



Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería.

Ciclo de Licenciatura en Enfermería.

Curso: Taller de producción de Tesina.

“Incidencia y Prevalencia de IRAB en pacientes menores de 5 años del Hospital Dr. Guillermo Rawson de la Provincia de San Juan”.

Docentes:

Titular: Lic. Jorge G. Michel

JTP: Lic. Ana Inés Fernández

Lic. María E. Fernández Salgado

Bioq. Marcos Gai.

Autores:

Gallo, María de los Ángeles.

Maturano, Cecilia.

Nievas, Patricia.

Mendoza, Diciembre de 2019.

ADVERTENCIA

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Trabajo aprobado el:...../...../.....

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

A NUESTRA FAMILIA.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todos aquellos profesionales de la salud que con mucho esfuerzo pierden momentos con sus seres queridos, para brindar atención a los más necesitados buscando incansablemente una mejoría en nuestro sistema de salud , como la superación personal y profesional.

También dedicamos este estudio, A Dios que nos ha dado la fortaleza para continuar hasta el último momento en esta carrera,

A nuestros compañeros y profesores por guiarnos, aconsejarnos, lo cual fue un apoyo para alcanzar los objetivos trazados en esta materia.-

A nuestras familias por estar siempre presente, a nuestros padres por educarnos como personas de bien inculcándonos los valores y principios necesarios para amar esta profesión.-

A nuestros esposos/as, parejas por ese apoyo incondicional que solo es posible cuando se ama de verdad.-

Y un agradecimiento muy especial a nuestros hijos por transformarse en nuestro motor impulsor, por que verlos crecer felices nos alcanza para saber que todo esfuerzo tiene sentido.-

Gallo, M. de los Ángeles.

Maturano, Cecilia.

Nievas, Patricia.

Prefacio.

Las infecciones respiratorias agudas bajas son la principal causa de morbimortalidad en niños menores de 5 años. Cada año en el Hospital Dr. Guillermo Rawson en época invernal se establece un gran número de pacientes menores de 5 años que requieren asistencia inmediata por su prevalencia e incidencia ante las IRAB.

INDICE GENERAL

Advertencia.....	II
Acta de aprobación.....	III
Agradecimientos.....	IV
Dedicatoria.....	V
Prefacio.....	VI
Resumen.....	IX

CAPITULO I.

Descripción del Problema.....	2
Planteo del problema.....	3
Objetivos del estudio General y	
Específicos:.....	4
Justificación.....	5-6
Marco Teórico	
Apartado I: Historia.....	7-10
Antecedentes de investigación.....	11-14
Vigilancia epidemiológica.....	15
Actualización epidemiológica 2019.....	16
Objetivos de la vigilancia epidemiológica.....	17
Apartado II: Anatomía, fisiología, patologías, signos y síntomas.....	18- 25
Intervenciones de Enfermería.....	26- 30
Escala de TAL.....	31

TRIAGE.....	32-33
-------------	-------

Material utilizado.....	34- 35
-------------------------	--------

CAPITULO II

Tipo de estudio.....	37
----------------------	----

Área de estudio.....	37
----------------------	----

Universo y muestra.....	37
-------------------------	----

Operacionalización de Variables.....	38- 41
--------------------------------------	--------

Instrumentos de recolección de datos.....	41- 45
---	--------

Análisis, procesamiento y presentación de datos.....	46- 56
--	--------

CAPITULO III

Resultado de los datos más relevantes.....	58
--	----

Interpretación de los resultados.....	59 - 60
---------------------------------------	---------

Propuestas de acción de acuerdo a los resultados.....	61
---	----

Bibliografía.....	62-63
-------------------	-------

Anexos.....	64-72
-------------	-------

RESUMEN.

Tema: Incidencia y Prevalencia en menores de 5 años con IRAB en el hospital Dr. Guillermo Rawson en la provincia de San Juan en el segundo semestre de 2019.

Autores: EU Gallo, María; EU Maturano, Cecilia; EU Nievas, Patricia.

Lugar: Servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan, Argentina.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas bajas son la principal causa de morbilidad en niños menores de 5 años. Cada año en el Hospital Dr. Guillermo Rawson en época invernal se establece un gran número de pacientes menores de 5 años que requieren asistencia inmediata por su prevalencia e incidencia ante las IRAB.

Objetivo: Determinar qué factores inciden en el reingreso de pacientes menores de 5 años con IRAB.

Diseño metodológico: Es un estudio con diseño de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo. La muestra son 30 madres de niños menores de 5 años que ingresan a Emergencias Pediátricas del Hospital Dr. Guillermo Rawson, para la recolección de datos se utiliza cuestionario.

Conclusión: A través de la recolección de datos y previo análisis de la misma, se intenta conocer los motivos de reingreso de los niños menores de 5 años con IRAB a Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Guillermo Rawson.

Palabras claves: IRAB, incidencia, prevalencia, enfermería, niños menores de 5 años

CAPITULO I

Descripción del problema.

Se ha observado que en el Servicio de Emergencias Pediátricas del Hospital Dr. Guillermo Rawson de la Provincia de San Juan, en la 2° unidad de cada año hay gran aumento de casos de menores de 5 años con IRAB en diferentes estadios, los cuales al detectarse reciben un tratamiento adecuado para el mismo.

En los últimos años se ha detectado que hay gran cantidad de reingresos en menores de 5 años con IRAB, lo que llamó la atención, ya que los mismos al responder a dichos tratamientos favorablemente reciben alta médica. Se creería que su reingreso se da por diferentes problemáticas entre ellas: el nivel económico, social, cultural, profesional y educativo desde y hacia las mamás de estos menores.

Se creería que muchas veces el paciente tiene una reincidencia porque la madre al no obtener la medicación indicada por el médico en la farmacia del nosocomio, ya bien sea por que la misma se encuentre fuera de servicio, o porque este en faltante lo indicado, la mamá se retira de la institución sin la medicación, y por falta de dinero le es imposible adquirirla. Se ha observado que en varias ocasiones a nivel profesional el médico no se toma el tiempo adecuado y/o correspondiente para poder explicarle a la mamá el tratamiento a cumplir en su hogar. Las condiciones y estilo de vida tendrían que ver en su recuperación, ya que son factores que influirían en su mejoría, se considera lo nombrado ya que la población que se dirige a dicha institución en gran medida es de estratos medio-bajos en recursos económicos. Se creería que algunas familias viven en condiciones de hacinamiento, malas condiciones higiénicas y nutricionales, ya que por sus bajos recursos económicos no puede acceder a un buen aporte alimenticio.

La otra situación percibida es a nivel educativo ya que hay muchas mamás que manifiestan de manera explícita que son analfabetas, o que si saben leer pero no comprende el lenguaje técnico utilizado por el personal y/o procedimiento que se debe ejecutar.

PLANTEO DEL PROBLEMA:

¿Qué causas incidirían en el reingreso de pacientes con IRAB que se producen en pacientes menores de 5 años del Hospital Dr. Guillermo Rawson de la Provincia de San Juan en el segundo semestre del 2019?

OBJETIVOS:

GENERAL:

- ❖ Determinar qué factores inciden en el reingreso de pacientes menores de 5 años con IRAB.

ESPECÍFICOS:

- ❖ Determinar que conocimientos poseen las madres de niños menores de 5 años con IRAB acerca de la patología, tratamiento y consecuencias del mismo.
- ❖ Analizar los factores que afectan la comprensión de la información brindada.
- ❖ Describir el comportamiento y la práctica de las madres ante los procedimientos sobre el tratamiento.

JUSTIFICACIÓN.

El siguiente trabajo de tesina sobre incidencia y prevalencia en menores de 5 años con IRAB del Hospital Dr. Guillermo Rawson de la Provincia de San Juan, se realizó con el fin de poder determinar las causas de su reingreso.

Se intenta indagar si el personal de enfermería ofrece asistencia, educa y /o informa de manera correspondiente a las madres de los menores de 5 años con IRAB. A su vez se investigará también a estas madres respecto a su escolaridad, su nivel de comprensión, recursos que obtiene para llevar a cabo el tratamiento indicado y factores que se lo impiden, ya que el paciente tiene un reingreso al nosocomio al cabo de 3 a 5 días de haber recibido su alta médica.

Se estimaría que el personal de enfermería es quien debería informar de manera adecuada a las madres de estos menores de 5 años, ya que es quien pasa y/o tiene más cercanía con las mismas.

Este estudio lo que intenta investigar es: lograr conocer porque todos los años hay pacientes menores de 5 años con IRAB, que son dados de alta médica y vuelven a reingresar al cabo de unos días con la misma patología y /o cuadro respiratorio, siendo que se han elaborado tratamientos a nivel Nacional para abordar los mismos.

Este trabajo de investigación beneficiaría al personal de enfermería para hallar la falencia y /o causas de estas reincidencias y/o prevalencia de IRAB. Para poder mejorar la situación y/o encontrar la solución ante tal situación para saber de qué manera o con que herramientas se debería abordar a las madres de estos menores.

Sirve para profundizar los conocimientos de los futuros profesionales de enfermería acerca de la enfermedad a estudiar, con ello se podría brindar una información más adecuada a las madres de estos pacientes menores, de la forma más precisa de prevención para que así se llegue a lograr la disminución progresiva de los casos con la patología en cuestión.

Además se da por entendido que desde el punto de vista práctico es importante el desarrollo de una actitud responsable y positiva por parte de los padres de estos menores de 5 años, en recurrir a los centros asistenciales de salud, desde el inicio de su enfermedad ya que ayuda en su disminución. Y no se descarta la posibilidad que esta investigación sirva para iniciar otro tipo de investigaciones sobre IRAB desde otras perspectivas.

MARCO TEORICO

APARTADO I

HISTORIA

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) son procesos infecciosos de las vías respiratorias con una evolución de al menos 15 días finalizando en algunos casos en neumonía.

Las IRAB constituyen un importante problema de salud pública, pues resultan con la mortalidad más alta en el mundo.

Antiguamente en el año 412 A.C Hipócrates y Livio describieron una epidemia que comenzó en Diciembre de ese año después de un cambio climático y muchos enfermos tuvieron complicaciones con neumonía. En Europa hubieron epidemias de tipo gripal en los siglos IV y IX; sin embargo la primera epidemia de influenza fue descrita y aceptada en Diciembre de 1173. El historiador Kirsch notificó 299 epidemias entre los años 1173 y 1985.

La primera pandemia ocurrida en Europa, Asia y en el Norte de África ocurrió en el año 1580 y en América en el año 1647. En el siglo XX se presentaron 5 pandemias en los años 1900, 1918 (la más catastrófica, que causó 20 millones de muertes conocida como la gripe española), 1957, 1968 y 1977. En el año 2009 se notificó la influenza AH1N1 con un elevado número de fallecimientos en todos los países afectados.

Históricamente las IRAB han sido el flagelo de la población infantil. Cada año mueren entre 10 y 12 millones de niños menores de 5 años (más del 90 % de estas muertes se registran en países en desarrollo).

Entre estas afecciones se destaca la neumonía con una incidencia elevada en la infancia en menores de 1 a 5 años. Los países más desarrollados de América, consideran a la neumonía entre las primeras causas de muerte en los menores de 1 año.

Se estima que entre un 80 y 90 % de IRAB son de causa viral y en algunas ocasiones de origen bacteriano. A pesar de encontrarse a lo largo de todo el año las de origen viral tienden a estacionarse y se presentan en las épocas frías, en forma de brotes epidémicos y son de duración e intensidad variable.

La IRAB es más frecuente en los más pequeños especialmente en lactantes y preescolares, que comienzan a concurrir al jardín maternal, quienes están más

propensos a sufrir ocho episodios por niño por año. En Argentina representa la tercera causa de morbilidad y mortalidad infantil en menores de 12 meses y la cuarta causa en menores de 1 a 4 años de edad.

Las enfermedades respiratorias agudas bajas (IRAB) es una de las causas de atención médica en todo el mundo, tanto en lo ambulatorio como en la internación.

Las IRAB de origen viral o bacteriano son las causas principales en los países en desarrollo de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años, Ya que son los más propensos a sufrirlas sin descartar al grupo etario más de 65 años de edad. Abarcan patologías como neumonía, bronquiolitis y laringitis aguda o crup y representan durante la época invernal un gran porcentaje de las internaciones pediátricas como ambulatorias.

Destacando que los casos de mortalidad ocurren en menores de 12 meses de edad. En niños de un mes hasta los cinco años, las bacterias que más frecuentemente causan neumonía, son los *streptococcus pneumoniae* y los *haemophilus influenzae* del grupo B, ésta última, especialmente en niños de cuatro meses a dos años. El *staphylococcus aureus* es también un causante frecuente de neumonías en menores de cinco años. Ya que pulmón es el órgano más vulnerable a la infección y a las lesiones del ambiente externo, debido a la exposición constante a partículas, productos químicos y organismos infecciosos en el aire.

Mundialmente, al menos dos mil millones de personas están expuestas al humo tóxico del combustible quemado de manera ineficiente en fogones de interiores mal ventilados. El gran porcentaje de personas inhalan contaminantes atmosféricos al aire libre y otros tantos están expuestos al humo del tabaco. El deterioro respiratorio causa discapacidad y muerte en todas las regiones del mundo y en todas las clases sociales, la pobreza, el hacinamiento, las exposiciones ambientales y, las malas condiciones de vida. ⁽¹⁾

Hay estudios que revelan y afirman el gran incremento de IRAB que hay entre los meses de Mayo a Septiembre, lo que demanda mayor atención médica,

mayor número de camas en los servicios de Pediatría, el doble del personal habitual, entre otros; se precisa del aporte de lo que es promoción y prevención de parte del equipo de salud. Las enfermedades respiratorias imponen una gran demanda sanitaria. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en 2006 la Alianza Global contra las Enfermedades Respiratorias (GARD) con el objetivo de reunir el conocimiento combinado de organizaciones, instituciones y organismos nacionales e internacionales para mejorar las vidas de más de mil millones de personas afectadas por enfermedades crónicas y enfermedades respiratorias agudas. (1)

El virus más reconocido causante de IRAB en menores de 5 años es el de tipo influenza, y el más destacado es el virus sincitial respiratorio (VSR) que afecta a la población hasta los 24 meses de edad, sin descartar adenovirus, parainfluenza 1, 2,3 entre otros.

El virus Sincitial respiratorio es el agente patógeno más reconocido como común en gran porcentaje en las IRAB.

En niños de un mes hasta los cinco años, las bacterias más frecuentes que causan neumonía, son los streptococcus pneumoniae y los haemophilus influenzae del grupo B. (1)

Los factores sobre su contagio son varios, ya que existen causas etiológicas e inherentes al huésped que puede ser controlada mediante la vacunación y

¹D.P, G.S, H.D, J.S. Infecciones respiratorias Agudas Bajas en menores de 5 años de Hatu-Builico, Timor Leste. Junio-Diciembre.2006. Universidad Nacional Timor Leste. 2008; 12

(4)<http://www.cocmed.sld.cu/no124/pdf/n124ori13.pdf>

² OMS. Impacto global de las dificultades respiratorias.2019https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf,https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf

Medicación específica. Otro factor son las condiciones socioeconómicas (estilo de vida, viviendas, hacinamiento, etc.) y como un causante más las infecciones intrahospitalarias

A nivel mundial se han planteado diversas estrategias para combatir los casos de IRAB, como son las vacunas, tratamientos específicos prolongados, se elaboran protocolos, pero no es lo suficientemente, ya que el habitual caso de IRAB se vivencia en demasía y a demanda año tras año.

Antecedentes de Investigaciones

Existen numerosas investigaciones y tesis respecto a las Infecciones Respiratorias Agudas altas y bajas ya que es una problemática que surge desde hace muchos años atrás en todo el mundo y que genera mortalidad en niños menores de 5 años y con más frecuencia en niños menores de 1 año. La OPS establece a través de diversos estudios realizados por la OMS, que niños menores de 5 años padecen 0,026 episodios de neumonía contraída en la comunidad en países desarrollados. Y que las muertes por IRAB están íntimamente ligadas a infecciones bacterianas principalmente por neumococo y Hib. (3)

Según el Ministerio de Salud Pública de Argentina determino que las IRAB son la tercera causa de mortalidad en niños menores de 1 año y la segunda en edades de 1 a 4 años. La tasa de mortalidad infantil se ha mantenido desde 1994. Y son el principal motivo de consulta e internación en todas las edades. (4) Según el Ministerio de Salud Pública de Argentina en la publicación de abordaje en infecciones respiratorias bajas en 2012 calcula que el 20% de la mortalidad infantil en algunas regiones de nuestro país es domiciliaria y de ese 20 % un alto porcentaje es provocado por infecciones respiratorias. (5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la tercera parte de los fallecimientos es causada por IRA, fundamentalmente por neumonías y constituye uno de los tres grandes problemas entre las enfermedades exterminadoras de la niñez, junto con las EDA y la malnutrición proteica-energética. (3)

También existen estudios relacionados con la educación de las madres y otros factores de riesgos de acuerdo a la prevalencia o incidencia de IRAB en niños menores de 5 años. Nos pareció importante decir que “La concientización y la educación son maneras muy poderosas de provocar un cambio en el comportamiento relativo a la salud: La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas controlar y mejorar su salud” (UNESCO, 2012) ya que la enfermería es educación entre otras muchas cosas más. Y la atención primaria de la salud es el primer camino que se abre para cumplir el objetivo de bajar con los reingresos, las incidencias y prevalencias de las infecciones respiratorias.

Según Nora Pender, en su Modelo de Promoción de la Salud, dice que promover un estado de salud óptimo es un objetivo que debe anteponerse a las acciones preventivas, agrega que los factores cognoscitivos preceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, dando como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

Orem, en su teoría de auto cuidado orienta el papel del enfermero hacia la promoción de pautas de autocuidado. Según la autora la necesidad de autocuidado existe, y la capacidad y habilidad para satisfacer esas necesidades dependen de varios factores que la condicionan, menciona algunos tales como: edad, sexo, habilidades cognitivas, nivel emocional, nivel socio cultural y económico, creencias culturales, costumbres, etc.

Un estudio realizado en Chile sobre factores relacionados a infecciones respiratorias obtienen con seguimientos más prolongado que las IRA han

3) B H.E, M.A, S. E. Nivel de conocimientos de enfermería. Febrero 2016.

4) V.G E. Módulo de capacitación para el personal de enfermería. Infecciones Respiratorias Bajas. Arg. 2012
5) .B. P, R.M, C.M. Factores asociados a infecciones respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida.

Revista Pediátrica de Chile. 2008, vol.79, n.3

concentrado 67% del total de consultas efectuadas ambulatoriamente por menores de 6 años observados por un año y de las consultas generadas por lactantes hasta el año y medio. En este último estudio, dentro de los seis primeros meses de vida se registró una incidencia global de IRA de 38,3 episodios por cien meses-niño en tanto que para IRAB alcanzó 17,5 por cien meses-niño. También que la condición conyugal soltera (sin pareja) fue el único factor social asociado significativamente a consultas de morbilidad por IRAB. Hallazgo similar fue reportado en un estudio desarrollado en Australia en que esta condición fue un predictor independiente de infección por VRS. (6)

Desde el punto de vista estacional, y considerando la etiología viral como predominante en las IRA, estudios previos también describieron el efecto del clima invernal sobre las IRA. La baja temperatura ambiental se ha postulado como un factor coadyuvante en su desarrollo en lactantes, coincidiendo con episodios epidémicos de virus respiratorio Sincitial (VRS) e incremento de hospitalizaciones por IRAB. El tabaquismo pasivo ha sido considerado un importante factor de riesgo de IRA en niños de diferente edad. En lactantes, la exposición al humo de tabaco ambiental dentro del hogar está presente en el aire, las superficies y el polvo. Así, la presencia de tabaquismo en el hogar se ha asociado con un riesgo 2 veces mayor de desarrollar IRAB en lactantes. (6) En Colombia un estudio sobre pronóstico de la infección respiratoria aguda baja grave en menores de 5 años establece que en América Latina las IRAB se ubica como la primera causa de enfermedad y de consulta a los servicios de salud, sobre todo en niños menores de 2 años, se encuentra en las primeras 5 causas de muerte a pesar de la reducción en el quinquenio 2005-2010 hubieron 22, 8 muertes a 16,4 por cada 100.000 menores de 5 años.

En Cauca la tasa de mortalidad en el año 2010 por IRAB fue de 19,9 por cada 100000 menores de 5 años. Y establece que el aumento de riesgo se ha asociado a factores como parto prematuro, ausencia de lactancia materna, desnutrición, factores ambientales como humo de cigarrillo o leña, baja escolaridad materna y ser hijo de madre menor de edad. (7)

6) B. P, R.M, C.M. Factores asociados a infecciones respiratorias dentro de los tres primeros meses de vida. Revista Pediátrica de Chile. 2008, vol.79, n.3

7) R.A, K.M, B .M Y OTROS. Guía de vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y diagnóstico de las infecciones respiratorias agudas en argentina. Arg 2018.

Vigilancia epidemiología.

La vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas bajas es meramente importante ya que determina la situación de salud de un territorio. Permite visualizar las patologías específicas que se generan, la cantidad de casos, las edades en las que ocurre y estaciones. A su vez permite elaborar protocolos y estrategias de atención, tratamiento y seguimiento o control de las infecciones respiratorias agudas bajas, de sus agentes patogénicos (viral o bacteriano), antígeno y genético de estos últimos para evitar pandemias o epidemias.

En Argentina, todos los años se verifica un progresivo aumento de los casos de IRA en la época invernal. Dicho aumento se asocia con la demanda de atención médica, el número de hospitalizaciones y de la mortalidad por causas respiratorias. Activando de manera las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención de salud. Es importante que la vigilancia epidemiológica se realice activamente en el momento oportuno (primera visita y sospecha). Existe un protocolo y un equipo de vigilancia epidemiológica en la Argentina, estipulada y acreditada por el Gobierno de la Nación donde informan quienes deben o pueden formar parte de él, sobre la vigilancia centinela, evento, estrategia y modalidad de notificación, pasos a seguir en caso de sospecha, red de laboratorio de vigilancia epidemiológica sobre IRAB, recomendaciones sobre uso de antivirales de Influenza e inmunización. (8)

La vigilancia de las infecciones respiratorias agudas incluye históricamente los eventos Enfermedad Tipo Influenza, Bronquiolitis en menores de 2 años, Neumonías e Infección Respiratoria Aguda Grave. Los agentes virales bajo vigilancia son virus Sincitial respiratorio (VSR), adenovirus, parainfluenza 1, 2 y 3, influenza A y B (subtipos de A y linajes de B) y metapneumovirus humano en

8) C.C, R.S. GAP 2013: Manejo de la Bronquiolitis Actualización 2019. Arg 2019.8-

los establecimientos que realicen dicha determinación y constituyen todos ellos Eventos de Notificación Obligatoria de conformidad con lo previsto por Ley 15.465. (2,9)

Actualización epidemiológica 2019

En Argentina el sistema nacional de la salud (SNBS) detectó más de 390 mil casos de IRAB atendidos en los servicios de salud, de los cuales el 65% corresponde a tipo influenza, asistido en forma ambulatoria. Actualmente el número de casos se encuentra dentro de los parámetros esperados para la época.

Respecto a la vigilancia de virus respiratorios se estudiaron 21.714 muestras de las cuales el 30,2 % fueron positivas.

El porcentaje para influenza positivo aumentó a partir de la SE13 alcanzando el 3% de las muestras estudiadas. La SE14 el subtipo destacado fue A (H3N2), mientras que las muestras más tipificadas más del 55 % de los casos de influenza A corresponden al subtipo A (H1N1) y el 41% al subtipo A (H3N2).

El virus influenza B tuvo hasta el momento baja actividad.

Se realizó un estudio bacteriológico en esputo en enfermos que presentaban infección del tracto respiratorio inferior con el propósito de identificar los gérmenes implicados y conocer su resistencia a las drogas antimicrobianas más frecuentemente en nuestro medio. Se consideró que debe establecerse este método de validación del esputo como control de calidad de la muestra, así como la utilización de métodos de cultivo cuantitativo para conocer de manera sistemática la identificación de gérmenes circulantes en el ambiente hospitalario y su susceptibilidad y resistencia a los antibióticos. Para agudizar la vigilancia epidemiológica, es importante derivar dentro las 24 hs. las muestras positivas para influenza junto con una copia de la ficha de notificación correspondiente a través del SNVS 2.0 de acuerdo a las normas IATA.

9) Foro de las sociedades respiratorias internacionales. El impacto mundial de las enfermedades respiratorias. 2° edición. https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf

El tratamiento de elección es el Oseltamivir droga antiviral para el tratamiento de las infecciones por virus influenza. La administración precoz del mismo dentro las 48 hs. del inicio de los síntomas es más efectivo.

Objetivos de la vigilancia epidemiológica.

1. Monitorear tendencias de la incidencia de las IRAB, identificando los períodos epidémicos en diferentes unidades territoriales.
2. Conocer la contribución de las IRAB en el total de hospitalizaciones y su comportamiento estacional.
3. Detectar presentaciones inusitadas o inusuales y emergentes.
4. Estimar la participación de agentes etiológicos virales seleccionados en la morbilidad por IRA.
5. Registrar y analizar los factores de riesgo o determinantes asociados a los casos inusitados y fatales.
6. Identificar y caracterizar los virus respiratorios circulantes y en particular: o Determinar las características de los virus influenza; o monitorear la sensibilidad a antivirales; o proveer virus candidatos para la producción de la vacuna contra la Influenza estacional; o detectar oportunamente la aparición de nuevas variantes y/o subtipos de influenza, y otros virus respiratorios emergentes, en cumplimiento del RSI (2005).
7. Contribuir a la evaluación del impacto de intervenciones: tratamiento con Oseltamivir, vacunación antigripal, indicaciones de inmunoprofilaxis para VSR, entre otros.
8. Contribuir con estudios de carga de enfermedad por IRA.
9. Apoyar la planificación de medidas de prevención y control, así como de la prestación de los servicios de salud.
10. Determinar las características epidemiológicas de las IRA causadas por influenza y otros virus respiratorios.
11. Orientar la formulación de las políticas y las directrices para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas bajo vigilancia. (10)

APARTADO II
ANATOMIA, FISIOLOGIA Y PATOLOGIAS.

Las vías aéreas respiratorias se dividen en altas y bajas según los órganos que la conforman y la ubicación de los mismos. La vía aérea alta está conformada por nariz y faringe. La vía aérea baja está conformada por laringe (en niños), tráquea, bronquios, alveolos y pulmones. (10)

Nariz: órgano del olfato situado en el centro de la cara con dos fosas nasales que permiten el ingreso del aire inspirado, estas fosas están recubiertas por una membrana mucosa y diminutos cilios que filtran y humidifican el aire.

Faringe: es una estructura con forma de tubo, situada en el cuello, revestida por una membrana mucosa, comunica la cavidad bucal con la laringe. Forma parte del aparato digestivo como así también del respiratorio.

Laringe: órgano hueco de forma cilíndrica compuesta por una membrana mucosa, cartílagos y músculos. Comunica la faringe con la tráquea. Permite el paso del aire y la fonación.

Tráquea: conducto cervicotorácico que continua la laringe y finaliza en los bronquios en una zona llamada Carina. Está formada por anillos cartilaginosos incompletos. Permite el paso del aire.

Bronquios: ramas continuas de la tráquea, bronquio derecho e izquierdo, cada uno con sus respectivas ramificaciones llamadas bronquiolos. Está formada por anillos cartilaginosos unidos por musculatura lisa. Este permite el paso del aire hacia el pulmón formando el intercambio gaseoso.

Bronquiolos: estructura tubular de menor calibre que los bronquios, posee epitelio cilíndrico ciliado y carece de cartílago ya que está rodeado de tejido elástico.

Alveolos: cavidad semiesférica situada al final de los bronquios, rodeada de una red de capilares donde se provoca el intercambio gaseoso.

10) R.A, K.M, B .M Y OTROS. Guía de vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y diagnóstico de las infecciones respiratorias agudas en argentina. Arg
2018. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000840cnt-2018-07_guia-infecciones-respiratorias-agudasweb.pdf

Pulmones: órganos respiratorios situados en el tórax, en el mediastino, posee tres lóbulos superior, medio e inferior (pulmón derecho) y superior e inferior (pulmón izquierdo). Aquí ocurre la hematosi.

Las Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAB) son todas las infecciones que se provocan en la vía aérea inferior: laringe, faringe, tráquea y pulmones generando laringitis o crup, bronquiolitis, neumonía y los cuadros considerados síndrome bronquial obstructivo.

Laringitis o crup: es la inflamación de la laringe o glotis por su uso excesivo o infección. Se manifiesta con tos ronca, debilidad o pérdida de la voz, dolor de garganta, estridor inspiratorio y obstrucción respiratoria en caso más avanzado.

Traqueobronquitis: es la inflamación transitoria de la tráquea y bronquios asociada a infecciones respiratoria. Se manifiesta con tos, estertores gruesos inspiratorios y espiratorios.

Bronquiolitis: inflamación aguda o crónica de la mucosa de los bronquios, sus síntomas son taquipnea, disnea, tiraje intercostal, espiración prolongada, sibilancias y estertores crepitantes finos.

Neumonía: inflamación de los pulmones, causada por virus o bacteria. Sus síntomas son fiebre alta, escalofríos, dolor intenso en el costado afectado del tórax, tos, expectoración, taquipnea y estertores crepitantes.

Síndrome bronquial obstructivo: es un cuadro clínico, acompañado de tos, sibilancias, espiraciones prolongadas de intensidad variable. Abarcan este síndrome la bronquiolitis se manifiesta con tos y fiebre en el primer episodio (niños menores de 2 años), luego aparece el lactante sibilante (niño menor de 2 años con tos y sibilancias) y por último el lactante sibilante recurrente (niños de 2 a 5 años)

Agentes infecciosos

Haemophilus influenzae (Hi): cocobacilo gramnegativo. Existen cepas encapsuladas y no encapsuladas, ambas potencialmente patógenas para el ser

humano con diferencia en la virulencia y mecanismo patógeno. La más patógena es la haemophilus serotipo b (HIV).

Neisseria meningitis (meningococo): diplococo gramnegativo. Existen 13 serogrupo. Los 6 más frecuentes son los tipo A, B, C, W135, Y y Z .En las Américas predomina el serogrupo B y C.

Streptococcus pneumoniae (neumococo): diplococo Gram positivo lancinado. Existen 90 serotipos y más de 40 subgrupos. Solo 11 subgrupos son los que generan patologías. Estos agentes son portados únicamente por el ser humano. Se transmiten de persona a persona a través de la saliva o contacto con secreciones nasofaríngeo de la persona infectada. Se manifiestan en cualquier época del año pero principalmente en invierno y primavera. Respecto a la susceptibilidad todas las generaciones son susceptibles pero sabemos que a menor edad mayor susceptibilidad. Habitualmente ocurre en niños de 2 meses a 3 años, en menor medida en niños de 5 años. La Haemophilus influenzae (HI) provoca infecciones en menores de 6 meses en su mayoría en países desarrollados.

El meningococo ataca a menores de un año con un pico en los 3 y 5 meses de edad. Las infecciones por neumococo se provocan entre los 2 meses y 3 años, aunque declina entre los 18 meses.

La inmunidad de estos agentes puede adquirirse por vía transplacentaria o por infección previa o inmunización. A los 5 años de edad la mayoría de los niños no vacunados presentan anticuerpos contra Hi, que surgen por la exposición a la bacteria. En cuanto al neumococo, después de los 18 meses de edad, el niño presenta una respuesta inmunitaria específica frente a la mayoría de los serotipos de neumococo circulantes, por la exposición repetida a ellos.

El Hi, el neumococo y el meningococo son agentes habitualmente colonizadores de nasofaringe y no provocan síntomas, consideradas portadoras. Se estima que de 1% a 5% de las personas no inmunizadas pueden ser portadoras de Hi. El porcentaje de portadores es más alto entre los preescolares. El Hi puede permanecer en la nasofaringe durante meses. El estado de portador de

meningococo es poco frecuente en niños pequeños. La prevalencia de portadores de neumococo es más alta en niños, en especial los que frecuentan guarderías. Se estima que esta bacteria coloniza la nasofaringe de hasta 40% de los menores de 2 años.

El neumococo provoca varias infecciones, comenzando su colonización en la zona nasofaríngea, senos para nasales, tráquea, pulmones hasta llegar al torrente sanguíneo. Causando bacteriemia sin foco. También puede diseminarse hacia sistema nervioso, articulaciones, válvulas cardíacas, huesos y pleura.

Virus Sincitial respiratorio (VRS): es un mixovirus RNA del genero Pneumovirus que pertenece a la familia de los Paramyxoviridae. Se llama Sincitial debido al adverbio “syn” que significa “con” y transmite la idea de “fusión”, y el sustantivo “cytos” que significa “célula”. Así queda descrita la principal lesión anatomopatológica que produce este virus, al destruir las membranas celulares en los puntos de contacto de unas células con otras se forman grandes masas protoplasmáticas que contienen los numerosos núcleos celulares que pertenecían a las células intactas que son los llamados “sincicios”.

(7)

Microbio que causa infecciones en los pulmones y en las vías respiratorias en los bebés y en los niños pequeños menores de 2 años. Este virus se propaga desde otoño hasta primavera afectando a esta población menores de 5 años; los casos más graves se ve reflejado en pacientes menores de 2 años. Su contagio es a través de las gotitas de flush que estas viajan mediante la saliva cuando se tose o estornuda, su diseminación es muy rápida mucho más si en el hogar hay varias personas, por lo general ocurre en las guarderías y/o jardines infantiles. Tiene una vida de media hora en las manos y un promedio de 5hs en pañuelos u objetos usados.

SIGNOS Y SINTOMAS.

Si bien todas las infecciones respiratorias básicamente presentan la misma sintomatología, cada una de las patologías que conforman las IRAB tiene una característica o se manifiesta de manera particular, a decir:⁽⁹⁾

Laringitis aguda:

- tos perruna, tos seca, espasmódica, que empeora por la noche.
- afonía o disfonía: se acompaña de una voz ronca, dolor de garganta y a veces fiebre.
- estridor: ruido que se produce durante la inspiración y el aire pasa la laringe inflamada.

Tratamiento para el hogar:

- ambiente húmedo.
- respirar aire fresco durante 10 a 15 min.
- hacer lavados nasales frecuentes.
- reposo, evitando agitación.
- posición semi-sentado.
- hidratación en pequeñas cantidades y frecuente.
- si la temperatura es mayor a 38° administrar ibuprofeno.

Pautas de alarma para acudir a la atención sanitaria:

- presencia de dificultad respiratoria: aleteo, tiraje.
- labios azulados.
- fiebre alta que no se controla con antitérmicos.
- babeo excesivo.
- disfagia (dificultad para tragar).
- rechazo absoluto del alimento.

Bronquitis Aguda:

- Tos.
- Espujo (transparente, blanco, amarillento, verdoso, con sangre)
- Fatiga.
- Dificultad para respirar.
- Fiebre alta.
- Molestias en el pecho.

Tratamiento:

- Antitérmicos.
- Antitusivos.
- Antibiótico (producida por bacteria).
- Hidratación.

Bronquiolitis:

- Piel morada o cianosis
- Dificultad respiratoria (sibilancias y falta de aliento)
- Tos
- Fatiga
- Fiebre
- Tiraje

Tratamiento:

- Bronco dilatador
- Nebulizaciones
- Fisioterapia torácica
- Aerosoles

- Corticoides.

Neumonía (bacteriana):

- Fiebre alta.
- Dificultad para respirar.
- Dolor torácico
- Tos.
- Taquipnea.
- Ruidos crepitantes en pulmón.
- Pérdida del apetito.
- Vómitos.
- Malestar general.

Tratamiento:

- Antibiótico.
- Antitérmico.
- Hidratación abundante.
- Reposo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE LA GUARDIA DEL HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON.

La enfermería se ha caracterizado por su profesión humanista, que se adhiere a la filosofía básica centrada en el ser humano. El objetivo de la enfermera es el beneficio para el paciente y su trabajo debe estar centrado en él. (10) (11)

Las funciones fundamentales de enfermería son promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

El personal de enfermería en el servicio de la guardia de emergencias es el que coordina la tarea que se lleva a cabo en la sala de pre hospitalización, es quien va a cumplir la secuencia del tratamiento del niño lo que dure el proceso una o dos horas.

Es importante trabajar interdisciplinariamente con el médico pediatra para potenciar acciones en salud.

En este apartado se tratarían las intervenciones de enfermería de prevención y tratamiento para prevenir la morbilidad y mortalidad evitables producidas por

Síndrome bronquial obstructivo y sibilancias recurrentes en niños menores de 5 años.

La evaluación inicial que realiza la enfermería en la guardia, del paciente con patologías respiratoria va a determinar si el niño deberá ser internado o enviado de alta médica con pautas de alarmas y control a las 24 horas.

10) C.C, R.S. GAP 2013: Manejo de la Bronquiolitis Actualización 2019. Arg 2019.8

O.M, G.M. Consenso sobre Infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Asociación Argentina de Pediatría. Rev. 1996. Vol. 94.4.

11) G.H, F.F,

Es muy importante el rol de la enfermera en la educación brindada a las madres en cuanto a los factores de riesgo para prevenir las enfermedades respiratorias como:

- Vacunación completa.
- Tabaco.
- Lactancia materna insuficiente.
- Bajo peso al nacer.
- Desnutrición.
- Hacinamiento.
- Época invernal.

El fortalecimiento de los programas de inmunización puede prevenir muchos tipos de neumonía, es muy importante que el niño posea el calendario completo de acuerdo a su edad con la dosis correspondiente.

La vacunación es uno de los mayores logros de la salud pública, sin embargo, muchos niños no están inmunizados contra las infecciones prevenibles, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Los países con las tasas de inmunización más bajas representan más de dos tercios de la carga de la enfermedad prevenible por vacunación y tienen la mayor mortalidad infantil.

Las vacunas son esenciales para el control y la eliminación de muchas de estas enfermedades infantiles. El desarrollo de nuevas vacunas conjugadas contra *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) y *Haemophilus influenza* tipo b ha sido un avance importante en la prevención de la neumonía. Las vacunas contra bacterias, como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza* tipo b, y la tos ferina (pertussis) son altamente efectivas para prevenir infecciones del tracto respiratorio inferior. La vacuna contra la influenza es eficaz para su prevención.

Es muy importante que el niño posea el calendario completo de acuerdo a su edad con la dosis correspondiente a saber:

Calendario hasta los 5 años.

- 2 meses: Salk (1° dosis) – pentavalente (1° dosis) – rotarix (1° dosis)- prevenar 13 (1° dosis).
- 3 meses: meningococcica.
- 4 meses: Sabin (2° dosis)- pentavalente (2° dosis)- rotarix (2° dosis)- prevenar 13 (2° dosis).
- 5 meses: meningococcica (2 dosis).
- 6 meses: sabin- pentavalente – antigripal 1° dosis (30 días, segunda dosis).
- 12 meses: triple viral (1 dosis) – hepatitis A- Prevenar 13 (3 dosis).
- 15-18 meses: sabin (4° dosis) – pentavalente (4° dosis) - varivax- meningococcica (refuerzo).
- 5 años: triple viral (2° dosis)- sabin (5° dosis)- Dpt.

Lactancia materna: Es la primera fuente de inmunización y de alimentación. Contiene proteínas, el agua necesaria, minerales y calorías que el bebé necesita para su nutrición, crecimiento y desarrollo. Favorece tanto a la madre como al niño. Es de bajo costo. No requiere de preparación. A todo momento está disponible y a temperatura adecuada para ser consumida. Y lo más importante, crea el vínculo binomio madre- hijo.

La lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros meses de vida del bebé para proporcionarle la energía y nutrientes necesarios para protegerlo de enfermedades infecciosas y crónicas.

Tabaco: el tabaco es uno de los factores externos que ocasionan en el menor algún tipo de afección respiratoria, ya que se convierten en fumadores pasivos, al inhalar las partículas de nicotina en la ropa de su madre o en el ambiente donde se encuentra. La reducción del consumo de tabaco es el primer paso más importante. Controlar el aire no saludable en el lugar donde se encuentra el menor puede prevenir algún tipo de enfermedad respiratoria a futuro.

Prematuros: Son pacientes de riesgo ya que nacen con sus pulmones inmaduros que provocan enfermedades respiratorias agudas y crónicas recurrentes hasta pasados los 2 años. Estos pacientes en su desarrollo son propensos a generar bronquiolitis.

Desnutrición: Es otro factor de riesgo que genera mayor predisposición en pacientes de cualquier edad a enfermedades respiratorias ya que su sistema inmunológico se encuentra deprimido.

Hacinamiento: Ésta condición de vida afecta a estos pacientes porque la escasa ventilación y la gran cantidad de habitantes en el hogar contribuyen a la propagación de virus respiratorios y contagio recurrente.

Época Invernal: Es la época donde se desarrollan los microorganismos que provocan las IRAB ya que se dan las condiciones de desarrollo de estos, al no ventilar los ambientes, la aglomeración de personas, los cambios de temperatura repentinos que viven los niños y el contacto permanente en las escuelas y jardines.

La enfermera debe evaluar el riesgo social: Como madre adolescente, primaria incompleta, controles de salud inadecuados para la edad del niño, ya que estos datos pueden incidir en la internación del niño aun sin gravedad.

Mejorar la salud respiratoria también implica el fortalecimiento de los sistemas de salud, utilizando pautas establecidas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la capacitación del personal médico, la investigación y la educación de la población. (12)

9) Foro de las sociedades respiratorias internacionales. El impacto mundial de las enfermedades respiratorias. 2° edición. https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf

Cuando ingresa el paciente al nosocomio.

En primera medida al ingreso del paciente a la guardia se realizan actividades independientes de enfermería como:

- Control de signos vitales (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, saturación de oxígeno)
- Exploración física: que abarca lo que es la inspección (que es observar el cuerpo), auscultación directa (oído) o indirecta (estetoscopio) (aquí se valorara el tono, duración, densidad del sonido), percusión (se producen sonidos, dando golpes suaves en áreas específicas del cuerpo), palpación (se realiza para sentir el cuerpo con los dedos o manos).
- Se indaga a la madre en cuanto a antecedentes familiares y del paciente, sobre enfermedades actuales, internaciones previas, sobre si hay o no fumadores en la casa, tipo de actividad del paciente, alimentación diaria, sobre controles médicos mensuales o anuales, carnet de vacunas, etc.

Con los datos precisos y con la valoración actual realizada se procede a las actividades dependientes e interdependientes de enfermería.

ESCALA DE TAL.

Puntaje	F. cardíaca	F respiratoria		Sibilancias	Retracción costal
		+ de 6 meses	- De 6 mese		
0	Menos de 120	+ de 40	+ de 30	Ausencia de sibilancias	No hay retracción costal
1	120-140	40-55	30-45	Fin de espiración con estetoscopio	Subcostal
2	140-160	55-70	45-60	Inspiración y espiración	Subcostal o intercostal
3	Más de 160	+ de 70	+ de 60	Auscultación y estetoscopio	Tiraje universal

Fuente: Infecciones Respiratorias Bajas. Módulo de capacitación para el personal de enfermería. Edición 2012.

Puntaje: - LEVE: 0 a 4 - MODERADO: 5 a 8 - GRAVE: 9 a 12

De acuerdo al puntaje de TAL se realizará el tratamiento según el abordaje integral de las IRAB año 2018.

Si la temperatura es mayor a 38° se administrará antitérmico por indicación médica. Si tiene puntaje de 7 o más se debe administrar oxígeno por bigotera o mascarilla y dirigirse al médico de guardia para obtener las indicaciones de tratamiento.

Si el puntaje es de 4 o menor se inicia el tratamiento con dos dosis de salbutamol y se evalúa 20 minutos la respuesta. Si luego de eso el puntaje mejora se envía al niño al domicilio con tratamiento broncodilatador, dos dosis con espaciador cada 6 horas y se lo cita a las 24 horas para control.

Si el puntaje inicial es de 5 a 8 se administrarán 3 dosis con espaciador cada 20 minutos por una hora (3 veces).

Si el puntaje es de 7 o más se administrará oxígeno y se observa la evolución del puntaje clínico.

Si el puntaje es 9 o más se coloca oxígeno, se completa una hora en observación, se realiza la segunda evaluación con el score de TAL y de acuerdo con el puntaje si es menor a 5 se envía al niño al domicilio con tratamiento broncodilatador y pautas de alarma y se lo cita en 24 horas para que vuelva a control.

Si el puntaje es de 5 o más es trasladado a internación con oxígeno.

La gran mayoría de los pacientes responden al tratamiento con salbutamol.

TRIAGE.

La palabra Triage es una palabra francesa que significa clasificar, seleccionar o Elegir. (13)

Es un método de selección y clasificación de paciente empleado en la medicina de emergencias y desastres. Donde se evalúan prioridades de atención privilegiando la posibilidad de supervivencia de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. El sistema de Triage divide los estados de gravedad del paciente en varias categorías.

1. Triage 1: Atención inmediata.

El paciente debe ser evaluado y atendido de manera inmediata, ya que presenta riesgo su vida. Por ej.: para cardíaco, obstrucción o quemaduras en las vías aéreas, hemorragias, etc.

2. Triage 2: Manejo dentro de los 10 min.

Se aplica a pacientes con dolor severo, en especial las personas mayores, o factores asociados como diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial, con compromiso respiratorio, deshidratación en niños pequeños, hemorragia, trauma ocular, etc.

3. **Triage 3:** Atención médica dentro de los siguientes 30 min.

El paciente puede esperar para su atención. Se aplica a pacientes cuya condición de riesgo de vida es baja. Por ej. Niño con saturación de oxígeno entre 93-95%, vómitos persistentes, TEC.

4. **Triage 4:** Atención médica en los siguientes 60 min.

Aplicado a pacientes que precisan de un procedimiento diagnóstico o terapéutico para su resolución. Por ej. Pacientes con cuadros respiratorios simples, síndrome bronquial simple, etc.

5. **Triage 5:** Evaluación y manejo en los siguientes 120 min.

Aplicado a pacientes que solo requieren de la atención médica, y que podrían haberla recibido ambulatoriamente. Por ej. Laringitis, dolor de oído, picadura de insecto, etc.

Material utilizado en la Emergencia Pediátrica.

Oxigenoterapia: los procesos de distribución de oxígeno dependen de la relación aporte de oxígeno/consumo de oxígeno (relación dependiente de oxígeno a la sangre transportado por hemoglobina) de la presión parcial de oxígeno ejercida en la sangre arterial, de la fracción inspirada de oxígeno(F_{IO_2}) y de la función de la bomba cardíaca.

En ausencia de oxígeno se bloquea la cadena respiratoria, lo que hace necesario utilizar el oxígeno como agente terapéutico, recibiendo el nombre de **oxigenoterapia**. El objetivo de la oxigenoterapia es tratar o prevenir la hipoxemia (disminución de la presión arterial de oxígeno (P_aO_2 93%). La hipoxia se define como la disminución de oxígeno en los tejidos.

La oxigenoterapia es una herramienta fundamental para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria tanto aguda como crónica. Los sistemas de administración de oxígeno permiten introducir el gas en las vías aéreas garantizando una F_{IO_2} estable.

La oxigenoterapia es un procedimiento médico, y como tal debe ser administrado por personal calificado para ello. El oxígeno empleado en este tratamiento se considera un medicamento, por lo que está sujeto a regulaciones estrictas, las cuales deben conocer los profesionales sanitarios responsables de esta medida terapéutica.

Cánula nasal/ Bigotera: producto diseñado para la administración de oxígeno en pacientes neonatales, pediátricos con dificultad respiratoria leve, para proporcionar flujos bajos de oxígeno, cómodo, seguro, sencillo y permite gran posibilidad de movimiento. Constan de dos pequeñas cánulas que se introducen por ambos orificios nasales. Administra oxígeno en concentraciones inferiores al 40 %. Mantiene una oxigenación adecuada a las necesidades del paciente, siempre que el paciente presente patología estable.

Máscara nebulizadora: es un dispositivo utilizado para administrar soluciones de fármacos en forma líquida, vía inhalatoria a través de una mascarilla. Es un dispositivo de plástico blando que cubre boca y nariz, posee orificios laterales

que permiten la salida del aire espirado. Debe adaptarse bien a la nariz por una banda metálica maleable para evitar fugas, la ajustaremos a la cabeza mediante una banda elástica. El flujo a administrar oscila entre los 5-8 litros, la Fio2 entre el 40- 60 % Fluidifica las secreciones de la vía aérea, previene sequedad y/o lesión de la mucosa que tapiza la vía superior, administra fármacos.

Máscara de reservorio: dentro de los sistemas de flujo, es el que más concentración de oxígeno proporciona. Se trata de una mascarilla facial simple con una bolsa de reservorio en su extremo inferior esta bolsa tiene una capacidad de 700 ml aprox. El flujo puede ir de 6 a 10 L y la Fio2 oscilara entre 60-99%.

Resucitador manual o bolsa auto inflable: dispositivo manual para proporcionar ventilación por presión positiva para aquellos pacientes que no pueden respirar o que no lo hacen adecuadamente. (14)

14) F.S, G.A, M.N. Oxigenoterapia: II jornadas internacionales en investigación, en educación y salud. "Experiencias en Educación y Salud Transcultural".

CAPITULO II

Diseño Metodológico

Tipo de estudio.

La siguiente investigación “Incidencia y Prevalencia de IRAB en pacientes menores de 5 años del hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan”. Tiene un enfoque cuantitativo, retrospectivo, transversal y descriptivo a saber:

Retrospectivo, dado que los investigadores indagaran sobre hechos ocurridos en el pasado; Transversal por que el estudio de las variables se realizara en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo (periodo 2019) y Descriptivo destinado a saber el porqué del reingreso de los pacientes menores de 5 años con IRAB al nosocomio y sembrar bases para futuras investigaciones.-

Área de estudio.

El presente estudio de investigación se realiza en el hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan, en el servicio de Emergencia Pediátrica.-

Universo y muestra.

En la investigación la población a estudiar son los niños que consultan en la Emergencia Pediátrica durante una guardia, ya que se estima que aproximadamente concurren por guardia alrededor de 150 pacientes al nosocomio, lo que se toma un porcentaje del mismo para el estudio. Se selecciona al azar 30 madres de los niños menores de 5 años, para realizar cuestionario.-

Operacionalización de Variables

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES	DEFINICION DE VARIABLE: lo que significa para esta investigación.	INDICADORES
1. Categorizar estudios alcanzados.	secundario	Variable cuantitativa.	¿Estudios alcanzados? -Primario Secundario -Terciario - universitario.
2. Conocer situación económica.	No	Variable cuantitativa	¿Usted trabaja? Si-no
3. Conocer si percibe ayuda social.	AUH	Variable cuantitativa	¿Percibe algún tipo de ayuda social? -Tarjeta social -AUH -Pensión no contributiva -ninguno
4. conocer si presenta cobertura de salud.	No	Variable cuantitativa	¿Usted tiene obra social? Si- No.
5. Conocer tipo de vivienda.	Ladrillo	Variable cuantitativa	Su vivienda ¿de que material es? -ladrillo -precaria

			-tipo rancho
6. conocer hábitos tóxicos para el menor.	Si	Variable cuantitativa	¿Hay fumadores en el hogar? Si-No
7. conocer la alimentación.	variada	Variable cualitativa	Tipo de alimentación... -variada -a base de verduras -lácteos
8. conocer número de habitantes por domicilio.	Menos de 5	Variable cuantitativa	¿Cuántas personas viven en el hogar? -Menos de 5 -Igual o mayor a 5.
9. conocer cantidad de menores de 5 años en el hogar.	Un 50% en cada uno.	Variable cuantitativa	¿Cuántos hijos menores de 5 años hay en el hogar? -menor a 2 -igual o mayor a 2.
10. Comprobar contagio.	escuela	Variable cuantitativa	Sus hijos asisten a: -guardería. -jardín. -escuela -ninguno.
11. Conocer nivel de atención médica.	hospital	Variable cuantitativa	Cuando sus hijos están enfermos,

			¿Dónde concurre? -CAPS -hospital -medicina privada
12. Comprobar nivel de conocimiento sobre patología.	No	Variable cualitativa	¿Usted tiene conocimiento sobre las IRAB? (patología, tratamiento y consecuencias) -si -no -poco
13. Conocer nivel de inmunidad	Si	Variable cuantitativa	¿Sus hijos tienen el carnet de vacunas completas? Si- No
14. Comprobar si recibe información.	Siempre.	Variable cuantitativa	Si concurren al hospital. ¿Recibe explicación adecuada sobre lo que debe realizar en el hogar en cuanto al tratamiento de su hijo? -a veces -siempre -nunca

15. Comprobar si comprende al personal de salud.	A veces	Variable cuantitativa	¿Usted comprende lo que el profesional de salud le informa? A veces -siempre -nunca
16. Conocer si cumple con tratamiento.	Si	Variable cuantitativa	¿Puede cumplir al pie de la letra con el tratamiento médico prescripto? Si- No
17. Conocer motivo del incumplimiento.	Falta de recurso económico	Variable cuantitativa	En caso de que la respuesta sea negativa, ¿Qué es lo que dificulta el cumplimiento del mismo? -tiempo -falta de insumo -falta de recurso económico.

Instrumentos de recolección de datos.

En la presente investigación se establece la encuesta como técnica para la recolección de dato obteniendo información sobre el problema en estudio.

Como instrumento se opta por el cuestionario, utilizando un formulario impreso (cuadro 1) que es completado, de forma individual por cada entrevistado y en presencia del investigador, garantizando la confiabilidad de los datos y la validez de la información obtenida. Se utilizaron preguntas cerradas y de respuestas

múltiples; cumpliendo con las consideraciones generales establecidas por (Pineda- Alvarado 3° edición).-

Antes de la recolección de datos, los elementos elegidos para tal fin, deberán contar con la aprobación de la docente coordinadora de la investigación, además de la supervisoras del servicio de Emergencia Pediátrica en aplicarlos, para evitar inconvenientes que dificulten el curso de la investigación.-

La información obtenida es organizada en una matriz de datos y luego tabulada en gráficos para su posterior análisis y discusión. –EN ANEXO-

ENCUESTA.

Presentación: Esta encuesta es formulada por alumnas de segundo año del Ciclo de la Licenciatura en Enfermería para elaborar una investigación en la Universidad Nacional de Mendoza, Facultad de Ciencias Médicas con el fin de conocer factores relacionados a las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas. Se les agradece la colaboración con la respuesta de la misma.

Edad: Sexo: F- M

I. ¿Estudios alcanzados? ☐

Primario.

- Secundario.
- Terciario.
- Universitarios. II. ¿Usted trabaja?
- Si.
- No.

III. ¿Percibe algún tipo de ayuda social?

- Tarjeta social
- AUH
- Pensión no contributiva.
- Ninguno.

IV. ¿Usted tiene obra social?

- Si
- No.

V. ¿Su vivienda de que material es?

- Ladrillo □ Precaria
- Tipo rancho.

VI. ¿Hay fumadores en el hogar?

- Si
- No

VII. Tipo de alimentación... ☐ Variada.

- A base solo de verduras
- lácteos

VIII. ¿Cuántas personas viven en el hogar?

- Menos de 5
- Igual o mayor a

IX.	¿Cuántos hijos menores de 5 años hay en el hogar? ☐ Menos 2 ☐ Igual o mayor a 2.
X.	Sus hijos asisten a: • Guardería ☐ Jardín ☐ Escuela. • Ninguno.
XI.	Cuando sus hijos están enfermos, ¿dónde recurre? • CAPS • Hospital. • Medicina privada.
XII.	¿Usted tiene conocimiento sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (patología, tratamiento y consecuencias)? • Si • No • Poco
XIII.	¿Sus hijos tienen el carnet de vacunas completas? • Si • No
XIV.	Si concurren al hospital, ¿Recibe explicación adecuada sobre lo que debe realizar en el hogar en cuanto al tratamiento de su hijo? • A veces • Siempre • Nunca
XV.	¿Usted comprende lo que el profesional de salud le informa? • A veces • Siempre • Nunca
XVI.	¿Puede cumplir al pie de la letra con el tratamiento médico prescripto? • Si • No
XVII.	En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿Qué es lo que dificulta el cumplimiento del mismo? • Tiempo • Falta de recurso económico • Falta de insumos

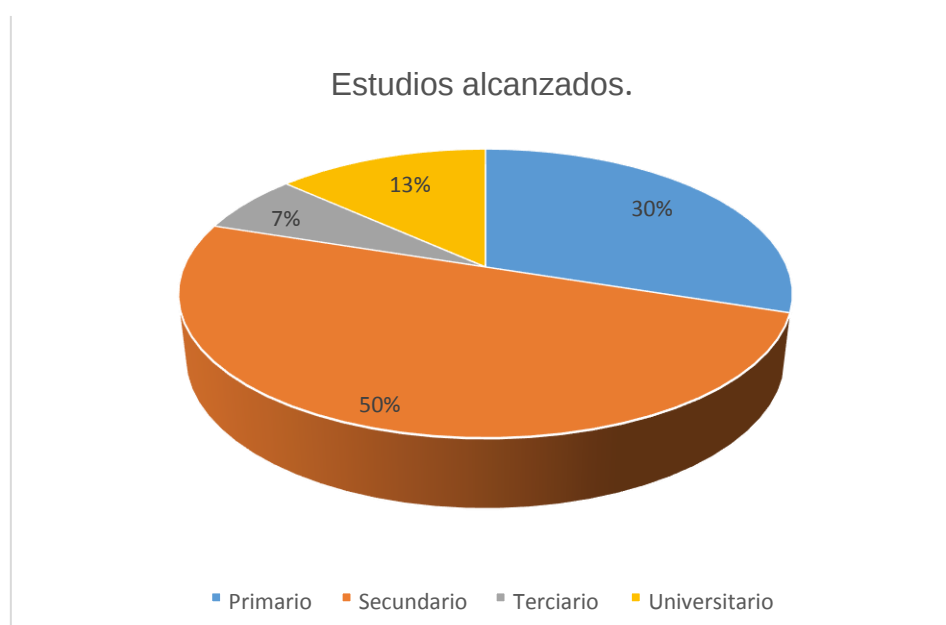
- XVIII. ¿Qué propone usted para mejorar el sistema de salud en cuanto a lo planteado para mejoras a futuro? (Logrando evitar el reingreso al servicio con el menor, en cuanto al mismo diagnostico).
- Seguimiento del tratamiento en Centro de Salud más cercano.
 - Más claridad por parte del personal de salud al momento de brindarle las indicaciones a cumplir.
 - Mejorar el conocimiento de la comunidad mediante charlas periódicas sobre las enfermedades respiratorias en su zona vecinal.

Análisis, procesamiento y presentación de datos. GRÁFICOS.

Pregunta 1: ¿Estudios alcanzados?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Primario	9	30%
Secundario	15	50%
Terciario	2	6,66%
universitario	4	13,33%
Total	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.

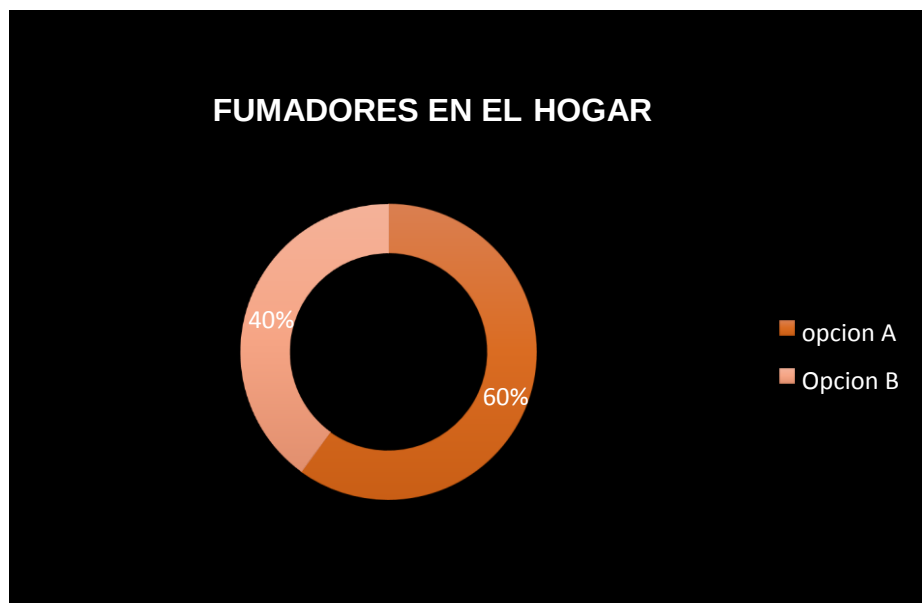


Interpretación: De las 30 madres que fueron encuestadas que sería un 100%, el 30% obtiene solo el primario completo, el 50% secundario completo, el 6,66% tiene estudios terciarios y el 13,3% llegó a estudios universitarios. Podemos decir que el nivel educativo de estas madres es relativamente medio bajo.

Pregunta 6: ¿Hay fumadores en el hogar?

variable	frecuencia	Porcentaje
SI (A)	18	60%
NO (B)	12	40%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.

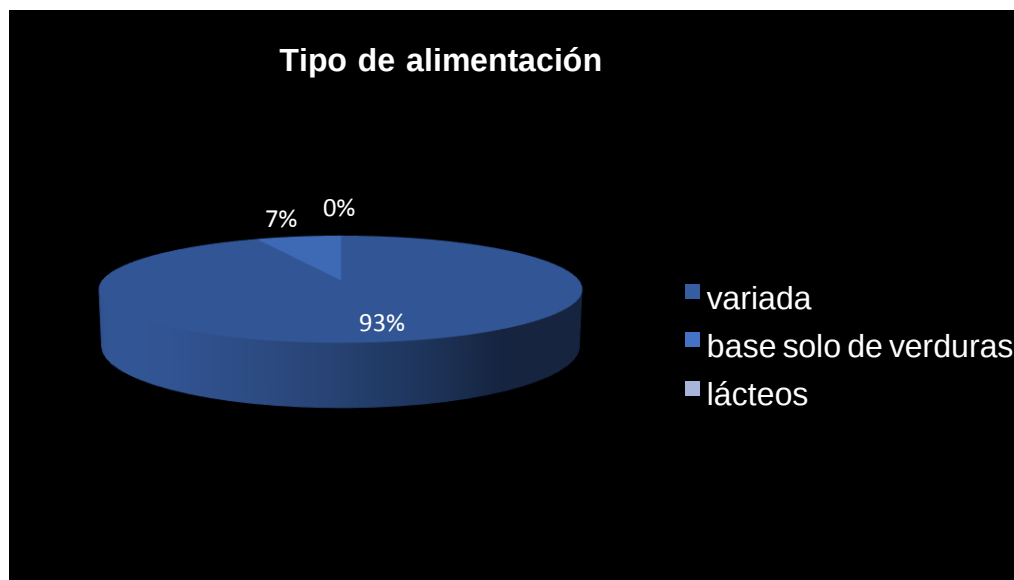


Interpretación: En los hogares de las 30 madres encuestadas que sería un 100%, sobre si hay o no fumadores, se obtuvo un 40% que no hay fumadores y un 60% de que si hay fumadores. Con lo cual es un dato muy relevante respecto a estos pacientes que ingresan a la Emergencia Pediátrica por IRAB.

Pregunta 7: Tipo de alimentación.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Variada	28	93,33%
A base solo de verduras	2	6,66%
Lácteos	0	0%
Total.	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.

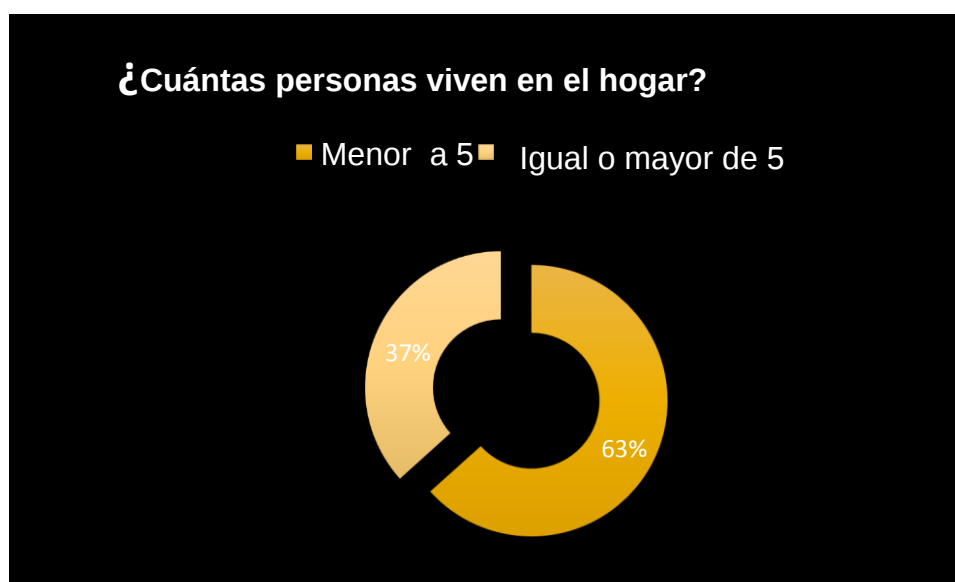


Interpretación: de las 30 madres encuestadas que sería un 100%. Con respecto a la alimentación de los pacientes y su familia que si es variada, ya que el 93% de las madres seleccionó dicha opción. Solo el 6,66% consume solo verduras y ningún niño consume solo lácteos (ej. Leche, quesos, yogures, etc.). Ya que las encuestadas no eran madres de niños lactantes de 1 a 6 meses.

Pregunta 8: ¿Cuántas personas viven en el hogar?

Variables	frecuencia	Porcentaje
Menos de 5	19	63,33%
Igual o mayor a 5	11	36,66%
Total	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.

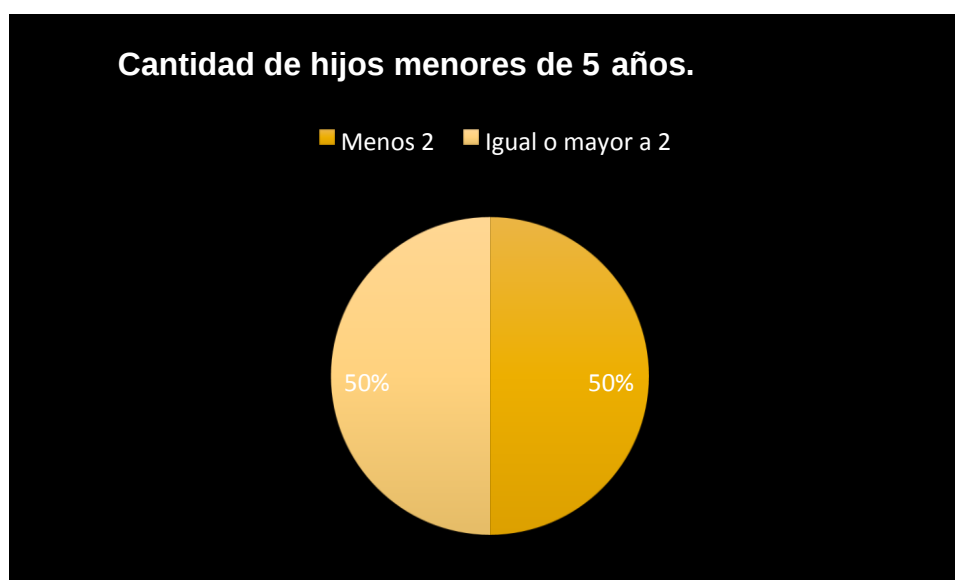


Interpretación: a partir de las 30 madres encuestadas que sería un 100%, se determinó que un 63% viven en el hogar menos de 5 personas y un 37% viven más de 5 personas en el hogar.

Pregunta9: ¿Cuántos hijos menores de 5 años tienen en el hogar?

variable	frecuencia	Porcentaje
Menos de 2	15	50%
Igual o mayor a 2	15	50%
Total.	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.



Interpretación: de las 30 madres encuestadas que sería un 100 %, se determinó que un 50% tiene hijos menores de 5 años y un 50% tiene hijos que son mayores de 5 años.

Pregunta 11: ¿Usted tiene conocimiento sobre las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (patología, tratamiento y consecuencias)?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	13,33%
No	22	73,33%
Poco	4	13,33%
Total	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.



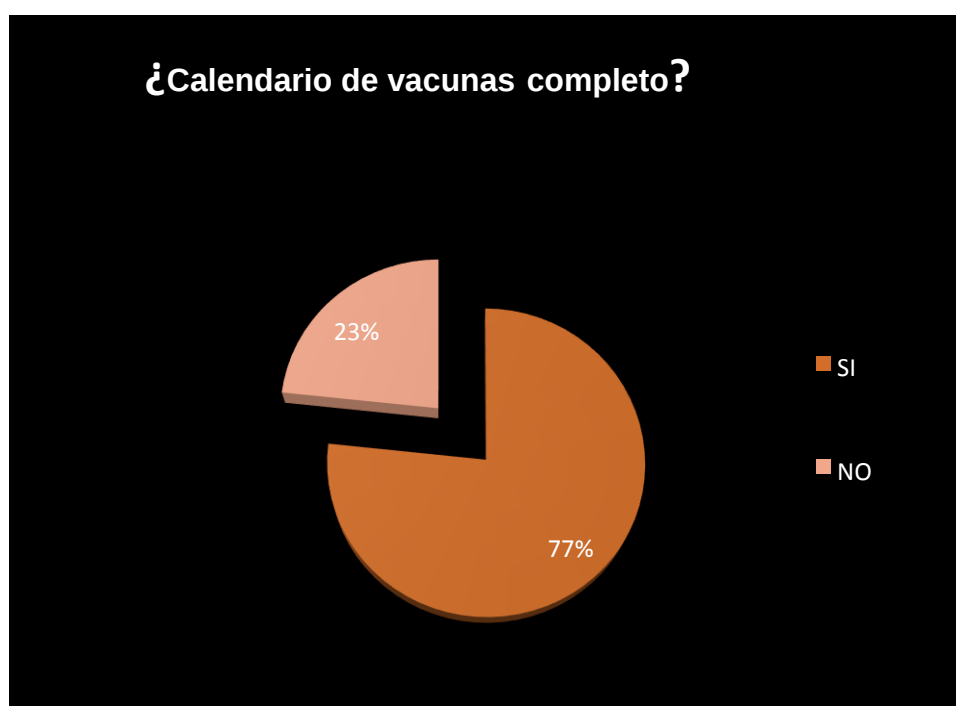
Interpretación:

Del total de madres encuestadas respecto al conocimiento que poseen sobre las IRAB, se obtuvo que el 73,33 %, es decir la mayoría de las madres, no tiene conocimiento a lo que respecta a las infecciones respiratorias desde la patología en sí, ni del tratamiento ni las complicaciones del mismo. Solo el 13,33 % si conoce y el mismo porcentaje conocen poco.

Pregunta 12: ¿Sus hijos tienen el carnet de vacunas completo?

Variable	frecuencia	Porcentaje
SI	23	76,66%
NO	7	23,33%
TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.

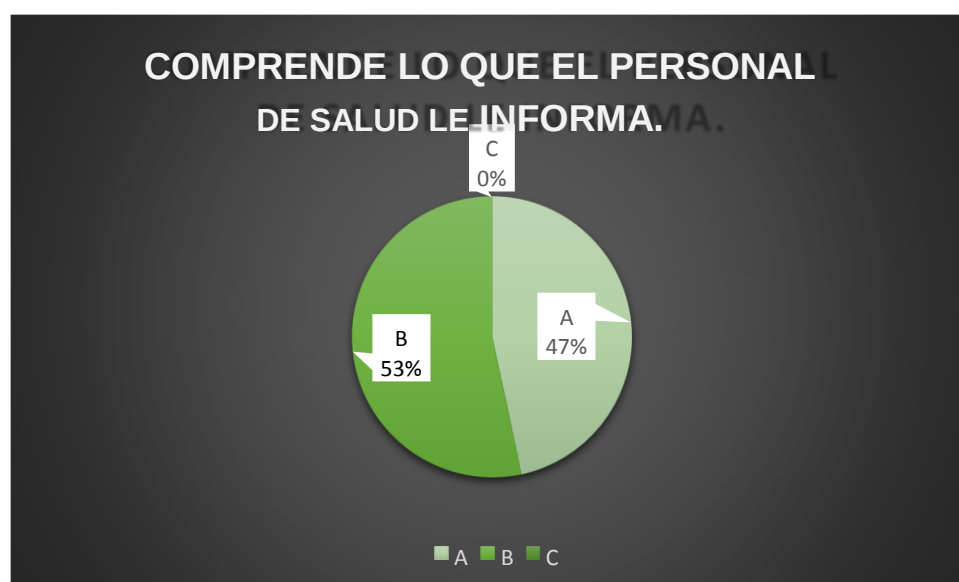


Interpretación: se determinó que de las 30 madres encuestadas que sería un 100%, con respecto a que si sus hijos tienen el carnet de vacunas completo un 77% refirió que si y un 23% refirió que no. Es un dato relevante ya que como se planteó, es uno de los factores que influyen en el contagio y /o reingreso de IRAB a la Emergencia Pediátrica.

Pregunta 14: ¿Usted comprende lo que el profesional de salud le informa?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
A veces	14	46,66%
Siempre	16	53,33%
Nunca	0	0
Total	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.



A- AVECES

B- SIEMPRE

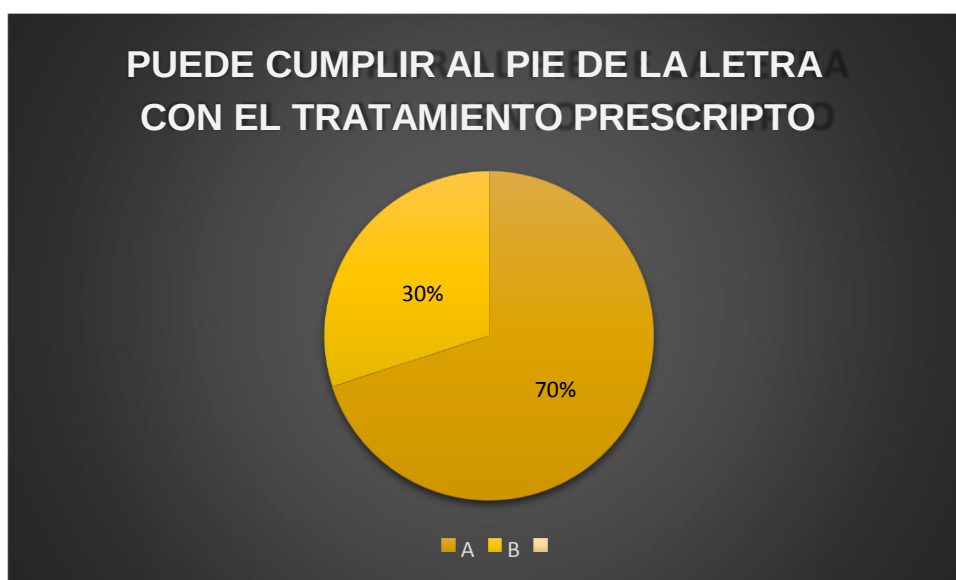
C- NUNCA

Interpretación: de las 30 madres encuestadas que sería un 100%. El 47 % que corresponde a 14 personas responde que siempre comprende lo que el personal de salud le informa, el 53 % corresponde a 16 personas responde que a veces comprende lo que el personal de salud le informa, y el 0% es decir ninguna persona respondió que nunca comprende lo que el personal de salud le informa.

Pregunta 15: ¿Puede cumplir al pie de la letra con el tratamiento médico prescripto?

Variable	frecuencia	Porcentaje
Si	21	70%
No	9	30%
Total	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.



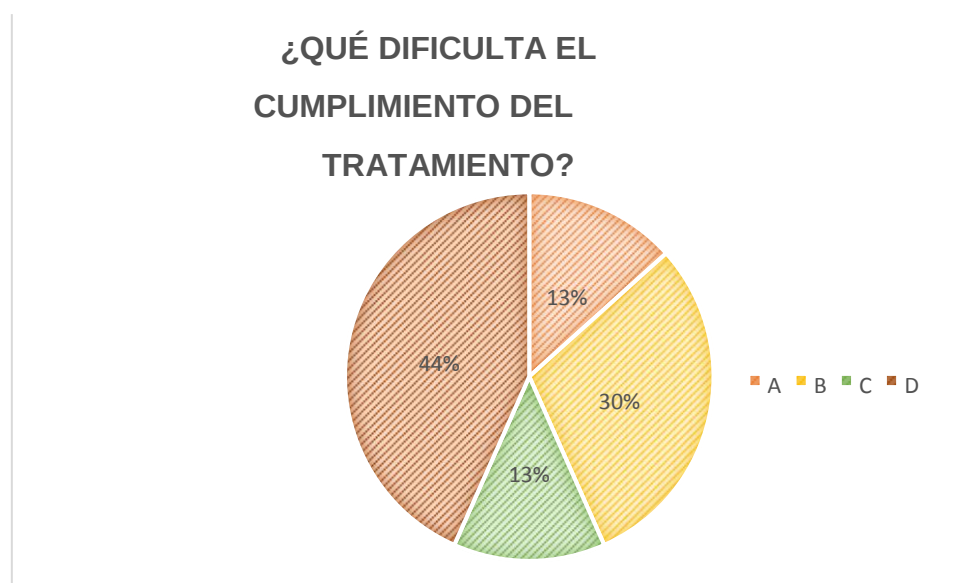
A- SI B- NO

Interpretación: de las 30 madres encuestadas que sería un 100%, el 70% que corresponde a 21 personas respondieron que pueden cumplir al pie de la letra con el tratamiento prescripto y el 30% que corresponden a 9 personas responden que no pueden cumplir al pie de la letra con el tratamiento prescripto.

Pregunta 16: En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿Qué es lo que le dificulta el cumplimiento del mismo?

Variable	frecuencia	Porcentaje
Tiempo	4	13,33%
Falta de recurso económico	9	30%
Falta de insumos	4	13,33%
No responde porque no se les dificulta el cumplimiento	13	43,33%
Total	30	100%

FUENTE: Elaboración propia.



- A- TIEMPO
- B- FALTA DE RECURSO ECONOMICO
- C- FALTA DE INSUMOS
- D- NO RESPONDE POR QUE NO SE LES DIFICULTA.

Interpretación: de las 30 madres encuestadas que sería un 100%, el 13% que corresponde a 4 personas responde que no puede cumplir el tratamiento por falta de tiempo, el 30% que corresponde a 9 personas responden que no pueden cumplir el tratamiento por falta de recurso económico, el 13% que corresponde a 4 personas responde que no puede cumplir el tratamiento por falta de insumos y el 44% que corresponde a 13 personas no responden este ítem.

CAPITULO III

Resultados, Discusión y Propuestas.

Resultado de los datos más relevantes.

Luego de la aplicación del instrumento de recolección de datos a las madres encuestadas de niños menores de 5 años con IRAB, procede un juicio lógico de parte de los tesista sobre las bases teóricas recolectadas.

Con respecto al nivel de estudios alcanzados de las madres de los menores de 5 años se logró determinar que solo el 30% de las madres obtiene solo el primario completo, el 50% secundario completo, el 6,66% tiene estudios terciarios y el 13,3% llegó a estudios universitarios. Podemos decir que el nivel educativo de estas madres es relativamente medio-bajo.

Otro ítem destacado es el conocimiento que tienen estas madres sobre la Infecciones Respiratoria Agudas, a lo que la mayoría no tiene conocimiento lo que refleja un 73,33%.

En lo que refiere si hay o no fumadores en el hogar se determinó que, un 40% que no hay fumadores y un 60% de que si hay fumadores. Lo cual es un dato muy relevante respecto a estos pacientes que ingresan a la Emergencia Pediátrica por IRAB, ya que es uno de los factores predispuesto al contagio y/o al sufrimiento sobre patologías respiratorias ya que serían estos niños fumadores pasivos.

Y por último se destaca el motivo por el cual las madres de estos menores de 5 años, incumplen con las indicaciones prescriptas por el profesional, siendo este el más relevante de las opciones planteadas, que es la falta de recurso económico.

El equipo tesista a través de los datos recolectados y la formulación de variables y gráficos, logra destacar los factores expuestos a través de las preguntas formuladas para las encuestas, que serían los más relevantes, y motivo por el cual los niños tiene un reingreso al nosocomio.

Interpretación de los resultados.

A través de ésta investigación se logra constatar el reingreso de los menores de 5 años con Infecciones Respiratorias Agudas al Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Guillermo Rawson en el año 2019. Las IRAB son enfermedades infecciosas, contagiosas y que ha llegado a provocar la muerte en ocasiones a éstos menores de 5 años.

Las conclusiones que se desarrollan a continuación, hacen referencia a los resultados de la aplicación del cuestionario que permitió obtener datos relevantes y pertinentes para éste estudio.

En relación al primer objetivo específico propuesto, que era determinar “qué conocimientos poseen las madres de los niños menores de 5 años con IRAB acerca de la patología, tratamiento y consecuencia del mismo”. Se pudo constatar que el 73, 3 %, (que sería 22 de 30 madres encuestadas) no posee conocimiento sobre las Infecciones Respiratorias Agudas.

El segundo objetivo específico propuesto “analizar los factores que afectan la comprensión de la información brindada”, se determinó que el nivel de estudios alcanzados por parte de las madres de los menores de 5 años tiene relevancia a la hora de captar lo que el profesional le informa. Un 50 % tiene secundario completo, un 30 % solo primario, un 6, 66% terciario y un 13, 33% universitarios, esto refleja que la mayoría de las madres tiene el secundario completo, lo que no asegura la calidad de comprensión intelectual necesaria para comprender el lenguaje técnico profesional expresado. No así como podría captar la información brindada una madre con un nivel educacional Terciario o Universitario, ya que se estima que las mismas manejan otro tipo de información o capacidad intelectual.

Con el tercer objetivo específico se pretende describir el comportamiento y la práctica de las madres ante los procedimientos sobre el tratamiento, a lo que se estableció que tiene gran importancia la conducta a la hora del consumo de tabaco por parte de las madres o algún familiar en el hogar de éstos menores de 5 años, como también la rapidez al concurrir a la atención médica cuándo el

menor se encuentre enfermo, tiene que ver la comprensión sobre el tratamiento a seguir, como también la dificultad a la hora de ponerlo en práctica, un 30 % de la madres encuestadas refiere que por falta de recurso económico no pueden cumplir con el tratamiento propuesto.

De acuerdo a éstos resultados obtenidos se puede concluir y responder al objetivo general de la investigación, que hace referencia a: determinar qué factores inciden en el reingreso de pacientes menores de 5 años con IRAB. Se determina que los factores en conclusión son: falta de conocimiento sobre IRAB, nivel educacional, falta de recurso económico y consumo de tabaco por parte de las madres o familiar de los menores de cinco años con IRAB.

Propuestas de acción de acuerdo a los resultados.

De acuerdo a los datos obtenidos y conclusiones determinadas por el equipo tesista, uno de los principales problemas es la falta de conocimiento sobre las Infecciones Respiratorias agudas por parte de las madres de los menores de 5 años, como también el tabaquismo en el entorno de estos menores.

El equipo propone:

- Realizar charlas educo-informativas en la sala de espera de la Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Guillermo Rawson sobre IRAB, a modo de promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas fundamentalmente a las madres de los menores de 5 años.
- Educar sobre el consumo de tabaco. Consecuencias en los menores de 5 años.
- Formular una folletería informativa-preventiva sobre: la gravedad del humo del tabaco, como también a la permanencia de la nicotina en las prendas de ropa. –VER ANEXO-

Bibliografía.

- 1 D.P, G.H. Universidad nacional timor leste. [Online].; 2008. Acceso [] de. Disponible en: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf3https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf.
- 2 H.G,G.M. Documentación de enfermería. España; 2009.
- 3 C.C RS. Manejo de la Bronquiolititis. Actualizacion 2019. [Online].; 2019..
- 4 Red de salud. red de salud. [Online].; 2019.. Disponible en:<https://www.ucchristus.cl/especialidades-y-servicios/servicios/urgencia>.
- 5 OPS, OMS. Organizacion panamericana de la salud. [Online].; 2002.
- 6 OMS. Organizacion mundial de la salud. [Online].; 2019.. Disponible en: [2https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf3https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf](https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf3https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf).
- 7 Ministerio de Salud Publica gobierno de Rio Negro. Ministerio de Salud Publica. [Online].; 2018..
- 8 Ministerio de Salud Publica. Ministerio de Salud Publica. [Online].; 2012.

- 9 Ministerio de salud publica. Guia de vigilancia epidemiologica. [Online].; 2017. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000840cnt-2018-07_guia-infecciones-respiratorias-agudas-web.pdf.
- 1 Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales.
0 El impacto Mundial de la Enfermedad Respiratoria. [Online].; 2019. Disponible en: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf.
- 1 Infecciones respiratorias. sibilancias recurrente/asma en
1 los primeros años de vida. Asociacion Española de pediatria de atencion primaria. 2018.
- 1 R.A,K.B,Y.O. Guía de Vigilancia Epidemiológica y
2 recomendaciones para la prevencion y diagnostico de las Infecciones Respiratorias Agudas en Argentina. [Online].; 2018.
- 1 G.H,F.F,O.M.M. Consenso sobre Infecciones
3 Respiratorias Agudas Bajas en menores de 2 años. Asociacion Argentina de Pediatria.1996; 94(4).
- 1 F.S GAN. oxigenoterapia. [Online].
4
- 1 Espinoza J. Acta médica peruana 2011.scielo.org; 2011.
5

ANEXOS.

Tabla matriz.

Columna1	Columna2	Columna3	Columna4	Columna5	Columna6	Columna7	Columna8	Columna9	Columna10
	ESTUDIOS	TRABAJA	AYUDA SOCIAL	OBRA SOCIAL	VIVIENDA(MATERIAL)	FUMADORES	ALIMENTACION	NUMERO DE HABITANTES EN EL HOGAR	MENOR DE 5 AÑOS EN EL HOGAR
NUMERO									
1	B	C	B	B	A	A	A	A	A
2	B	A	E	A	A	A	B	A	A
3	A	B	B	B	A	A	B	B	B
4	B	B	B	B	A	A	B	B	B
5	C	B	A	A	B	A	A	A	A
6	A	C	B	B	A	A	B	B	B
7	A	B	A	B	B	A	A	B	B
8	D	A	C	A	A	A	A	A	A
9	B	B	B	B	B	A	B	B	B
10	B	C	C	B	A	A	A	B	B
11	B	A	C	A	A	A	A	A	A
12	D	A	C	A	A	A	A	B	B
13	B	B	B	B	C	A	A	A	A
14	D	C	D	A	A	A	A	A	A
15	A	C	B	B	A	A	A	A	A
16	B	C	B	B	A	A	B	B	B
17	A	C	A	B	A	A	B	A	A
18	B	B	B	B	A	A	A	B	B
19	B	B	B	B	A	A	A	B	B
20	B	C	B	B	A	A	B	A	A
21	D	A	B	A	A	A	A	A	A
22	C	B	C	A	A	A	A	A	A
23	B	C	B	B	A	A	A	A	A
24	B	B	D	B	A	B	A	B	B
25	A	A	A	B	A	B	A	B	B
26	A	A	A	B	A	A	A	A	A

27	A	A	B	B	A	A	B	A	A
28	B	A	D	B	A	A	B	B	B
29	B	B	B	B	B	A	A	B	B
30	A	B	E	B	B	A	B	B	B

Columna11	Columna12	Columna13	Columna14	Columna15	Columna16	Columna17	Columna18	Columna19
ASISTEN A:	ATENCION MEDICA	CONOCE LAS IRAB	VACUNAS COMPLETAS	RECIBE EXPLICACION	COMPRENDE AL PROFESIONAL	CUMPLE TRATAMIENTO	QUE LE DIFICULTAD	PROPUESTA PARA MEJORAS
C	A	A	A	A	A	B	A	B
B	A	B	B	B	B	A		A
B	B	B	A	A	A	B	B	B
C	A	B	B	B	B	B	B	A
A	A	B	A	A	A	A		B
A	B	B	A	A	A	B	B	B
C	B	B	A	A	A	B	B	A
B	A	B	B	B	B	A		C
C	B	B	B	B	B	B	C	A
B	A	B	A	A	A	A		C
B	A	B	B	B	B	A	A	A
C	A	A	B	B	B	A		C
A	B	C	A	A	A	B	B	B
C	A	A	A	A	A	A	B	C
D	A	B	A	A	A	A		A
C	A	B	A	A	A	B	B	A
D	A	B	A	A	A	B	C	C
C	A	B	B	A	B	A	C	C
C	A	A	B	A	B	A		A
C	A	C	B	B	B	A		A
A	A	B	B	B	B	A	A	C
C	A	C	B	A	B	A	C	B
C	A	B	A	A	A	A		C
C	A	B	B	B	B	A	B	A

B	B	B	B	B	B	A	A	B
C	A	B	B	B	B	A	B	C
C	A	B	B	A	B	A		B
C	A	B	A	A	A	A		A
C	A	B	A	A	A	A		B
C	B	C	B	A	B	A		A

PLANILLA DE TRIAGE.

ADMISIÓN					
FECHA: / /		EDAD:		SEXO: M - F	
NOMBRE Y APELLIDO:				HC N°:	
DOMICILIO:					
TELÉFONO:					

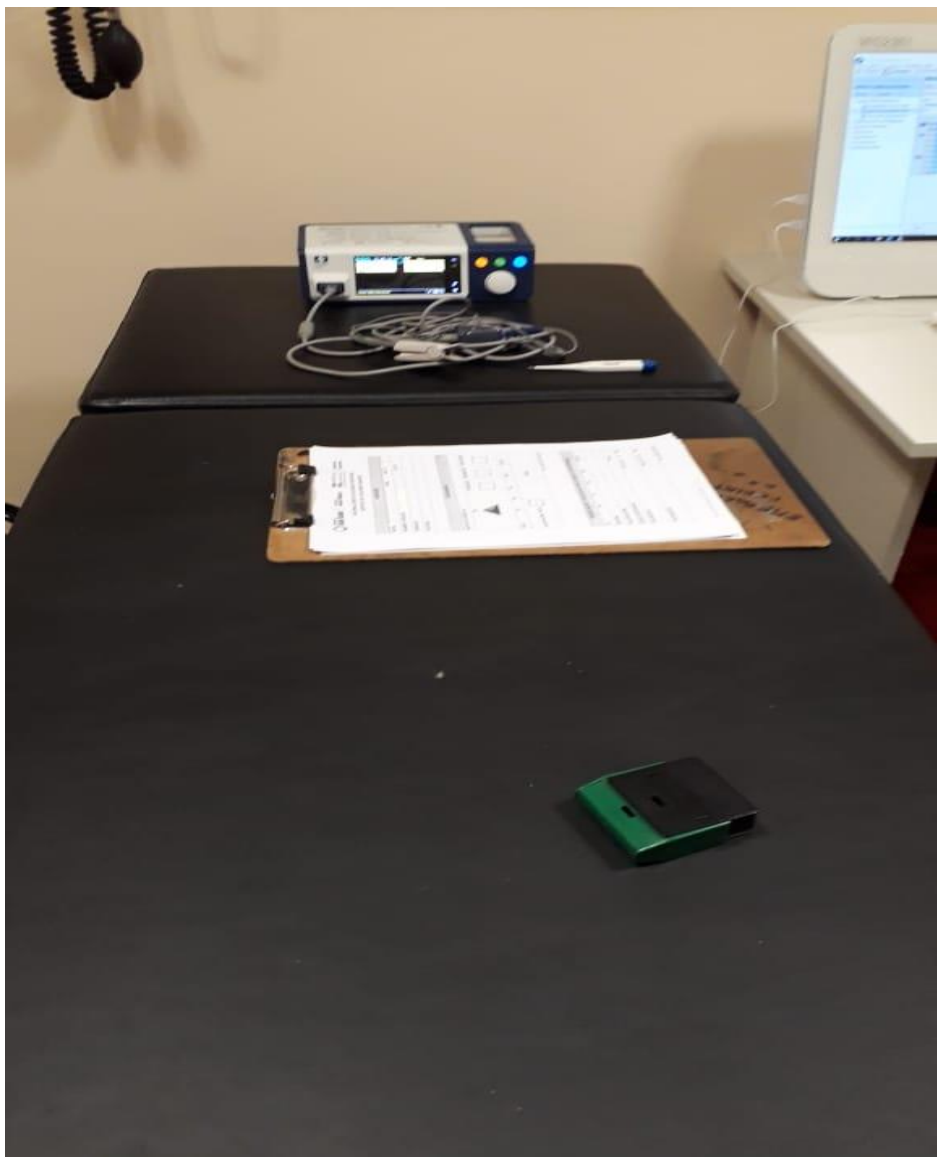
ENFERMERÍA					
MOTIVO DE CONSULTA:					
TEP 		APARIENCIA ☐	RESPIRACIÓN ☐	CIRCULACIÓN ☐	
PESO:	FC:	FR:	T/A:	HGT:	SATO2:
CLASIFICACIÓN : NIVEL ☐				HORA:	

Firma y Sello del Enfermero/a

REEVALUACIÓN Y RECLASIFICACIÓN (LLENAR SI CORRESPONDE)					
FC:	FR:	T°:	T/A:	HGT:	SATO2:
SÍNTOMA:					
RECLASIFICACIÓN:					
MÉDICO RESPONSABLE:				Hora:	
DIAGNÓSTICO:				Se interna: SI NO	
TRATAMIENTO:				Pasa a S.I.A.: SI NO	

Firma y Sello del Médico

CONSULTORIO DE TRIAGE.



REALIZANDO TRIAGE.





NIÑOS/AS FUMADORES PASIVOS

1

LOS NIÑOS/AS QUE ESTÁN EXPUESTOS AL HUMO DEL TABACO:

- Tienen mayor probabilidad de desarrollar bronquitis, asma, neumonitis, otitis y cáncer de pulmón.
- Durante el embarazo el humo del tabaco es especialmente dañino. Aumenta el riesgo de aborto, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer e incluso la muerte súbita en el lactante.

2

PARA QUE EL NIÑO/A NO SEA FUMADOR PASIVO ES ACONSEJABLE:

- Evitar siempre y en cualquier circunstancia estar expuesto al humo del tabaco: en casa, en el coche, en casa de familiares y amigos y en cualquier lugar público.
- Siempre que se pueda escoger ambientes libres de humo. Si el adulto del menor fuma, debe de hacerlo siempre fuera de cualquier lugar cerrado.
- Si se fuma en un balcón, se debe cerrar totalmente la puerta de acceso a la vivienda. Esto protegerá a todos/as de las consecuencias del tabaquismo pasivo.

Y RECUERDA LOS NIÑOS/AS NO DEBEN PAGAR LAS CONSECUENCIAS DE LOS ADULTOS.

31 DE MAYO DÍA MUNDIAL SIN TABACO LLERENA



31 Día Mundial
sin Tabaco

*¡No quiero
ser tu
fumador
pasivo!*

Los niñ@s son los más perjudicados por el humo del tabaco ya que no pueden evitar de forma voluntaria, la exposición al mismo

¿Qué contiene un cigarrillo?

Estos son sólo unos de los pocos químicos encontrados en el humo del cigarrillo:

