



BOLETÍN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

EDITORIAL

En este tercer número se presenta 3 trabajos de investigación realizados en nuestra institución por personal de nuestro hospital.

El primero está relacionado a los Factores de Riesgo Asociados en menores de 5 años con infección respiratoria baja por virus respiratorios, su trascendencia radica en que las enfermedades del sistema respiratorio una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación, y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad

El segundo trabajo está referido a la relación existente entre el asma, una enfermedad crónica muy frecuente a toda edad, y su relación con el apoyo familiar del entorno del paciente portador de la misma.

El tercer trabajo se relaciona con el tipo de tratamiento que reciben los pacientes para un diagnóstico bastante frecuente en la edad pediátrica que es la fractura del codo. Esto se relaciona mucho con los accidentes que sufren los niños en el hogar, el colegio o la calle y que obligan a los profesionales de salud a estar preparados para su pronta resolución y restablecimiento del pequeño paciente a su vida cotidiana.



En esta Edición

Dr. Fernando Ramos Neyra
Director General

Dr. Miguel Villena Nakamura
Dirección Adjunta

Dr. Cesar Vera Carrasco
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia

Daniela Soria Tapia
Equipo de la OADI

- “PREVALENCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS INTERNADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS DURANTE EL AÑO 2012”
Autor: Juan Raúl Seminario Vilca
- “COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ASMA INFANTIL DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS 2012”
Autor: Elizabeth Ccayanchira Zevallos
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA DE CODO EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS 2013
Autor: Carlos Castillo López

“PREVALENCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS INTERNADOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS DURANTE EL AÑO 2012”

Introducción

Las infecciones virales Respiratoria son causa importante de morbilidad y mortalidad, en particular en la infancia, donde existe una mayor susceptibilidad a la enfermedad y a la gravedad¹, siendo el principal problema del pediatra en la práctica clínica como causantes de infecciones respiratorias agudas, incluyendo el resfrió común, bronquitis y neumonía². Los principales agentes patógenos que han sido involucrados son el virus Sincitial Respiratorio (VSR), Rinovirus (hRV), Metapneumovirus humano (Hmpv), virus de la Parainfluenza (hPIV), Enterovirus (EV), Virus de la Influenza (InfV), Adenovirus (AdV) y Bocavirus (hBoV)^{3 4}. Las infecciones por Virus Sincitial Respiratorio, Rinovirus y Virus de la Parainfluenza han sido implicadas en la inducción de sibilancias y las exacerbaciones de asma⁵. La prevalencia de asma en países desarrollados es alrededor del 10% al 15% en niños, mientras que en países en desarrollo se está incrementando, al parecer inducida por estos virus respiratorios^{6,7}.

Así mismo, otros estudios muestran que aproximadamente 70% de los niños. Han sufrido una infección por VSR antes del 1er. año de vida, y el 100% a la edad de 2 años.

Y la respuesta del hospedero al virus es variable^{8,9}. Del mismo modo, la mayoría de niños se infectan al menos una vez por hPIV en forma temprana, pero se producen reinfecciones durante toda la vida¹⁰. H BoV y h MPV se descubrieron recientemente como agentes de infecciones respiratorias agudas, y también están asociados a resfrió común, Bronquiolitis y neumonía¹¹.

Objetivos

Determinar la prevalencia de Virus en infecciones Respiratorias Bajas en los pacientes internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas.



Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo transversal. Se revisaron 274 historias clínicas de pacientes menores de 2 años que ingresaron al servicio de hospitalización Pediátricas del Hospital de Emergencias Pediátricas con diagnósticos de infecciones respiratorias Baja y a los que se les realizó algún tipo de prueba para identificar Virus respiratorios.

Resultados: el 56.6% de los pacientes fueron del sexo masculino, y el 43.4% fueron femeninos. Hubo una mayor frecuencia de virus sincicial respiratorio en el 18.6% de los casos seguido de adenovirus (14.2%), virus parainfluenza 3 (12%). El 94.2% de los casos se detectó con inmunofluorescencia indirecta.

Resultados

Nuestro estudio estuvo compuesto por 274 menores de 2 años que ingresaron al Servicio de Hospitalización Pediátrica del Hospital de Emergencias Pediátricas con diagnóstico de Infección Respiratoria Baja y a los que se les realizó algún tipo de prueba para identificar el virus respiratorio: encontrándose los siguientes resultados;

El 56.6% de los pacientes fueron del sexo masculino, y el 43,4% fueron del sexo femenino.

Conclusiones

La prevalencia de virus en Infecciones Respiratorias Bajas en los pacientes Internados en el Hospital de Emergencias Pediátricas fue de 5.6%. Hubo una mayor frecuencia de virus sincicial respiratorio, adenovirus y virus parainfluenza 3. El germen atípico de mayor frecuencia fue la Chlamydia pneumoniae.

La estabilidad de los virus en general es en invierno.

El método adecuado para identificar al germen involucrado fue la inmunofluorescencia indirecta.

Recomendaciones

Dado que hay una mayor frecuencia según estacionalidad y que el diagnóstico de ingreso de mayor frecuencia es el SOBA, se deben tener las precauciones durante los meses de invierno, sobre todo con los pacientes que ingresan con un cuadro obstructivo bronquial.

Autor: Juan Raúl Seminario Vilca

“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN ASMA INFANTIL DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS 2012”

Introducción

El asma es una enfermedad respiratoria primaria con diversos cambios inmunológicos y fisiopatológicos vegetativos, aunque tradicionalmente ha sido considerada como una enfermedad psicosomática.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011)³, mas de 235 millones de personas en el mundo padecen de asma. Para el año 2025 habrá unos 100 millones de personas más con asma que hoy y, en la actualidad, en todo el planeta, una de cada 250 muertes son causadas por el asma (Global Initiative for Asthma [GINA], 2010)⁴. El asma está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo; sin embargo, más del 80% de las muertes por asma ocurren en países de ingresos bajos y medio –bajos (OMS,2012)⁵.

El asma, es una enfermedad crónica que afecta niños y adultos, con diversos grados de compromiso de la calidad de vida.

En niños, el apoyo familiar es fundamental para obtener el mejor control posible de la enfermedad, las que pueden ser alterados por la cohesión y la adaptación familiar.

Los padres desempeñan un papel fundamental en la ayuda y control psicológico de los niños, así como el apoyo, autocontrol y conocimiento de la enfermedad.

Se sabe que hay relación significativa entre la adaptabilidad y cohesión en la funcionabilidad familiar en familias de niños con asma, quienes presenten una tendencia a los extremos, tanto en la cohesión como en la adaptabilidad, siendo el nivel de escolaridad de los adultos inversamente proporcional a esta tendencia. la cohesión en el sentido de poco relacionamiento, y la adaptabilidad en el sentido de rigidez familiar, y en algunos estudios concluyen que la cohesión y adaptabilidad familiar, son balanceadas de acuerdo al modelo de Olson y en el nivel de control del asma la cohesión y adaptabilidad familiar no están relacionados.

Objetivos

Determinar la cohesión y adaptabilidad familias, en las familias con un miembro portador de asma infantil de 6 a 12 años a través del FACES III, atendida en Hospital de Emergencias Pediátricas.



Material y Métodos

Diseño de estudio: observacional, transversal, analítico comparativo, prospectivo. Se aplicó el cuestionario valido FACES III de Olson, por entrevista, a los adultos responsables de 129 familias con un miembro portador de asma y 129 sin miembro portador de asma, de edades entre los 6 a 12 años, que acudieron al hospital de Emergencias Pediátricas de setiembre a diciembre del año 2012. Técnica maestra por la formula de población finita con un margen de error de muestreo de 1.5% y un nivel de confianza de 95%. Las variables de estudio: cohesión y adaptabilidad familiar, edad sexo, grado de instrucción de familiares acompañantes, estado civil de los padres y nivel de control del asma. Para la recolección de la información se utilizó fichas elaboradas del cuestionario FACES III de Olson, con respectivos datos del paciente las que fueron aplicados a las familias de los pacientes.

Conclusiones

LA COHESIÓN Y ADPTABILIDAD FAMILIAR, EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIOS FUE DE RANGO MEDIO SEGÙN EL MODELO DE Olson predominando las familias extremas en mayor porcentaje en familias con un miembro enfermo de asma.

Recomendaciones

Se encontraron a 129 familias con un miembro enfermo de asma donde la cohesión y adaptabilidad familiar es balanceada 8.53%, rango medio 72.87% y extrema 18.6 % edad promedio 7 años, predomina el sexo masculino en relación a las familias es balanceada 3.1% rango medio 84.4% y extremas 12.4%, con una edad promedio de 8 años, predomina el sexo femenino. En FACE III en ambos grupos de estudios el 50% de familias de acuerdo a la cohesión fue semirelacionada y adaptabilidad caótica.

Autor: Elizabeth Ccayanchira Zevallos



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA DE CODO HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS 2013

Introducción

Los centros hospitalarios deben enfrentar cada vez mayores retos en la atención de la patología traumática. Los traumatismos sufridos por accidentes vehiculares, y en general de alta energía conducen a que siempre exista mayor relevancia a la preparación de los establecimientos de salud para las atenciones que por situación de emergencia acuden a ellos, brindando una atención oportuna y eficaz¹.

Metodología

Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo de diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por los pacientes que ingresaron a tratamiento quirúrgico durante el año 2013, en el servicio de Traumatología Pediátrica y que cumplieron con los criterios de selección. Se diseñó instrumento para recolección de datos. Se realizó análisis en sistema Mac IOS Yosemite, en Excel 2011.

Resultados

Se revisaron 54 casos post operados durante el año 2013, en el servicio de Traumatología Pediátrica del Hospital de Emergencias Pediátricas de la ciudad de Lima. Del total de casos, siendo todos incluidos. Se identifican pacientes operados con dos tipos de técnica quirúrgica para resolver las fracturas de codo en la población que asiste al referido hospital.

Conclusiones

En el Hospital de Emergencias Pediátricas para el tratamiento quirúrgico de fractura de codo se utilizaron dos técnicas quirúrgicas, el 57.41% (31/54) fueron cirugías utilizando la técnica quirúrgica de reducción de fractura abierta más osteosíntesis con clavos de kirschner y el 42.59% (23/54) fueron cirugías utilizando la técnica quirúrgica de reducción de fractura cerrada más osteosíntesis percutánea. Utiliza menor tiempo operatorio, casi la mitad, lo cual implica menor exposición del paciente a anestesia, menor consumo de insumos, menor ocupación de quirófano, personal de salud

Autor: Carlos Castillo Lopez