida la mayor parte de problemas dando prioridad solo si se presenta fiebre. Además que en muchas ocasiones fue atendida por un Obstetra mas no por un Médico General o Pediatra. También se sabe que por el problema de nacimiento de la niña (hipotiroidismo congénito), y por el empleo del padre (profesor), los controles de salud se los atendía en el hospital del IESS, previa cita programada.

Se atendió la patología hoy estudiada en una clínica y Médico particular, y sin poder atender la demanda económica de dicha casa de salud, se procede a referir a un hospital básico.

✓ **La Oportunidad en la atención**

La madre de la paciente indicó que, desde el momento que inicia los síntomas la atención ha sido oportuna con un tiempo de espera para la atención no mayor de 30 minutos. Se pidió exámenes complementarios que no se habían pedido en el hospital IESS, como son, exámenes de imagen. Refiere que es rara la solicitud de dichos exámenes en esta casa de salud.

✓ **Características de la atención**

Con lo planteado anteriormente nos informa que la atención en un centro de salud es tardía, “no nos atienden si no tenemos fiebre”, refiriendo que se debe regresar por más de una ocasión para ser atendidos.

Según datos del familiar, es más rápida la atención en una clínica particular que en un hospital o centro de salud público.

En el hospital fue atendida de manera eficaz, según refiere, aclarando sus dudas y poniendo atención a necesidades diagnósticas de la paciente, se pidió continuar con el control metabólico de la niña, y no se pidió interconsultas, en el momento que permanecía hospitalizada, no se disponía de material de impresión para radiografías; por todo lo demás no tiene ningún inconveniente.

✓ **Oportunidades de remisión y Trámites administrativos**

Una atención oportuna debería empezar en cada hogar, manteniendo un plan o guía de prevención de enfermedades; además de

conocimientos básicos hoy en día dados a conocer en toda casa de salud acerca de signos de alarma para ciertas enfermedades (AIEPI, 2011), las cuales es conocida por cada trabajador de salud y compartido con cada paciente en cada visita médica; en este punto la madre desconoce sobre dichas medidas y signos de alarma de enfermedades.

Otra de los puntos clave de prevención de enfermedades y sus posibles complicaciones es en los puestos de atención primaria en salud, en donde se debe encontrar y reconocer a ciertos factores de riesgo, o referir casos que deben de ser manejados en un segundo nivel de atención en salud.

Por ultimo en el segundo nivel de atención se procederá a tratar enfermedades que sean posible manejar, y las que no, se deberá referir a un tercer nivel de atención.

Hay que tomar en cuenta el hecho de que se elabora una hoja de referencia inversa al centro de salud de Lasso, y a pesar de esto se mantiene la atención y seguimiento en el Hospital General, haciendo a un lado la colaboración del primer nivel de atención, dando una educación errónea a los pacientes sobre la manera en la que se debe acceder al sistema nacional de salud.

IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS:

- Nacimiento: APGAR 6 -7
- Peso al nacer de 2100 gramos
- No realizarse tamizaje metabólico temprano.
- Hipotiroidismo congénito

- Más de 4 ingresos hospitalarios en 3 años
- Infecciones respiratorias frecuentes
- Ubicación del área educativa cerca de plantación florícola.
- Baja información acerca de problemas de salud y medios preventivos
- Desconocimiento de la madre acerca de signos de alarma de enfermedades
- Falencias en el sistema de Referencia y Contrareferencia

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidades de mejora:	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Captación temprana y control subsecuente de niños menores de 5 años en unidades de atención primaria	Realizar controles periódicos, visitas domiciliarias, Programas de prevención primaria	Mediano plazo	Ministerio de salud pública, director de sub centro de salud	Evaluación continua al personal médico
Realizar promoción en salud y educación para el conocimiento de esta patología a nivel de comunidades	Capacitación a la población de la comunidad	Un año	Ministerio de salud pública, director de sub centro de salud	Realizar charlas dirigidas a una adecuada educación sanitaria acerca de esta enfermedad y de su prevención.
Extender el programa de lavado de manos más allá del área urbana	Programas de prevención primaria	Un año	Ministerio de salud pública	Charlas demostrativas
Dar a conocer acerca de otras medidas de prevención de enfermedades infecciosas como Lactancia materna, Demorar la incorporación a guarderías, Evitar el humo del tabaco, Vacunación.	Realizar controles periódicos, visitas domiciliarias, Programas de prevención primaria	Mediano plazo	Ministerio de salud pública, director de sub centro de salud	Evaluación continua al personal médico
Alejar o proteger a los niños de la exposición al ambiente cerca de la plantación florícola	Programas de prevención primaria, capacitación acerca de formas de protección	Mediano plazo	Padres de familia, directiva del sector	Charlas educativas
Mejorar el sistema de Referencia y Contrareferencia en los Hospitales del MSP	Capacitaciones acerca del sistema de referencia	Mediano plazo	Ministerio de salud pública	Personal administrativo de cada institución.

CONCLUSIONES

Luego del análisis del caso se establecen las siguientes conclusiones:

- La Neumonía adquirida en la comunidad se considera una enfermedad prevenible con adecuada educación, así como también por medio de un diagnóstico temprano, de tal manera que es necesaria la toma de medidas adecuadas, en relación a la exposición a factores de riesgo locales, las cuales deben ser difundidas en la población.

Las consecuencias y la gravedad de la Neumonía adquirida en la comunidad están determinadas por el diagnóstico temprano y manejo oportuno de la dificultad respiratoria.

En las últimas dos décadas la Neumonía adquirida en la comunidad ha sido motivo de muchos estudios con el objetivo de conocer su comportamiento epidemiológico y el curso natural de la enfermedad con el fin de mejorar todos los aspectos del manejo de dicha patología, sea esto investigando patrones etiológicos, índices de severidad, factores pronóstico, y/o tratamientos ya sean empírico o dirigidos. Esto debido a que sigue siendo una de las primeras causas de mortalidad debido a enfermedades infecciosas a nivel mundial y a nivel nacional.

- Las neumonías repetitivas se consideran a aquellas con factores de riesgo comunes, respuesta rápida, auto limitadas y sin mención de secuelas. Por tal motivo en este caso, la frecuencia en la que se presentan los problemas respiratorios de la niña se deba probablemente a, maltrato infantil por negligencia en el cuidado; siendo responsables no solo la familia del paciente, sino además el sistema de salud.

- En cuanto a los factores socioculturales presentes en el caso, se concluye que hay aspectos del entorno de hogar que favorecen la aparición de IRS a repetición, como es la exposición en el hogar a alérgenos procedentes de las aves que existen en el mismo y que junto con el Diagnóstico de Pansinusitis inclinar a concluir que estos son los principales factores que explican el caso, pues al ingreso en la última hospitalización se identificó y trató una reactividad bronquial (atopia respiratoria).

La patología inmunológica manifiesta un factor de riesgo importante en el desarrollo de infecciones respiratorias; y con lo mencionado anteriormente, no debemos dejar atrás su investigación, descartando los demás factores de riesgo conocidos.

- No existe evidencia de que el hipotiroidismo congénito sea un factor de riesgo predisponente para neumonía directamente. Por otra parte, las complicaciones de éste, ya sea daño neurológico, o alteraciones en el peso y talla, siendo además consecuencia de condiciones dietéticas deficientes, pueden considerarse como factor de riesgo.
- La asistencia de la niña al centro educativo propone un riesgo de salud, y es un importante factor predisponente a neumonías repetitivas. Para lo cual una medida sería evitar el contacto con ese ambiente.
- Al haber tenido la niña varios cuadros de neumonía que han requerido tratamiento mediante hospitalización, la madre está familiarizada con la sintomatología e identifica signos de alarma que le han permitido acudir a los servicios de salud. Sin embargo, dado el antecedente de patología endocrina congénita de la niña, la madre no asiste al nivel primario del sector público, sino más bien al nivel secundario. La madre identifica limitaciones del nivel primario y las usa como

justificación: señaló que la atienden Obsterices y no médicos o peditras

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2008). *Componente Normativo Neonatal*. Quito: Conasa.

Harrison. (2013). *Manual de Medicina*. México: Mc Graw Hill Education.

López, J. M. (2012). *Amir Medicina*. Madrid. España: Marbán Libros.

LINKOGRAFÍA

AIEPI. (2011). *Salud del Niño y del Adolescente. Salud Familiar y Comunitaria*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS/AIEPI: www.ops.com.ec

AIEPI. (2011). *UNICEF; OPS*. Obtenido de dirección de salud integral de la niñez y adolescencia. Cuadro de procedimientos. Módulo de apoyo: <http://portal.ips.gov.py/portal/rest/jcr/repository/collaboration/sites%20content/live/Intralps/web%20contents/subsitios/gestionmedica/atencion-enfermedades/libro%20cuadro%20de%20procedimientos%20aiepi.pdf>

Carlos O, y. c. (18 de 11 de 2011). *CCAP - Precop SCP* . Obtenido de Infecciones recurrentes y sospecha de inmunodeficiencias primarias: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/ano11/11_1_1_cont.pdf

Chávez M, A. I. (01 de 03 de 2013). *Caracterización clínica de una población pediátrica con neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.*

Obtenido de Ciencia & Salud: claudiam0680@hotmail.com

Cortés, J. A. (2012). Guía de atención integral para la prevención, detección temprana. *Elsevier Doyma España*, 230-246.

Delgado F, S. T. (2011). *Incidencia de la Neumonía Adquirida en la Comunidad.* Obtenido de Hospital Militar H.D II "Libertad": www.scielo.org

Elsevier, F. A. (30 de 10 de 2013). *revisión.* Obtenido de Neumonía adquirida en la comunidad: variantes génicas implicadas en la inflamación sistémica: www.elsevier.es/medintensiva

INEC. (2011). *Datos esenciales de salud.* Obtenido de Una mirada a la década 2000 - 2010: www.ecuadorencifras.gob

INEC. (2013). *Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones.* Obtenido de dirección de fuentes sociodemográficas: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuario-de-nacimientos-y-defunciones/>

Mariano F, y. c. (2011). Neumonía aguda grave de la comunidad en menores de 65 años sin comorbilidades conocidas previamente: estudio

multicéntrico retrospectivo. *Revista americana de medicina respiratoria*, 1852-236X.

Méndez A, y. c. (20 de 05 de 2010). *Neumonía adquirida en la comunidad*.

Obtenido de Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Infectología pediátrica: acquier@hotmail.com

Ministerio de Salud Pública, E. (10 de 06 de 2009). *Neumonía*. Obtenido de

MSP: www.msp/ecuador.com.ec

MSP, & Ecuador, D. d. (2009). *Manual de normas técnico - administrativas,*

métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia epidemiológica .

Obtenido de Programa ampliado de inmunizaciones (PAI):

www.salud.gob.ec/programas/servicios

Navarro, M., & Anselmo, A. (2012). Etiología y diagnóstico de la neumonía

adquirida en la comunidad. *Elsevier Doyma*, 162.e1-162.e18.

Renata Báez-Saldaña, C. G.-Z. (2013). *Neumonía adquirida en la*

comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a

la calidad de la atención médica. Obtenido de Neumol Cir Torax:

<http://www.medigraphic.com/neumologia>

Sillau, J. (2009). *enfermedades del tórax. Revista Medica*. Obtenido de

neumonías en niños menores de 5 años:

sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/neum_niños.htm

Tiroides.net. (2011). *tiroides.net*. Obtenido de hormonas tiroideas: www.tiroides.net/accion.htm

Úbeda Sansano MI, M. G. (08 de febrero de 2013). *Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria*. Obtenido de <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias/protocolos-del-gvr>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

SPRINGER: Jessri M. et al. (2012). *Pediatrics infection*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2014, de BMC Pediatrics 2013, 13:77: <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1471-2431-13-77#page-1>

PROQUEST; Service, E. N. (2014). Hospitalizado con una neumonía grave el bolerista brasileño Nelson Ned. Obtenido de ProQuest: <http://search.proquest.com/docview/1474062617/fulltext/1EC0B2A92F8147ADPQ/1?accountid=36765>

PROQUEST; Geroge, M. (2011). "sostenida mejoría" en grave neumonía. Obtenido de ProQuest: <http://search.proquest.com/docview/906651055/fulltext/1EC0B2A92F8147ADPQ/6?accountid=36765>

SCIENCEDIRECT; Rocamora, P., & Sánchez, S. (2010). Neumonía grave tratada con homeopatía en un servicio de urgencias hospitalario.

Obtenido de ScienceDirect:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888852610700692>

SCIENCEDIRECT; Belenguer, A., & Reig, R. (2011). Utilización de la ventilación mecánica no invasiva en neumonía grave por virus H1N1.

Obtenido de ScienceDirect:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569111001100>

ANEXOS

EXÁMENES DE CLÍNICA PARTICULAR

UROANALISIS

EXAMEN ELEMENTAL

COLOR:	AMARILLO	GLUCOSA:	NEGATIVO
ASPECTO:	LIG. TURBIO	CETONAS:	NEGATIVO
DENSIDAD:	1.020	UROBILINOGENO:	NEGATIVO
PH:	6,0	BILIRRUBINA:	NEGATIVO
PROTEINAS:	NEGATIVO	SANGRE:	NEGATIVO
NITRITOS:	NEGATIVO		

EXAMEN MISCROSCOPICO

CELULAS UROTELIALES:	1-3/CAMPO	CILINDROS:	NEGATIVO
BACTERIAS:	(+)	CRISTALES:	NEGATIVO
PIOCITOS:	1-2/CAMPO	MOCO:	(+)
HEMATIES:	NEGATIVO		

****GOTA FRESCA:** COCOS GRAM POSITIVOS (+)

HEMATOLOGIA

HEMATOCRITO (HCTO):	42,00	%
HEMOGLOBINA (HGB):	13,12	gm %
SEDIMENTACION (VSG):		mm/1hora
NUMERACION		
LEUCOCITOS:	4650	mm3
HEMATIES:	4494000	mm3
FORMULA DIFERENCIAL		
FORMAS JOVENES:	0	%
CAYADOS:	0	%
SEGMENTADOS:	66	%
EOSINOFILOS:	0	%
BASOFILOS:	0	%
LINFOCITOS:	32	%
MONOCITOS:	2	%

CARACTERES CELULARES

NORMALES

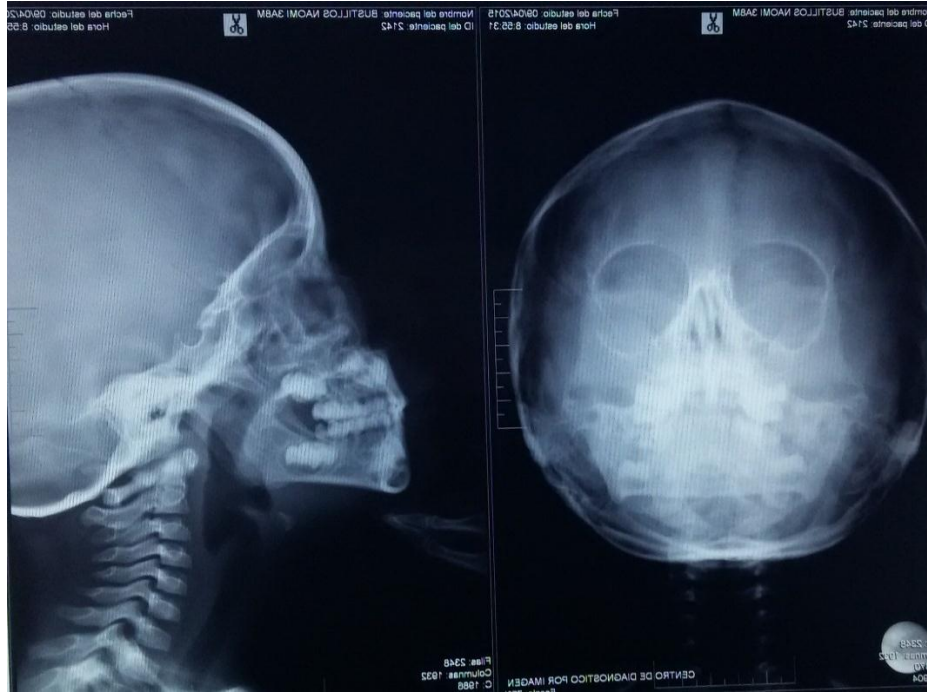
VALORES GLOBULARES

H.C.M.:	29,19	pg
C.H.C.M.:	31,24	g/L
V.C.M.:	93,46	fL

VALORES NORMALES

29 - 33	pg
30 - 34	g/L
(80 - 100)	fL

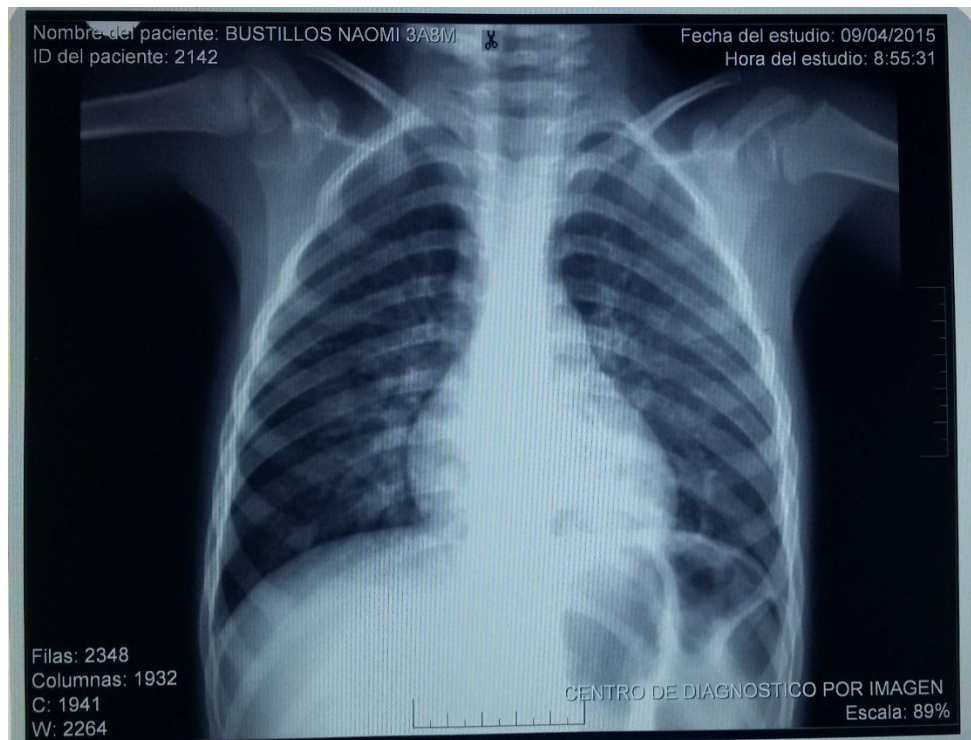
RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES



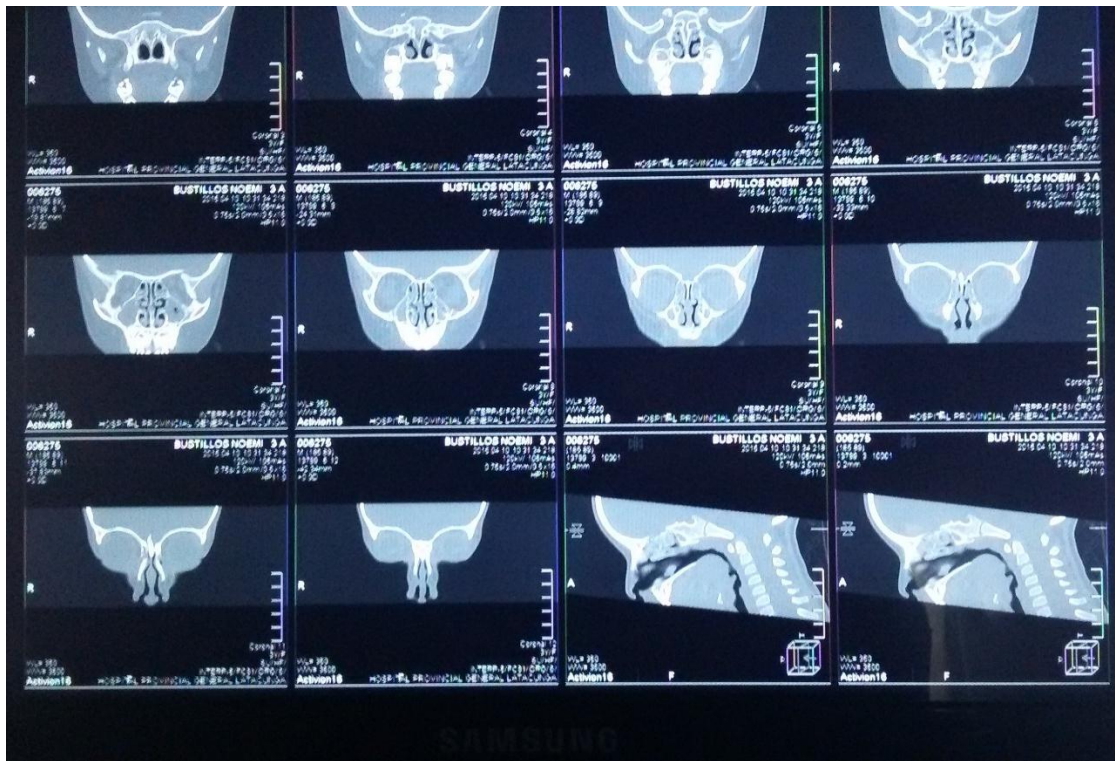
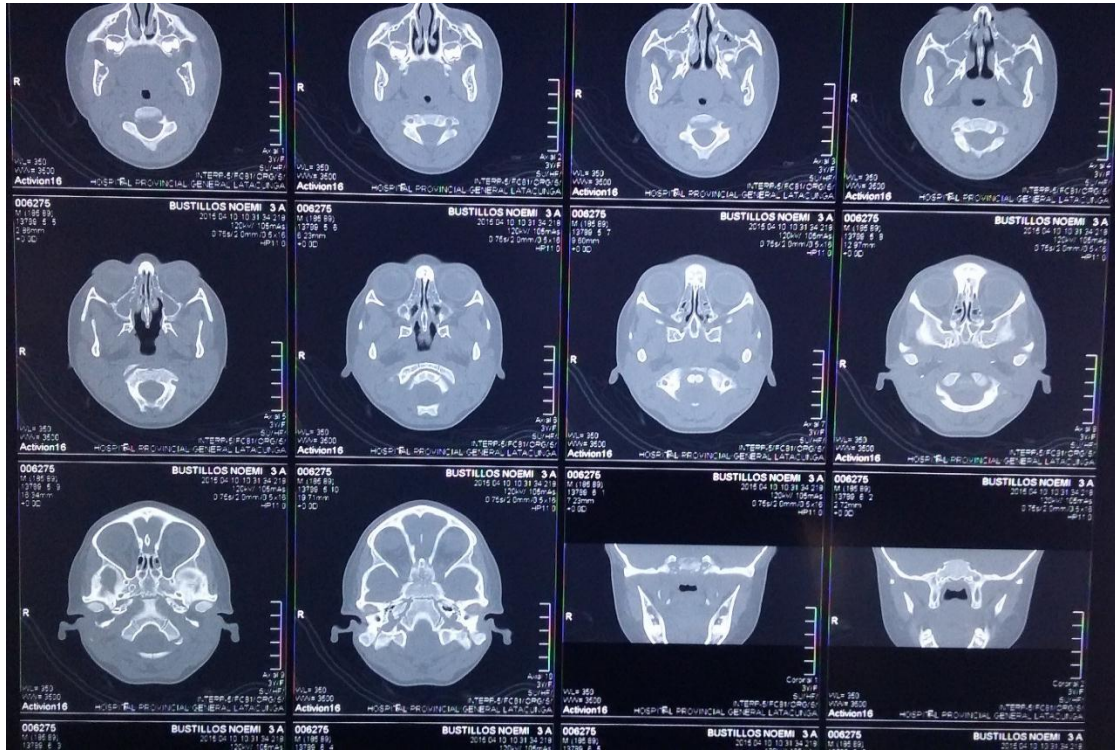
RADIOGRAFÍA ESTÁNDAR DE TÓRAX



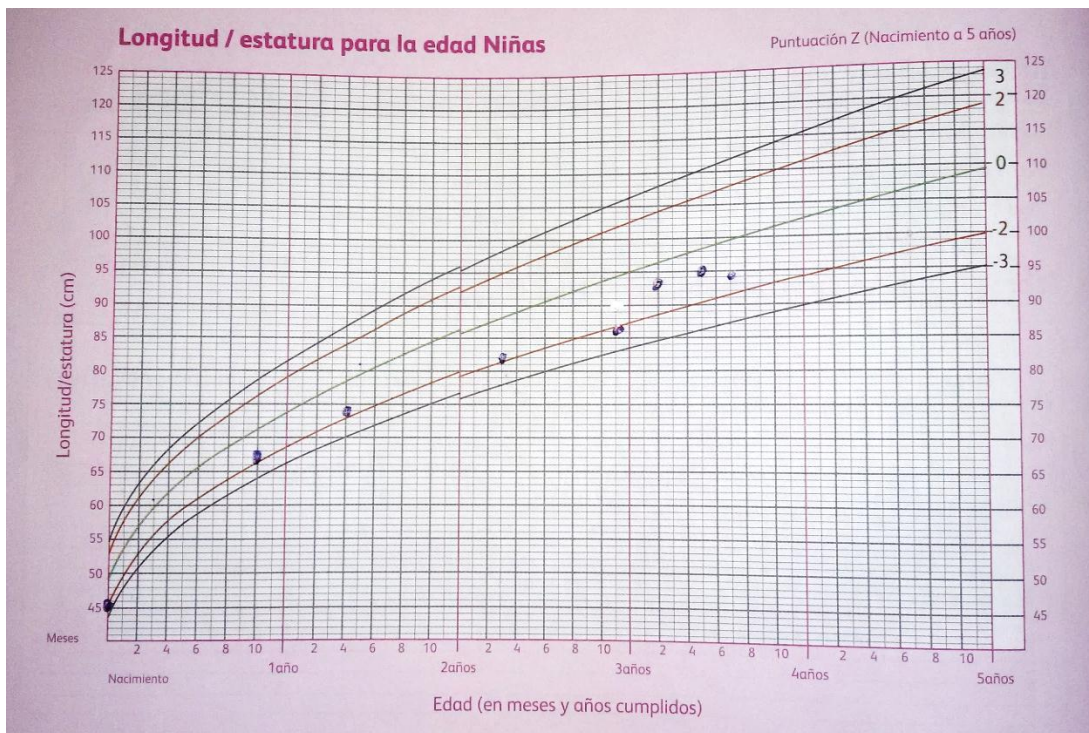
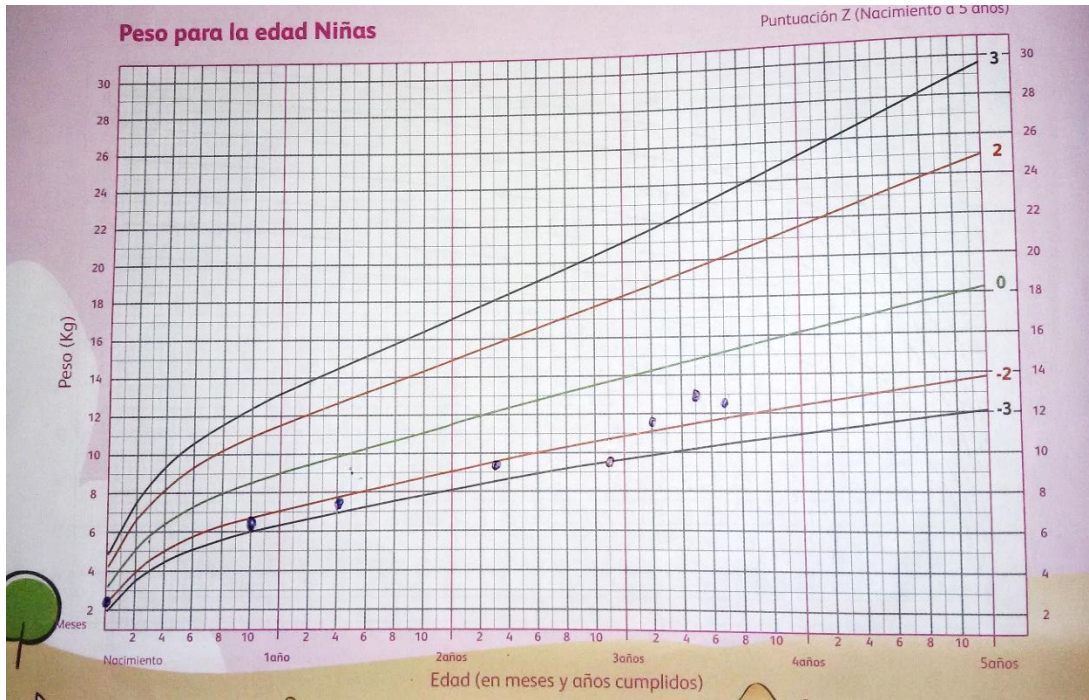
RADIOGRAFÍA ESTÁNDAR DE TÓRAX



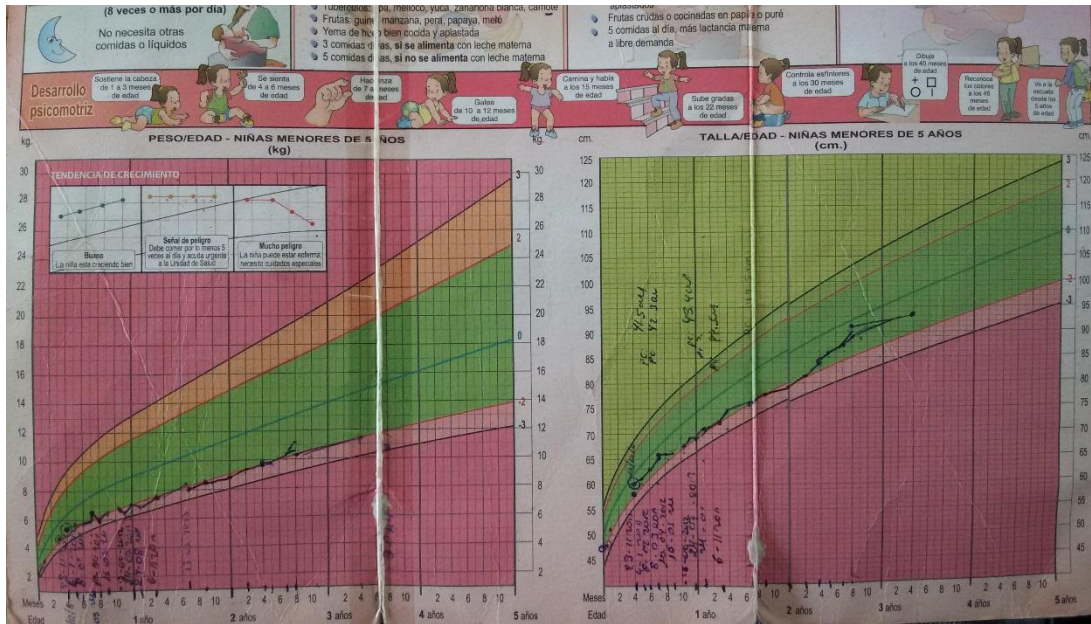
TOMOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES



CURVA DE CRECIMIENTO REALIZADA POR EL AUTOR



CURVA DE CRECIMIENTO REALIZADA POR EL AUTOR



ESQUEMA DE VACUNAS DE LA PACIENTE

9 VACUNACION				REGISTRE LA FECHA			
TIPO DE VACUNA	MENOR DE UN AÑO			12 a 23 meses		5 - 9 AÑOS	
	RECIENTE NACIDO	1ra. Dosis	2da. Dosis	3ra. Dosis	1er. REFUERZO	2do. REFUERZO	DOSIS UNICA
BCG	24-08-11						
H B (Amazonía)							
OPV		03-10-11	08-12-11	08-02-12			
Rotavirus		07-10-11	08-12-11				
Pentavalente (DPT + HB + Hib)		03-10-11	08-12-11	08-02-12			
Neumococo Conjugada		03-10-11	08-12-11	14-08-12			
Influenza (a partir de los 6 meses)				1er CONTACTO 08-03-12	AL MES 1ra. DOSIS	CAMPAÑA	
DPT							
SRP					DOSIS UNICA 14-08-12		
VARICELA					14-08-12		
Fiebre Amarilla					1er CONTACTO		
DT* (5 AÑOS)							
Varicela (6 AÑOS)							

* ESTE ESQUEMA SE APLICA SIEMPRE Y CUANDO HAYA RECIBIDO LAS TRES DOSIS DE PENTAVALENTE Y EL REFUERZO CON DPT.



CENTRO EDUCATIVO AL QUE ASISTE





