



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

**“EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD
CON DIAGNÓSTICO DE BRONQUIOLITIS QUE FUERON AUTOMEDICADOS
ANTES DE SU TRATAMIENTO HOSPITALARIO INICIAL, EN EL ÁREA DE
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”
DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERÍODO DE MAYO 2012-
FEBRERO 2013”**

AUTORES:

SORNOZA BRIONES MARJORIE LILIANA
VERA FARFÁN BETTY MARIA

DIRECTOR

DR. JOHNNY ORTIZ ORDOÑEZ

Manta – Manabí – Ecuador

2013



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“EVOLUCION CLINICA DE PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE BRONQUIOLITIS QUE FUERON AUTOMEDICADOS ANTES DE SU TRATAMIENTO HOSPITALARIO INICIAL, EN EL ÁREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL “DR.VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE MAYO2012-FEBRERO 2013”.

DEDICATORIA

“Con sabiduría se construye una casa, y con inteligencia se consolida; con conocimiento se llenan las estancias de objetos valiosos y confortables”. (Proverbios. 24, 3)

El presente trabajo lo dedicamos ante todo a nuestros padres y demás familiares que siempre estuvieron presente dándonos todo el apoyo que necesitamos para alcanzar esta meta.

A nuestros educadores, médicos llenos de sabiduría y paciencia que siempre estuvieron dispuestos a enseñarnos los conocimientos que con experiencia y esmero ellos también alcanzaron.

A todo el personal que labora en tan prestigiosa Universidad, que nunca dudaron en extender sus manos para ayudarnos con el propósito de que podamos culminar con bien nuestra carrera.

Al personal que labora en el Hospital “Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, que nos dieron la oportunidad de poner en práctica todo lo aprendido, y que además nos facilitaron todo lo necesario para realizar el presente trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios que no solamente me ha dado la vida sino muchas oportunidades que me hacen reconocer que sin El no pudiera lograr, nada, que me ha mostrado que en la paciencia El se manifiesta, y que aquello que uno desea se alcanza con esfuerzo. Gracias Señor!

Agradezco a mis padres por su paciencia y apoyo durante todo este tiempo, por sus consejos, y por el apoyo brindado durante mis estudios para que pudiera culminar con bien.

A mis hermanas que siempre estuvieron presentes para ayudarme en los que fuera necesario y bien para mí.

A mi amada Alexandra que con su alegría y ternura, y al mismo tiempo ejemplo de fortaleza me motivaba a continuar sin desanimarme.

Betty Vera Farfán

AGRADECIMIENTO

Mi mas profundo agradecimiento a Dios, a mis padres que siempre estuvieron apoyándome en todas las decisiones que he tomado y que se han mantenido firmes y pacientes durante el tiempo de mis estudios.

A mi hijo Drake que es el centro de mi motivación y que con su cariño me motivo a continuar y a no desanimarme para concluir mi carrera.

A mis hermanos por tolerarme, les agradezco por los ánimos y apoyo que me han brindado en toda circunstancia.

Liliana Sornoza Briones

INDICE DEL CONTENIDO

RESUMEN.....	viii
INTRODUCCION.....	1
1. MARCO TEÓRICO	2
1.1. BRONQUIOLITIS	2
1.1.1. MEDIDAS DE APOYO	4
1.1.2. OXIGENOTERAPIA	4
1.1.3. MANEJO FARMACOLOGICO	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3. JUSTIFICACIÓN	7
4. FORMULACION DEL PROBLEMA	8
5. HIPÒTESIS	9
6. OBJETIVOS	10
6.1. Objetivo General	10
6.2. Objetivos Específicos	10
7. METODOLOGÍA	11
7.1. Tipo de diseño del estudio	11
7.2. Población y Muestra	11
7.2.1. Población	11
7.2.2. Muestra	11
7.3. Instrumento de recolección de datos	11
7.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento y análisis de datos	11
7.5. Criterios de inclusión	12
7.6. Criterios de exclusión	12
8. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	13
8.1. Variable independiente	13
8.2. Variable dependiente	13
8.3. Operacionalización de las variables	13

9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
9.1. Tabulación	14
9.2. Presentación de resultados	14
10. CRONOGRAMA	15
11. PRESUPUESTO	16
12. RESULTADOS	17
13. DISCUSIÓN	26
14. CONCLUSIONES	27
15. RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

La bronquiolitis es el primer episodio de dificultad respiratoria de un niño menor de 2 años (sobre todo entre 1 y 6 meses). Su etiología es vírica. Su presentación suele ser estacional y su curso es agudo.

El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) provoca una baja inmunidad por lo que las reinfecciones son frecuentes. El curso de la enfermedad es dinámico e imprevisible; suele durar 1 semana, empiezan a mejorar al 2º o 3er día, aunque la dificultad respiratoria persiste hasta el 4-5 día. Comienza con síntomas de vías respiratorias altas (rinorrea, estornudo y tos). Entre 1 y 3 días la tos se hace más intensa, aparece dificultad respiratoria, irritabilidad y disminución del apetito se relaciona con mala evolución de la enfermedad la taquipnea >70 rpm y la presencia de pausas de apnea.

El presente trabajo se lo realizó en el Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, específicamente en el área pediátrica, y tuvo como objetivo determinar la evolución clínica de pacientes menores de 2 años con diagnóstico de Bronquiolitis que fueron automedicados antes de su tratamiento hospitalario inicial.

El estudio en mención fue prospectivo; observacional; dirigido a una población de 1775 Niños de 0-2 años, ingresados durante el periodo mayo 2012-febrero 2013, y la muestra la constituyeron 96 niños con diagnóstico de bronquiolitis; en el que se determinó que 26 niños que recibieron algún tipo de medicamento sin prescripción médica permanecieron hospitalizados por mas días y que algunos mostraron resistencia al tratamiento hospitalario inicial o presentaban complicaciones de dicha patología.

Palabras claves:

Bronquiolitis, automedicación, virus respiratorio sincitial

SUMMARY

Bronchiolitis is the first episode of respiratory distress in a child younger than 2 years (mostly between 1 and 6 months). Its etiology is viral. His presentation is often seasonal and its course is acute.

Respiratory Syncytial Virus (RSV) cause a low immunity so are frequent reinfection. The course of the disease is dynamic and unpredictable; usually lasts one week begin to improve the 2nd or 3rd day, although breathing difficulty persists until day 4-5. Start with upper respiratory symptoms (runny nose, sneezing and coughing). Between 1 and 3 days, the cough becomes more intense, there is respiratory distress, irritability and decreased appetite is associated with poor outcome of the disease tachypnea >70 rpm and the presence of apnea pauses.

This work was conducted in the Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” Portoviejo, specifically in the pediatric area, and aimed to determine the clinical course of patients younger than 2 years with a diagnosis of bronchiolitis who were self-medicated before their initial hospital treatment.

The aforementioned study was prospective, aimed at a population of 1775 children 0-2 years, admitted during the period May 2012- Feb 2013, and the sample comprised 96 children diagnosed with bronchiolitis, in which it was determined that children who received any medication without prescription remained hospitalized for longer and that some showed initial hospital treatment resistance or disease complications of this disease.

Key words

Bronquiolitis; Respiratory virus sincitial, auto medication

INTRODUCCION

La bronquiolitis es la enfermedad más común de la vía aérea baja en niños menores de 24 meses, causada principalmente por el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), y su incidencia aumenta con los cambios estacionales.

Se ha convertido en una de las principales causas de hospitalización en niños y se ha asociado con un aumento de la tasa de morbilidad en las últimas décadas.

La bronquiolitis se ha convertido en un desafío para el personal médico, debido a que los agentes causantes o desencadenantes de dicha patología son diversos y sus complicaciones pueden llegar a ser catastróficas si no se recibe tratamiento adecuado a tiempo.

Esta revisión se centra en la evidencia científica relacionada al manejo eficaz de la terapéutica aplicada en la bronquiolitis según el grado de severidad que presenta cada paciente.

Numerosos estudios han documentado variaciones en pruebas de diagnóstico, tratamiento, tasa de hospitalización y duración de la internación en pacientes con bronquiolitis. Esto sugiere una falta de oportunidad para mejorar la atención de un trastorno que cada vez es más frecuente.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. BRONQUIOLITIS

La bronquiolitis es la enfermedad respiratoria aguda más frecuente del lactante pequeño, afectando fundamentalmente a los niños entre dos y seis meses. Es una infección respiratoria que afecta a la vía aérea pequeña, y principalmente a los bronquiolos, originando edema, aumentando la producción de moco y por lo tanto obstrucción (*anexo 1, representación grafica 2,3,4*). Esta se la define como el primer episodio de sibilancias espiratorias de comienzo agudo, que se presenta con síntomas previos de infección respiratoria viral¹. Se restringe la edad de presentación hasta los dos años, porque hasta esta edad la mayor proporción de la resistencia de las vías aéreas reside en los bronquiolos. En España su frecuencia oscila entre 1-5 casos/1000 nacidos vivos al año, y esta frecuencia asciende hasta 6-7/100.

El Virus Sincitial Respiratorio (VSR) es el causante del 50% a 90% de todos los casos de bronquiolitis; entre otros virus causantes se incluyen el adenovirus, influenza, parainfluenza, coronavirus y los enterovirus. En los últimos años se han identificado nuevos virus asociados a la bronquiolitis como el metapeumovirus humano y el bocavirus².

En los países tropicales y subtropicales el pico epidémico ocurre en épocas de lluvias, mientras que en los países hemisféricos se presenta en las épocas de invierno.

Entre los principales factores de riesgo para padecer de esta enfermedad constan:

1. Tener menos de 6 semanas de vida
2. Prematuridad
3. Padecer cardiopatías congénitas
4. Sufrir de hipertensión pulmonar
5. Padecer enfermedad pulmonar crónica, neurológica o inmunodeficiencias

El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico y se basa en la historia clínica y el examen físico. Las manifestaciones clínicas no difieren de las que se encuentran en cualquier otro tipo de infección respiratoria inicialmente aparece tos, obstrucción nasal, rinorrea por 3 a 5 días³,

¹ J. ALVAREZ, A. ARTIGAS, F. BELDA, B. BONET, T. CAPARROS, M. ESPINOS, J. GIL, F. MURILLO, M.A. SANZ, M. LUIS; *Tratado de cuidados críticos y emergencias II*; Ediciones ARAN, Madrid, 2002, pág. 2096.

² Santiago UCROS RODRIGUEZ, *Bronquiolitis cap. 16*; en UCROS RODRIGUEZ, MEJIA GAVIRIA; *Guías de pediatría practica basada en la evidencia*; segunda edición; editorial medica panamericana, Bogotá, 2009.

³ **Dra. Jane COLLINS**, *Bronquiolitis pág. 228*, en *La Salud del Bebé y del Niño*; editorial H.Blume, España, 2004.

(*anexo1, representación grafica 5 6,7*) posteriormente la tos se hace más importante asociada a síntomas generales como disminución del apetito, adinamia, etc.; la fiebre generalmente es leve o no se presenta. La taquicardia es frecuente. La gran mayoría presenta sibilancias que incluso pueden ser oídas sin fonendoscopio, adicionalmente es posible auscultar crepitantes o subcrepitantes. El aumento de la frecuencia respiratoria, otros signos de dificultad respiratoria y cianosis se evidenciaran de acuerdo con la severidad de la enfermedad; la apnea puede estar presente especialmente en niños muy pequeños, prematuros y recién nacidos de bajo peso.⁴

De forma práctica se puede catalogar la bronquiolitis leve cuando existen signos compatibles con obstrucción de a vía aérea (tos, sibilancias) pero sin aumento del trabajo respiratorio.

Bronquiolitis moderada, cuando existen signos compatibles con obstrucción de la vía aérea y además aumento del trabajo respiratorio (taquipnea, retracciones, aleteo nasal), sin alteraciones hemodinámicas.

Bronquiolitis grave cuando hay signos de obstrucción bronquial, aumento del trabajo respiratorio y repercusión hemodinámica (cianosis, letargo, hipoxia <92%).

Los estudios complementarios como exámenes de laboratorios pueden mostrar un recuento leucocitario variable con cierta neutrofilia inicial. Las determinaciones de gasometría sanguínea serán necesarias en los niños más afectados. La pulsioximetría es un examen que nos ayuda a determinar la necesidad de aplicar oxígeno en niños que presentan Sat.O2 <95%. La radiografía puede ser normal o presentar hiperinsuflacion, engrosamientos peribronquiales, infiltrados o atelectasias⁵ (*anexo 1, gráficos 10 al13*).

El tratamiento de pacientes hospitalizados, en su mayoría responde, a la oxigenoterapia y al reemplazo del líquido faltante.

Para la evaluación de los beneficios farmacológicos se deben conocer las variaciones clínicas de la enfermedad.

⁴ Silvia Olivia **RODRIGUEZ-PASTOR**, Raquel **GIL GOMEZ**, Blanca **LODOSO TORRECILLA**, *Bronquiolitis*, cap. 3.1., pag. 483; en A. Jurado, A.L.Urda, E. Núñez, *Guía esencial de diagnóstico y Terapéutica en pediatría*, Asociación Española de pediatría, Editorial médica Panamericana, 2011.

⁵ **Jason W. CUSTER**, **Rachel E. RAU**, *Bronquiolitis*, pag. 630, Manual Harriet Lane de Pediatría, 18va edición, The Johns Hopkins Hospital, edición en español, editorial Elseiver Mosby, España 2010.

Como medidas de tratamiento tenemos⁶:

- Medidas de apoyo
- Oxigenoterapia
- Manejo farmacológico

1.1.1. MEDIDAS DE APOYO⁷

- Hidratación del paciente: se debe asegurar la adecuada ingesta de líquidos, tanto en pacientes previo a ser dados de alta desde urgencia, como en los ingresados. Ante trabajo respiratorio o taquipnea importante (FR >70) se debe proceder a instaurar alimentación enteral con sonda nasogástrica o fluidoterapia IV. Al alta, recomendar tomas fraccionadas.
- Fisioterapia respiratoria: no está indicada de forma rutinaria en pacientes hospitalizados, y no hay estudios en ambulatorios. Entre los ingresados se pueden beneficiar los que tienen atelectasias o distres importante, y en domicilio explicar a los padres que si se produce mucha agitación, la suspendan.
- Posición semiincorporada y aspiración de secreciones: solo está indicada la aspiración superficial de fosas nasales, pues alivia temporalmente al paciente, este procedimiento se debe realizar sobretodo antes de la nebulización o de la alimentación del paciente (*anexo 1, grafico8*).

1.1.2. OXIGENOTERAPIA

La corrección de la hipoxemia es el objetivo principal del tratamiento de la bronquiolitis.

- En niños previamente sanos, iniciarla cuando la Sat.O₂ esté por debajo de 90-92% de forma mantenida.
- En niños con factores de riesgo (cardiopatías con repercusión, neuropatías, prematuras), con un trabajo respiratorio importantes o con dificultad para la alimentación, iniciarla con cualquier saturación.

⁶ **María de la Luz VALENCIA**, *Bronquiolitis* cap. 21, en Juan Fernando GOMEZ, Augusto QUEVEDO; Pautas para el tratamiento en Pediatría, 4ta edición, Editorial Universidad de Antioquía, 2008.

⁷ **GARCIA MARTIN Francisco y MORENO PEREZ David**, Bronquiolitis – Protocolos terapéuticos en pediatría, Primay Children Medical Center, Bronquiolitis y Virus Sincital Respiratorio 1.

La oxigenoterapia puede suspenderse cuando el niño se alimente bien y la Sat.O₂>92-95%.

1.1.3. MANEJO FARMACOLOGICO

- Salbutamol nebulizado: su respuesta es variable, solo produce una discreta mejoría clínica a corto plazo (30min).

Parece lógico realiza una prueba inicial con Salbutamol a dosis de 0.03 ml/Kg, dosis máxima 1cc, nebulizado con suero salino fisiológico. Si la respuesta es favorable se puede manejar junto con Salbutamol 2-4puff cada 4-6 horas administrados en inhalador con cámara espaciadora y mascarilla⁸ (*anexo 1, grafico 9*).

- Corticoides: no deben ser usados en pacientes afectos de bronquiolitis, ni nebulizados, ni sistémicos. No hay evidencia de que mejoren tampoco a subgrupos de pacientes con atopia, historia familiar de la misma, ni dermatitis atópica.
- Suero salino Hipertónico: nebulizado, su efecto intrínseco consiste en disminuir el edema de la mucosa y fluidificar el moco, disminuyendo la obstrucción de la vía aérea. Reduce los ingresos y las estancias hospitalarias. Se ha utilizado solo o como vehículo de broncodilatadores. Sus efectos parecen prometedores, pero se precisan más estudios, sobretodo en urgencias.
- Adrenalina nebulizada: esta añade el efecto alfa al beta de otros broncodilatadores. No acorta la estancia hospitalaria, ni modifica el curso de la enfermedad, pero produce una mejoría clínica. Es más efectiva que el Salbutamol en pacientes ambulatorias.
- Antiinflamatorio: solo recomendable en pacientes con alza térmica.
- Antibióticos: se utilizan en caso de sobreinfección bacteriana.

La bronquiolitis es una enfermedad que la mayoría de las veces se resuelve satisfactoriamente, pero en algunos casos, sobre todo en los de mayor severidad puede presentar secuela de tal manera que su *reconocimiento y manejo oportuno* permitirá disminuir sus consecuencias.

⁸ SALINAS C., "Terapia Respiratoria". Editorial Celsus. Colombia 1992.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La bronquiolitis es una infección respiratoria que afecta a la vía aérea pequeña, y principalmente a los bronquiolos, originando edema, aumentando la producción de moco y por lo tanto obstrucción (*anexo 1, representación grafica 1*). Se define como el primer episodio agudo de sibilancias, en el contexto de un enfermedad respiratoria viral que afecta a lactantes <24 meses y constituye la primera causa de hospitalización de los mismos.

El diagnostico es eminentemente clínico, basado en una anamnesis y exploración física, apoyado en un ambiente epidemiológico.

Las razones del incremento de las hospitalizaciones por bronquiolitis no son del todo conocidas, pero parecen tener un origen multifactorial, incluida la mayor supervivencia de los lactantes prematuros, el incremento poblacional (que conlleva en ciertos lugares al hacinamiento), y la facilidad de adquirir medicación sin consulta previa al médico.

Como otro dato específico que pudimos obtener durante el estudio, es que las madres o cuidadores no solamente automedican a sus hijos, sino que también hay que reconocer que el sistema de salud no cuenta con personal médico suficiente para poder abastecer ciertas áreas rurales, o muchos funcionarios de salud no cumplen su labor como deberían.

En todo el contexto del estudio de la evolución de estos pacientes, se ha podido observar que aproximadamente un 20% de ellos requieren de antibióticos o de una estadía hospitalaria mayor, debido al mal uso de medicamentos antes de ser llevados a consulta médica, por lo que los factores de riesgo juegan un papel importante en el desarrollo concomitante de sobreinfecciones o progresión rápida de complicaciones en la patología inicial.

Esto es una evidencia clara de que a pesar de los esfuerzos por parte del Gobierno o del personal de Salud por educar a la población a cerca del mal uso de medicamentos (en especial antibióticos y desinflamatorios) sin previa autorización médica, es un factor clave junto con antecedentes socioeconómicos, de que los padres siguen automedicando a sus hijos, lo que conlleva a la cronicidad del cuadro patológico debido al *tiempo de inicio de la enfermedad hasta la consulta médica real*, y a la resistencia farmacológica creada, que incluso pueden llevar a la muerte.

3. JUSTIFICACIÓN

Las tasas de morbilidad en la niñez se ubican entre los principales indicadores de nivel de desarrollo económico y social alcanzado por un país.

Esta afirmación obedece a que el descenso de estas tasas está condicionado por el aumento en los niveles de educación de las madres, el nivel de urbanización, el acceso a los bienes y servicios, así como a los servicios de salud, incluyendo la calidad de los mismos.

Las enfermedades de las vías respiratorias se encuentran entre las 10 principales causas de morbilidad en el país.

La realización de un estudio sobre evolución clínica de bronquiolitis en niños menores de 2 años que fueron automedicados previa hospitalización, se realiza porque no existen datos acerca de estas complicaciones, y además, dará una información actualizada a médicos, estudiantes y serán beneficiados los niños que acudan hasta esta casa de salud.

Al elaborar esta investigación estamos abriendo el campo para mejorar la salud de la población infantil, puesto que la demanda de atención en el hospital está ascendiendo a grandes pasos, junto con el crecimiento de la población Manabita y demás provincias aledañas.

4. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por las razones expuestas se propone el siguiente tema de investigación que deberá resolver la siguiente interrogante:

¿Cuál es la evolución clínica de pacientes menores de 2 años con diagnóstico de bronquiolitis que fueron automedicados antes de su tratamiento hospitalario inicial, atendidos en el área de pediatría del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” durante el periodo mayo 2012- febrero 2013?.

5. HIPÓTESIS

El adecuado y oportuno tratamiento puede llevar a una rápida recuperación del paciente infante con bronquiolitis, teniendo en cuenta que la automedicación conlleva a una estancia hospitalaria mayor y a una resistencia medicamentosa.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

- Evaluar la evolución clínica de pacientes menores de 2 años de edad con diagnóstico de bronquiolitis que fueron automedicados antes de su tratamiento hospitalario inicial, en el área de pediatría del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, durante el periodo mayo2012-febrero2013.

6.2. Objetivos Específicos

- 6.2.1. Definir cuadro clínico inicial de bronquiolitis en pacientes menores de 2 años de edad, y tiempo de evolución del mismo.
- 6.2.2. Determinar cuántas madres automedicaron a sus hijos en el inicio del desarrollo de la enfermedad.
- 6.2.3. Precisar que medicación recibieron sin previa consulta médica (automedicación).
- 6.2.4. Correlacionar la efectividad de tratamiento médico durante la hospitalización de pacientes que fueron automedicados con aquellos que no lo fueron.

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de diseño del estudio

- Prospectivo
- Observacional.

7.2. Población y Muestra

7.2.1. Población: 1775 Niños de 0-2 años, ingresados en el área pediátrica del Hospital Provincial y Docente “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo durante el periodo Mayo 2012-Febrero 2013.

7.2.2. Muestra: 96 Niños con diagnóstico de bronquiolitis. (ANEXO 1)

7.3. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información, se utilizaron las Historias Clínicas del Área de Pediatría del Hospital General “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, del periodo Mayo 2012/febrero 2013.

7.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se fueron recopilando las Historias Clínicas de lactantes de 0 a 2 años ingresados con el diagnóstico de bronquiolitis, que se atendieron en el Hospital Provincial y Docente “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, en el periodo mayo 2012/febrero 2013.

Se fue tabulando la muestra recogida y se realizó la respectiva representación gráfica porcentual, la misma que se la realizó en el Windows Word y Excell, con sus respectivos gráficos y análisis.

7.5. Criterios de inclusión

Niños de 0 a 2 años de edad que presentaron, a su ingreso al Hospital, un Diagnóstico de Bronquiolitis en el periodo Mayo 2012/Febrero 2013.

7.6. Criterios de exclusión

Niños de 0 a 2 años de edad que no presentaron, a su ingreso al Hospital un diagnóstico de Bronquiolitis en el periodo Mayo 2012/Febrero 2013.

8. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

8.1. Variable independiente

Bronquiolitis

8.2. Variable dependiente

Diagnóstico y tratamiento

8.3. Operacionalización de las variables

- Factores de riesgo
- Cuidados del paciente
- Síntomas
- Tratamiento

9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

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

Para determinar los factores biológicos del paciente se recogió los datos de edad, diagnóstico y si recibieron medicación previa a la hospitalización, se determinó sus totales y sus valores porcentuales.

9.1. Tabulación

La tabulación de los datos se realizó inicialmente de manera manual y posteriormente se analizaron en tablas de Excel.

9.2. Presentación de resultados

Los resultados de esta investigación se presentan en tablas y gráficos representativos de los resultados obtenidos.

10. CRONOGRAMA

TEMA: “EVOLUCION CLINICA DE PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE BRONQUILITIS QUE FUERON AUTOMEDICADOS ANTES DE SU TRATAMIENTO HOSPITALARIO INICIAL, EN EL ÁREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL “DR.VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE MAYO2012-FEBRERO 2013”.

REUNIÓN No.	ACTIVIDADES	2012								2013			
		MAY	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR	ABR.
1	Exposición del Proyecto al Director	X	X										
	Revisión de Bibliografía: Elaboración de Planteamiento del Problema, Justificación y Objetivos.			X	X								
2	Estructuración del Marco Teórico y recolección de datos.					X	X	X					
3	Revisión de metodología y Plan de análisis.								X	X			
4	Elaboración y revisión final del proyecto										X	X	
5	Entrega del proyecto												X

Dr. Jhonny Ortiz
DIRECTOR DE TESIS

I/M Sornoza Liliana / Vera Betty
EGRESADO ULEAM

11. PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	CANT.	V. UNITARIO	V. TOTAL
Materiales de Oficina.....	Global	\$80.00	\$80.00
Transporte.....	Global	\$100.00	\$100.00
Elaboración de Tesis.....	Global	\$300.00	\$300.00
Cds Grabados.....	4	\$3.50	\$14.00
Imprevistos.....	Global	\$150.00	150.00
TOTAL			\$644.00

12. RESULTADOS

Para la recolección de la información, tomamos como base las Historias Clínicas de los pacientes, que ingresaron al área de Pediatría durante el periodo Mayo2012-Febrero 2013, con diferentes patologías, de las cuales se seleccionaron los pacientes con bronquiolitis.

De estos expedientes seleccionamos los niños de 0-2 años de edad, tipo de diagnóstico, tiempo de hospitalización, quienes habían recibido tratamiento pre-hospitalario y complicaciones de la misma, para la realización del estudio. Además se solicitó a Estadística Hospitalaria se nos proporcione información sobre esta patología.

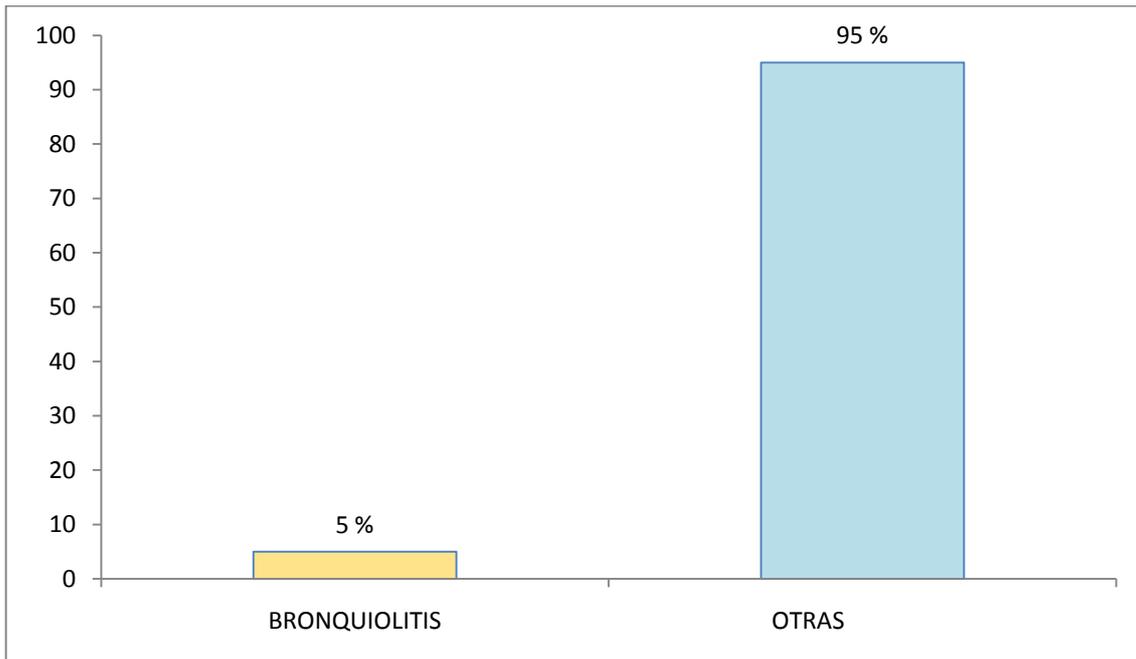
Una vez obtenida esta información se la procesó y arrojó como resultado los 96 pacientes de la muestra, con la subpoblación de 27 niños que recibieron medicación prehospitalaria, para luego proceder al cálculo del porcentaje, realizar tablas y gráficos, con sus respectivos análisis.

CUADRO # 1

PACIENTES CON BRONQUIOLITIS RESPECTO AL TOTAL DE INGRESOS EN PEDIATRÍA DEL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO, EN EL PERIODO MAY. 2012/FEBR. 2013

ORDEN	DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES	%
a	BRONQUIOLITIS	96	5
b	OTRAS	1679	95
	TOTAL	1775	100

REPRESENTACION GRÁFICA # 1



Fuente: Expedientes clínicos de Pediatría

Elaborado por: I/M Sornoza Liliana/Vera Betty

ANÁLISIS:

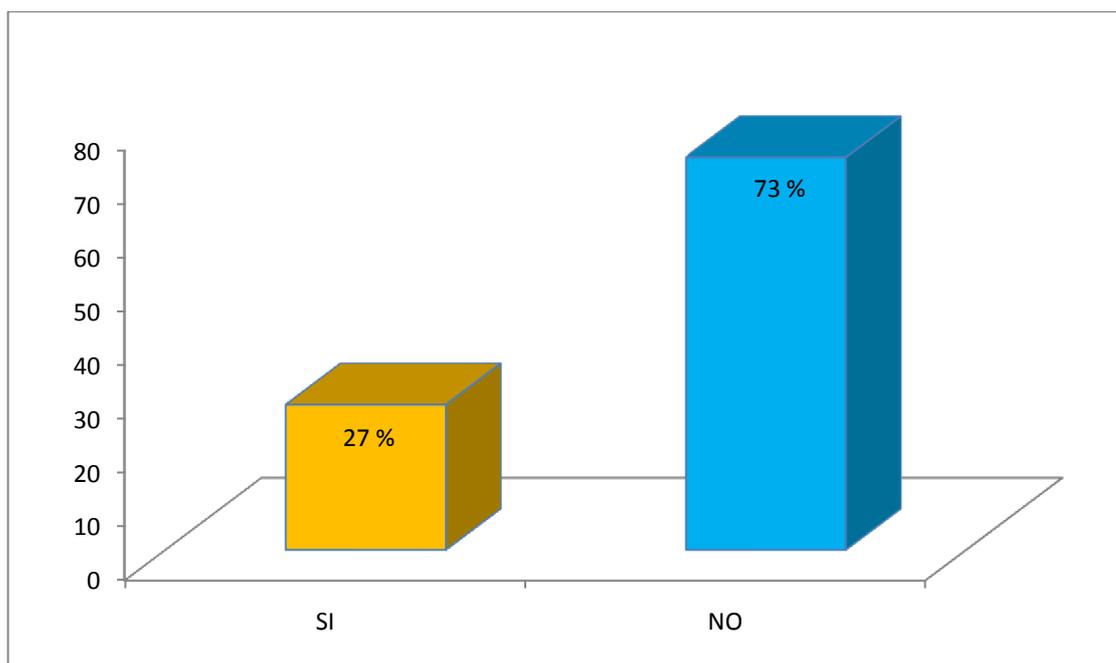
Los datos registrados en los expedientes clínicos del área pediátrica del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, en el periodo Mayo 2012/Febrero 2013, y representados en el presente cuadro y gráfico demuestran que a esta área de salud ingresaron 1775 pacientes; de los cuales 96, equivalente al 5.4% presentó bronquiolitis; y el 94.6% tuvo otras afecciones.

CUADRO # 2

PACIENTES CON BRONQUIOLITIS QUE FUERON AUTOMEDICADOS ANTES DEL INGRESO EN PEDIATRÍA DEL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO, EN EL PERIODO MAYO DE 2012 A FEBRERO DE 2013

ORDEN	AUTOMEDICACION	NÚMEROS PACIENTES	%
a	SI	26	27
b	NO	70	73
	TOTAL	96	100

REPRESENTACION GRÁFICA # 2



Fuente: Expedientes clínicos de Pediatría

Elaborado por: I/M Sornoza Liliana/Vera Betty

ANÁLISIS:

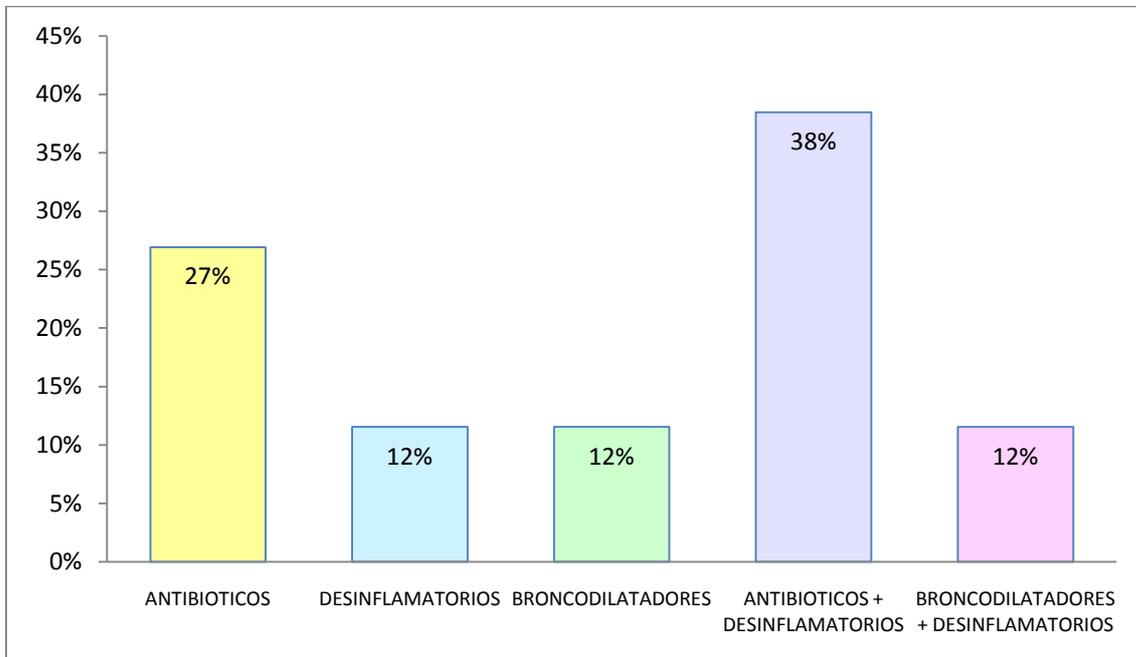
Los datos registrados en la muestra tomada de los expedientes clínicos del área pediátrica del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, en el periodo Mayo 2012/ a Febrero 2013, y representados en el presente grafico muestran que de los 96 pacientes que ingresaron con diagnóstico de bronquiolitis, 26 habían recibido automedicación, mientras que los otros 70 no la recibieron. Estos valores corresponden al 23% y 73% respectivamente.

CUADRO # 3

MEDICAMENTOS MÁS COMUNES UTILIZADOS EN LOS PACIENTES DE 0 A 2 ANOS CON BRONQUIOLITIS ANTES DE SER INGRESADOS AL AREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO, EN EL PERIODO MAYO 2012/FEBRERO 2013.

ORDEN	MEDICAMENTOS	NUMERO PACIENTES	%
A	ANTIBIOTICOS	7	27
B	DESINFLAMATORIOS	3	12
C	BRONCODILATADORES	3	12
D	ANTIBIOTICOS + DESINFLAMATORIOS	10	38
E	BRONCODILATADORES + DESINFLAMATORIOS	3	12
	TOTAL	26	100

REPRESENTACION GRAFICA # 3



Fuente: Expedientes clínicos de Pediatría

Elaborado por: Sornoza Liliana/Vera Betty

ANÁLISIS:

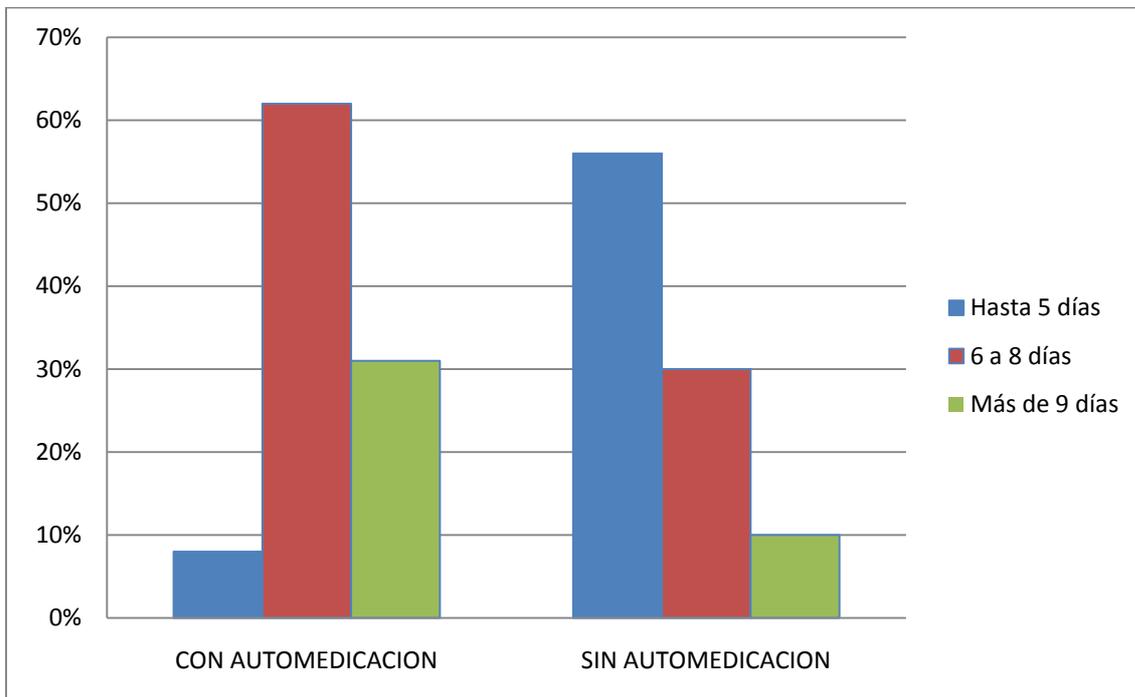
Los datos registrados de la muestra tomada, indican que de los 26 pacientes que ingresaron con diagnóstico de bronquiolitis y automedicados, el 38% de los cuidadores de los menores administraron tratamiento de antibióticos+desinflamatorios, el 27% sólo antibióticos, mientras que el 12% suministraron únicamente antibióticos, 12% broncodilatadores y 12% broncodilatadores + desinflamatorios.

CUADRO # 4

**ESTADIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES DE 0 A 2 AÑOS CON
BRONQUIOLITIS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL “DR. VERDI
CEVALLOS” DE PORTOVIEJO, EN EL PERIODO MAYO 2012 A FEBRERO 2013.**

ORDEN	TIPO DE PACIENTES	PERMANENCIA HOSPITALARIA POR DIAS					
		Hasta 5		6 a 8		Más de 9 días	
		N	%	N	%	N	%
A	CON AUTOMEDICACION	2	8	16	62	8	31
B	SIN AUTOMEDICACION	39	56	21	30	10	10
	TOTAL						

REPRESENTACION GRÁFICA # 4



Fuente: Expedientes clínicos de Pediatría

Elaborado por: Sornoza Liliana/Vera Betty

ANÁLISIS:

En el cuadro # 4 observamos el número de días que permanecieron hospitalizados los pacientes menores a 2 años que ingresaron al área de pediatría del Hospital “Verdi Cevallos Balda”.

Según los datos obtenidos durante el periodo comprendido de mayo 2012 a febrero de 2013, y diferenciando los pacientes en 2 grupos: aquellos que ingresaron con automedicación y aquellos que no recibieron ningún tipo de medicamento al momento de la hospitalización, podemos observar que el 62% de los pacientes que ingresaron con automedicación debieron permanecer en el hospital de 6 a 8 días y un 31% más de 9 días.

Por el contrario aquellos pacientes que no recibieron ningún tipo de medicación antes de ser atendidos en el hospital, un 56% debieron permanecer un máximo de 5 días y apenas un 30% hasta 8 días. El 10% de estos pacientes que tuvieron que permanecer más de 9 días, según los registros médicos, corresponden a pacientes que a su ingreso presentaron otras patologías como gastroenteritis, IVU, epilepsia, hidrocefalia, anemia, neumonía de la comunidad y otras que fueron adquiridas en el hospital como neumonía nosocomial.

13. DISCUSIÓN:

Los datos registrados en los expedientes clínicos del subproceso de pediátrica del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, en el periodo Mayo2012-Febrero 2013, demuestran que ingresaron 1775 pacientes; de los cuales 96, equivalente al 5% que presentó bronquiolitis.

El 95% tuvo otras afecciones; que recibieron su respectivo tratamiento clínico y quirúrgico.

El grupo de pacientes que recibieron medicación prehospitalaria sin consulta médica dan un porcentaje de 27%, presentando una mayor incidencia aquellos que no lo recibieron, con un resultado de 73%; de la subpoblación de pacientes que presentaron bronquiolitis.

Entre las terapéuticas más comunes utilizadas por los cuidadores sin previa consulta médica se encontraron en un 38% los antibióticos mas desinflamatorios, seguido por el uso único de un antibiótico en un 27%, y en igual porcentaje se usaron los desinflamatorios o broncodilatadores solos o combinados en un 12%.

Se pudo verificar que el 31% de los pacientes automedicados tuvo una permanencia hospitalaria mayor de 9 días, el 62% de 6 a 8 días y el 8% menos de 5 días, lo que nos muestra que este grupo de pacientes requieren para su recuperación un tiempo más prolongado de estancia hospitalaria para su recuperación.

14. CONCLUSIONES

Al término de esta investigación, se concluye que:

Los datos registrados en los expedientes clínicos del área pediátrica del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, en el periodo Mayo 2012-Febrero 2013, demuestran que ingresaron 1775 pacientes; de los cuales 96 presentaron Bronquiolitis, equivalente al 5 % de la población estudiada.

Se pudo verificar que de los 96 pacientes que presentaron bronquiolitis 27 de ellos fueron medicados previa consulta médica por sus cuidadores, y que como consecuencia de esto se pudo observar que este subgrupo tuvo una estancia hospitalaria mayor, una resistencia medicamentosa y complicación de cuadro clínico inicial.

Además pocos fueron los niños que tuvieron una mayor estancia hospitalaria y complicación de patología inicial debido a patologías de bases como neurológicas y gástricas.

No hubo ninguna muerte; todos sobrevivieron, gracias al buen tratamiento que se aplica en esta unidad de salud para este tipo de pacientes.

15. RECOMENDACIONES

Una vez culminada nuestra investigación, recomendamos:

- Realizar campañas educativas dirigidas a la población en general, acerca de la conducta a seguir, ante cualquier indicio de infección de vías respiratorias.
- Incentivar en las diferentes aéreas de salud la promoción de control médico rutinario en los niños menores de dos años, es especial en aquellos que presentan alguna patología de base o que son portadores de ciertos factores de riesgo.
- Establecer una buena coordinación entre el Área de emergencia y el subproceso de pediatría para un manejo precoz y eficiente de los casos de bronquiolitis.
- Que, los internos de medicina que realizan su pasantía por esta casa de salud, se interesen en el tema, y le den a conocer los familiares las consecuencias que puede traer el automedicar a los hijos sin previa consulta médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **J. ALVAREZ, A. ARTIGAS, F. BELDA, B. BONET, T. CAPARROS, M. ESPINOS, J. GIL, F. MURILLO, M.A. SANZ, M. LUIS;** *Tratado de cuidados críticos y emergencias II*; Ediciones ARAN, Madrid, 2002, pág. 2096.
- **Santiago UCROS RODRIGUEZ,** *Bronquiolitis cap. 16*; en UCROS RODRIGUEZ, MEJIA GAVIRIA; *Guías de pediatría practica basada en la evidencia*; segunda edición; editorial medica panamericana, Bogotá, 2009.
- **Dra. Jane COLLINS,** *Bronquiolitis pág. 228*, en *La Salud del Bebé y del Nino*; editorial H.Blume, España, 2004.
- **Silvia Oliva RODRIGUEZ-PASTOR, Raquel GIL GOMEZ, Blanca LODOSO TORRECILLA,** *Bronquiolitis, cap.3.1, pag.483*; en **A. Jurado, A.L.Urda, E. Núñez,** *Guía esencial de Diagnostico y Terapéutica en pediatría*, asociación Española de pediatría, editorial médica panamericana, 2011.
- **Jason W. CUSTER, Rachel E. RAU,** *Bronquiolitis, pag.630*, en *Manual Harriet Lane de Pediatría*, decimo octava edición, The Johns Hopkins Hospital, edición en español, editorial Elseiver Mosby, España 2010.
- **María de La Luz VALENCIA,** *Bronquiolitis cap. 21*, en Juan Fernando GOMEZ, Augusto QUEVEDO; *Pautas de tratamiento en Pediatría*; cuarta edición; editorial Universidad de Antioquia, 2008
- **GARCIA MARTIN Francisco y MORENO PEREZ David,** *Bronquiolitis Protocolos terapéuticos en pediatría*, Primary Children Medical Center, *Bronquiolitis y Virus Sincitial Respiratorio 1*.
- **SALINAS C.** "Terapia Respiratoria". Editorial Celsus. Colombia 1992.
- **GONZALO CABRERA ROCA,** "Bronquiolitis y sus secuelas",. Unidad de Respiratorio Infantil, Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Materno- Infantil. Las Palmas.

- **BELLO CORREDOR M, GOYENECHEA HERNÁNDEZ A, PÉREZ GUEVARA M, DÍAZ R, Olvido E, GARCÍA LINARES O, MUJICA R.** *Diagnóstico rápido por inmunofluorescencia en niños hospitalizados por infección respiratoria aguda (IRA).* Rev. Cuba. Pediatr; 62(5):754-62, Sep.-Oct. 1990. ilus.
- **KARAMBECHARA J.** "Neumonología Pediátrica" Interamericana - Mc Graw Hill. Tercera edición. México, 1993.
- **EBEKIAN B, CARBALLAL G, CERQUEIRO C, AVILA MM, SALOMÓN H, WEISSENBACHER M.** *Respuesta serológica medida por fijación del complemento en niños con infección respiratoria aguda.* Rev. Argent. Microbiol; 22(2):62-7, 1990. tab.
- **VILLARREAL Gerardo,** *Bronquiolitis y su manejo,* Monclova, Coahuila MÉXICO.
- **SIQUEIRA MM, FERREIRA V, NASCIMENTO JP.** *Respiratory sincicial virus diagnosis: comparison of isolation, immunofluorescence and enzyme immunoassay.* Mem. Inst. Oswaldo Cruz;81(2):225-32, abr.-jun. 1986. Tab, ilus.
- <http://www.docstoc.com/docs/115624053/URGENCIAS-RESPIRATORIAS-EN-PEDIATRIA>
- http://kidshealth.org/parent/en_espanol/infecciones/bronchiolitis_esp.html

A**NEXOS**

ANEXO 1

Gráfico 1

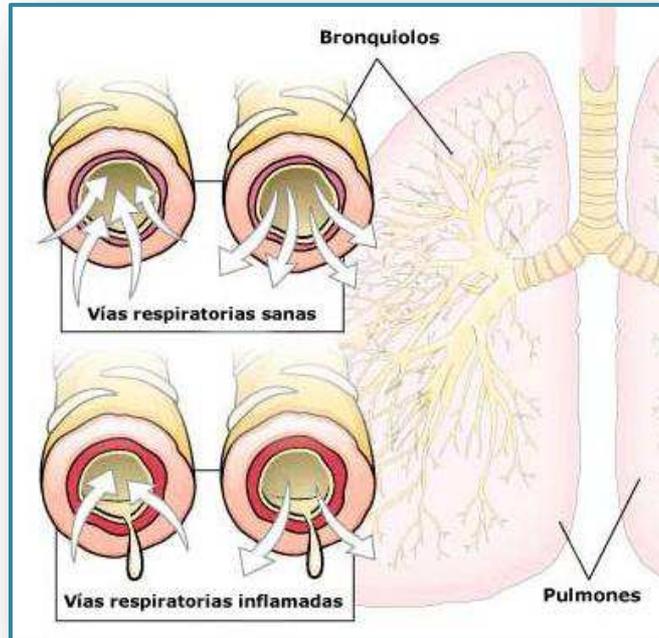


Gráfico 2

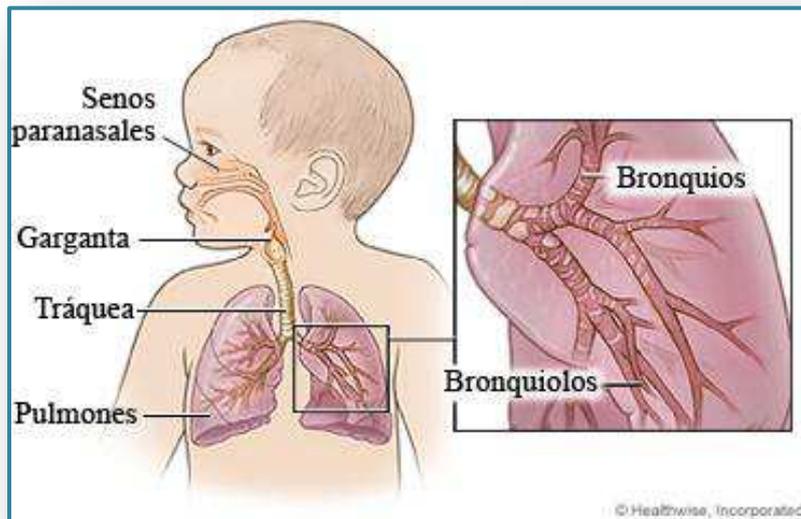


Gráfico 3

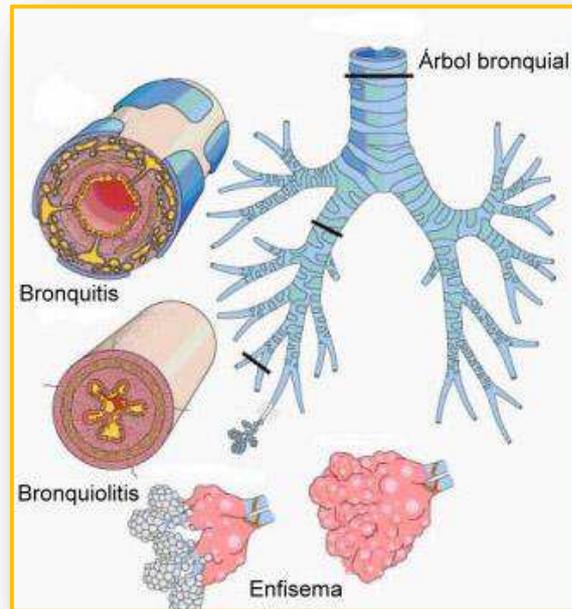


Gráfico 4

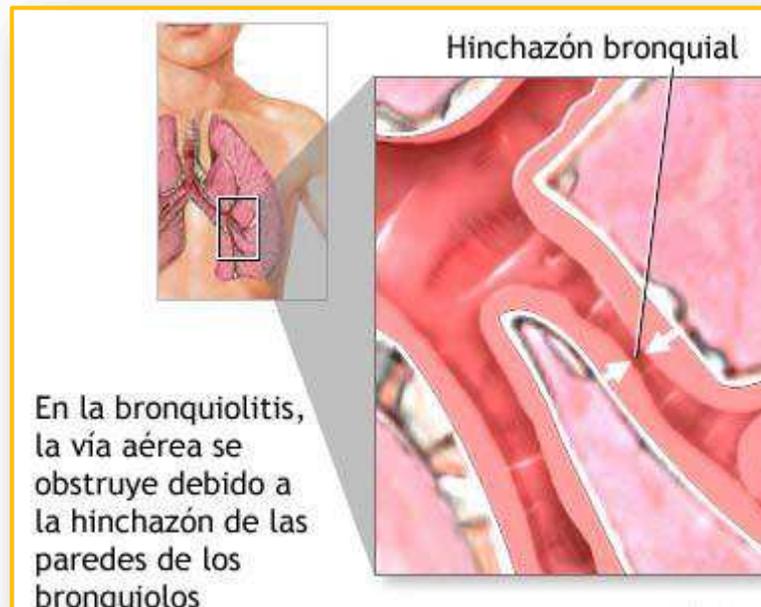


Gráfico 5



Gráfico 6



Gráfico 7



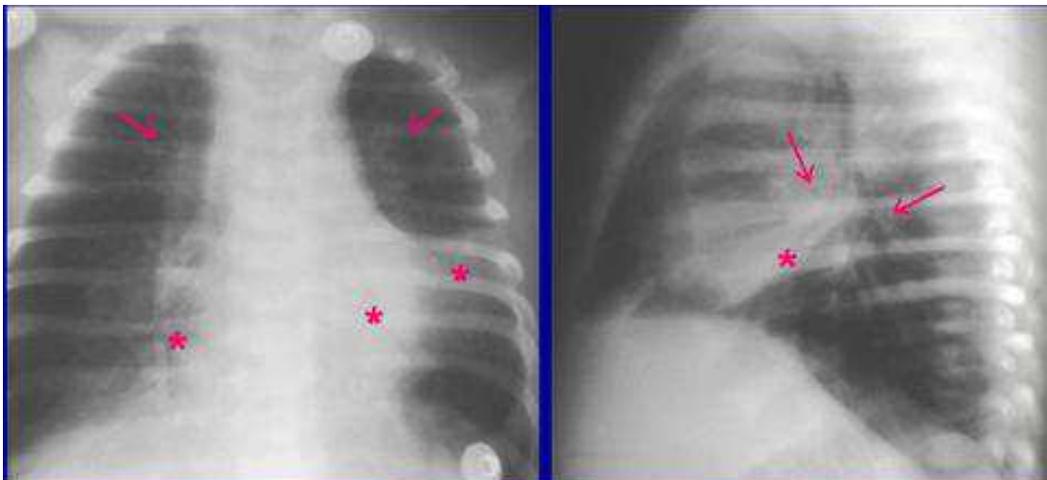
Gráfico 8



Gráfico 9



Gráfico 10



Proyecciones AP y lateral muestran sombras intersticiales centrales, bilaterales (→), hiperinsuflación pulmonar y áreas de atelectasia en ambos pulmones (*)

Gráfico 11



Gráfico 12

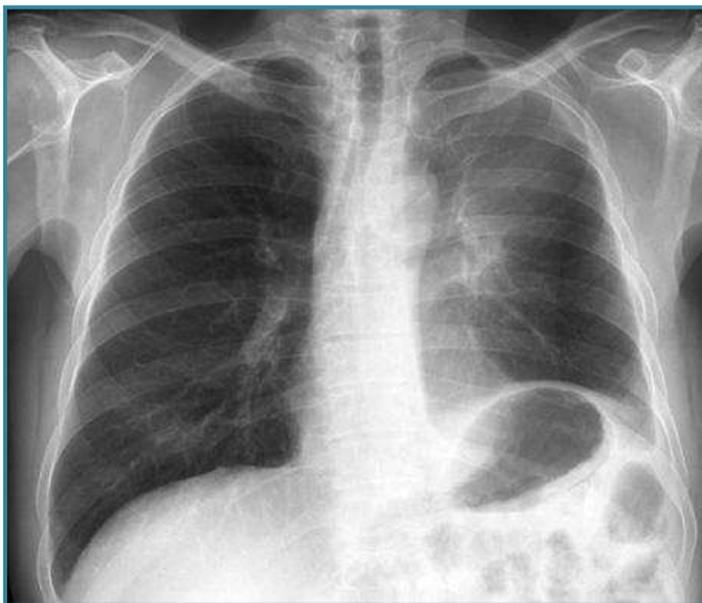


Gráfico 13



ANEXO 2

REGISTRO DE PACIENTES

NO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN
1	Saltos Anchundia Drake	6 m	416152	15/05/12	20/05/12	6
2	Zambrano Pinargote Juan	8m	412549	14/05/12	21/15/12	8
3	Mendoza Cedeño Mikel	2 m	426391	14/05/12	20/05/12	7
4	Vélez Zambrano Christopher	8m	418452	13/05/12	22/05/12	10
5	Lucas Quiroz Danna	1m	426194	09/05/12	24/05/12	16
6	Cagua Benitez Luis	1 a	426641	20/05/12	24/05/12	5
7	Ormaza Villamar Ashley	8m	426906	26/05/12	30/05/12	5
8	Gonzales Moreira Justin	2m	426848	29/05/12	31/05/12	3*
9	Espinoza Macías Elkin	7m	427157	31/05/12	2/06/12	3
10	Ormaza Rodríguez Alex	7m	427060	29/05/12	03/06/12	6
11	Rodríguez Bruner Fabiana	2a	383994	04/06/12	09/06/12	6
12	Cevallos José Iván	2a	427337	04/06/12	06/06/12	3
13	Mendoza Vélez Scarlettte	8m	427590	05/06/12	14/06/12	10
14	Castro Mera José	1m	427335	07/06/12	20/06/12	14
15	Parraga Saltos Luis	1m	427344	05/06/12	21/06/12	17*
No	Nombre y Apellidos	Edad	Historia Clínica	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso	Días de hospitalización
16	Molina Molina Jeffrey	6m	419557	13/06/12	21/06/12	9
17	Ramírez Lucas Henle	11m	428004	18/06/12	22/06/12	5*
18	Palma Palacios Amely	11m	428005	18/06/12	22/06/12	5
19	Espinel Pin Washinton	1,7m	427752	17/06/12	22/06/12	6
20	Zambrano García Jesús	2m	428296	23/06/12	25/06/12	3

NO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN
22	Balcazar Barrezueta Natasha	5m	428445	28/06/12	01/07/12	4
23	Vélez Chávez Dann	11m	429209	14/07/12	18/07/12	5
24	Rezabala Zambrano Patricia	1a	429072	11/07/12	13/07/12	3
25	Alcivar Loor Justin	1m	429223	04/07/12	17/07/12	14*
26	Vera Tejena Vichaine	11m	423067	10/07/12	16/07/12	7
27	Espinales Macías Armando	1a	429090	11/07/12	16/07/12	6
28	Vera Jhon	4m	429692	25/07/12	30/07/12	6
29	Macías Palma David	3m	429345	17/07/12	27/07/12	11*
30	Vinces Oña Marcelo	1a	429951	28/07/12	03/08/12	7
No	Nombre y Apellidos	Edad	Historia Clínica	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso	Días de hospitalización
31	Peñañiel Briones Eulise	11m	430151	03/08/12	04/08/12	2
32	Velázquez Zambrano Henner	5m	427634	02/08/12	11/08/12	10*
33	García Toala Kenner	1,2m	429071	14/07/12	01/08/12	18*
34	Espinal Pico Andrés	1,9	427952	07/08/12	08/08/12	2
35	Macías Álava Lady	8m	430274	08/08/12	16/08/12	9
36	Arteaga Loor Shanik	5m	422670	09/08/12	16/08/12	8
37	Guevara Pico Nathaly	4m	425318	16/08/12	20/08/12	5
38	Mendoza Esmeralda	7m	430689	16/08/12	21/08/12	6
39	Perero Anchundia Mariela	2m	429482	17/08/12	20/08/12	4
40	Rivero Molina Andy	1m	430534	13/08/12	20/08/12	8
41	García Zambrano Eddy	4m	424963	23/08/12	27/08/12	5
42	Rodríguez Macías José	6m	430481	10/08/12	18/08/12	9
43	Intriago Cano Ana	8m	430925	21/08/12	24/08/12	4
44	Rodríguez Mero Cristian	6m	431481	10/08/12	18/08/12	9

NO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN
46	Vergara Zambrano Ángel	4m	431152	25/08/12	28/08/12	4
47	Posligua Posligua Vicente	5m	423136	05/09/12	10/09/12	6
48	Macías Pico Eugenia	1m	429175	07/09/12	10/09/12	4
49	Cedeño Zamora Arelis	8m	422977	09/09/12	14/09/12	6
50	Zambrano Pinargote Scarlett	7m	428820	09/09/12	15/09/12	7
51	Cedeño Chávez Emmy	5m	432464	12/09/12	19/09/12	8
52	Mendoza Gonzales Noelia	1a	411798	13/09/12	16/09/12	4
53	Macías Loor Adrián	2m	432567	13/09/12	18/09/12	6
54	Rodríguez Marcillo Israel	2m	432856	20/09/12	21/09/12	2
55	Mendoza Edison	8m	433505	29/09/12	02/10/12	4
56	Cedeño Macías David	4m	433458	28/09/12	05/10/12	8*
57	Espinales Barberan Cris	1a	433607	03/10/12	07/10/12	5
58	Rodríguez Mecías José	7m	430481	03/10/12	07/10/12	5
59	Vélez Córdova Jesús	5m	434180	13/10/12	15/10/12	3
60	Anchundia Marcillo Alejandro	6m	434240	15/10/12	19/10/12	5
No	Nombre y Apellidos	Edad	Historia Clínica	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso	Días de hospitalización
61	Posligua Posligua Vicente	7m	423136	19/10/12	24/10/12	6
62	Demera Demara Mauro	4m	429774	17/10/12	24/10/12	8
63	Delgado Marcillo Nohelia	1a	434427	19/10/12	26/10/12	8
64	Zamora Dueñas Ana	1a2 m	434417	19/10/12	26/10/12	8
65	Ponce Figueroa Franklin	1a7 m	434949	31/10/12	02/11/12	3
66	Guadamud Romero Joshua	5m	435481	05/11/12	07/11/12	3
68	Duarte Muñoz Andrea	2a	422974	10/11/12	19/11/12	10
68	Sánchez Cevallos Stalin	8m	422947	08/11/12	15/11/12	8

NO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN
71	Intriago Rodríguez Valeska	2m	432965	12/11/12	16/11/12	5
72	Moreira Milagro Guadalupe	9m	421771	27/11/12	30/11/12	4
73	Murillo Salvatierra Danna	5m	434119	26/11/12	30/11/12	5
74	Cedeño Cevallos Marco	8m	436439	03/12/12	05/12/12	3
75	Mera Mera Kenner	4m	433617	01/12/12	04/12/12	4
No	Nombre y Apellidos	Edad	Historia Clínica	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso	Días de hospitalización
76	Ramírez Baque Jorge	6m	436352	01/12/12	03/12/12	3
77	Bolaños Cedeño Matías	10m	236295	30/11/12	05/12/12	6
78	Escobar Espinales Deivid	8m	423837	05/12/12	10/12/12	6
79	Laz Tejena Nelson	5m	435546	18/12/12	20/12/12	3
80	Demera Demera Elvis	2a	389136	19/12/12	20/12/12	2
81	Castro Mero Danny	3m	437173	23/12/12	26/12/12	4
82	Vélez Basurto Jaime	1ª2m	437478	21/12/12	29/12/12	9
83	Carreño Zamora Allison	1a	438335	12/01/13	16/01/13	5*
84	Arteaga Cantos Evelin	1a	438670	21/01/13	22/01/13	2
85	Arango Laz Edison	3m	438621	18/01/13	23/01/13	6
86	Loor Bravo Domenica	1ª1m	420112	21/01/13	24/01/13	4
87	Merchan Alarcón Ángel	1ª8m	427036	20/01/13	25/01/13	6
88	Calderón Gonzales Álvaro	1ª2m	438816	23/01/13	30/01/13	8
89	Saltos Villamil Domenica	1m	422420	29/01/13	04/02/13	7
90	Saltos Bravo Antony	6m	421932	01/02/13	11/02/13	11*
91	Zambrano Mora Alfredo	2m	424430	09/02/13	16/02/13	8
92	Intriago Bermello Naskey	5m	440209	21/02/13	25/02/12	5
93	Pinto Negrete Marta	5m	422465	02/02/13	05/02/13	4

NO	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN
95	Cedeño Cevallos Jordy	4m	413744	01/02/13	06/02/13	6
96	Macías Moreira Daymon	6m	422617	04/02/13	08/02/13	5

● **OTRAS PATOLOGÍAS ADYACENTES:** Gastroenteritis, Hidrocefalia, Neumonía de la comunidad y nosocomial, Infección de Vías Urinarias, Anemia, epilepsia

● **PACIENTES AUTOMEDICADOS**