



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Ciclo LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TESIS FINAL

**TEMA: "REINGRESO PRECOZ DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS"**



Autoras: Alfaro, Daniela

Musri, Yamila

Palacio, Daniela

Mendoza, Tunuyán 2012

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.

Investigación aprobada
Integroante del Tribunal Examinador

Profesor Titular: Lic. Reyes María Rosa

Profesor JTP: Lic. Andrade Ana Magdalena

Mendoza, Tunuyán. Agosto de 2012

Prólogo

Hemos seleccionado el tema “reingreso precoz de pacientes pediátricos por patologías respiratorias” para la investigación, dado que es una realidad que no puede obviarse dentro del ámbito pediátrico y en la que hemos puesto énfasis en la búsqueda de una solución. En su gran mayoría los niños que reingresan son menores de dos años, por lo que la definimos como una población vulnerable.

Este tiempo compartido durante el cursado de la Licenciatura, nos ha permitido valorar dos grandes aspectos de la vida.

En primer lugar el afectivo; donde cada una de nosotras ha experimentado el acompañamiento de nuestras familias, el afecto y apoyo incondicional; sobre todo de nuestras hijas; por las cuales estamos transitando este desafío.

En segundo lugar el aspecto profesional; donde nos proporciona un crecimiento personal y enriquecimiento conceptual. La licenciatura nos brinda las herramientas necesarias para lograr un desempeño laboral de calidad, abordando las distintas realidades desde otras perspectivas.

INDICE GENERAL

	PAGINAS
CAPITULO 1	
Introducción	1
Planteamiento del problema	2
Objetivo General	6
Objetivos Específicos.....	6
Formulación del problema como pregunta.....	7
Justificación del problema.....	8
Marco teórico	10
Patologías respiratorias.....	10
Alteración de la oxigenación.....	14
Fundamentación teórica	15
Aspectos relevantes sobre patologías.....	17
Bronquiolitis.....	17
Epidemiología.....	18
Diagnostico	19
Tratamiento.....	21
Neumonía.....	24
Causas.....	25
Tipos de neumonías.....	25
Signos y síntomas.....	27
Prevención y Tratamiento	28
Test de APGAR	30
Inmunización.....	35
Objetivos	35
Esquemas.....	36
Importancia de la alimentación	43
Nutrición	43
Necesidades nutricionales del lactante de bajo peso al nacer	43
Consideraciones nutricionales.....	44

Nutrición en la infancia y la adolescencia.....	44
Planeación de la conducta alimentaria del lactante.....	46
Percentiles y curvas de crecimiento en los niños.....	47
¿Cómo leer gráficos de Percentilos de niños y bebés?.....	48
¿Cómo interpretar los resultados del percentil del bebé?	48
Altibajos en el percentil del bebé.....	49
Abordaje de pacientes pediátricos	50

CAPITULO 2

Diseño Metodológico	54
Tipo de estudio	54
Universo.....	56
Muestra	56
Variable.....	57
Formulación de hipótesis	59
Definición y operación de variables	60
Instrumento de recolección de datos	61
Técnicas de Análisis	61
Análisis, Procesamiento y análisis de datos	62

CAPITULO 3

Resultado, Discusión y Propuesta	98
Resultados.....	98
Interpretación de los resultados	102
Propuesta de acción	103

APENDICE Y ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

Índice de Tablas y Gráficos:

Procesamiento de Encuestas:	62
Tabla 1.1. Sexo de los pacientes reingresados.	62
Tabla 1.1.1. Tabla de Frecuencia.....	62
Grafico 1.1. Sexo de los entrevistados.....	62
Tabla 1.2. Peso actual de los pacientes reingresados.....	63
Tabla 1.2.1. Tabla de Frecuencia.....	63
Grafico 1.2. Intervalo del peso de los entrevistados.....	63
Tabla 1.3. Edad gestacional de los pacientes reingresados.	64
Tabla 1.3.1. Tabla de Frecuencia.....	64
Grafico 1.3. Intervalo de la edad gestacional de los entrevistados	64
Tabla 1.4. Peso al nacer de los pacientes reingresados.....	65
Tabla 1.4.1. Tabla de Frecuencia.....	65
Grafico 1.4. Intervalo del peso al nacer de los entrevistados	66
Tabla 1.5. Percentilos de los pacientes reingresados.....	66
Tabla 1.5.1. Tabla de frecuencias	66
Grafico 1.5. Percentilos de los entrevistados	67
1.6. Perímetro cefálico de los pacientes reingresados.....	67
Tabla 1.6.1. Tabla de frecuencias	67
Grafico1.6. Perímetro cefálico de los Entrevistados.....	68
Tabla 1.7. Talla de los pacientes reingresados.....	68
Tabla 1.7.1. Tabla de frecuencias	68
Grafico1.7. Grafico de la Talla de los entrevistados.....	69
Tabla 1.8. Tipo de alimentación de los Pacientes reingresados.	69
Tabla 1.8.1. Tabla de frecuencias	69
Grafico 1.8. Tipo de alimentación.....	70
Tabla 1.9. Controles Periódico y Vacunas	70
Tabla 1.9.1. Tabla de Frecuencias de controles periódicos	70
Tabla 1.9.2. Tabla de Frecuencias de vacunas.....	71

Grafico 1.9. Controles Periódicos y Vacunas.....	71
1.10. Antecedentes Patológicos.....	71
1.10.1. Tabla de Frecuencias de Enfermedades Crónicas.....	72
1.10.2. Tabla de Frecuencias de Medicación Habitual.....	72
Grafico 1.10. Enfermedades Crónicas y Medicación Habitual	72
1.11. Número de Hospitalizaciones	73
Tabla 1.11.1. Tabla de Frecuencias.....	73
Grafico 1.11.....	73
DATOS DE LA MADRE	
2.1. Estudios cursados.....	74
2.1.1. Tabla de Frecuencias.....	74
Grafico 2.1. Nivel de Estudios Alcanzados	74
2.2. Situación Laboral y Hábitos tóxicos	75
Tabla 2.2.1. Tabla de Frecuencias.....	75
Gráfico 2.2. Situación Laboral y Hábitos Tóxicos.....	76
2.3. Edad de la Madre.....	76
Tabla 2.3.1. Tabla de Frecuencias.....	76
Gráficos 2.3.....	77
DATOS DEL PADRE	
3.1. Estudios cursados.....	78
Tabla 3.1.1. Tabla de Frecuencias.....	78
Grafico 3.1.....	78
3.2. Situación Laboral y Hábitos Tóxicos	79
Tabla 3.2.1. Tabla de Frecuencias de Situación Laboral ..	79
Tabla 3.2.2. Tabla de frecuencias de Hábitos Tóxicos.....	79
Gráficos 3.2.....	80
3.3. Edad del Padre	80
Tabla 3.3.1 Tabla de Frecuencias.....	81
Gráficos 3.3.....	81
DATOS DE LA FAMILIA	
4.1. Antecedentes Patológicos.....	82

Tablas 4.1.1. Frecuencias de Enfermedades Crónicas....	82
Tabla 4.1.2. Frecuencias de Medicación Habitual.....	82
Gráficos 4.1.....	83
4.2. Integrantes de la Familia.....	83
Tablas 4.2.1. Tabla de Frecuencias	83
Grafico 4.2.....	84
4.3. Ingreso Económico Aproximado del Grupo Familiar.....	84
Tabla 4.3.1. Tabla de Frecuencias.....	84
Grafico 4.3.....	85
4.4. Obra Social y Plan Social.....	85
Tablas 4.4.1. Frecuencias de los que tienen Obra Social.....	85
Tabla 4.4.2. Frecuencias de los que tienen Plan Social	86
Grafico 4.4.....	86
4.5. Tipo de vivienda.....	86
Tabla 4.5.1 Tabla de Frecuencias.....	87
Grafico 4.5.....	87
4.6. Cantidad de habitaciones.....	87
Tabla 4.6.1. Tabla de Frecuencias.....	88
Grafico 4.6.....	88
4.7. Tipo de Calefacción:	88
Tabla 4.7.1. Tabla de Frecuencias.....	89
Grafico 4.7.....	89
4.8. Servicios Generales.....	89
Tabla 4.8.1. Tabla de Frecuencias de Luz	90
Tabla 4.8.2. Tabla de Frecuencias de Gas	90
Tabla 4.8.3. Tabla de Frecuencias de Cloacas	90
Tabla 4.8.4. Tabla de Frecuencias de Agua Potable	90
Grafico 4.8.	91
4. 9. Baño.....	91
Tabla 4.9.1. Tabla de Frecuencias.....	91
Grafico 4.9.....	92

4.10. Animales Domésticos.....	92
Tabla 4.10.1. Tabla de Frecuencias.....	92
Grafico 4.10.....	93
4.11. Cercanía al Centro de Salud.....	93
Tabla 4.11.1. Tabla de Frecuencias.....	93
Grafico 4.11.	94
4.12. Percentilos	94
Tabla 4.12.1. Frecuencias de Percentilos de pesos.....	95
Tabla 4.12.2. Frecuencias de Percentilos de talla.....	95
Tabla 4.12.3. Frecuencias de Percentilos de perímetro cefálico.....	95
Grafico 4.12.1.....	96
Grafico 4.12.2.....	96
Grafico 4.12.3.....	97

CAPÍTULO I

Introducción

La presente investigación fue realizada en el Hospital Antonio J. Scaravelli, más precisamente en el sector de pediatría, donde en la actividad cotidiana se ha observado el reingreso de niños por patologías respiratorias, determinando una población vulnerable o expuesta a sufrir un daño a los menores de 2 años.

Es necesario considerar los casos que reingresan pese a los avances en los tratamientos y cuidados posteriores a la hospitalización, dado que se continúan advirtiendo un gran número de reingresos, que no solo requieren de intervenciones más complejas, internaciones y en algunos casos, según el grado de severidad del cuadro, terminan en unidades de mayor complejidad.

Cabe destacar la importancia en el trabajo mancomunado del equipo de salud y la familia, para la atención. De esta manera se garantizará una recuperación eficaz.

Las infecciones respiratorias agudas son responsables de la muerte de cerca de 4 millones de niños por año, principalmente en países en vías de desarrollo como son Asia, África, y América Latina. La neumonía es la responsable de aproximadamente el 85% de todas las muertes por Infecciones Respiratorias Agudas, pero también contribuyen a esta la mortalidad por bronquiolitis, y complicaciones de vías aéreas superiores.

Planteamiento del Problema:

En el Servicio de Medicina Infantil, del Hospital A. J. Scaravelli; se ha detectado el incremento de reingresos, por patologías respiratorias, entre los períodos comprendidos entre 2010-2011; sin discriminar épocas del año. Si bien existe un flujo mayor de consultas e internaciones durante la época invernal; producto de las bajas temperaturas y los cambios climáticos. Estas internaciones comprenden niños desde los 28 días de vida hasta los 10 años inclusive; siendo la población más vulnerable los menores de 2 años.

Por lo general las consultas la realizan los padres por el servicio de guardia o consultorio externo, de acuerdo al horario al que se dirijan al nosocomio. Siendo en su gran mayoría padres que ya han tenido experiencias de internaciones anteriores con el mismo niño o con alguno de sus hijos menores. También acuden al hospital padres que consultan por primera vez, ansiosos y preocupados por cuadros que debutan con disnea; en sus hijos.

Dentro de las consultas se pueden destacar cuadros respiratorios comunes como lo son:

- ❖ Neumonías
- ❖ Bronquiolitis
- ❖ Síndrome post-bronquiolítico

De las cuales nos abocaremos en este trabajo de investigación.

Estas patologías son las principales protagonistas en la población infantil, provocando estados muy variados dependiendo del grado de afectación. El niño menor de dos años, y reduciendo la edad a niños de tan solo meses, responden de forma diferente ante cuadros respiratorios. Por lo general estas poblaciones requieren de una atención inmediata, que contemple un cuidado especial, y cierta habilidad para la detección de pautas de alarma, que permitan actuar en forma inmediata.

Una vez realizada la consulta y constatada la afección respiratoria mediante el examen físico, realizado por el profesional médico y los exámenes complementarios se decide la internación del niño. Al ingreso al servicio el personal de enfermería a cargo del turno; procede a realizar las indicaciones

correspondientes a cada patología específica y agregando acciones competentes al área de enfermería; donde se explica a procedimientos y controles que se aplicarán en el niño; el tipo de tratamiento y dependiendo de algunas indicaciones; se educa a los padres para que participen e intervengan en el cuidado de este. (Hacemos referencia al uso de aerosoles – Broncodilatadores-).

Cuando mejora el cuadro; durante la internación; y con una dinámica respiratoria estable el médico otorga el alta con un tratamiento ambulatorio, lo que implica que los padres serán partícipes directos y continuarán el proceso de curación en sus hogares. En estos casos el personal de enfermería es el encargado de proporcionar información necesaria y completa acerca de las pautas de alarma y reforzar conocimientos en relación al modo de administración de los medicamentos, el uso de aerosoles e incluso aclarar dudas respecto a las indicaciones médicas. Por lo general se cita a controles periódicos, que no superan las 48 horas, donde deben asistir al nosocomio, ya sea al servicio, o a consultorio externo. Y dependiendo del domicilio se realiza conexión directa con el centro de salud más próxima a su hogar. Y es aquí donde comienza la problemática. En muchos de los casos se pierde contacto directo con los pacientes y llegan al reingreso por diversas causas.

Consideramos reingreso precoz a los casos que consultan por el mismo cuadro respiratorio, dentro del mes de otorgada el alta médica; donde ha tenido un período de recuperación ambulatoria, y que requiere de hospitalización para revertir el mismo.

Como hacíamos referencia con anterioridad, la población más vulnerable son los menores de dos años, donde su autocuidado depende totalmente de sus padres o personas a cargo; por lo que podemos pensar en factores de riesgos directos. Entre ellos el escaso nivel de instrucción, lo que no favorece la comprensión del estado general del niño, no logran detectar pautas que indiquen el deterioro de salud y por ende, en muchas ocasiones sus complicaciones. Otro factor y no menos importante, que hemos detectado en la actividad diaria, en la entrevista con los padres y en el trato directo con el niño; son los factores socioculturales, donde se ponen de manifiesto sus hábitos,

costumbres y comportamientos, que son difícilmente modificables. Por lo general esto lleva a interrumpir el proceso de tratamiento y recuperación.

Cabe destacar que en la mayoría de los casos existe una relación directa con niños que viven dentro de un núcleo familiar, con un alto grado de riesgo social lo que implica escaso compromiso con el cuidado.

Al presentar ciclos de hospitalización prolongados, se logran conocer datos relevantes; como conocer que un gran número de los reingresos no cuentan con cobertura social, por lo que ven la necesidad de asistir al centro de salud más próximo a su domicilio o trasladarse hasta el hospital en busca de asistencia médica. En relación a condiciones de habitabilidad, cuentan con viviendas precarias, que enmarcan espacios físicos insalubres, métodos de calefacción inapropiados, hacinamiento, carecen de servicios generales y sanitarios que complican aún más el cuidado. Y a su vez se agrega el factor viral positivo, que favorece la exposición.

En cuanto al estado nutricional, basado en las medidas antropométricas y en la comparación con las tablas estándar nos encontramos con niños con bajo peso, con percentilos por debajo del nivel acorde con la edad; y entre los datos peri natales notamos carnet de vacunas incompletas, que requieren de una reprogramación de fechas para completar la vacunación correspondiente.

Saliendo de los factores de riesgo en relación directa al niño, podemos mencionar el incremento de la agresividad de los microorganismos, considerando la evolución tórpida de algunos cuadros respiratorios, donde se torna una recuperación lenta y prolongada.

La morbilidad y mortalidad de enfermedades respiratorias en niños menores de 2 años ha sido motivo de preocupación para la salud pública.

Desde hace vario tiempo, se ha trabajado por disminuir la tasa de mortalidad infantil, impulsando acciones como el control de enfermedades e inmunizaciones, entre otras.

La problemática de las infecciones respiratorias es compleja en relación a su incidencia y rápida evolución. Es fundamental la detección de signos y un diagnóstico oportuno, como así también darle crédito a la educación de los padres a fin de que puedan adquirir cierta habilidad en el manejo de pautas de

alarma y cuidado posterior a una internación. Con el fin de que realicen una consulta temprana; que en ocasiones por desconocimiento de signos de alerta, ponen en riesgo la vida del niño.

El trabajo de todo el equipo de salud, abocado al sector pediátrico está orientado a brindar herramientas necesarias para lograr el control de los reingresos.

✚ **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar los factores socio-culturales, económicos y particulares que inciden en el reingreso precoz de pacientes pediátricos por patologías respiratorias.

✚ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Detectar factores de riesgo en la población infantil.
- Determinar situaciones particulares que produzcan el reingreso precoz
- Evaluar la eficacia de las acciones terapéuticas y el cuidado posterior a la hospitalización.

Formulación del problema como pregunta:

¿QUÉ FACTORES DE RIESGO FAVORECEN EL REINGRESO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS, ENTRE EL PERÍODO 2010-2011, EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI?

Justificación del problema:

Las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 2 años.

Lo que motiva la investigación de esta problemática es la detección de reingresos precoces, en el sector de pediatría, en niños menores de 2 años por patologías respiratoria, donde luego del período de recuperación; una vez otorgada el alta médica, reingresan dentro de los 10-30 días; y en ocasiones en condiciones de regular a mal estado general, donde se intenta reevaluar la situación en particular, mejorar el estado, compensarlo y a veces requieren de tratamientos más complejos donde terminan siendo trasladados a unidades de mayor complejidad.

Cabe destacar que en la mayoría de los casos existe una relación directa con niños que viven dentro de un núcleo familiar, con un alto grado de riesgo social, lo que implica escaso compromiso con el tratamiento y cuidado posterior de niño.

Un gran número de los reingresos no cuentan con cobertura social, por lo que ven la necesidad de asistir a centros de salud más próximo a su domicilio o al hospital en busca de asistencia médica. Otro de los factores y no menos importante son las condiciones de habitabilidad, donde las viviendas son precarias, viven en hacinamiento, carecen de servicios sanitarios, lo que complica aún más el cuidado. Y a su vez se agrega el factor viral positivo, que favorece la exposición.

Si llevamos esta información a datos cuantitativos podemos decir que:

➤ Internaciones entre los meses de enero - diciembre por patologías respiratorias en el período 2010:

- Total de internaciones: 258 niños
- Reingresos por patologías respiratorias: 50 niños
- Corresponde al 19,38% de reingresos respecto del total de población infantil.

- **Reingresos en menores de 1 año:**
 - Total de reingresos: 50 niños
 - Reingresos menores de 1 año: 36 niños.
 - Corresponde al 72% de la población total de reingresos en la población infantil.
- **Internaciones entre los meses de enero- diciembre por patologías respiratorias en el período 2011:**
 - Total de Internaciones: 260 niños
 - Reingresos por patologías respiratorias: 46 niños.
 - Corresponde al 17,69% de la población total de reingresos en la población infantil.
- **Reingresos de menores de 1 año:**
 - Total de internaciones: 46 niños.
 - Reingresos menores de 1 año: 20 niños.
 - Corresponde al 46,47% de la población total de reingresos por patologías respiratorias.

Estos datos cuantitativos no incluyen las complicaciones, que derivan en traslados a Centros de mayor complejidad; como lo es el derrame pleural, y que constituyen otra causa de reingreso al nosocomio para continuar y finalizar tratamiento. La cual no se hará referencia en esta investigación.

MARCO TEÓRICO

PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

En pediatría se suele hablar de reingreso precoz, especialmente en patologías respiratorias, debido a que el aparato respiratorio es el más susceptible a recidiva, de todos los sistemas.

Teniendo en cuenta el efecto de algunas enfermedades en el niño podemos clasificarla en agudas y crónica:

Agudas: durante la infancia muchas de las necesidades son de origen agudo, las infecciones de origen respiratorio son extraordinariamente comunes, entre otras como gastroenteritis, otitis media, exantemas, conjuntivitis, síndromes virales y fiebres. A causa de la capacidad del organismo del niño la recuperación de estas enfermedades es relativamente rápida.

Crónicas: en los niños e presentan también enfermedades crónicas, la cronicidad de una enfermedad puede tener graves consecuencias para el niño. Es de suma importancia, al realizar el análisis de reingreso precoz en pacientes pediátricos por patologías respiratorias, definir básicamente a qué se denomina Síndrome de dificultad respiratoria. Es esencial contar con una definición precisa para poder determinar la incidencia, los factores de riesgos asociados con su desarrollo, y lograr así abordarla en forma temprana.

El Síndrome de dificultad respiratoria (SDR), es una entidad clínicamente definida que describe la severidad del daño alveolar producida por daño pulmonar directo o indirecto. Los elementos desencadenantes más frecuentes comprenden, neumonías de tipo bacteriana o viral, bronco aspiraciones, sepsis, neumonías aspirativas, traumas, etc. En 1967, se describe por primera vez el síndrome como una entidad clínica definida por Ashbaugh y colegas, quienes reportaron un grupo de 12 pacientes con alteración en la oxigenación, infiltrados bilaterales en las radiografías de tórax y disminución en la distensibilidad pulmonar. En 1992, en una Conferencia, consenso de Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), la American Thoracic Society y la European Society of Intensive Care Medicine (ATS-ESICM) decidieron que el Síndrome debería volver a denominarse dificultad respiratoria aguda, en lugar de SDR debido al reconocimiento del hecho de que podía ocurrir en pacientes

de cualquier edad. El SDRA se caracteriza por un inicio agudo, hipoxemia severa, y hasta infiltrados.

En los últimos años se han propuesto nuevas definiciones que identifican de manera temprana a los pacientes con daño pulmonar. La (ATS-ESICM) estandarizó la definición en función de los diferentes daños pulmonares y el grado de alteración de la oxigenación. Podemos asumir entonces al SDR como el signo que manifiesta una infección del aparato respiratorio causado por microorganismos con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más signos clínicos como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, disnea y sibilancias.

Cabe destacar que las infecciones respiratorias agudas constituyen la 1ª causa de consulta pediátrica en América Latina con una mortalidad que supera el 50 % y la necesidad de utilización de antibiótico en más del 20%, con una consecuente repercusión económica. Al mismo tiempo que constituye un ausentismo laboral de padres y afecciones sociales en relación con la situación de estrés que provoca una hospitalización, tanto para el niño como para su familia.

Varios estudios Internacionales y literaturas especializadas reportan que el bajo peso al nacer, la edad menor a 2 años, (considerándola población vulnerable o susceptible); la desnutrición, y la lactancia materna inapropiada son algunos de los factores de riesgos más importantes en la aparición, transmisibilidad, duración y evolución de las infecciones respiratorias en niños. A medida que aumenta el número de factores de riesgo se incrementa el riesgo de morbilidad grave, y consecuentemente la muerte; por lo que se debe estar alerta al momento de la atención.

Cuando se valora la situación de salud del niño, debemos en una primera instancia detectar la necesidad alterada, para poder trabajar en función de la misma. Es aquí donde la enfermería cumple un papel fundamental, al complementar esa necesidad insatisfecha. Para ello citaremos la teoría "Jerarquía de las necesidades humanas"; teoría propuesta por Abraham Maslow en su obra. Donde formula una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres

humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados. La escala de las necesidades de Maslow se describe a menudo como una pirámide que consta de cinco niveles, los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como “necesidad de déficit”, al nivel superior lo denominó “autorrealización”, “motivación de crecimiento”, o “necesidad de ser”. La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, la necesidad de ser es una fuerza impelente continua. La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores.

En el caso que estamos analizando, centraremos nuestro interés en dos necesidades específicas; que se contemplan a la hora de abordar los pacientes pediátricos:

- ❖ **Necesidades básicas:** son necesidades fisiológicas que permiten mantener la homeostasis. Entre ellas necesidad de respiración u oxigenación.
- ❖ **Necesidades de seguridad y protección:** estas surgen cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas. Son las necesidades de sentirse seguro y protegido, incluso desarrollar ciertos límites en cuanto al orden. Dentro de ellas encontramos:
 - Seguridad física y de salud.
 - Seguridad de empleo, de ingresos y recursos.
 - Seguridad moral, familiar y de propiedad privada.

Estas necesidades estarían en relación directa al momento de trabajar con poblaciones infantiles, teniendo en cuenta no solo su afectación orgánica, sino lo fundamental que resulta la compañía de su entorno y el hecho de sentirse tranquilo y resguardado, dentro de lo que se puede esperar en una hospitalización. A su vez la importancia que le da la familia en ese momento; dado que altera todo un esquema y desestructura la actividad cotidiana, esto implica en ocasiones contar con recursos económicos (en la mayoría de los casos no disponibles), materiales, y tiempo que demanda el cuidado de un niño.

Dentro de las necesidades básicas de todo individuo, encontramos la necesidad de oxigenación, donde daremos una breve explicación de la normalidad de este aspecto.

El aparato respiratorio y el sistema cardiovascular tienen como última función, la oxigenación y el aporte de nutrientes a todas las células del organismo. El oxígeno del aire pasa por la vía aérea hasta el pulmón, donde se produce el intercambio gaseoso, el oxígeno pasa a la sangre y el dióxido de carbono de ésta pasa al pulmón para ser expulsado. El oxígeno es transformado unido a la hemoglobina de los hematíes distribuyéndose por las células junto a los nutrientes. A su vez la sangre recoge el dióxido de carbono y las sustancias de desecho metabólico para que sean eliminadas al pasar por los pulmones, el hígado y riñón.

Para que se produzca un correcto funcionamiento de los sistemas son necesarias, la integridad anatómica y la adecuada funcionalidad de todos sus aparatos.

El aire que se respira habitualmente tiene una concentración de oxígeno del 21% y penetra hacia los pulmones gracias a los movimientos inspiratorios de los músculos intercostales y al diafragma. Normalmente se producen unas 6-9 respiraciones por minuto, en reposo, pero diferentes factores hacen que el centro regulador respiratorio del sistema nervioso central, aumente la frecuencia con el objeto de mantener las presiones parciales de oxígeno y dióxido de carbono en los valores adecuados. El aire se distribuye por todo el pulmón y al llegar a los alvéolos se produce el intercambio (con la sangre), de oxígeno por dióxido de carbono. La hemoglobina de los hematíes tiene gran afinidad por el oxígeno, lo atrapa en los capilares alveolares y los transporta hasta los tejidos. Normalmente, la sangre contiene un número de hematíes suficiente para garantizar el aporte necesario de oxígeno (entre 4 y 5 millones por milímetro cúbico, a menudo, más en hombres que en mujeres; y más en los adultos que en los niños).

Para que la sangre se distribuya por todo el árbol vascular, el corazón ha de bombearse eficazmente. Con cada latido (sístole) se contrae, y se relaja (diástole); rítmicamente unas 60 a 80 veces por minuto en reposo, y en caso de

mayor demanda, a más velocidad, regulado por el sistema nervioso autónomo. Por el corazón normalmente circulan 5 litros de sangre por minuto y para que llegue a los tejidos y órganos se necesita la integridad del sistema vascular. Este permanece permeable aportando sangre oxigenada a través de las arterias y recogiendo la no oxigenada por las venas.

Existen factores que influyen en la oxigenación. Podemos dividirlos en dos grandes grupos:

- **Fisiológicos:** se desarrolla conforme al organismo. Las necesidades aumentan al mismo tiempo que los hace el aporte, con algunas excepciones. El recién nacido prematuro, debido a la inmadurez del sistema respiratorio es incapaz de sentir el factor tensioactivo que permite que el alveolo realice su función sin colapsarse, lo que origina la enfermedad de la membrana hialina¹; que se manifiesta con la falta de oxígeno en el bebé. En los niños pequeños es relativamente frecuente la insuficiencia respiratoria ocasionada por alérgenos² e infecciones.

En general las necesidades de oxígeno aumentan en todas las personas, y en todas las edades.

- **Patológicos:** cualquier alteración del sistema cardiorrespiratorio, ya sea de forma local o generalizada, origina un menor aporte de oxígeno a los tejidos e isquemia, necrosis y muerte celular, si la alteración se mantiene en el tiempo suficiente. Dentro de las principales causas de hipoxia pulmonar encontramos las enfermedades intersticiales, inflamatorias e infecciosas.

Alteraciones de la oxigenación:

La **hiperventilación** es un trastorno ocasionado por el aumento excesivo de respiraciones que ocasiona una disminución de la presión parcial de dióxido de

¹ Enfermedad de membrana hialina: trastorno encontrado en el recién nacido prematuro, provocado por la insuficiencia en la producción del surfactante, aunado a la falta de desarrollo pulmonar.

² Alérgenos: sustancia capaz de producir una reacción de hipersensibilidad en el organismo, pero no necesariamente perjudicial por sí misma.

carbono por debajo de lo normal. Las causas pueden ser psicológicas (ansiedad), y físicas (acidosis, infecciones, hipoxia, fármacos).

La **hipoventilación** es un desequilibrio de la ventilación en la que aparece una hipoxemia³ y un acumulo de dióxido de carbono, las causas más frecuentes son atelectasia pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos neurológicos, trastornos musculoesqueléticos respiratorios, apneas; donde el paciente puede presentar disnea, mareos, cefaleas, vómitos, desorientación, arritmias, trastornos a nivel de conciencia, coma y hasta la muerte.

La **hipoxia** es la consecuencia de un aporte insuficiente de oxígeno a las células. Los signos de hipoxia se traducen en disnea, ansiedad, mareos, debilidad, alteración de la conciencia, en diversos grados. (dependiendo de la falta de oxígeno). El niño con hipoxia presenta aumento de la frecuencia cardíaca, y frecuencia respiratoria, cianosis (que se determina por el color azulado de labios y matriz ungueal). En casos severos se observa dificultad respiratoria máxima, con la utilización de la musculatura accesoria de la respiración, alteración del nivel de conciencia y cianosis generalizada.

Fundamentación Teórica:

Se considera enfermedad respiratoria aguda a todo proceso inflamatorio e infeccioso del aparato respiratorio ocasionado por gérmenes virales o bacterianos de menos de 15 días de evolución; caracterizado por la presencia de tos, y disnea (dificultad respiratoria). Puede ir acompañado de fiebre o no; además de otros síntomas y signos catarrales. (Dr. José Alberto Correa).

El Programa de Infecciones Respiratorias Agudas, describe una clasificación simplificada de las infecciones según la gravedad:

- **Caso leve:** presencia de uno o más de los siguientes signos y síntomas; secreción y obstrucción nasal, garganta roja (irritada), tos y ronquera.
- **Caso moderado:** presencia de dolor y secreción de oídos (otalgia), garganta con puntos o placas de pus, ganglios palpables y dolorosos. Frecuencia respiratoria de 50-60 por minuto (taquipnea).

³ Hipoxemia: déficit anormal de oxígeno en sangre arterial.

- **Caso grave:** presenta aleteo nasal, tiraje intercostal, subcostal, y supraclavicular, quejido, taquipnea, estridor y cianosis.

Otro dato relevante en la valoración de los niños a tener en cuenta es su estado nutricional (desnutrición y grado del mismo); si existiese deshidratación, rechazo parcial o total del alimento (pecho materno o fórmula); debilidad y palidez, además de los signos y síntomas mencionados con anterioridad.

La fiebre puede o no estar presente en cualquier cuadro respiratorio, no es indicativo de gravedad.

A continuación se describirán algunas enfermedades respiratorias en las cuales hemos enmarcado nuestra investigación.

Bronquiolitis

Se define como la inflamación de los bronquiolos, por lo general es secundaria a una infección viral. La bronquiolitis viral es la más frecuente de las infecciones de las vías respiratorias de lactantes y niños hasta los 2 años de vida. El agente infeccioso más comúnmente identificado es el virus sincitial respiratorio (VSR). También se han identificado adenovirus, metaneumovirus humano, virus de la gripe, y virus parainfluenza.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la bronquiolitis empieza con una infección aguda de las células epiteliales que recubren los bronquiolos dentro de los pulmones. Esa infección provoca edema, mayor producción de moco, y eventualmente necrosis y regeneración de esas células. La bronquiolitis se presenta clínicamente con rinitis, tos, taquipnea, uso de músculos respiratorios accesorios, hipoxia, y en la auscultación, sibilancias y crepitantes de grados variables.

La bronquiolitis se evalúa y se trata con estrategias muy variables. Si bien es un síndrome clínico bien reconocido, a menudo se piden estudios adicionales, como aislamiento del virus, pruebas hemáticas, y Rx de tórax pese a que aportan poco al diagnóstico. La mayoría de las intervenciones no influyen de manera significativa en la duración de la hospitalización, la gravedad de la evolución clínica o las consecuencias ulteriores, como episodios recurrentes de sibilancias, o en última instancia, el diagnóstico de asma. En 2006, la AAP⁴ dio a conocer normas de práctica clínica para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la bronquiolitis. Esas normas se basan en la evidencia disponible en la actualidad y en la opinión de expertos cuando es necesario. Si se cumplen las normas de práctica clínica de la AAP, es posible que se soliciten menos pruebas diagnósticas innecesarias; que los médicos tratantes se centren en intervenciones terapéuticas efectivas y que los familiares que

⁴ Academia Americana de Pediatría

atienden a los niños con bronquiolitis tengan una orientación anticipada adecuada.

Epidemiología:

La infección por el VSR, la etiología más común de la Bronquiolitis, se asocia con más de 90000 hospitalizaciones por año, cuyo coste para niños menores de un año se ha estimado en más de 700 millones de dólares en EEUU, donde las hospitalizaciones por bronquiolitis han ido aumentando en los últimos 10 años. Para la mayoría de los niños previamente sanos, la bronquiolitis es una enfermedad que se cura de manera espontánea y responde bien a los cuidados de apoyo instituidos en el hogar. Por el contrario los niños pequeños y los que ya tienen una enfermedad médica constituyen una población vulnerable que puede requerir hospitalización.

El principal factor de riesgo de hospitalización es la edad. La mayoría de los pacientes hospitalizados tienen menos de un año de vida. Los menores de 3 meses están más expuestos a presentar apneas y dificultad respiratoria grave. Otro factor es la prematuridad, sobre todo cuando se asocia a un diagnóstico previo de síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Los niños con cardiopatías congénitas no reparada, sobre todo en asociación con aumento de flujo sanguíneo pulmonar y aquellos con neuropatía crónica tienen menos reserva pulmonar, por lo cual es menos probable que deban ser hospitalizados durante un episodio de bronquiolitis aguda. Los niños nacidos con malformaciones de las vías respiratorias, como laringomalacia, traqueo malacia, labio leporino o fisura palatina, pueden necesitar medidas de apoyo para tratar el aumento de secreciones de vías aéreas superiores asociado con la bronquiolitis. También los niños con trastornos neurológicos asociados con distonía pueden requerir intervenciones de apoyo adicionales para tratar las secreciones. Si bien los niños con enfermedades preexistentes mencionadas antes están más expuestos a sufrir bronquiolitis graves, la mayoría de los niños fallecidos a causa de infección por el VSR no presentaban patologías médicas preexistentes.

Diagnóstico:

La bronquiolitis debe ser diagnosticada en función de los antecedentes y el examen físico. No se recomienda efectuar de rutina estudios de laboratorio o radiológicos para avalar el diagnóstico. Por lo general, los pacientes llegan a la consulta con antecedentes de síntomas de infección de vías aéreas respiratorias superiores. Tras los síntomas prodrómicos de las vías respiratorias altas, aparecen los de las vías respiratorias inferiores, como tos, taquipnea, y mayor esfuerzo respiratorio. Las características físicas visibles son la congestión nasal, la rinorrea, la tos, la taquipnea y el aumento del esfuerzo respiratorio, que se manifiesta por el aleteo nasal, el quejido espiratorio y el tiraje intercostal, supracostal, y subcostal. La auscultación revela diversos signos, como crepitantes, sibilancias, y ruidos referidos de la vía aérea alta. En los lactantes muy pequeños, sobre todo en los nacidos prematuros, la apnea sola puede ser el signo inicial, así como una complicación de la bronquiolitis.

La presentación de la bronquiolitis puede variar desde una leve taquipnea leve hasta la insuficiencia respiratoria inminente. Los hallazgos del examen físico reflejan el carácter dinámico de la enfermedad, pues a menudo cambian mucho a lo largo de los exámenes sucesivos. Una frecuencia respiratoria acelerada es el primero y el más sensible de los cambios de los signos vitales. Además, los pacientes pueden tener taquicardia a causa de la deshidratación e hipoxemia de grados variables. En la actualidad, no existen normas sólidamente fundadas para correlacionar los parámetros de los signos vitales o los resultados del examen físico con la evolución clínica, quizá debido a la gran variabilidad de los hallazgos físicos de estos pacientes. La frecuencia respiratoria, el esfuerzo respiratorio y la hipoxia son los parámetros de máxima significación clínica para determinar la gravedad de la enfermedad y deberían ser evaluados de forma regular en todos los pacientes con bronquiolitis.

La bronquiolitis evoluciona con un patrón característico. Es esperable que los síntomas clínicos empeoren y lleguen a su máxima intensidad entre el tercero y cuarto día de la enfermedad. "Los días de la enfermedad" son una variable

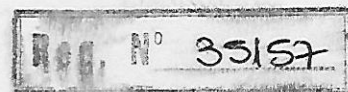
importante para ofrecer una orientación anticipada a los familiares responsables del manejo extrahospitalario y para tomar decisiones respecto de la hospitalización y el alta de los pacientes.

Las radiografías de tórax no se recomiendan de rutina para el diagnóstico. Las de los pacientes con bronquiolitis a menudo muestran alteraciones, como hiperinsuflación, zonas de atelectasias, e infiltrados. Estas anomalías no se correlacionan con la gravedad de la enfermedad ni orientan sobre el tratamiento. Además pueden llevar a que se prescriban de manera apresurada antibióticos innecesarios para una neumonía bacteriana primaria o concurrente que se creyó visualizar, pero que es rara en asociación con una bronquiolitis viral. No se recomiendan los estudios virológicos para el diagnóstico de la bronquiolitis, ni agentes antivirales para tratarla. Por consiguiente, la identificación de un determinado agente infeccioso no incide en el manejo clínico. Como muchos agentes infecciosos pueden causar la misma presentación clínica, las pruebas virológicas son útiles cuando se necesita la información que proporcionan para agrupar a los pacientes infectados por el mismo virus. Los procedimientos de aislamiento se deben basar en los signos clínicos, independientemente de las pruebas virológicas.

Los pacientes de más de 60 días de vida con bronquiolitis y fiebre tienen un bajo riesgo de infección bacteriana seria (IBS). Esto debe tranquilizar al médico tratante, al confirmarle que en los casos habituales no se requieren estudios complementarios adicionales ni la administración de antibióticos.

A menudo se hospitaliza a los lactantes menores de 60 días de vida con sintomatología clínica de bronquiolitis y fiebre para efectuarles una investigación completa para sepsis⁵, en busca de una posible infección bacteriana severa, como infecciones urinarias (ITU), bacteriemia y meningitis. La evaluación y el tratamiento para sepsis han sido asociados con el descontento de los padres, el aumento de la resistencia a los antibióticos, y complicaciones yatrógenas. En la actualidad, no hay normas para el tratamiento de lactantes pequeños febriles con una infección viral obvia, incluida la bronquiolitis. De acuerdo con los estudios recientes, actualmente el

⁵ Sepsis: infección. Contaminación.



riesgo de IBS es más bajo para los lactantes que llegan a la consulta con fiebre y se les diagnostica bronquiolitis que aquellos que se presentan con fiebre sola. La mayoría de estos estudios son retrospectivos y se basan en muestras poco numerosas de lactantes febriles de menos de 60 días de vida.

Todavía no se ha llegado a un acuerdo con respecto al tratamiento de la bronquiolitis clínica de lactantes pequeños febriles. En el más grande de los estudios prospectivos que investigó la incidencia de IBS en lactantes febriles menores de 60 días de vida con bronquiolitis se llegó a la conclusión de que estos pacientes tienen un riesgo bajo, pero real de presentar IBS concomitantes, las que se diagnostican con más frecuencia son las urinarias.

De acuerdo con los estudios actuales, el riesgo de IBS para lactantes de 30 días de vida o menos sigue siendo significativo y no cambia con el diagnóstico de bronquiolitis. Estos lactantes deben seguir recibiendo tratamiento conservador para la fiebre, incluida una evaluación completa en busca de IBS y antibiótico terapia empírica.

Tratamiento:

Hay múltiples intervenciones terapéuticas posibles para la bronquiolitis; se han administrado, por ejemplo. Broncodilatadores, corticoides, fármacos antivirales, fármacos antibacterianos, fisioterapia respiratoria, aspiración nasal, y gotas descongestivas. Aunque las opciones son muchas, no se ha demostrado que ninguna de ellas influya en forma significativa sobre la duración de la enfermedad, la gravedad de la evolución clínica o las secuelas clínicas, como las sibilancias posbronquiolitis. Las estrategias terapéuticas más modernas para la bronquiolitis favorecen claramente las medidas de apoyo, en especial la hidratación y la oxigenación.

Es indispensable evaluar el estado de hidratación de todos los lactantes con bronquiolitis, pues la taquipnea, las secreciones copiosas, la fiebre y las dificultades para alimentarlos contribuyen a que se deshidraten. Pueden requerir rehidratación con soluciones intravenosas, y continuar con los líquidos intravenosos o la alimentación por sonda nasogástrica hasta que puedan

alimentarse mejor. Se ha sostenido que la bronquiolitis es un estímulo independiente para la liberación de hormona antidiurética. Por consiguiente, si los bebés reciben soluciones hipotónicas pueden presentar hiponatremia yatrógena, de modo que para disminuir este riesgo, conviene administrarles líquidos isotónicos. La alimentación por sonda nasogástrica puede ser beneficiosa para el apoyo nutricional de los lactantes con bronquiolitis grave, hasta mejorar tolerancia oral.

La bronquiolitis se caracteriza por grados variables de hipoxemia debida a la difusión deficiente a través de la membrana alvéolo capilar y a la discordancia entre la ventilación y la perfusión causada por el taponamiento heterogéneo de los bronquiolos distales. La oxigenoterapia es una intervención terapéutica clave. La finalidad última de mantener una saturación de oxígeno en la sangre normal; es prevenir la hipoxia o la insuficiente llegada de oxígeno al tejido metabólico activo. Hay marcadas discrepancias con respecto al límite inferior de las saturaciones toleradas por pacientes con un proceso respiratorio primario. Algunos autores abogan por una saturación por oximetría de pulso de 92% o más para pacientes previamente sanos. Para otros la oximetría de pulso de más del 90% es aceptable, pues hacen notar que en la curva de disociación de la oxihemoglobina esos valores todavía se asocian con una llegada de oxígeno adecuada. La necesidad de oxigenoterapia y su duración se deben determinar en función de una evaluación completa del paciente.

El día de enfermedad que curse cada paciente puede ayudar al médico a decidir si el paciente necesita que se le aumenten o se le disminuyan las medidas de sostén, incluida la oxigenoterapia. Es esperable que en el día 3 o 4, un paciente que está mejorando clínicamente tenga descensos intermitentes de la saturación por oximetría de pulso, que no deben llevar de manera automática a que se continúe o se reinstituya la oxigenoterapia. La reiniciación de oxígeno complementario muchas veces hace que se prolongue la hospitalización y puede no ofrecer beneficios significativos. Se debe interrumpir la oxigenoterapia una vez que las saturaciones por oximetría de pulso aumentan al 90-92% la mayor parte del tiempo y el paciente muestra una

mejoría clínica general, que se manifiesta por la alimentación adecuada y mejor dinámica respiratoria.

La neumonía es una infección de los pulmones que afecta a las paredes y sacos de aire (alvéolos) y los vasos sanguíneos.

Hay un número de factores que pueden causar la enfermedad, pero la mayoría son bacterias. Otras causas incluyen virus, hongos y parásitos. La enfermedad puede ser una infección primaria, lo que significa que es la primera vez que la persona se enferma, o secundaria, lo que significa que es una infección que ocurre después de otra enfermedad. Los síntomas de la enfermedad incluyen fiebre, tos, dificultad para respirar y dolor en el pecho. La enfermedad puede ser grave y, en algunos casos, puede ser fatal. El diagnóstico se realiza mediante una radiografía de tórax y análisis de sangre y orina. El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y puede incluir antibióticos, medicamentos para reducir la fiebre y medicamentos para aliviar el dolor.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza mediante una radiografía de tórax y análisis de sangre y orina. El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y puede incluir antibióticos, medicamentos para reducir la fiebre y medicamentos para aliviar el dolor. La enfermedad puede ser grave y, en algunos casos, puede ser fatal. El diagnóstico se realiza mediante una radiografía de tórax y análisis de sangre y orina. El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y puede incluir antibióticos, medicamentos para reducir la fiebre y medicamentos para aliviar el dolor. La enfermedad puede ser grave y, en algunos casos, puede ser fatal. El diagnóstico se realiza mediante una radiografía de tórax y análisis de sangre y orina. El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y puede incluir antibióticos, medicamentos para reducir la fiebre y medicamentos para aliviar el dolor.

La enfermedad puede ser grave y, en algunos casos, puede ser fatal. El diagnóstico se realiza mediante una radiografía de tórax y análisis de sangre y orina. El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y puede incluir antibióticos, medicamentos para reducir la fiebre y medicamentos para aliviar el dolor. La enfermedad puede ser grave y, en algunos casos, puede ser fatal. El diagnóstico se realiza mediante una radiografía de tórax y análisis de sangre y orina. El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y puede incluir antibióticos, medicamentos para reducir la fiebre y medicamentos para aliviar el dolor. La enfermedad puede ser grave y, en algunos casos, puede ser fatal. El diagnóstico se realiza mediante una radiografía de tórax y análisis de sangre y orina. El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y puede incluir antibióticos, medicamentos para reducir la fiebre y medicamentos para aliviar el dolor.

La enfermedad puede ser grave y, en algunos casos, puede ser fatal. El diagnóstico se realiza mediante una radiografía de tórax y análisis de sangre y orina. El tratamiento depende de la causa de la enfermedad y puede incluir antibióticos, medicamentos para reducir la fiebre y medicamentos para aliviar el dolor.

Neumonía:

La neumonía es una infección en los pulmones que afecta a los pequeños sacos de aire (alvéolos), y a los tejidos circundantes.

Varios millones de personas desarrollan neumonía y un gran número muere cada año. Con frecuencia la neumonía puede ser una enfermedad Terminal en personas que padecen otras enfermedades crónicas graves. Es la sexta causa más frecuente de muerte y la infección mortal más frecuente que se adquiere en los hospitales. En los países en vías de desarrollo, la neumonía es la causa principal de muerte y sólo la segunda después de la deshidratación causada por la diarrea aguda.

El ámbito en el cual se desarrolla la neumonía es uno de los datos de mayor importancia para el médico. La neumonía puede desarrollarse en personas que viven en la misma comunidad (neumonía adquirida en la comunidad), que han estado hospitalizadas (neumonía nosocomial), o que se encuentran recluidas en centros de cuidados médicos (neumonía institucional). El lugar donde se adquiere, a menudo ayuda a determinar qué microorganismo es el responsable de la neumonía. Dependiendo del microorganismo infectante, suele existir la diferencia en la gravedad de la neumonía y en el tipo de tratamiento (fármacos orales en el domicilio o fármacos intravenosos en el hospital).

Resulta muy importante evaluar si la neumonía se produce en una persona sana, o si ésta se da en alguien que tiene un sistema inmunológico deficiente. La persona que presenta un sistema inmunológico deficiente es mucho más propensa a contraer neumonía, inclusive neumonía causada por microorganismos poco habituales; puede que estas personas no respondan al tratamiento tan bien como lo haría alguien con un sistema inmunológico sano. Otras circunstancias predisponen ciertas personas a la neumonía, tales como el alcoholismo, el tabaquismo, la diabetes, la insuficiencia cardíaca, y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Las poblaciones de más alto riesgo o considerados vulnerables son los niños los ancianos.

Causas:

La neumonía no es una enfermedad única, sino muchas enfermedades diferentes, cada una de ellas causada por un microorganismo distinto, bien sea éste una bacteria, virus, o un hongo. Por lo general la neumonía comienza tras una inhalación de un microorganismo que llega al pulmón, pero a veces la infección llega por el torrente sanguíneo o migra a los pulmones directamente desde una infección cercana, también puede deberse a la retención de moco. La neumonía puede aparecer después de una cirugía, especialmente de cirugía abdominal, o de un traumatismo, sobre todo una lesión de tórax, debido a la consecuente respiración superficial, a la disminución de la capacidad para toser y a la retención de moco.

Tipos de neumonías:

- ❖ **Neumonía adquirida en la comunidad:** el estreptococo es la bacteria más frecuente. Otras incluyen *Haemophilus influenzae*, *Legionella*, *Mycoplasma*, *Chlamydia*, y ciertos virus. Este tipo de neumonía por lo general se presenta en jóvenes y ancianos.
- ❖ **Neumonía neumocócica:** (*streptococcus pneumoniae*) comienza generalmente después de una infección vírica del tracto respiratorio superior (un resfriado o una gripe), haya dañado los pulmones lo suficiente para permitir que los neumococos infecten la zona. Este tipo de neumonía es muy común en personas muy jóvenes, ancianos y personas con enfermedades graves.
- ❖ **Neumonía causada por *Haemophilus influenzae*:** es una bacteria que a pesar de su nombre, no tiene nada que ver con el virus de la influenza, que causa la gripe. Las cepas de *Haemophilus influenzae* tipo b, son el grupo más virulento y provocan grandes enfermedades, como

la meningitis, la epiglotitis y la neumonía, por lo general en niños menores de 6 años.

❖ **Neumonía por legionella**

❖ **Neumonía por micoplasma**

❖ **Neumonía causada por *Clamydia pneumoniae***

❖ **Neumonía vírica:** muchos virus pueden afectar a los pulmones, causando neumonía. En los adultos sanos, dos tipos de virus influenza, denominados tipo A y B, causan neumonía. El virus de la varicela también puede causar neumonía en adultos. El virus parainfluenza, el sincitial respiratorio, y el adenovirus, pueden causar neumonía especialmente en niños y ancianos. El virus del sarampión también puede causar neumonía, especialmente en niños desnutridos.

❖ **Neumonías adquiridas en hospitales u otras instituciones:** tiende a ser más grave que la adquirida en la comunidad. Los microorganismos en las instituciones suelen ser más agresivos y difíciles de tratar. Además, las personas internadas en hospitales y centros de cuidados médicos, suelen sufrir más enfermedades aun sin neumonía que aquellas que viven en la comunidad, lo que deja con menos defensa para luchar contra las infecciones. Podemos encontrar a dos bacterias (*Staphylococcus aureus*), y bacterias gramnegativas (*Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Serratia*, y *Acinetobacter*). las bacterias gram(-), son las causa más frecuente de neumonía en personas conectadas a respiradores. Otras personas en riesgo son los niños, ancianos y con alteraciones del sistema inmunológico.

❖ **Neumonías por hongos**

❖ **Neumonía por *Pneumocystis carini*:** microorganismo frecuente que puede residir inofensivamente en los pulmones normales. Generalmente causa neumonía sólo cuando las defensas del organismo están debilitadas a causa de un cáncer, su tratamiento o sida. Con frecuencia es el primer indicio de que una persona con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha desarrollado SIDA.

- ❖ **Neumonía por aspiración:** algunas partículas minúsculas provenientes de la boca migran fácilmente hacia las vías respiratorias, pero por lo general se eliminan por los mecanismos normales de defensa antes de poder llegar a los pulmones, y causar inflamación o infecciones. Si dichas partículas no se eliminan, pueden causar neumonía por aspiración. Tienen mayor riesgo de padecer este tipo de neumonías las personas debilitadas, las que se han intoxicado con alcohol o fármacos o las que están inconscientes debido a anestesia o alguna enfermedad. Inclusive, una persona sana que aspire una gran cantidad de material, como puede suceder con el vómito, (broncoaspiración), puede contraer neumonía. Suele suceder en niños, con trastornos en la deglución, o que presentan alimentación enteral. Los síntomas suelen comenzar después de uno o dos días. Otro tipo de neumonía por aspiración es la **neumonía química** producida cuando el material aspirado es tóxico para los pulmones, provocando irritación de la mucosa. Generalmente se da en niños que ingieren accidentalmente algún químico (accidentes producidos en el hogar).

Signos y síntomas:

El síntoma más característico de la neumonía es una tos con expectoración de esputo. Otros síntomas incluyen dolor de pecho, escalofrío, fiebre y ahogo. Sin embargo, estos síntomas pueden variar en función de la extensión de la enfermedad y del microorganismo que la cause.

El médico o la enfermera evaluarán la presencia de neumonía auscultando el tórax con un estetoscopio. Los sonidos que produce la neumonía son identificables; estos ruidos anormales son causados por el estrechamiento de las vías respiratorias o por la obstrucción de éstas con exudados celulares, proceso denominado consolidación.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico de neumonía se confirma con una radiografía de tórax. En la mayoría de las neumonías bacterianas el tejido pulmonar afectado aparece en la radiografía como una mancha blanca densa

(porque los rayos X no pueden atravesarla), diferente al color negro del tejido pulmonar sano (ya que los rayos X no pueden atravesarla fácilmente). En las neumonías víricas reproducen manchas o estrías blancas poco visibles. También se examinan muestras de esputo y sangre con el fin de identificar el microorganismo causante de la enfermedad. Sin embargo hasta en la mitad de los individuos con neumonía, no se llega a identificar el microorganismo responsable.

Prevención y tratamiento:

Mediante el uso de vacunas pueden prevenirse varios tipos de neumonía. Existen vacunas para proteger a las personas contra neumonías por neumococo, por la bacteria *Haemophilus influenzae* y por el virus de la influenza, que a menudo se complica con una neumonía bacteriana secundaria.

Algunos ejercicios como la respiración profunda y la terapia para eliminar las secreciones son útiles en la prevención de la neumonía en personas con alto riesgo, como los que han sido sometidos a intervención quirúrgica de tórax o abdomen y aquellos que están debilitados. En el caso de los niños es fundamental la inmunización correspondiente a la edad, y en el caso de presentar este cuadro respiratorio, liberar las vías aéreas mediante la aspiración de secreciones. Y más conveniente aún cuando presentan ahogo o tienen bajos niveles de oxígeno en sangre, donde no sólo se despejan las vías aéreas sino que se proporciona oxígeno adicional. Aunque el reposo es parte importante del tratamiento, se debe mover al paciente un poco, colocarlo en posición semifowler (45°), para favorecer la ventilación y buena entrada de aire. Por lo general, el tratamiento con antibióticos se comienza cuando se sospecha de la presencia de neumonía bacteriana, (incluida la neumonía obstructiva), incluso antes de identificar la bacteria. El uso rápido de antibióticos reduce la gravedad de la neumonía y la probabilidad de desarrollar complicaciones, algunas de las cuales pueden causar la muerte.

Para elegir un antibiótico, el médico analiza cuál es la bacteria que con mayor probabilidad está siendo responsable del trastorno. El médico puede cambiar después el antibiótico más tarde, después de haber identificado la bacteria como su susceptibilidad a determinados antibióticos. Con frecuencia, los individuos que no tienen una afección importante, ni mal estado general, pueden tomar antibióticos por vía oral, y permanecer en casa para concluir tratamiento. Los niños y personas ancianas, o personas que presentan enfermedades cardíacas o pulmonares preexistentes, habitualmente son hospitalizadas y tratadas con antibióticos por vía intravenosa. Al cabo de unos días, estos antibióticos son, por lo general, cambiados a presentaciones orales. También pueden llegar a necesitar oxígeno, líquidos intravenosos y respiración mecánica.

Los antibióticos no son útiles en las neumonías víricas. Sin embargo, pueden recetarse antibióticos en caso de neumonías víricas propensas a complicarse con infecciones bacterianas, tales como las causadas por el virus sincitial respiratorio en los niños (VSR), y por el virus de la influenza, al menos en algunas personas muy susceptibles de padecer neumonías.

TEST DE APGAR. PUNTUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Puntuación del recién nacido en el test de APGAR

El test de Apgar es una prueba de evaluación del cuadro de vitalidad de un bebé, que se realiza justo cuando acaba de nacer. Se valora a través de una puntuación determinada al minuto de nacer, a los 5 minutos y, a veces, a los 10 minutos. Se examinan el ritmo cardíaco (la frecuencia de los latidos del corazón), la respiración, el tono muscular, los reflejos, y el color de la piel del bebé.

La puntuación varía de 1 a 10, dependiendo de las respuestas que ofrezca el bebé en el momento de la exploración. Cuando la puntuación en alguno de los tiempos es muy baja, es posible que el neonatólogo indique que el bebé sea observado en una incubadora durante las primeras horas de vida. En otras ocasiones, es posible que recomiende su ingreso en una planta de Neonatología para investigar la causa de la baja puntuación.



El primer examen del bebé

La puntuación del test de APGAR⁶. No obstante, APGAR también se usa como siglas y su significado es Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración. El test consiste en un examen rápido, que se realiza al primer minuto del nacimiento, al quinto y después, en ocasiones, al décimo para determinar su condición física. La proporción se basa en una escala de 1 a 10, en donde 10 corresponde al niño más saludable y los valores inferiores a 5 indican que el recién nacido necesita asistencia médica de inmediato para que se adapte al nuevo ambiente. El resultado esperado es de 8 a 9. La puntuación al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Un recién nacido con una puntuación más baja al primer minuto que al quinto, obtiene unos resultados normales y no implica anormalidad en su evolución.

El Test de Apgar en el bebé evalúa cinco categorías

Si el bebé está en buenas condiciones obtendrá una puntuación de 8 a 10 puntos. Si obtiene de 4 a 6 puntos, su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere una valoración clínica y una recuperación inmediata. Si es menor que 4, necesita atención de emergencia como medicamentos intravenosos y respiración asistida. A cada una de estas categorías se le da una puntuación de 0, 1 o 2 dependiendo del estado observado en el recién nacido.

1. Frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio y es la evaluación más importante.

Si no hay latidos cardíacos, la puntuación del bebé es 0 en frecuencia cardíaca. Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, la puntuación del bebé es 1 en frecuencia cardíaca. Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, la puntuación del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

⁶ fue diseñada en 1952 por la doctora Virginia Apgar en el *Columbia University's Babies Hospital*

2. Esfuerzo respiratorio

Si no hay respiraciones, la puntuación del bebé es 0 en esfuerzo respiratorio. Si las respiraciones son lentas o irregulares, la puntuación del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio. Si el llanto es bueno, la puntuación del bebé es 2 en esfuerzo respiratorio.

3. Tono muscular del bebé

Si el tono muscular es flácido, la puntuación del bebé es 0 en tono muscular. Si hay cierta flexión de las extremidades, la puntuación del bebé es 1 en tono muscular. Si hay movimiento activo, la puntuación del bebé es 2 en tono muscular.

4. Reflejo de irritabilidad

Reflejo de irritabilidad es un término que describe el nivel de irritación del recién nacido en respuesta a estímulos (como un pinchazo suave). Si no hay reflejo de irritabilidad, la puntuación del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad. Si hay gesticulaciones, la puntuación del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.

Si hay gesticulaciones o tos, estornudo o llanto vigoroso, la puntuación del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

5. Coloración de la piel del bebé

Si la coloración es azul pálido, la puntuación del bebé es 0 en coloración. Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, la puntuación es 1 en coloración. Si todo el cuerpo del bebé es rosado, la puntuación es 2 en coloración.

El puntaje APGAR de 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento, mientras que el puntaje APGAR de 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente.

Logros del test de Apgar

Este examen constituye un instrumento de evaluación para los médicos, que les ayuda a determinar qué tipo de ayuda inmediata necesita el recién nacido para estabilizarse. Una puntuación de 8 a 10 es normal e indica que el recién nacido se encuentra en buenas condiciones. Un puntaje de 10 es muy inusual y casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azuladas.

Cualquier puntuación inferior a 8 indica que el niño necesita ayuda para estabilizarse. Una puntuación menor en el primer minuto, que se normaliza a los cinco minutos, no se ha asociado claramente con posibles efectos negativos a largo plazo. Gracias a este método, y durante los más de 50 años que lleva realizándose, se ha logrado reducir la tasa de mortalidad y la tasa de morbilidad, al evaluar el estado del bebé inmediatamente después de nacer. El test de **APGAR** es un dato vitalicio para la Salud Pública Infantil.

EL VALOR DEL SCORE DE APGAR PARA LA EVALUACIÓN DE INFANTES RECIÉN NACIDOS

Palabras claves: *Score⁷ de Apgar, evaluación de recién nacidos.*

En 1952, Virginia Apgar propuso el score de Apgar como un medio para evaluar la condición física de los neonatos inmediatamente después de nacidos. Por ser de fácil realización y un excelente indicador de la condición del neonato, rápidamente se difundió en todo el mundo, e incluso actualmente se continúa utilizando.

Consiste en evaluar 5 características fácilmente identificables (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, reflejo de irritabilidad, y color) y asignarle a cada una de ellas un valor de 0 a 2. Un valor de 7 o mayor indica que la condición del neonato es buena o excelente.

Se realiza al minuto y a los 5 minutos. De los 2 scores, el de los 5 minutos es considerado como el mejor predictor de sobrevida en la infancia.

En ciertas condiciones, el valor del Apgar es controvertido porque existen problemas como predictor de desarrollo neurológico, como por ej. usar el score de Apgar para identificar asfixia neonatal en casos de anomalías congénitas, nacimientos de pretérminos, y administración de drogas a la madre pueden producir un score bajo que no refleja la gravedad de la asfixia.

Además, la medición del pH sanguíneo de la arteria umbilical es ampliamente utilizada como información suplementaria al score de Apgar.

⁷ Score: conjuntos de signos con que se puntúa.

Casey y Col. diseñaron un estudio de cohorte, retrospectivo, con el fin de examinar el valor predictivo con respecto a la sobrevida en el período neonatal del score de Apgar a los 5 minutos y del pH sanguíneo de la arteria umbilical. Sobre 145.000 neonatos (9% de pre-término y 91% de término) compararon el score de Apgar y el estado ácido base de la sanguíneo del la arteria umbilical, encontrando que la incidencia del riesgo de muerte neonatal en gestaciones de 26 a 36 semanas, fue de 315 por 1000 infantes con un score a los 5 minutos de 0-3 y solo de 5 por 1000 infantes con un score a los 5 minutos de 7. Para gestaciones de 37 semanas, fue de 244 por 1000 infantes con un score a los 5 minutos de 0-3 y solo de 0,2 por 1000 infantes con un score a los 5 minutos de 7. Las diferencias entre los scores de 0-3 y 7 fueron estadísticamente significativas.

Los datos obtenidos a los 60 segundos con el score de Apgar fue menos útil en predecir muerte neonatal que el score a los 5 minutos.

El riesgo de muerte neonatal en infantes de término con score de Apgar a los 5 minutos de 0-3 tuvieron 8 veces más riesgo que en infantes de término con pH sanguíneo de la arteria umbilical 7.

En base a estos resultados el score de Apgar a los 5 minutos es el mejor predictor de sobrevida neonatal.

Test de Vitalidad del Recién Nacido (RN) Test de Apgar

SIGNO	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Irregular, lento	Llanto vigoroso
Tono Muscular	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Respuesta a Estímulos (Paso de sonda)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Coloración	Cianosis o Palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosáceo

Inmunización

En medicina la **inmunización** es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad. Se logra al administrar a un organismo inmunocompetente sustancias ajenas a él, no es necesario que estas sustancias sean patógenas para despertar una respuesta inmune, esta inmunización puede producir Anticuerpos (Ac). Los cuales se pueden evidenciar al retarlos contra el Antígeno (Ag). Que estimulo su producción. El proceso de inoculación se puede realizar por diferentes vías tales como la intravenosa, subcutánea, intraperitoneal, oral, intramuscular, etc. Dependiendo de la vía y el tipo de Ag, será el tipo de respuesta inmune despertada. El proceso de inmunización, puede ser de dos tipos:

- **Inmunización pasiva:** Involucra anticuerpos que se producen en el cuerpo de otra persona, como en el caso de los lactantes que poseen inmunidad pasiva, dado que ellos nacen con los anticuerpos que les transfiere la madre a través de la placenta. Dichos anticuerpos desaparecen entre los 6 y 18 meses de edad. Otra forma de obtener la inmunidad pasiva es con la gammaglobulina, la cual es suministrada por un médico y cuya protección es también temporal.
- **Inmunización activa :** a través de la aplicación de vacunas, preparados antigénicos atenuados con el fin de generar una respuesta inmunitaria por parte del organismo; para generar una memoria inmunitaria consistente en la formación de anticuerpos protectores contra el antígeno al que se es expuesto.

OBJETIVO

Orientar a la población en general sobre el esquema básico de vacunación, así como su intervención en la vacunación oportuna y adecuada, conocer la función de las vacunas.

Inmunizaciones.- Son las actividades que realiza el sector salud para proteger a los niños menores de 5 años contra las siguientes enfermedades: poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola, tuberculosis, parotiditis.

EL ESQUEMA BASICO DE VACUNACION EN MENORES DE 5 AÑOS:

Vacuna	Enfermedad que previene	Dosis	Edad
Sabin	Poliomielitis	• ml	Al nacer
		Preliminar	2 meses
		1ª.	4 meses
		2ª.	6 meses
		3ª.	SNS
BCG	Formas graves de tuberculosis	• ml	Al nacer
		• Única	
Pentavalente (DPT+HB+Hib)	Difteria, tos ferina,	0.5 ml	
	tétanos, <u>Hepatitis</u>	1ª.	2 meses
	B,	2ª.	4 meses
	Enfermedades	3ª	6 meses
	invasivas por Haemophilus, influenzae tipo b.		
Triple viral DPT	Sarampión,	0.5 ml	1 año
	rubéola, parotiditis	1ª.	6 años
	Difteria, tos ferina	2ª.	2años
	Tetanos	0.5 m	4 años
		1er refuerzo	
		2do refuerzo	

SE COMPONE DE 10 INMUNOGENOS. CONTENIDOS EN 4 VACUNAS

ESQUEMA DE VACUNACION EN ADOLECENTES Y ADULTOS:

Vacuna	Enfermedad que previene	Dosis	Edad
DT	Tétanos, difteria	0.5 ml Refuerzo	A partir de los 12 años de edad en ambos géneros. Cada 10 años
SR	Sarampión, Rubéola	0.5 ml Única	A partir de los 12 años de edad en ambos géneros
Anti hepatitis B	Hepatitis B	1. ml Dos dosis con intervalo de un mes entre cada una	A partir de los 12 años de edad en ambos géneros

ESQUEMA DE VACUNACION EN MUJERES EN EDAD PRODUCTIVA:

Vacuna	Enfermedad que previene	Dosis	Edad
DT	Tétanos, Difteria	0.5 ml Dos dosis con intervalo de 1 a 2 meses entre cada una y un refuerzo cada 10 años	12 a 45 años
S R	Sarampión, rubéola	0.5 ml Única	A partir de los 12 años de edad

ESQUEMA DE VACUNACION EN EL ADULTO MAYOR:

Vacuna	Enfermedad que previene	Dosis	Edad
Antineumococcica	Neumonía por neumococo	0.5 ml	Mayores de 60 años
		Una dosis +	
		Refuerzo cada 5 años	
Antiinfluenza	Influenza (gripe)	0.5 ml	Mayores de 60 años
		Una dosis anual	

VACUNA ANTIPOLIOMELITICA ORAL TIPO SABIN

Protege a los niños contra una enfermedad muy grave Poliomieltitis.
Enfermedad vírica aguda que afecta al sistema nervioso con severidad variable y a veces se complica con parálisis flácida.

SINTOMAS:

- Fiebre
- Malestar general
- Cefalea nausea y vomito
- Dolor muscular
- Disminución de la fuerza de brazos y piernas

AGENTE ETIOLÓGICO:

Polio virus, género enterovirus tipo 1, 2, 3.

MODO DE TRANSMISIÓN:

Por tomar agua contaminada, contacto directo vía fecal.

PERIODO DE INCUBACIÓN:

De 7 a 14 días.

DESCRIPCIÓN DE LA VACUNA:

Es un preparado con virus atenuados que ya no pueden producir la enfermedad, pero que estimulan y ayudan al cuerpo a producir sus propias defensas contra esta enfermedad.

PRESENTACIÓN:

En forma líquida en envase con gotero integrado que contiene 2 ml (20 dosis), es transparente de color rojo granate, se conserva de +2ª a +8ª C.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Oral 2 gotitas por la boca.

INDICACIONES:

Todos los niños menores de 5 años

RECOMENDACIONES A LA MADRE O ACOMPAÑANTE:

- No alimentar al seno materno durante los 30 min. siguientes a la administración de la vacuna.
- La vacuna no produce ninguna reacción.
- Indicar la fecha de la próxima vacuna.
- Recordar que acuda con la cartilla de vacunación.

CONTRAINDICACIONES:

- Niños con procesos febriles, con enfermedad grave.
- Inmunodeficiencias primarias o cuadro de SIDA.
- Tumores malignos.

VACUNA B. C. G.

Protege a los niños contra las formas graves de la tuberculosis, que puede causarle la muerte como la meningitis tuberculosa.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD:

Enfermedad contagiosa de lenta evolución, que se presenta a cualquier edad y que afecta principalmente a los pulmones. Es peligrosa en los niños porque puede provocar la muerte.

SÍNTOMAS:

- Irritabilidad
- Cansancio
- Cefalea
- Pérdida de peso
- Anorexia
- Vómito

AGENTE ETIOLÓGICO:

Mycobacterium tuberculosis.

MODO DE TRANSMISIÓN:

Al estar en contacto con personas enfermas, que al toser o estornudar expulsa al microorganismo al aire y entra por la nariz.

PERIODO DE INCUBACIÓN:

De 4 a 12 semanas.

DESCRIPCIÓN DE LA VACUNA:

Es una vacuna de bacilos vivos atenuados que han perdido su capacidad de producir la enfermedad, pero que estimulan y ayudan al cuerpo a formar defensas contra la tuberculosis.

PRESENTACIÓN:

Ampolleta ámbar de 1 mg de liofilizado (10 dosis) y una ampolleta con 1 ml de solución salina (diluyente) se conserva a una temperatura de +2ª a +8ª C.

INDICACIONES:

Recién Nacidos con peso mayor a 2 kg.

VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Intradérmica estricta, en región deltoidea del brazo derecho, la dosis es 0.1ml.

RECOMENDACIONES A LA MADRE O ACOMPAÑANTE:

- No dar masaje donde se aplicó la inyección.
- No rascar, ni aplicar ningún medicamento, sustancia en el sitio de la aplicación.
- Recortar las uñas y mantener las manos limpias, para evitar que se contamine.
- Recordarle a la madre que se formará una roncha, que se ulcerará y la cicatrización tardará 4 meses aproximadamente.
- Citar al niño, para observar la evolución de la vacuna a los 4 meses.
- Indicar la fecha de la próxima dosis de otras vacunas.
- Recordar que acuda con la Cartilla Nacional de Vacunación.

CONTRAINDICACIONES:

- Padecimientos febriles agudos mayores de 38.5.
- Recién nacidos con peso inferior a los dos kilogramos.

Calendario de Vacunación - Niños y niñas menores de 5 años							
VACUNAS	Recién nacido	2 meses	4 meses	6 meses	1 año	18 meses	5 años
BCG	X						
Antipolio		X	X	X		X	X
DPT		X	X	X		X	X
Haemophilus Influenza Tipo B		X	X	X			
Antihepatitis B	X	X	X	X			
Antirrotavirus		X	X				
Neumococo		X	X		X		
Triple viral					X		
Fiebre Amarilla					X		
Influenza					X		

6 a 23 meses dos dosis

Las vacunas son preparaciones de los agentes causales de las enfermedades infecciosas, que al ser administradas al organismo humano, estimulan la respuesta inmunitaria, generando la producción de anticuerpos y la memoria inmunológica. Estas vacunas son administradas a los niños y niñas menores de 5 años, con el fin de prevenir las enfermedades infecciosas y sus complicaciones. La inmunización es una de las medidas preventivas más importantes para el control de la salud.

El calendario de vacunación de los niños y niñas menores de 5 años es el siguiente:

Definición: se define al intervalo de tiempo entre la administración de una dosis de una vacuna y la siguiente.

Importancia de la alimentación

Nutrición:

Es bien conocida la influencia que ejerce la nutrición en el crecimiento y desarrollo del niño, y a medida que se acumulan los conocimientos se hace más evidente que esta afecta en muchas facetas el bienestar del individuo durante toda su vida.

Frecuentemente los padres carecen de información básica sobre la nutrición o se muestra confundido con la cantidad de datos, opiniones y material (profesional y comercial) dirigidos a ellos y a sus hijos. Al mismo tiempo, hay un número creciente de padres que poseen extensos y profundos datos sobre la nutrición.

La aceptación y el conocimiento de los distintos estilos, métodos y enfoques individuales en la alimentación del lactante son aspectos importantes del papel de quien proporciona el cuidado pediátrico. Sin embargo, el objetivo primordial de la asesoría acerca de la nutrición debe satisfacer los requerimientos nutricionales conocidos del lactante y del niño de más edad. Es importante reforzar los esfuerzos de los padres, pero cuando las prácticas nutricionales se basan en conocimientos erróneos, el consejo y la educación deben dirigirse a proporcionarles la información y el apoyo necesario para satisfacer las necesidades nutricionales normales de sus hijos. La educación sobre la nutrición es una de las medidas preventivas existentes para el cuidado de la salud.

Necesidades nutricionales del lactante de bajo peso al nacer

Definición: se define al lactante de bajo peso al nacer al que pesa menos de 2500 g.

Consideraciones nutricionales:

Se requiere un estudio especial de la nutrición del lactante de bajo peso al nacer en vista del cese prematuro de suministro tras placentario de nutrientes, los sistemas metabólicos inmaduros y el potencial de un ritmo de crecimiento extraordinariamente rápido. Características específicas del lactante de bajo peso al nacer. Relacionada con la nutrición, son las siguientes:

- Necesidades de mayor cantidad de calorías y proteínas para el crecimiento.
- Necesidades de mayor cantidad de vitaminas y minerales para el crecimiento.
- Absorción eficiente de proteínas y carbohidratos, pero absorción reducida de grasa. Los aceites vegetales y la grasa de la leche humana son relativamente bien absorbidos.
- Pérdida de vitaminas liposolubles y de calcio como resultado de pérdida fecal de grasa.
- Depresión prematura de las reservas de hierro, que predispone a la deficiencia de hierro, a veces después de 2 a 3 meses de edad.
- Bajas reservas orgánicas de vitamina E que predisponen a deficiencia de vitamina E durante los primeros 3 meses de vida.
- Reservas inadecuadas de ácido fólico durante los primeros 3 a 4 meses de vida.

Nutrición en la infancia y la adolescencia

El estado nutricional es afectado por varios factores durante este periodo, disminuye el ritmo de crecimiento, madura el desarrollo motor y aumenta el desarrollo cognoscitivo y de la personalidad. Aunque la provisión de nutrición adecuada sigue siendo responsabilidad de los padres, el niño influye en el proceso al desarrollar destrezas de auto alimentación, preferencias por alimentos y hábitos individuales de su ingestión.

El niño sano en edad escolar suele presentar pocos problemas nutricionales y se adapta a los hábitos alimenticios de la familia. Los bocadillos continúan

siendo una fuente primaria de nutrientes y el niño sigue obteniendo una cantidad importante de nutrición fuera de su hogar, es importante la evaluación del estado nutricional, porque la desnutrición durante este periodo de edad puede influir en el rendimiento escolar.

En la adolescencia las necesidades nutricionales son influidas considerablemente por cambios físicos y emocionales. Es una época en que aumentan las necesidades calóricas por el crecimiento acelerado del adolescente, en que las necesidades de proteína, minerales y vitaminas alcanzan valores de adulto; es también un periodo en que es común una rebelión entre los hábitos alimenticios familiares adquiridos anteriormente, en la que aumenta la actividad fuera del hogar.

Consideraciones culturales:

Las preferencias por determinados alimentos y los hábitos alimenticios, son influidas por muchos factores. Entre los factores más importantes figuran las influencias étnicas, racionales y culturales. Es imposible identificar un grupo específico de dieta para cualquier grupo cultural, porque no hay dos pueblos que comen exactamente igual.

Sobre nutrición en la infancia:

Los niños que pesan de un 10 al 20 % por encima de la media por su talla y su edad se definen como *notablemente excedidos* de peso; los que tienen pesos mayores de 20% por encima de la media se definen como obesos.

Se considera que los siguientes factores desempeñan una función en la compleja etiología de la obesidad:

- Tipos de actividad, balance energético, intensidad metabólica.
- Influencias genéticas.
- Número y tamaño de los adipositos. Las adipositas son células de tejido adiposo capaces de almacenar grasa, aumentan en número hasta la pubertad en la que alcanzan valores de adulto. Los niños obesos tienen células de mayor tamaño, y los que ya son obesos a la edad de un año tienen, además un número notablemente mayor de estas células.

- Hábitos nutricionales.
- Factores psicológicos.
- Cantidad de alimento ingerido, esta es regulada por requerimientos calóricos para el mantenimiento y el crecimiento, por las actitudes de las personas que presentan su cuidado y por los tipos de alimentos ofrecidos.

Planeación de la conducta alimentaria del lactante

La lactancia materna como norma biológica

Se trata de un método más proactivo de medir y evaluar el crecimiento de los niños, fijando unos parámetros normativos y evaluando a los niños y a las poblaciones con arreglo a dicho patrón. En este sentido, una característica clave del nuevo patrón es que establece la lactancia materna como la "norma" biológica y al **lactante alimentado con leche materna como patrón de referencia** para determinar el crecimiento saludable. Los gráficos de referencia anteriores se basaron en el crecimiento de una combinación aleatoria de niños alimentados con leche materna y niños alimentados artificialmente.

La conducta alimentaria es una función del desarrollo motor, por ejemplo, la capacidad del niño para succionar, masticar y deglutir, se determina por la adquisición de habilidades motoras finas, gruesas y bucales; la capacidad del niño para alimentarse por si mismo depende del desarrollo motor de tronco, brazos y manos.

Alimentación con biberón:

Fórmulas: se revisa con los padres la realización de la fórmula para detectar cualquier error del mezclado, concentraciones, modo de preparación, y administración de la misma.

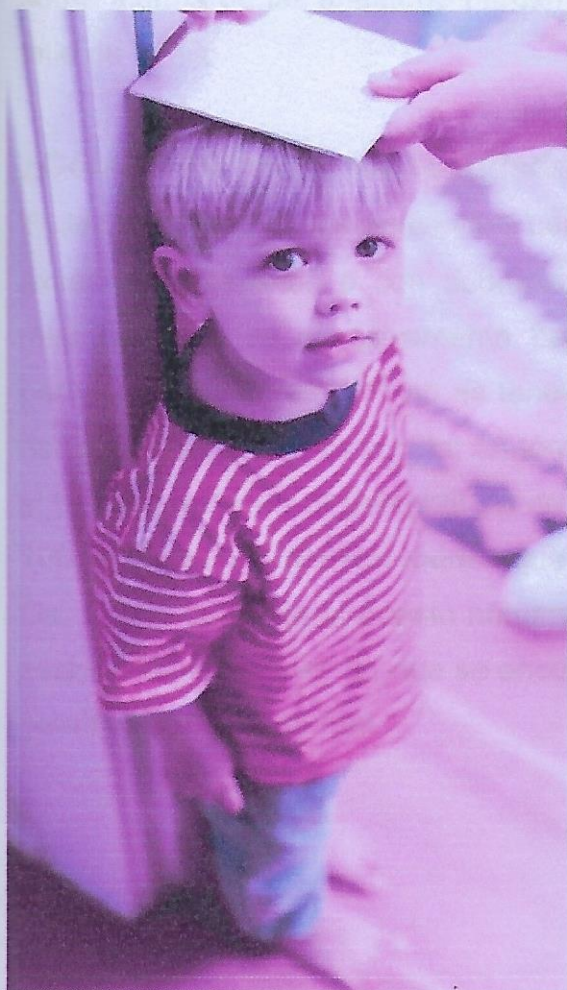
Técnica de la alimentación con biberón

La posición es esencial; mantener una posición cómoda, con el bebe acostado sobre el brazo de la madre. No debe impulsarse el biberón, éste se inclinara de

modo que la leche llene el cuello del biberón, para prevenir la aspiración de demasiada cantidad de alimento y así evitar la bronco aspiración⁸.

Antes se pensaba que los niños crecían más o menos, más lentos o más rápidos, dependiendo de su lugar de origen, de su carga genética o de su alimentación. Sin embargo, hace unos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó unos nuevos patrones de crecimiento infantil para describir "el crecimiento infantil idóneo". Estos gráficos demuestran que todos los niños de las principales regiones del mundo pueden alcanzar **estatura, peso y grado de desarrollo similares**, si se les proporciona una alimentación adecuada, una buena atención de salud y un entorno saludable.

Los percentiles y las curvas de crecimiento de los niños



Las gráficas de **percentiles**⁹ sirven al pediatra para comprobar y comparar que el crecimiento y el desarrollo del bebé es el adecuado. Si tu bebé no presenta un crecimiento satisfactorio, tu pediatra se encargará de averiguar las causas. Tanto la medición del peso, como la talla, son controles de rutina que se deben realizar en la consulta habitual que realizas con tu pediatra. Las curvas de desarrollo recogen la medida de los parámetros que reflejan el crecimiento de tu hijo. Los principales son la talla y el peso, aunque existen tablas para el perímetro de la cabeza o la grasa corporal. Ninguno de estos datos se interpreta de manera aislada, sino en relación con

⁸ Invasión de un cuerpo extraño al área bronquial.

⁹ Medida de dispersión de datos

la edad y el sexo porque el patrón de crecimiento es ligeramente distinto en niños y niñas.

¿Cómo leer las gráficas de percentiles de niños y bebés?

Existen gráficas para cada parámetro: el peso, la talla, el perímetro de la cabeza y la grasa corporal. Las más utilizadas son las de peso y talla, y son diferentes según se trata de varones o mujeres. En el cuaderno de Salud de tu bebé, encontrarás varias gráficas de percentiles, según la edad y el sexo, donde figuran varias líneas, cada una con un número: 3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97. Para conocer en qué percentil se encuentra tu bebé -por ejemplo, de talla-, debes buscar primero su edad en el eje horizontal y después su talla en el eje vertical. Trazando una línea en cada punto, lograrás que ambas se crucen sobre alguna de las líneas de percentiles del gráfico y ése será el percentil de talla de tu hijo.

¿Cómo interpretar los resultados del percentil del bebé?

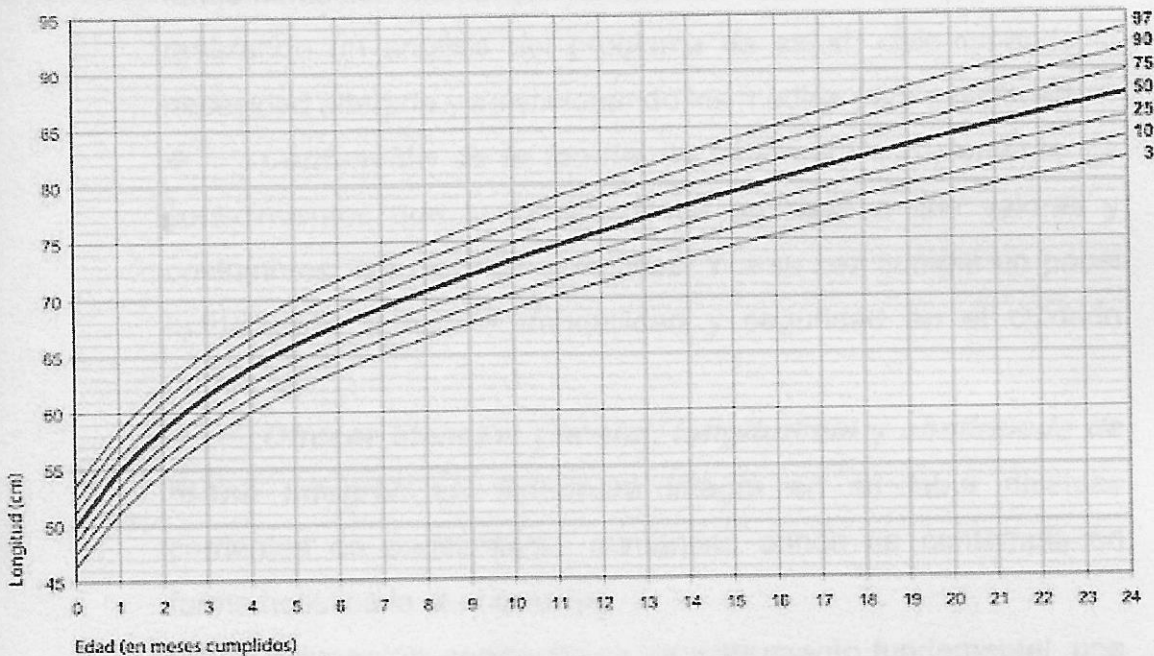
Todas las líneas de los percentiles corresponden a valores normales. Los niños excesivamente altos o con sobrepeso estarán por encima del percentil 97, mientras que los excesivamente bajos o delgados estarán por debajo del percentil 3. Lo importante no es tener un percentil alto, sino crecer y engordar de forma más o menos regular en torno a un mismo percentil. Así, por ejemplo, si tu bebé está en el percentil 70 de talla, significa que comparado con otros 100 lactantes 70 medirán menos que él y 30 más, y que si los pusiéramos en fila, tu hijo ocuparía el puesto número 70. El percentil 50 indicaría que el niño está en la media, y el 10, que se encuentra por debajo, aunque continúa siendo estadísticamente normal.

Altibajos en el percentil de los niños y bebés

Una buena señal es que los percentiles se mantengan similares a los del nacimiento y que no se haya producido **ningún descenso o ascenso brusco** respecto de las medidas anteriores. El pediatra siempre deberá comprobar que el percentil de la talla está acorde con el del peso. Y si un niño se encuentra por debajo del 3 o por encima del 97, el especialista estudiará la causa, lo mismo que si no sigue su curva de crecimiento en su percentil habitual y pasa de un percentil a otro de forma brusca.

Longitud para la Edad de NIÑOS

Percentilos (0 a 24 meses)



Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

ABORDAJE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS:

Debemos ser cautelosos cuando se produce la hospitalización de pacientes pediátricos y considerar que no solo se va a actuar en base al estado de salud del niño, sino que se abordará todo su entorno y contexto. Si bien la atención se centrará en la necesidad insatisfecha, se debe asumir ciertas instancias que van a influenciar su posterior evolución y por qué no también su tratamiento.

En este abordaje el personal de enfermería asume un rol autónomo, en donde su accionar se corresponderá en función del estado de salud y el grado de severidad de la patología existente. Estas funciones se pueden determinar cómo:

- ❖ **Función asistencial:** donde el personal de enfermería cumple acciones basadas en procedimientos técnicos con fundamentación científica. Brinda un cuidado directo al niño, realizando un análisis del problema de salud, determinando la necesidad alterada y seleccionando los medios para satisfacerla.
- ❖ **Contención de la familia:** la enfermera complementa los conocimientos que la familia posee en base a sus valores y costumbres, con aportes científicos. Y a su vez cumple un papel fundamental transmite tranquilidad y seguridad en el cuidado brindado.
- ❖ **Ofrecer atención general, longitudinal y continuada de forma integral:** La enfermera integra en su labor diversas corrientes de pensamiento humanista donde se contempla en forma holística la ser humano.
- ❖ **Educación sanitaria:** es un instrumento fundamental, una herramienta básica utilizada en la profesión para lograr que las personas adquieran hábitos y conductas saludables, tratando de modificar comportamientos inadecuados, que favorecen la aparición de enfermedades.

- ❖ **Trabajo interdisciplinario:** esto implica trabajo en equipo, aportando en beneficio del paciente los conocimientos de las diferentes especialidades y lograr un cuidado eficaz y eficiente.
- ❖ **Compromiso social:** trabajar por y para el paciente, con responsabilidad.

Siempre que se produce una alteración en el estado de salud, existen condicionantes que pueden favorecer o anular la actividad del agente causal; o bien potenciar su agresividad o en sentido contrario aumentar las defensas del huésped o hacerlo más susceptible al daño. Si nos remontamos en la historia del origen de la salud, podemos hacer referencia al paradigma integral, en el siglo XXI, donde se determina que el proceso salud-enfermedad, está condicionado por factores biológicos, psicosociales, económicos, culturales, educativos, políticos, etc. Y si a esto le agregamos una reconceptualización¹⁰ podemos decir que la salud contempla cuatro amplios componentes:

- ❖ **BIOLOGÍA HUMANA:** Incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiesta en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye herencia genética de la persona, proceso madurativo, y de envejecimiento, y los diferentes aparatos internos. Dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves. Este elemento constituye uno de los grandes problemas de salud.
- ❖ **AMBIENTE:** incluye aquellos factores relacionados con la salud, pero son externos al cuerpo y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control sobre ellos. Los individuos por sí solos no pueden garantizar un buen estado de salud.

¹⁰ según el informe de Marc Lalonde en Canadá 1974

❖ **ESTILO DE VIDA:** representa el conjunto de decisiones que el individuo toma con respecto a su salud y sobre los cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y hábitos perjudiciales conllevan riesgos de enfermedad y hasta de muerte.

❖ **ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD:** la cuarta categoría del concepto, consiste en la calidad, cantidad, orden, índole, y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Esto es la práctica médica, la enfermería, los servicios, recursos materiales, etc. Este componente suele denominarse sistema de atención de salud.

Cabe destacar que cualquier problema de salud puede ser causado por cualquiera de los componentes o por una combinación de los mismos.

Cuando hablamos de los reingresos de pacientes pediátricos, podemos determinar causas que se relacionan básicamente con:

- Condiciones del espacio físico, ambientes insalubres, bajos niveles de instrucción por parte de los padres (responsables del estado de salud de sus hijos), déficit en el autocuidado y en la autoresponsabilidad; agregando a esto factores socioculturales, inasistencia a controles, conductas inapropiadas y hasta suspensión del tratamiento asignado.
- Exposición diferencial: donde hay factores que constituyen amenazas para la salud y que son comunes en estratos sociales más desfavorecidos o vulnerables.
- Cambios y mutaciones en los microorganismos que implican una adaptación y capacitación constante para su abordaje y tratamiento.
- Condicionantes en relación al equipo de salud, donde contemplamos deficiencias en las metodologías utilizadas en el momento de proporcionar información sobre el estado de salud y

tratamiento; deficiencias en la unificación de criterios entre colegas; médicos especializados en el área pediátrica y profesionales sin especialidad. Falta de compromiso social tanto del personal médico como del sector de enfermería; esto puede darse por desconocimiento de factores socioculturales o inexperiencias en la actuación sanitaria.

Otros condicionantes y no menos importantes son:

- Distancias geográficas de los servicios de salud donde las familias no tienen acceso a servicios sanitarios por razones económicas, domicilio alejado, etc.
- Distancias culturales, donde las familias manifiestan una visión del proceso salud-enfermedad y conductas difíciles de modificar.
- Condicionantes en el sistema de salud: manifestado por desigualdades relacionadas con estratificación social, donde esta pertenencia a ciertos grupos sociales determina las oportunidades en salud, es decir favorece u obstaculiza el acceso a la asistencia sanitaria; la marginación, la pobreza, la posición social, y la cobertura social impactan directamente al momento de enfrentar y solucionar un problema de salud.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Nuestra investigación se orienta en el estudio de datos **cuantitativos** donde analizaremos número de reingresos de niños por patologías respiratorias y a su vez con variables de índole **cualitativo** donde describiremos factores de riesgos potenciales que influyen en la problemática.

De acuerdo al propósito establecido en este trabajo, nuestra investigación será **aplicada**, donde se intentará buscar una solución al problema.

La investigación se analizará en un lapso de tiempo específico (**seccional o transversal**), y se estudiarán variables y sus relaciones limitándola a grupos pequeños y medianos (**microsociológica**).

El tipo de investigación de acuerdo a su profundidad será de tipo descriptiva;(se medirán las variables implícitas en los objetivos de investigación) y explicativa (donde se manifiesta causa y efecto del hecho y sus relaciones).

Las fuentes que utilizaremos para la recolección de datos son primarias, secundarias y mixtas, dado que se recolectará información de historias clínicas, padres y datos extraídos del contacto con el niño.

Este trabajo se desarrollará en el ambiente natural (de campo), y se estudiara el hecho a través de documentos (documentales), sin manipularlos (empíricos).

El proceso formal es inductivo donde partiremos desde el análisis de casos particulares donde extraeremos conclusiones de carácter general.

El grado de abstracción es aplicada donde la investigación está encaminada a la solución de problemas; y el grado de generalización orientada a conclusiones (fundamental).

Las variables desarrolladas en el trabajo de investigación son descriptivas donde se describen con una metodología cuantitativa y cualitativa.

De acuerdo a la dimensión cronológica es descriptiva, según los objetivos son explicativos; y según el enfoque es experimental (donde se dispone de una variable independiente que puede ser manipulada).

Universo

Niños internados en el servicio de pediatría del Hospital Regional Dr. Antonio J. Scaravelli en el año 2010 al 2011, un total de 518 internaciones.

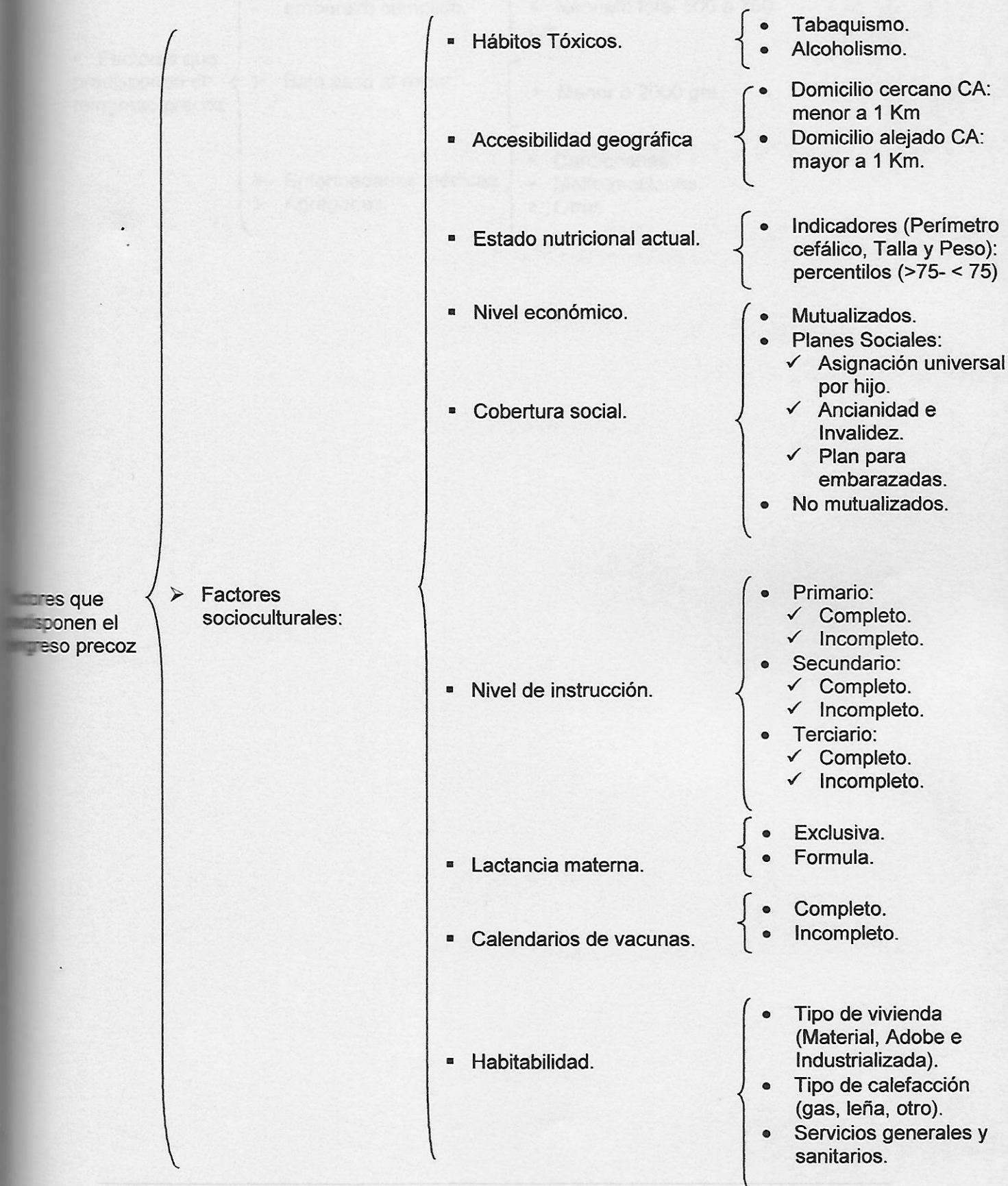
Muestra

La muestra a estudiar serán niños de 1 mes hasta los 2 años que hayan presentado hospitalizaciones reiteradas por el mismo cuadro respiratorio.

El tipo de muestreo utilizado es estratificado, teniendo en cuenta que las personas estudiadas, reúnen un solo nivel de importancia, el cual es el reingreso de pacientes con patologías respiratorias, siendo esta opción la condicionante para realizar el estudio.

Entre el periodo 2010 – 2011, se registran un total de 518 internaciones, de las cuales 96 niños (18,5%) reingresan en forma precoz por patologías respiratorias.

VARIABLES:



▪ Factores que predisponen el reingreso precoz

- Prematurez: RN antes de las 37 semanas de embarazo cumplido.
 - RN menor de 1500 grs.
 - RN menor de 1000 grs.
 - Neonato fetal 500 a 750 grs.
- Bajo peso al nacer:
 - Menor a 2000 grs.
- Enfermedades médicas
- Agregadas.
 - Cardiopatías.
 - Malformaciones.
 - Otras

Formulación de Hipótesis

- El reingreso precoz de patologías respiratorias se debe al bajo nivel de instrucción de los padres para mantener la continuidad del tratamiento.
- La distancia geográfica desde el domicilio del paciente hasta el centro asistencial más próximo, favorece la suspensión del tratamiento luego del alta hospitalaria.
- ***El antecedente de prematurez y el estado nutricional actual del niño, conduce a niveles bajos de defensa inmunológica.***
- La exposición directa a medios de calefacción inapropiados, provoca alteraciones en el sistema respiratorio.
- Las deficiencias en las inmunizaciones propician la exposición directa del niño a los agentes patógenos.
- El tipo de alimentación del niño durante el proceso de crecimiento juega un papel fundamental a la hora de constituir su perfil inmunológico.
- El personal de enfermería complementa los conocimientos que la familia posee, con conocimiento científico para lograr el desarrollo de hábitos saludables.

Definición y Operacionalización de las Variables

Variable Dependiente: factores de riesgo que favorecen el reingreso precoz en pacientes pediátricos con patologías respiratorias.

Factores de Riesgo: cualquier característica o circunstancia detectable de una persona que se sabe asociada con un aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente a un proceso mórbido. Según John M. Last el término "Factores de Riesgo" se encuentra con tres connotaciones distintas:

- a. Atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal.
- b. Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad o un resultado específico.
- c. Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad, o daño específico a la salud.

De acuerdo al trabajo y nuestra definición de Factores de Riesgo, las dimensiones son:

- Niño.
- Madre.
- Padre.
- Familia.

Indicadores de cada Dimensión:

Niño: Sexo, edad actual, edad Gestacional, APGAR, Peso al Nacer, Percentilos, alimentación, controles periódicos, vacunas, antecedentes patológicos.

Madre: Estudios logrados, Situación Laboral, hábitos tóxicos.

Padre: Estudios logrados, situación laboral, hábitos tóxicos.

Familia: cantidad de integrantes, antecedentes patológicos, ingreso económico aproximado del grupo familiar, obra social, tipo de vivienda, tipo de calefacción, servicios generales y animales domésticos.

Instrumentos de Recolección de Datos

La recolección de datos se hizo a través de una encuesta, la cual fue elaborada por los autores en base al objetivo propuesto, la misma estuvo estructurada de la siguiente manera: en una primera parte se recolectan datos del niño, como datos personales, medidas antropométricas, antecedentes patológicos (del niño y la familia), y datos relevantes de la familia para poder determinar cualquier indicador de riesgo de sufrir reingresos en niños con patologías respiratorias.

Técnica de Análisis:

El procesamiento de datos obtenidos se realizó a través de:

- a. Depuración de Datos.
- b. Los datos obtenidos por medio del instrumento, serán tabulados en forma manual y representados en cuadros estadísticos, para expresarlos en forma de tablas de frecuencias y gráficos que accedan visualizar con mayor facilidad conclusiones y obtener resultados que permitan realizar las recomendaciones necesarias.

Procesamiento de Encuestas:

Tabla 1.1. Sexo de los pacientes reingresados.

Sexo	
Femenino	Masculino
33	27

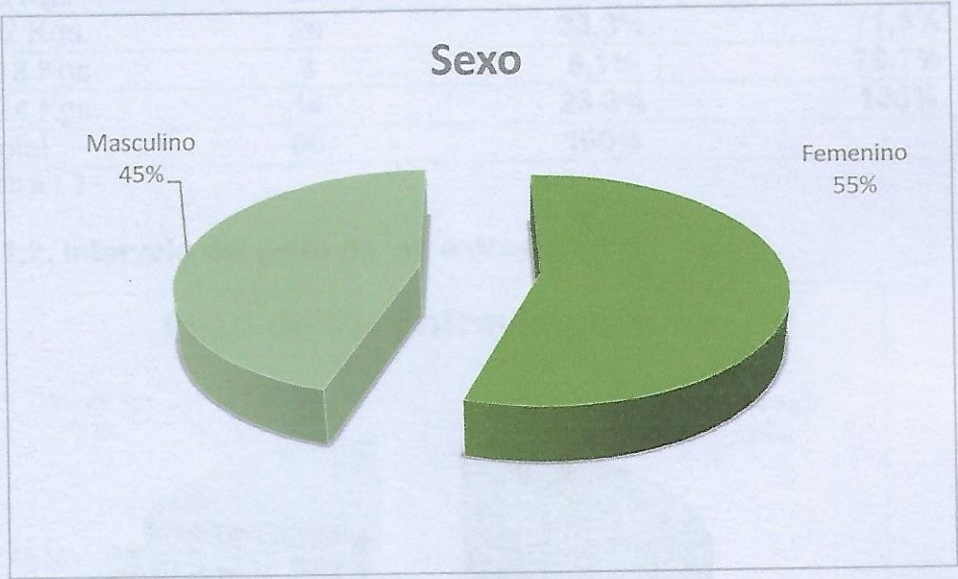
Fuente: Datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 1.1.1. Tabla de Frecuencia

Sexo	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Femenino	33	55%	55%
Masculino	27	45%	100%
Total	60	100%	

Fuente: Tabla 1.1.

Grafico 1.1. Sexo de los entrevistados



Fuente: Tabla 1.1.1.

En la tabla de frecuencias y gráfico se puede observar que la población femenina de la muestra tomada, es mayor que la masculina, sin embargo puede deberse a un mero dato estadístico, pudiendo variar de acuerdo al tiempo en que se toma la muestra.

Tabla 1.2. Peso actual de los pacientes reingresados.

Peso Actual			
1 – 6 Kgs.	7 – 12 Kgs.	13 – 18 Kgs.	19 – 24 Kgs.
23	20	3	14

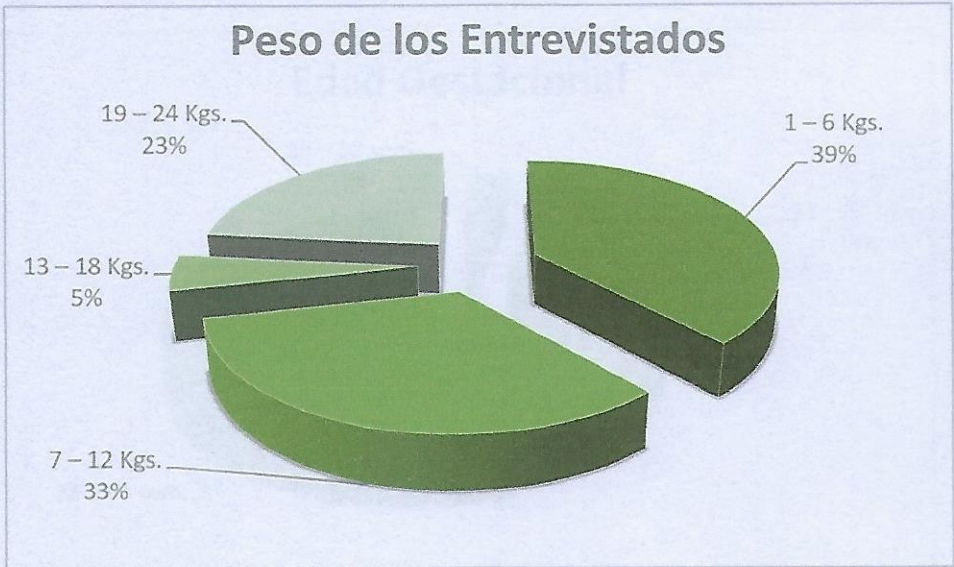
Fuente: Datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 1.2.1. Tabla de Frecuencia

Intervalo de Peso de los Entrevistados	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
1 – 6 Kgs.	23	38,3%	38,3%
7 – 12 Kgs.	20	33,3%	71,6%
13 – 18 Kgs.	3	5,1%	76,7%
19 – 24 Kgs.	14	23,3%	100%
Total	60	100%	

Fuente: Tabla 1.2.

Grafico 1.2. Intervalo del peso de los entrevistados



Fuente: Tabla 1.2.1.

En esta tabla de frecuencia y gráfico se puede observar que la mayor población de la muestra es la de menor peso, debido a que estos grupos son los más vulnerables por su bajo nivel de defensas, y de la escasa versatilidad de su organismo para adaptarse al medio.

Tabla 1.3. Edad gestacional de los pacientes reingresados.

Edad Gestacional		
28 – 32 sem.	33 – 37 sem.	38 – 42 sem.
2	14	44

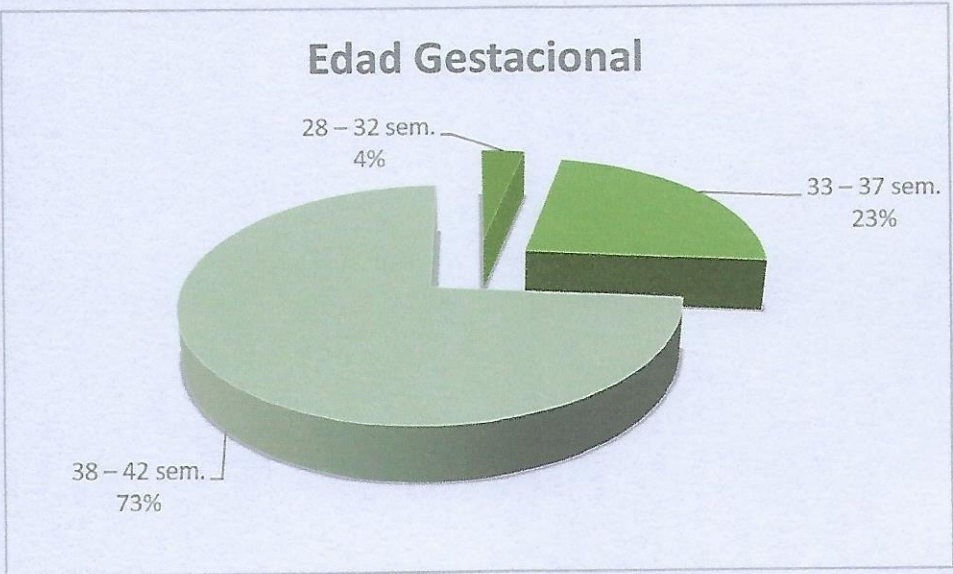
Fuente: Datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 1.3.1. Tabla de Frecuencia

Intervalo de la edad gestacional de los Entrevistados	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
28 – 32 sem.	2	3,3%	3,3%
33 – 37 sem.	14	23,3%	26,6%
38 – 42 sem.	44	73,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: Tabla 1.3.

Grafico 1.3. Intervalo de la edad gestacional de los entrevistados



Fuente: Tabla 1.3.1.

En esta tabla de frecuencias y grafico, se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a embarazos de término, sin embargo el 27 por ciento es considerable, teniendo en cuenta que, de los niños sanos aproximadamente el 7 por ciento de la población general es prematura, por lo que deducimos, que respecto a la población sana, son mucho más susceptibles de sufrir un reingreso por enfermedad respiratoria, los niños prematuros.

Tabla 1.4. Peso al nacer de los pacientes reingresados.

Peso al Nacer		
1 -2 Kgs.	2 – 3 Kgs.	3 – 4 Kgs.
6	24	30

Fuente: Datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 1.4.1. Tabla de Frecuencia

Intervalo de la edad gestacional de los Entrevistados	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
1 -2 Kgs.	6	10%	10%
2 – 3 Kgs.	24	40%	50%
3 – 4 Kgs.	30	50%	100%
Total	60	100%	

Fuente: Tabla 1.4.

Grafico 1.4. Intervalo del peso al nacer de los entrevistados



Fuente: Tabla 1.4.1.

En esta tabla y grafico, se puede deducir que, teniendo en cuenta que aproximadamente el 4 por ciento de la población sana es de bajo peso al nacer, y que de los reingresos el 10 por ciento son de bajo peso para la edad gestacional, entonces el bajo peso es factor predisponente de producir reingreso en enfermedades respiratorias.

Tabla 1.5. Percentilos de los pacientes reingresados.

Percentilos	
> 50	< 50
26	34

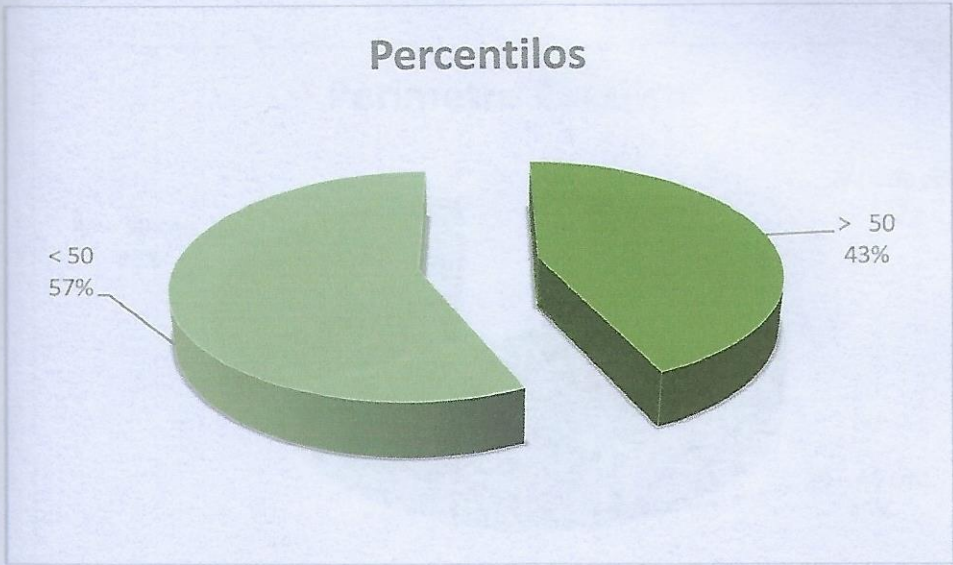
Fuente: Datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 1.5.1. Tabla de frecuencias

Percentilos de los Entrevistados	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
> 50	26	43,3%	43,3%
< 50	34	56,7%	100%
Total	60	100%	

Fuente: Tabla 1.5.

Grafico 1.5. Percentilos de los entrevistados



En este gráfico y tablas observamos que el 57% del total de niños presentan Percentilos por debajo del percentilo 50.

1.6. **Perímetro cefálico de los pacientes reingresados.**

Perímetro cefálico		
34 – 38 cms.	39 – 45 cms.	46 – 50 cms.
13	27	20

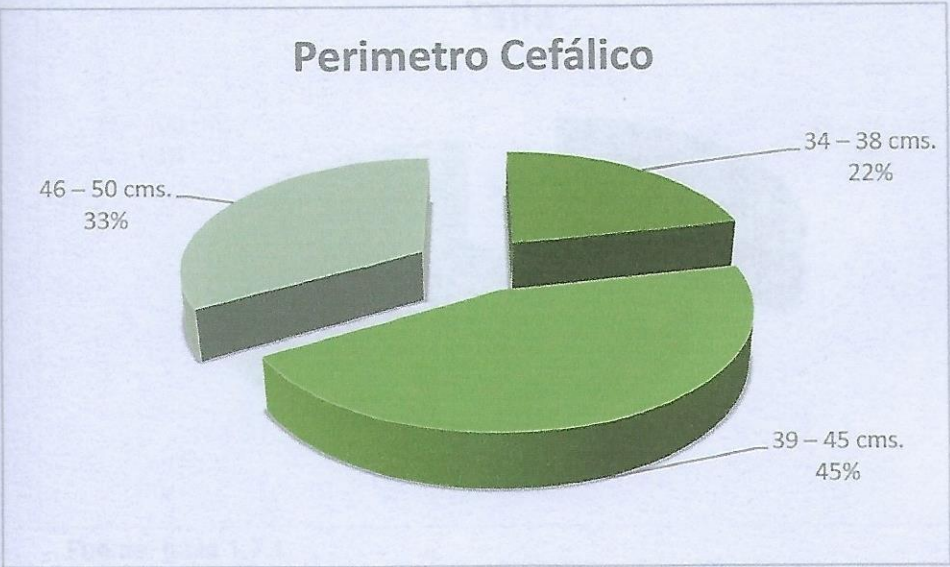
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 1.6.1. **Tabla de frecuencias**

Intervalo del perímetro cefálico de los Entrevistados	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
34 – 38 cms.	13	21,6%	21,6%
39 – 45 cms.	27	45%	66,6%
46 – 50 cms.	20	33,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: Tabla 1.6.

Grafico1.6. Perímetro cefálico de los Entrevistados



Fuente: tabla 1.6.1

En esta tabla y gráfico no se observan grandes alteraciones, ya que están directamente relacionadas con la edad y el crecimiento normal de los entrevistados, siendo el segundo intervalo (39-45 cm.) el que se repite con mayor frecuencia.

Tabla 1.7. Talla de los pacientes reingresados

Talla	
44 – 76 cms	77 – 100 cms
13	27

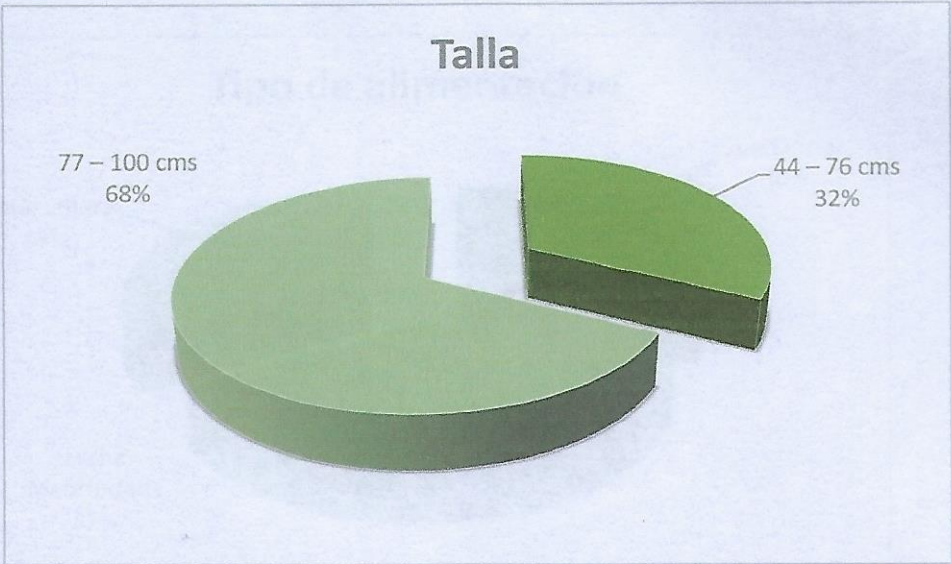
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

Tabla 1.7.1. Tabla de frecuencias

Intervalo de Pesos de los Entrevistados	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
44 – 76 cms	13	21,6%	21,6%
77 – 100 cms	27	78,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 1.7.

Grafico1.7. Grafico de la Talla de los entrevistados



Fuente: tabla 1.7.1.

En este gráfico y tabla se puede observar que la talla más alta es la que con mayor frecuencia se repite, pero este dato también está directamente relacionado con la edad y desarrollo de los pacientes entrevistados.

Tabla 1.8. Tipo de alimentación de los Pacientes reingresados.

Alimentación		
Lactancia	Maternizada	Entera
18	22	20

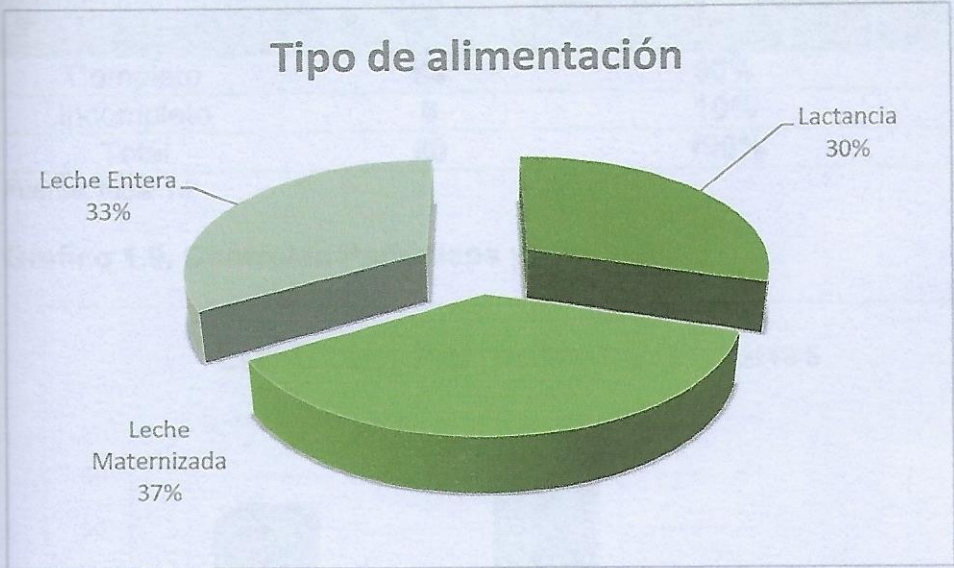
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

Tabla 1.8.1. Tabla de frecuencias

Tipo de Alimentación de los Entrevistados	Nº Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Lactancia	18	30%	30%
Maternizada	22	36,6%	66,6%
Entera	20	33,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 1.8.

Grafico 1.8. Tipo de alimentación



Fuente: tabla 1.8.1.

En esta tabla y gráfico se puede observar que la mayor cantidad de entrevistados toman leche maternizada, y esto se debe a muchos factores, ya que, en la mayoría de las veces se incentiva el amamantamiento materno, sin embargo no en todas las ocasiones esto es viable o no es suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas del niño, por esto se incorpora la leche maternizada, sirviendo de vital apoyo en el desarrollo normal.

Tabla 1.9. Controles Periódico y Vacunas

Controles periódicos		Vacunas	
Completo	Incompleto	Completo	Incompleto
48	12	54	6

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

Tabla 1.9.1. Tabla de Frecuencias de controles periódicos

Controles Periodicos de los Entrevistados	Nº Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Completo	48	80%	80%
Incompleto	12	20%	100%
Total	60	100%	

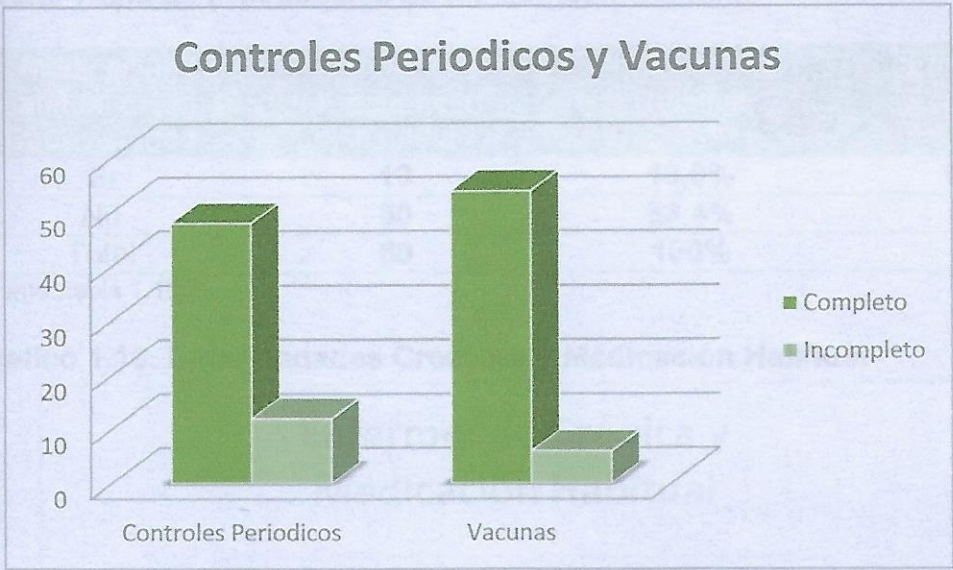
Fuente: tabla 1.9.

Tabla 1.9.2. Tabla de Frecuencias de vacunas

Vacunas de los Entrevistados	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Completo	54	90%	90%
Incompleto	6	10%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 1.9.

Grafico 1.9. Controles Periódicos y Vacunas.



Fuente: tablas 1.9.1 y 1.9.2.

En estas tablas y gráfico se puede observar que es mucho mayor los controles completos y vacunas completas, ya que en la salud pública actual esos ámbitos están muy bien cubiertos, sin embargo se podría decir que, si el 20% de los controles periódicos son incompletos, en un número bastante alto, y está directamente relacionado con los recursos de los padres en acceder a servicios de salud, lo mismo sucede con las vacunas.

1.10. Antecedentes Patológicos

Enfermedades Crónicas		Medicación Habitual	
Si	No	Si	No
16	44	10	50

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

1.10.1. Tabla de Frecuencias de Enfermedades Crónicas

Enfermedades Crónicas de los Entrevistados	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	16	26,6%	26,6%
No	44	73,4%	100%
Total	60	100%	

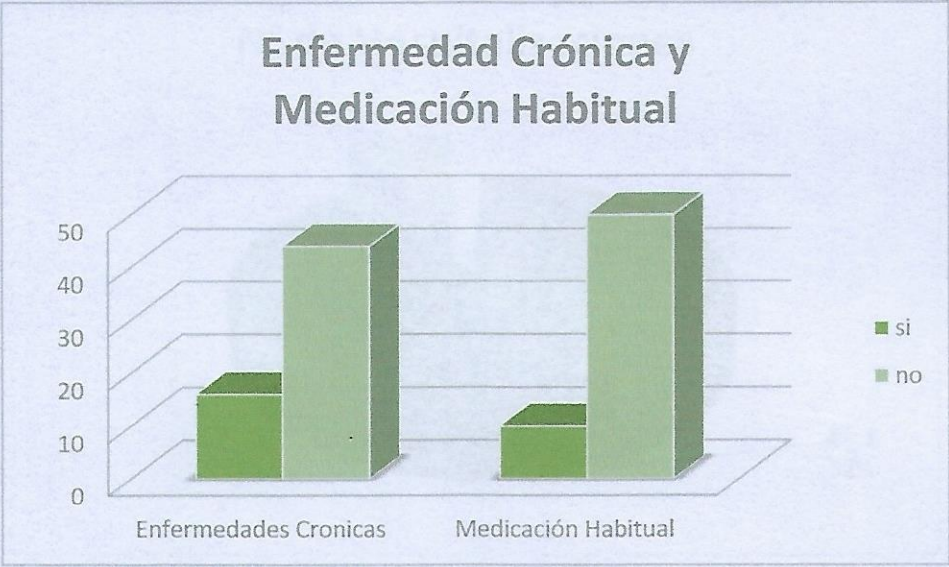
Fuente: tabla 1.10.

1.10.2. Tabla de Frecuencias de Medicación Habitual

Medicación Habitual de los Entrevistados	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	10	16,6%	16,6%
No	50	83,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 1.10.

Grafico 1.10. Enfermedades Crónicas y Medicación Habitual



Fuente: Tablas 1.10.1 y 1.10.2

En este grafico y tabla se puede observar que, si bien no es un porcentaje importante decir que el 26,6% de los pacientes reingresados poseen una enfermedad crónica, teniendo en cuenta al reingreso como un índice de gravedad de acuerdo a una patología determinada, si podemos tener en cuenta que el 66,6% de los pacientes que tienen enfermedad crónica, necesitan una medicación habitual, agregando complejidad al tratamiento que se le pueda realizar.

1.11. Número de Hospitalizaciones

N° de Hospitalizaciones	
1 – 3	4 – 6
55	5

Fuente: datos obtenidos por medio encuestas realizadas por e autor.

Tabla 1.11.1. Tabla de Frecuencias

N° de Hospitalizaciones	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
1 – 3	55	91,6%	91,6%
4 – 6	5	8,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 1.11.

Grafico 1.11.



Fuente: tabla 1.11.1.

El 92% de los niños con reingreso precoz por patologías respiratorias han tenido entre 1-3 hospitalizaciones anteriores, lo que implica un factor de riesgo importante, al momento de evaluar niveles de inmunidad del niño o bien pautas de alarma por parte de los padres.

DATOS DE LA MADRE

2.1. Estudios cursados

Estudios Cursados					
Primario		Secundario		Terciario	
Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto
31	9	13	5	2	0

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

2.1.1. Tabla de Frecuencias

Estudios Cursados de los Entrevistados	Nº Entrevistas Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (Fr. %)	Frecuencia Acumulada
1º Completo	31	51,6%	51,6%
1º Incompleto	9	15%	66,6%
2º Completo	13	21,6%	88,2%
2º Incompleto	5	8,4%	96,6%
3º Completo	2	3,4%	100%
3º Incompleto	0	0%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 2.1.

Grafico 2.1. Nivel de Estudios Alcanzados



Fuente: tabla 2.1.1.

En estas tablas y grafico se puede observar que el solo el 25% de los entrevistados tienen en secundario completo o un estudio terciario realizado, por lo que pone en evidencia que el nivel de instrucción es un dato relevante cuando hablamos de reingresos, y pueden influir en la capacidad de las madres en llevar a cabo los cuidados en domicilio para continuar con la convalecencia, hacia la recuperación total.

2.2. Situación Laboral y Hábitos tóxicos

Situación Laboral		Hábitos Tóxicos	
Ocupado	Desocupado	Si fuma	No fuma
20	40	16	44

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

Tabla 2.2.1. Tabla de Frecuencias

Situación Laboral	Nº Entrevistas Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (Fr. %)	Frecuencia Acumulada
Ocupado	20	33,3%	33,3%
Desocupado	40	66,7%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 2.2.

Hábitos tóxicos, Tabaquismo	Nº Entrevistas Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (Fr. %)	Frecuencia Acumulada
Sí fuma	16	26,6%	26,6%
No fuma	44	73,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 2.2.

Gráfico 2.2. Situación Laboral y Hábitos Tóxicos



Fuente: tablas 2.2.1

Se observa una mayor cantidad de madres que no trabajan, al igual que un importante porcentaje de madres que fuman, siendo este último destacable por ser un factor de riesgo en patologías respiratorias.

2.3. Edad de la Madre

Edades				
16 – 20	21 – 25	26 – 30	31 – 35	36 – 40
11	11	17	9	12

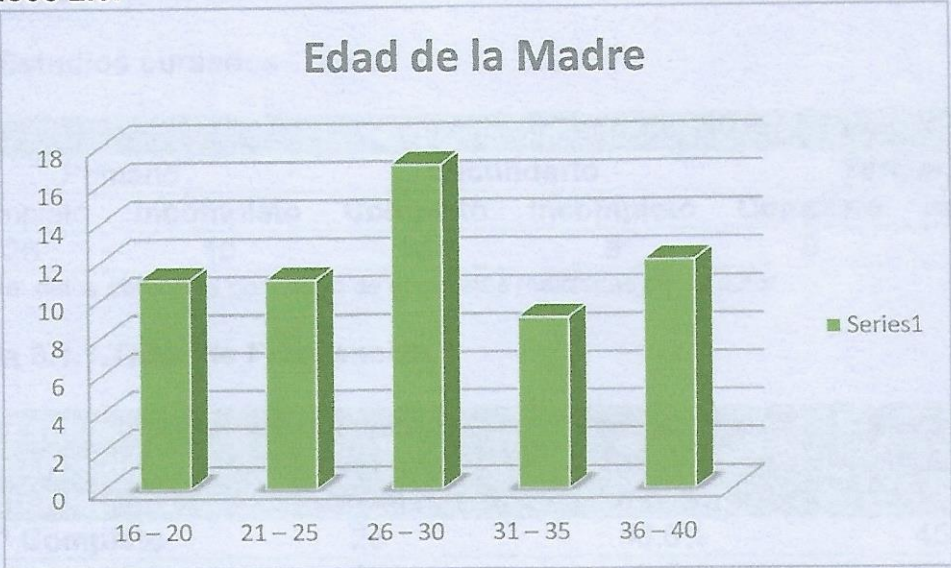
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

Tabla 2.3.1.Tabla de Frecuencias

Estudios Cursados de los Entrevistados	Nº Entrevistas Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (Fr. %)	Frecuencia Acumulada
16 – 20	11	18,3%	18,3%
21 – 25	11	18,3%	36,6%
26 – 30	17	28,4%	65%
31 – 35	9	15%	80%
36 – 40	12	20%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 2.3.

Gráficos 2.3.



Fuente: tabla 2.3.1.

En este gráfico se puede apreciar que en su mayoría las madres de los pacientes reingresados oscilan entre los 26 y 40 años, por lo que podemos considerar que es un factor de riesgo la edad materna en relación con algunas patologías de base. Otro dato significativo y de riesgo son el alto porcentaje de madres adolescentes, donde la poca experiencia en la maternidad muchas veces ocasiona bajas pautas de alarma.

DATOS DEL PADRE

3.1. Estudios cursados

Estudios Cursados					
Primario		Secundario		Terciario	
Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto
26	10	15	5	0	1

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

Tabla 3.1.1.Tabla de Frecuencias

Estudios Cursados de los Entrevistados	Nº Entrevistas Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (Fr. %)	Frecuencia Acumulada
1º Completo	26	45,6%	45,6%
1º Incompleto	10	17,5%	63,1%
2º Completo	15	26,3%	89,4%
2º Incompleto	5	8,7%	98,1%
3º Completo	0	0	98,1%
3º Incompleto	1	1,9%	100%
Total	57	100%	

Fuente: tabla 3.1.

Grafico 3.1.



Fuente: tabla 3.1.1.

De los 60 padres, 1 se encuentra fallecido y 2 son madres solteras, por ese motivo 57 la muestra tomada para esta sola variable. El nivel de escolaridad de los padres en relación a las madres es superior, alcanzan el nivel primario en su mayoría y el secundario completo.

3.2. Situación Laboral y Hábitos Tóxicos

Situación Laboral		Hábitos Tóxicos	
Ocupado	Desocupado	Si fuma	No fuma
20	40	16	44

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

Tabla 3.2.1. Tabla de Frecuencias de Situación Laboral

Situación Laboral	Nº Entrevistas Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (Fr. %)	Frecuencia Acumulada
Ocupado	20	33,3%	33,3%
Desocupado	40	66,7%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 3.2.

Tabla 3.2.2. Tabla de frecuencias de Hábitos Tóxicos

Hábitos tóxicos, Tabaquismo	Nº Entrevistas Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (Fr. %)	Frecuencia Acumulada
Sí fuma	16	26,6%	26,6%
No fuma	44	73,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 3.2.

Gráficos 3.2. *Gráficos de Frecuencias*



Fuente: tablas 3.2.1. y 3.2.2.

En el gráfico de situación laboral podemos observar que el 50% de los encuestados están desempleados; en su mayoría desempeñan actividades rurales, donde los factores climáticos, y la diversidad de producción perjudica una actividad laboral continúa.

En cuanto a hábitos tóxicos, si bien sólo el 26,6 % del total de los encuestados es fumador, consideramos de importancia el factor de exposición del niño a este hábito nocivo.

3.3. Edad del Padre

Edades				
16 – 20	21 – 25	26 – 30	31 – 35	36 – 40
11	11	17	9	12

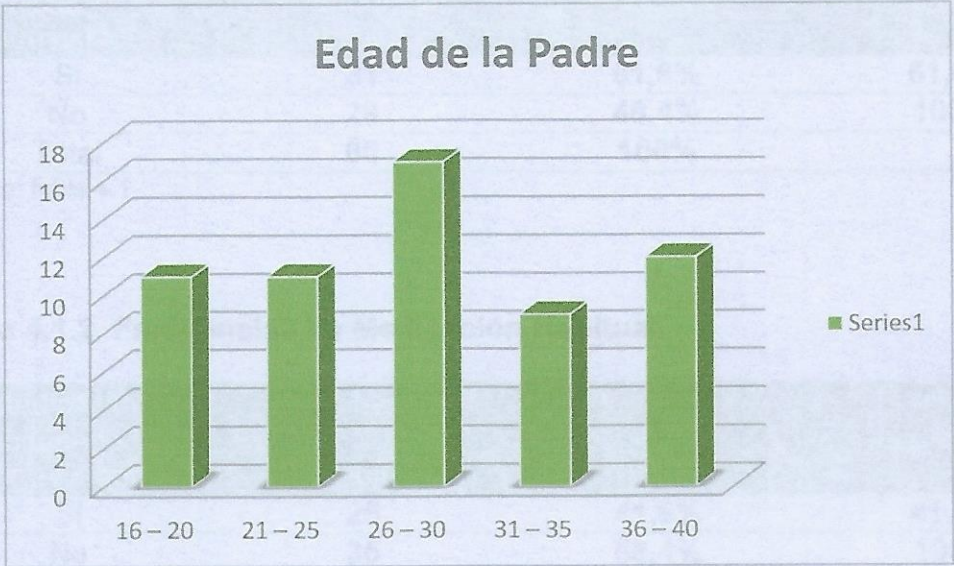
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 3.3.1 Tabla de Frecuencias

Estudios Cursados de los Entrevistados	Nº Entrevistas Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (Fr. %)	Frecuencia Acumulada
16 – 20	11	18,3%	18,3%
21 – 25	11	18,3%	36,6%
26 – 30	17	28,4%	65%
31 – 35	9	15%	80%
36 – 40	12	20%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 3.3.

Gráficos 3.3.



Fuente: tabla 3.3.1.

En estas tablas y gráfico se observa un número significativo de padres adolescentes, pero en su gran mayoría son mayores de 20 años.

DATOS DE LA FAMILIA

4.1. Antecedentes Patológicos

Enfermedades Crónicas		Medicación Habitual	
Si	No	Si	No
31	29	25	35

Fuente: datos obtenido por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tablas 4.1.1. Frecuencias de Enfermedades Crónicas.

Enfermedades Crónicas de los Entrevistados	Nº Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	31	51,6%	51,6%
No	29	48,4%	100%
Total	60	100%	

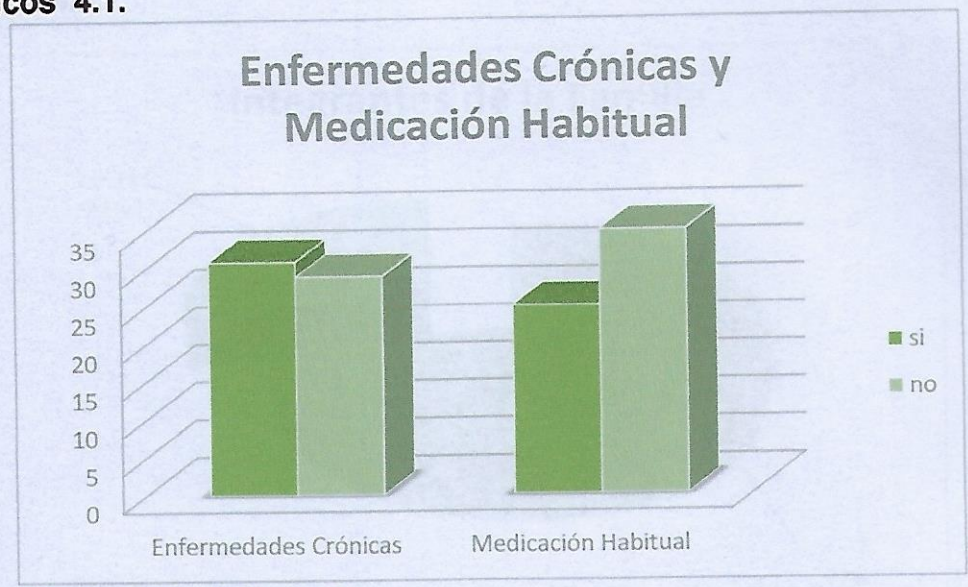
Fuente: tabla 4.1

Tabla 4.1.2. Frecuencias de Medicación Habitual.

Medicación Habitual de los Entrevistados	Nº Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	25	41,6%	41,6%
No	35	58,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.1

Gráficos 4.1.



Fuente: tablas 4.1.1. y 4.1.2.

El gráfico de enfermedades crónicas, de la familia, y medicación habitual nos muestra un dato relevante cuando evaluamos los antecedentes que puedan tener relación directa con el niño. El 51,6% de algunos integrantes de la familia sufren alguna patología crónica y el 41,6% requieren de medicación diaria.

4.2. Integrantes de la Familia

Integrantes de La Familia	
2 – 6	7 - 11
43	17

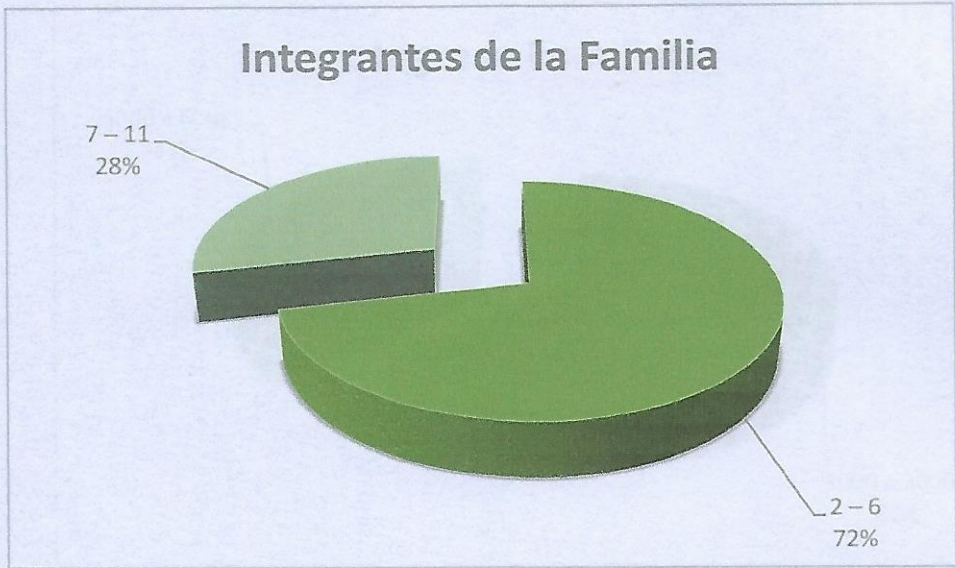
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tablas 4.2.1. Tabla de Frecuencias

Integrantes de la Familia	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
2 – 6	43	71,6%	71,6%
7 – 11	17	28,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.2.

Grafico 4.2.



Fuente: tabla 4.2.1.

En el gráfico de integrantes de la familia podemos observar que el 72% la conforman entre 2 y 6 integrantes.

4.3. Ingreso Económico Aproximado del Grupo Familiar

Ingreso Económico	
1000 a 3000\$	4000 a 6000\$
38	22

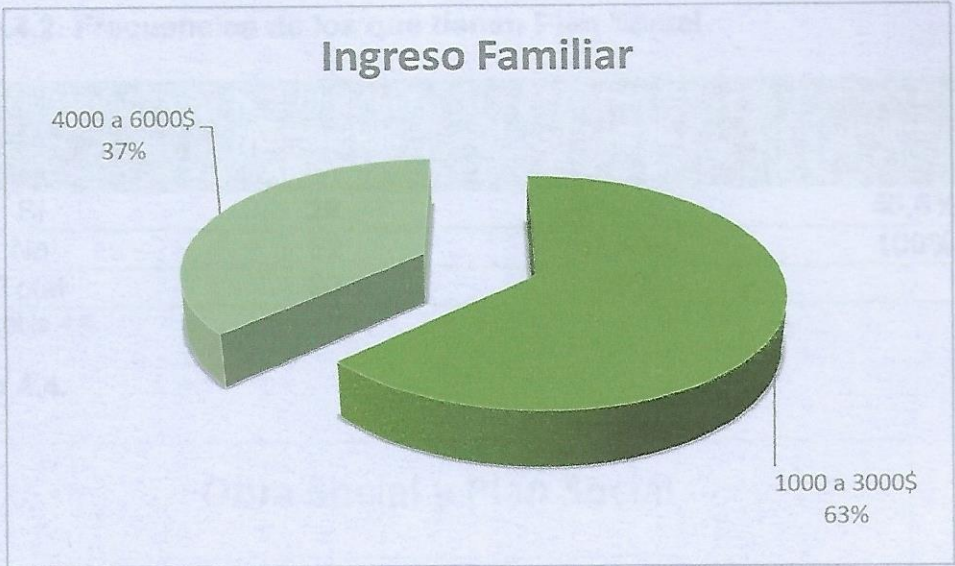
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

Tabla 4.3.1. Tabla de Frecuencias

Ingreso Familiar	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
1000 a 3000\$	38	63,4%	63,4%
4000 a 6000\$	22	36,6%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.3.

Grafico 4.3.



Fuente: tabla 4.3.1.

En el gráfico de ingreso familiar podemos observar que el 63% tiene un ingreso aproximado de entre 1000 y 3000 \$, cabe destacar que este dato adquiere importancia cuando describimos que ese importe lo logran entre todos los integrantes de una familia y que deben designarlo a cualquier necesidad que se presente.

4.4. Obra Social y Plan Social

Obra Social		Plan Social	
Si	No	Si	No
26	34	28	32

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tablas 4.4.1. Frecuencias de los que tienen Obra Social

Obra Social	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	26	43,4%	43,4%
No	34	56,6%	100%
Total	60	100%	

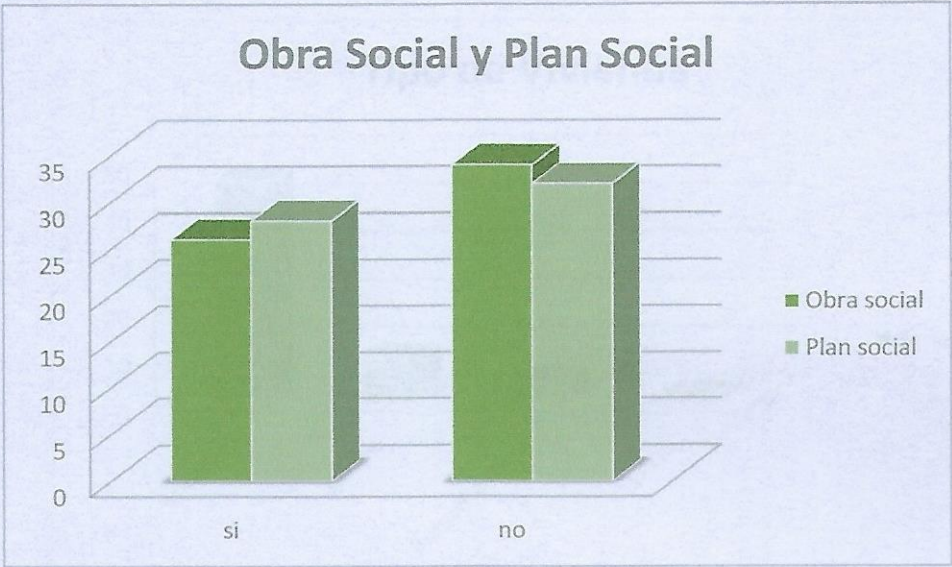
Fuente: tabla 4.4.

Tabla 4.4.2. Frecuencias de los que tienen Plan Social

Plan Social	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	28	46,6%	46,6%
No	32	53,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.4.

Grafico 4.4.



Fuente: tablas 4.4.1. y 4.4.2.

El 46,6% del total de encuestados cubre su situación de salud con planes sociales, mientras que sólo el 43,4% tienen cobertura social, mediante obras sociales. Esto indica que los planes sociales han cobrado auge los últimos años y que las personas tienen más acceso directo a ellos.

4.5. Tipo de vivienda

Tipo de vivienda			
Material	Adobe	Industrializada	Otros
46	9	4	1

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor

Tabla 4.5.1 Tabla de Frecuencias

Tipo de Vivienda	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Material	46	76,6%	76,6%
Adobe	9	15%	91,6%
Industrializada	4	6,6%	98,2%
Otros	1	1,6%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.5.

Grafico 4.5.



Fuente: tabla 4.5.1.

Si bien el 76% de los encuestados tienen viviendas de material, es significativo que un 15% tiene vivienda de adobe. Al momento de valorar condiciones de habitabilidad en relación al niño.

4.6. Cantidad de habitaciones

Cantidad de Habitaciones		
1 Hab.	2 Hab.	3 Hab.
4	32	24

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 4.6.1. Tabla de Frecuencias

Cantidad de habitaciones	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
1 Hab.	4	6,6%	6,6%
2 Hab.	32	53,4%	60%
3 Hab.	24	40%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.6.

Grafico 4.6.



Fuente: tabla 4.6.1.

El 53% de los encuestados tienen en sus hogares 2 habitaciones, si lo relacionamos con la cantidad de integrantes de una familia, podemos valorar si hay hacinamiento o no. El 7% de los encuestados tiene en su hogar una sola habitación por lo que concluimos que todos descansan en el mismo lugar.

4.7. Tipo de Calefacción:

Tipo de Calefacción		
Gas	Leña	Otro
40	20	0

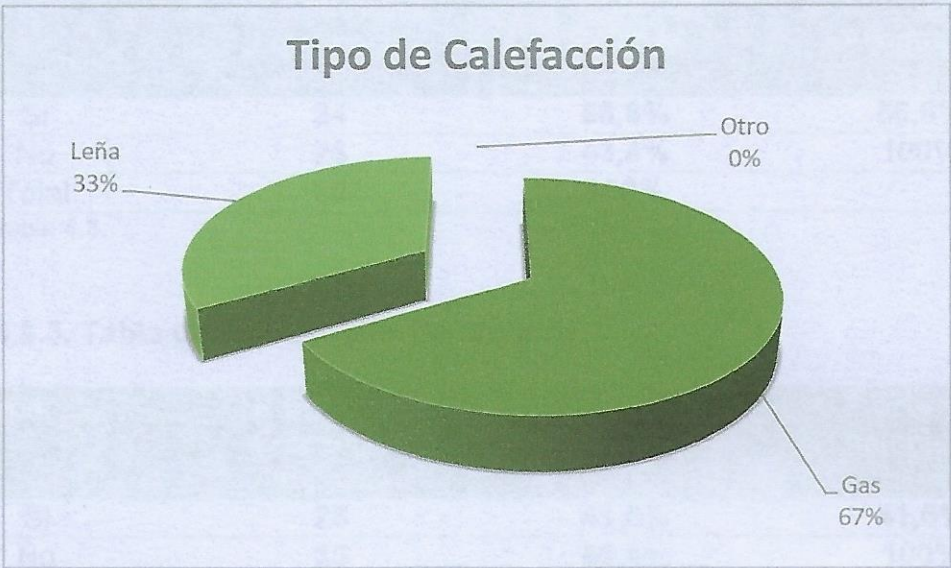
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 4.7.1. Tabla de Frecuencias

Tipo de Vivienda	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Gas	40	66,6%	66,6%
Leña	20	33,4%	100%
Otro	0	0	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.7.

Grafico 4.7.



Fuente: 4.7.1

En el gráfico del tipo de calefacción, podemos observar que el gas es el tipo de calefacción más utilizado, con un 67%. Y un 33% utiliza leña. Si bien existe una diferencia porcentual, cuando valoramos la calefacción en pacientes con reingresos por patologías respiratorias los dos métodos no son aconsejables.

4.8. Servicios Generales

Servicios Generales							
Luz		Gas		Cloacas		Agua Potable	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
60	0	34	26	25	35	53	7

Fuente: datos obtenido por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 4.8.1. Tabla de Frecuencias de Luz

Luz	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	60	100%	100%
No	0	0	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.8.

Tabla 4.8.2. Tabla de Frecuencias de Gas

Gas	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	34	56,6%	56,6%
No	26	43,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.8.

Tabla 4.8.3. Tabla de Frecuencias de Cloacas

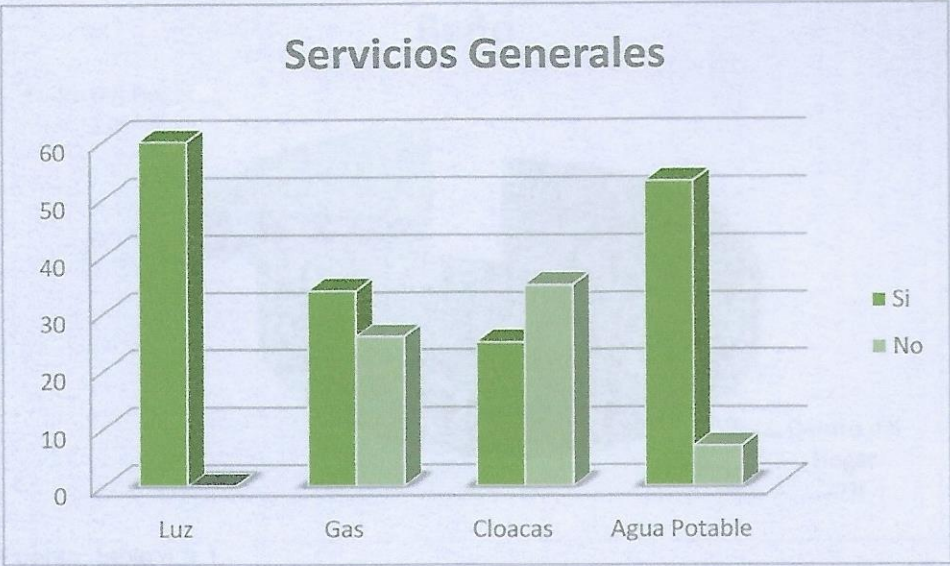
Cloacas	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	25	41,6%	41,6%
No	35	58,4%	100%
Total	60	100%	

Tabla 4.8.4. Tabla de Frecuencias de Agua Potable

Agua Potables	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	53	88,4%	88,4%
No	7	11,6%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.8.

Grafico 4.8.



Fuente: gráfico 4.8.1, 4.8.2, 4.8.3 y 4.8.4.

Se observa que el 100% de los entrevistados tienen luz eléctrica, el 56% gas natural, el 41% tiene cloacas y el 88% agua potable.

4. 9. Baño

Baño	
Dentro del Hogar	Fuera del Hogar
46	14

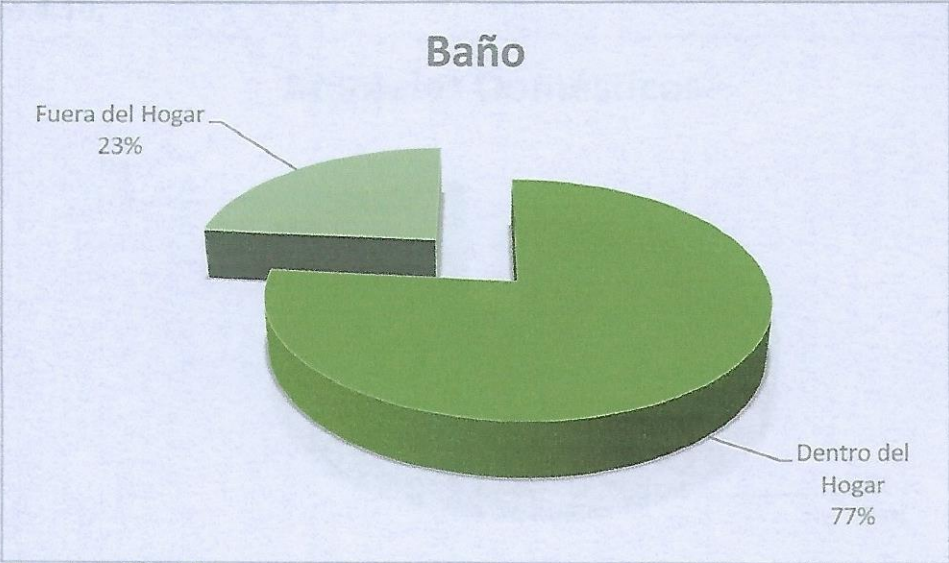
Fuente: datos obtenido por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 4.9.1. Tabla de Frecuencias

Baño	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Dentro del Hogar	46	76,6%	76,6%
Fuera del Hogar	14	23,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.9.

Grafico 4.9.



Fuente: tabla 4.9.1.

El dato de tener baño fuera o dentro del hogar cobra importancia al momento de valorar la exposición del niño a condiciones climáticas desfavorables y donde no se cumplan condiciones de higiene adecuadas. Del total de encuestas 14 familias (23%) presentan el baño fuera del hogar.

4.10. Animales Domésticos

Animales Domésticos	
Si	No
50	10

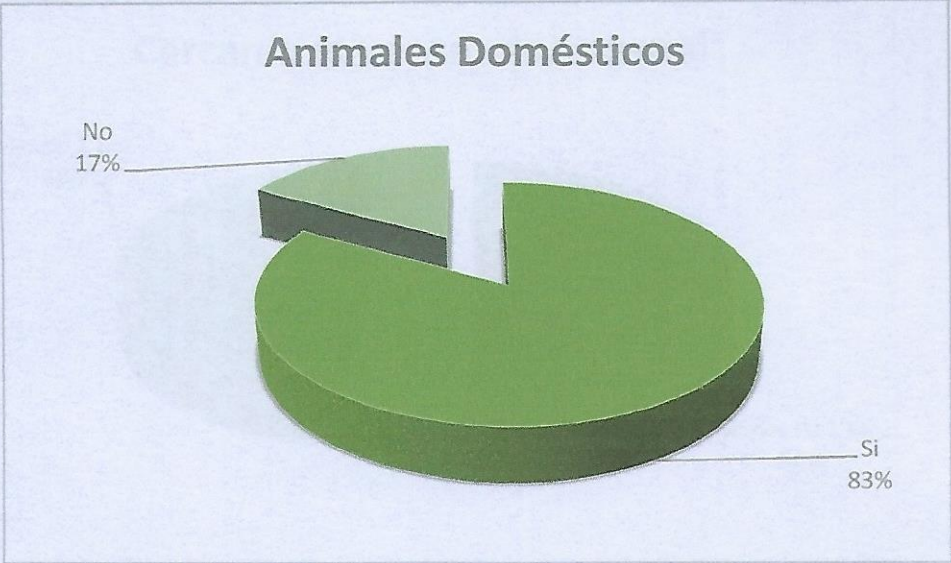
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 4.10.1. Tabla de Frecuencias

Animales Domésticos	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Si	50	83,4%	83,4%
No	10	16,6%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.10.

Grafico 4.10.



Fuente: tabla 4.10.1.

En el gráfico de animales domésticos, podemos observar que un 83,4% del total tienen animales en su hogar, esto implica un factor de importancia como lo son los alérgenos y que en muchas ocasiones complican la recuperación de pacientes con patologías respiratorias.

4.11. Cercanía al Centro de Salud

Cercanía al CS	
Menos de 1 Km.	Más de 1 Km
31	29

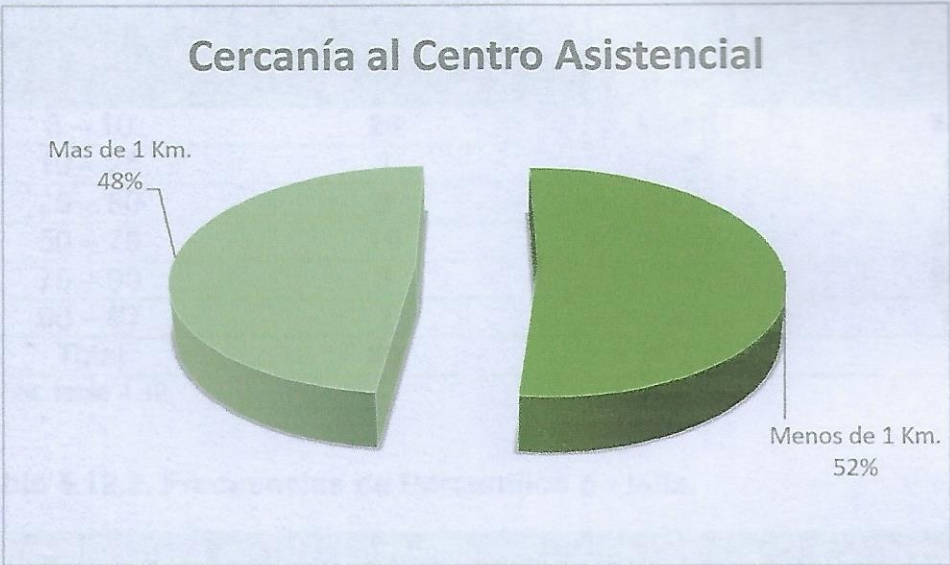
Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 4.11.1. Tabla de Frecuencias

Cercanía al CS	Nº Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Menos de 1 Km.	31	51,6%	51,6%
Mas de 1 Km.	29	48,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.11.

Grafico 4.11.



Fuente: tabla 4.11.1.

Se puede observar que el 48% de los entrevistados vive a más de 1 km de distancia del centro de salud.

4.12. Percentilos

Percentilos de Peso y Talla						
	3 – 10	10 – 25	25 – 50	50 – 75	75 – 90	90 – 97
Peso	26	1	9	19	3	2
Talla	20	6	9	8	3	12

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Percentilos de Perímetro Cefálico	
+2 desvíos estándar	- 2 desvío estándar
55	5

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas realizadas por el autor.

Tabla 4.12.1. Frecuencias de Percentilos de pesos.

Percentilos del Peso	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
3 – 10	26	43,4%	43,4%
10 – 25	1	1,6%	45%
25 – 50	9	15%	60%
50 – 75	19	31,6%	91,6%
75 – 90	3	5%	96,6%
90 – 97	2	3,4%	100%
Total	60	100%	

Fuente: tabla 4.12.

Tabla 4.12.2. Frecuencias de Percentilos de talla.

Percentilos de la Talla	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
3 – 10	20	33,4%	33,4%
10 – 25	6	10%	43,4%
25 – 50	11	18,4%	61,8%
50 – 75	8	13,2%	75%
75 – 90	3	5%	80%
90 – 97	12	20%	100%
Total	60	100%	

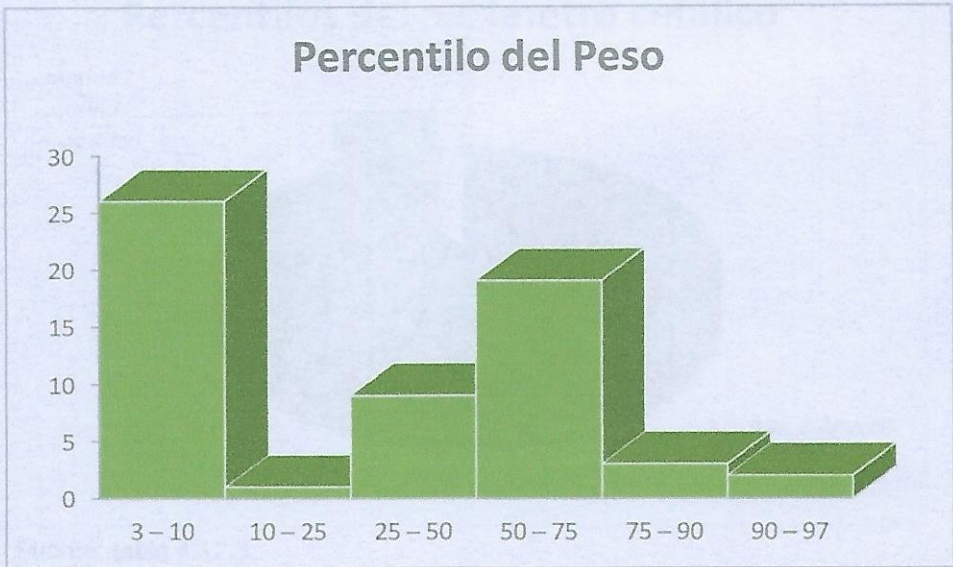
Fuente: tabla 4.12.

Tabla 4.12.3. Frecuencias de Percentilos de perímetro cefálico.

Percentilos del Perímetro Cefálico	N° Entrevista Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
+2 desvíos estándar	55	91,6%	91,6%
-2 desvíos estándar	5	8,4%	100%
Total	60	100%	

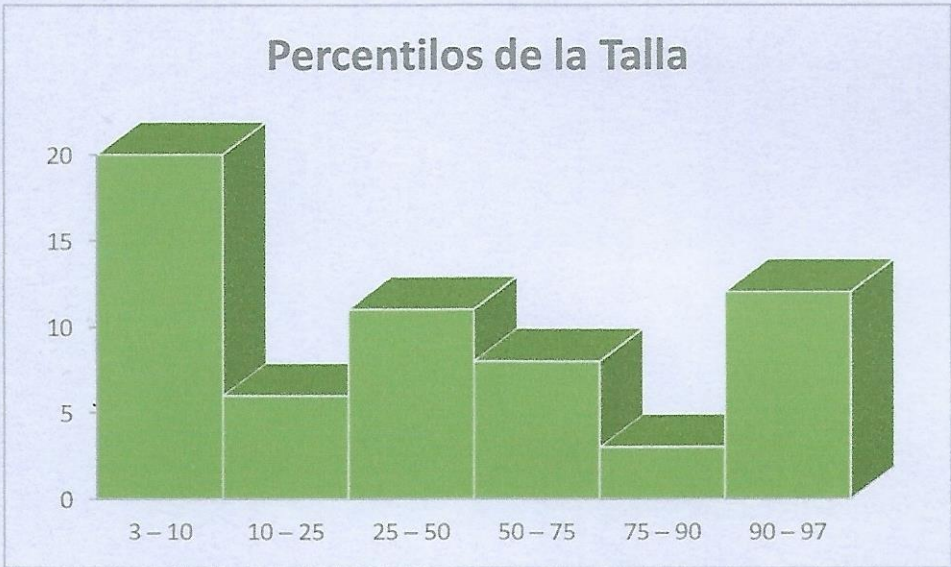
Fuente: tabla 4.12.

Grafico 4.12.1.



Fuente: tabla 4.12.1

Grafico 4.12.2.



Fuente: tabla 4.12.2.

Grafico 4.12.3.



Fuente: tabla 4.12.3.

En los gráficos donde se determinan relación peso/talla, podemos observar que el 43,4% corresponden a los Percentilos 3-10, lo que nos da por entendido que se encuentran por debajo del percentil óptimo.

CAPITULO III

Resultados, Discusión y Propuestas

RESULTADOS:

El **Sexo** de los pacientes reingresados se observa que la población femenina es mayor, sin embargo puede deberse a un mero dato estadístico, y no parece ser un factor de riesgo relevante

De acuerdo al **Peso** se observa que la mayor cantidad de internados son de bajo peso, por lo que este factor es determinante y se podría decir que un niño de bajo peso corre mayor riesgo de padecer un reingreso precoz.

La **Edad gestacional** también es un factor predisponente ya que el 27 por ciento de los reingresos son niños que nacieron prematuros, y esto está relacionado con el desarrollo tanto físico como inmunológico de los niños, que indudablemente los vuelve más propensos a sufrir enfermedades a lo largo de su crecimiento.

El **Peso al nacer** es importante ya que 1 de cada 10 niños reingresados fueron de bajo peso para la edad Gestacional, lo que está directamente relacionado con el desarrollo del niño y su capacidad de adaptarse al medio externo, luego del vientre materno.

De acuerdo a los **Percentilos de los pacientes reingresados**, un mayor porcentaje de estos se encuentran debajo del percentil 50, lo que está directamente relacionado con el crecimiento y desarrollo del niño.

En el **Perímetro cefálico** no se observan grandes alteraciones, ya que están directamente relacionadas con la edad y el crecimiento normal de los entrevistados.

En la **Talla** se ve que también está directamente relacionado con la edad y desarrollo de los pacientes entrevistados.

El **Tipo de alimentación** de los pacientes ingresados, está relacionado con el crecimiento y desarrollo del niño, y se observa que la gran mayoría toma leche maternizada, ya que el niño convaleciente generalmente necesita un apoyo extra en nutrientes, por lo que se ayuda su nutrición con aportes complementarios.

Los **Controles Periódico y Vacunas** de los niños ingresados, son en casi su totalidad completos, debido a que los planes de inmunizaciones, y otros como el plan nacer, son controles obligatorios, por lo que no es necesario prestar

atención como factor de riesgo, ya que existen recursos dedicados a este tema.

Los **Antecedentes Patológicos** de los pacientes internados son destacables ya que, el hecho que un porcentaje considerable tenga una patología de base, agrega complicaciones a la enfermedad y el tratamiento, dependiendo el tipo de afección.

El **Número de Hospitalizaciones** anteriores de los niños es del 92%, por lo tanto es un factor de riesgo importante, teniendo en cuenta que es probable otras posibles internaciones.

DATOS DE LA MADRE

Los **Estudios cursados** de las madres son relevantes ya que se desarrolla directamente con su comprensión de realizar cuidados pos internación que el niño requiera.

La **situación Laboral** de las madres de los niños internados está relacionada con el tiempo que tienen para dedicarle los cuidados necesarios a los niños, si bien es menor el porcentaje de las madres ocupadas, es importante saber que casi el 34% le dedican menos tiempo a sus hijos, sin dejar de tener en cuenta otros factores como ayuda de la familia entera en los cuidados necesarios, los **hábitos Tóxicos** que en este caso es si fuma o no, se ve que el 26% si fuma, siendo este dato importante, por la relevancia de este factor predisponente, de favorecer la aparición de enfermedades respiratorias.

La **Edad de las Madres** en este trabajo puede ser significativa en que el porcentaje de madres adolescentes es elevado, con sus complicaciones antes mencionadas (bajas pautas de alarma).

DATOS DEL PADRE

Los **Estudios cursados** de los padres, y teniendo en cuenta que en su mayoría son los encargados de la familia, se relaciona con las expectativas de logros del grupo familiar, y se relaciona con la capacidad de comprender y brindar cuidados esenciales al grupo entero, no se encuentra gran relevancia para la investigación que se lleva a cabo.

La **Situación Laboral** de los padres es un factor importante ya que solo el 34% tiene trabajo y da soporte al grupo familiar, por lo que la situación laboral de los padres es un factor de riesgo, los **Hábitos Tóxicos** que son si fuman o no, también es relevante por lo nocivo de éste hábito para los niños.

La **Edad del Padre** está relacionada con la capacidad de brindar un bienestar económico y de vida al grupo familiar, es importante ya que al igual que la madre, está relacionado con las pautas de alarma.

DATOS DE LA FAMILIA

Los **Antecedentes Patológicos** de la familia son relevantes porque en este caso predisponen al niño a sufrir alguna patología respiratoria, ya que más de la mitad de los pacientes tiene familiares con patologías de base y más del 40% toma medicación habitual, lo que se puede considerar un factor de riesgo.

En los **Integrantes de la Familia** cerca del 30% de los casos se observa que tienen más de 6 integrantes, por lo que se puede deducir que esta cantidad no es importante de acuerdo a los niveles de instrucción del grupo entero, pero si cobra importancia cuando es directamente relacionado con las condiciones de habitabilidad..

En el **Ingreso Económico Aproximado del Grupo Familiar** se observa que casi el 64% de los entrevistados tienen ingresos menores a 3000\$, por lo que no alcanzan para satisfacer la canasta básica, de alimentos y servicios por lo que se convierte en un factor de riesgo importante en la mantención de la salud, ya que no asegura una alimentación y cuidados básicos.

Solo el 43,3% de los entrevistados tienen **Obra Social** por lo que el hecho de enfermarse implica un gasto extra que en la mayoría de los casos no es posible cubrir, por lo que es de vital importancia el acceso a la salud pública, en este caso es un factor importante, y con lo que respecta a esto, el 46,6% poseen algún **Plan Social**, por lo que en cierto modo sobrellevan económicamente una enfermedad, el hecho de tener un plan social, implica un ingreso económico bajo.

El **Tipo de vivienda** de los entrevistados está relacionado con la bioseguridad de los integrantes, y se observa que no es un factor importante ya que solo el 15% vive en casas de adobe. Pero es importante valorar las condiciones que implican precariedad.

La **Cantidad de habitaciones** está directamente relacionada con la cantidad de integrantes de la familia, y su relación directa con el hacinamiento; si es destacable que el 7% solo tiene una habitación, no se considera un factor importante el número de habitaciones.

De acuerdo al **Tipo de Calefacción** se considera un importante factor, ya que el 33% tiene calefacción a leña, con sus riesgos y complicaciones respiratorias que esto implica.

Los **Servicios Generales** Se observa que el 100% de los entrevistados tienen luz eléctrica, por lo que no representa un factor de riesgo, el 56% gas natural entonces se puede decir que la calefacción a leña es la que más se utiliza. El 41% tiene cloacas, esto quiere decir que un porcentaje importante de los reingresos conviven con posos sépticos con todo lo que significa esto en bioseguridad, (condiciones de higiene dentro del núcleo familiar) y el 88% posee agua potable. Entonces podemos establecer que dependiendo el servicio es o no un factor de riesgo.

Los **Animales Domésticos** forman un factor de riesgo importante ya que el 83,4% de los entrevistados tienen animales domésticos, destacando la importancia de éstos en patologías respiratorias.

La **cercanía al centro de salud** es importante ya que se observó que un 48% de los internados viven a más de 1 km del centro asistencial, por lo que el tiempo que transcurre desde el hogar hasta lograr el acceso al sistema sanitario puede ser determinante para la recepción de primeros auxilios. El acceso rápido a atenciones de salud minimiza complicaciones.

Los **Percentilos**: la relación peso/talla de los niños con reingresos, corresponden a un 43,4%, lo que significa que se mantienen dentro de los Percentilos 3-10, por debajo del percentil óptimo. Esto traducido a factor de riesgo significa que en su mayoría los reingresos presentan trastornos en su estado nutricional.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este tiempo de investigación, donde intentamos determinar los factores de riesgo que inciden en el reingreso precoz de pacientes pediátricos por patologías respiratorias podemos advertir que hay un porcentaje importante de niños que nacen con bajo peso, a lo que se le agrega un 27% que nacen prematuros lo que implica un riesgo potencial de padecer algún tipo de afección. Por otra parte su sistema inmunológico está en plena formación por lo que debemos incorporar hábitos saludables.

Muchos de los niños que han sido estudiados en esta investigación son menores de un año.

En lo que respecta a las madres mantienen edades entre los 26-30 años, pero hay un alto porcentaje de madres adolescentes (16 y 18 años), que por su corta edad están en proceso de adaptación a la maternidad y no tienen una orientación en cuanto al estado de salud del niño y cuidados especiales. Más aún si esto trae aparejado alguna patología agregada.

Las condiciones de habitabilidad y los servicios generales no son los óptimos en el momento posterior al alta hospitalaria, por lo que los cuidados no garantizan un completo restablecimiento del estado de salud del niño.

Otro dato para destacar es que un alto porcentaje de padres desempeñan labores en zona rural, lo que implica que la actividad no es continua, y por ende el ingreso económico es temporal. Esto representa una complicación al momento de cubrir necesidades sanitarias.

Los niños que reingresan tienen antecedentes de hospitalizaciones anteriores, esto sumado a la exposición a factores de riesgo como el hacinamiento, escasa condiciones de higiene, calefacción del hogar, más hábitos tóxicos favorecen una nueva hospitalización.

PROPUESTAS DE ACCIÓN

Básicamente la principal propuesta para mejorar la situación es la educación sanitaria, donde se den las herramientas necesarias a las familias para favorecer un entorno saludable, donde el niño no esté tan expuesto a factores nocivos.

Dentro de la propuesta de acción:

- Capacitación del personal de enfermería sobre acciones independientes en relación a educación de los padres; en cuanto a signos de alerta, continuidad de tratamiento, modificación de hábitos tóxicos.
- Elaborar material informativo como folletería, además de disertar temas relacionados con las patologías respiratorias, medidas de prevención, tratamientos y pautas de alarma.

Bibliografía:

- 1) Papile LA. The Apgar score in the 21st century. N. Engl J Med 2001 Feb 15; 344(7):519-20.
- 2) Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. N. Engl J Med 2001 Feb 15; 344(7):467-71.
- 3) Haddad B, Mercer BM, Livingston JC, Talati A, Sibai BM. Outcome after successful resuscitation of babies born with apgar scores of 0 at both 1 and 5 minutes. Am J Obstet Gynecol 2000 May; 182(5):1210-4. Enfermedades del Aparato Respiratorio. Manual Merk. Edición 1991. Milán P.
- 4) El Aparato Respiratorio. Manual de la enfermería padiatrica. Crown; Barbara A. Duard; Marie N Felman; Marian A. Mills.
- 5) Nutrición del lactante. Necesidades nutricionales del lactante del bajo peso al nacer. Manual de la enfermería pediátrica tomo (1).
- 6) Consideraciones culturales. Manual de la Enfermería pediátrica.
- 7) GEO Salud. Bajo peso al nacer.
PREP The Curriculum Pediatrics Review and Education Program (American academi y of pediatri s) Manuales y cursos pediátricos.
- 8) Epidemiologia y administracion de servicios de salud. Dugas. Factores de riesgo/ Enfoque de Riesgo.
- 9) Sitio de red. Aprend.es (asociación española de pediatría) SAP (Sociedad Argentina de Pediatría).
- 10) Ferri Consultas clínicas de Medicina Internas. Claves Diagnosticas y tamaño. Océano/ Mosby Tred F. Ferri. Nueva edición 1998.
- 11) Diccionario de Medicina Mosby- Edición 1994. Editorial Océano.

INVENTA

DE VOLUMENES

1. ☐ 1.º

2. ☐ 2.º

3. ☐ 3.º

4. ☐ 4.º

5. ☐ 5.º

6. ☐ 6.º

7. ☐ 7.º

8. ☐ 8.º

9. ☐ 9.º

10. ☐ 10.º

11. ☐ 11.º

12. ☐ 12.º

13. ☐ 13.º

14. ☐ 14.º

15. ☐ 15.º

16. ☐ 16.º

17. ☐ 17.º

18. ☐ 18.º

19. ☐ 19.º

20. ☐ 20.º

APÉNDICES Y ANEXOS

1. ☐ 1.º

2. ☐ 2.º

3. ☐ 3.º

4. ☐ 4.º

5. ☐ 5.º

6. ☐ 6.º

7. ☐ 7.º

8. ☐ 8.º

9. ☐ 9.º

10. ☐ 10.º

ENCUESTA

DATOS DEL NIÑO:

Sexo: F ☐ M ☐

Edad Actual:

Edad Gestacional:

APGAR:

Peso al nacer:

Percentilos:

Nº de hospitalizaciones:

Peso Actual:

Perímetro Cefálico:

Talla:

Alimentación: Lactancia: ☐ Fórmula: ☐ ¿Cuál?.....

Controles periódicos: completo: ☐ Incompleto: ☐

Vacunas: completo: ☐ Incompleto: ☐

Antecedentes Patológicos:

Posee alguna enfermedad crónica: Si ☐ No ☐

Cuál:

Utiliza alguna medicación habitual: Si ☐ No ☐

Cuál:

Domicilio:

DATOS DE LA FAMILIA:

Datos de la Madre: (edad)

Estudios cursados de la Madre: Primaria: Completa: ☐ Incompleta: ☐

Secundaria: Completa: ☐ Incompleta: ☐

Terciario: Completa: ☐ Incompleta: ☐

Universitario: Completa: ☐ Incompleta: ☐

Situación Laboral Actual: Ocupado: ☐ Desocupado: ☐

Ocupación:

Hábitos tóxicos:

Fuma: si ☐ no ☐

Datos de la Padre: (edad)

Estudios cursados del Padre: Primaria: Completa: ☐ Incompleta: ☐
 Secundaria: Completa: ☐ Incompleta: ☐
 Terciario: Completa: ☐ Incompleta: ☐
 Universitario: Completa: ☐ Incompleta: ☐

Situación Laboral Actual: Ocupado: ☐ Desocupado: ☐

Ocupación:

Hábitos tóxicos:

Fuma: si ☐ no ☐

Datos de la Familia:

Cantidad de integrantes de la familia:

Antecedentes Patológicos:

Posee alguna enfermedad crónica: Si ☐ No ☐

Cuál:

Utiliza alguna medicación habitual: Si ☐ No ☐

Cuál:

Ingreso Económico Aproximado del Grupo Familiar:.....

Obra Social: Si ☐ No ☐ Cuál:

Percibe algún Plan Social: Si ☐ No ☐ Cuál:

Tipo de vivienda: Material ☐ Adobe ☐ Industrializada ☐ Otro:

Cantidad de Habitaciones:

Tipo de calefacción: gas ☐ leña ☐ otro:

Servicios generales y sanitarios:

Luz: Si ☐ No ☐ Gas Natural: Si ☐ No ☐ Cloacas: Si ☐ No ☐

Agua Potable: Si ☐ No ☐

Tipo de Baño: Dentro del Hogar ☐ Fuera del Hogar ☐

Animales domésticos:

ENCUESTAS	SEXO		EDAD		APGAR	PESO AL NACER	PERCENTILOS
	M	F	ACTUAL	GESTACIONAL			
ENCUESTA 1			1m 3d	38 sem	9 / 10	3,225	> 50
ENCUESTA 2			2a	38 sem	8 / 9	3,2	> 50
ENCUESTA 3			4m	34 sem	7 / 8	1,9	<50
ENCUESTA 4			5m	39 sem	8 / 10	2,8	> 50
ENCUESTA 5			10m	36 sem	9 / 10	2,56	< 50
ENCUESTA 6			2A	39 sem	9 / 10	2,61	< 50
ENCUESTA 7			2a	38 sem	9 / 9	3,11	< 50
ENCUESTA 8			2a	39 sem	8 / 10	3,8	< 50
ENCUESTA 9			10m	38 sem	9 / 9	4,025	< 50
ENCUESTA 10			6m	34 sem	8 / 9	1,4	< 50
ENCUESTA 11			9m	29 sem (gem)	7 / 9	1,1	< 50
ENCUESTA 12			8m	36 sem	8/9	3,05	< 50
ENCUESTA 13			5m	38 sem	9/10	2,8	< 50
ENCUESTA 14			1a 9m	40 sem	9/10	3,44	> 50
ENCUESTA 15			3m	39 sem	9/10	4,06	> 50
ENCUESTA 16			7m	40 sem	8/9	2,98	< 50
ENCUESTA 17			2m	36 sem	8/9	2,36	> 50
ENCUESTA 18			4m	40 sem	9/10	3,465	> 50
ENCUESTA 19			11m	38 sem	9/10	2,88	< 50
ENCUESTA 20			3m	39 sem	9/10	3,46	> 50
ENCUESTA 21			1m15d	34 sem	7/8	1,26	< 50
ENCUESTA 22			8m	36 sem	7/8	2.200	< 50
ENCUESTA 23			24m	40 sem		3,2	< 50
ENCUESTA 24			12m	40 sem	9/10	3,03	> 50
ENCUESTA 25			1m	36 sem	8 / 9	2,05	> 50
ENCUESTA 26			1m	40 sem	9 / 10	3,8	> 50
ENCUESTA 27			10m	38 sem	9 / 10	2,59	< 50
ENCUESTA 28			8m	40 sem	8/10	3,5	> 50
ENCUESTA 29			24m	36 sem	8/9	2,5	< 50
ENCUESTA 30			6m	38 sem	8/9	2,25	< 50
ENCUESTA 31			2m	40 sem	9/10	3,05	< 50
ENCUESTA 32			2m	38 sem	9/10	2,95	> 50
ENCUESTA 33			12m	36 sem	8/9	2,6	< 50
ENCUESTA 34			45 D	38 sem	8/10	2,6	> 50
ENCUESTA 35			1a 10m	40 sem	9/10	3,1	> 50
ENCUESTA 36			24 m	38 sem	10/10	3,21	> 50
ENCUESTA 37			1a 1m	40 sem	9/10	3,39	> 50
ENCUESTA 38			9m	38 sem	9/10	3,09	> 50
ENCUESTA 39			5 m	39 sem	9/10	3,01	> 50
ENCUESTA 40			8 m	40 sem	8/10	3,75	< 50
ENCUESTA 41			4m	40 sem	8/9	3,2	> 50
ENCUESTA 42			1a 5m	40 sem	9/10	2,82	< 50
ENCUESTA 43			4 m	40 sem	9/10	2,19	< 50
ENCUESTA 44			8m	39 sem	9/10	3,11	< 50
ENCUESTA 45			24 m	36 sem	7/8	1,8	< 50
ENCUESTA 46			10m	40 sem	9/10	3,21	< 50
ENCUESTA 47			24m	40 sem	9/10	3,45	> 50
ENCUESTA 48			10 m	40 sem	9/10	3,21	< 50
ENCUESTA 49			1a 8m	40 sem	8/9	2.980	< 50
ENCUESTA 50			10m	38 sem	8/10	3,025	< 50
ENCUESTA 51			1a 7m	38 sem	9/10	3,43	< 50
ENCUESTA 52			1a 6m	36 sem	9/10	3,12	< 50
ENCUESTA 53			7 m	32 sem	7/8	1,2	< 50
ENCUESTA 54			7m	36 sem	7/8	2,25	< 50
ENCUESTA 55			11m	36 sem	8/9	2.600	< 50
ENCUESTA 56			5m	39 sem	8/10	2,12	> 50
ENCUESTA 57			4m	38 sem	10/10	2,688	< 50
ENCUESTA 58			7m	38 sem	9/10	2,8	> 50
ENCUESTA 59			24 m	39 sem	9/10	2,465	>50
ENCUESTA 60			2m	38 sem	8/10	3,8	>50

PESO ACTUAL	PER. CEFALICO	TALLA	N° DE HOSPITALIZACIONES	ALIMENTACION		CONTROLES
				LACTANCIA	FORMULA	COMPLETO
4,04	38	56	1			
13,28	47,5	93	3		L. Entera	
3,76	35	52,5	1		Vital	
7,65	44,5	74	0		Nutrilon	
6,77	43	67	0			
12,7	50	88	0		L. Entera	
8,18	48	63	3		L. Entera	
9,12	50	96	0		L. Entera	
9,959	45	75	6 BOR		L. Entera	
6,02	37,5	60	3		Vital	
8,3	41,5	70	4		L. Entera	
8,01	41	69	1		L. Entera	
6,28	40	64	2		Vital	
10,82	46,5	1,12	3		L. Entera	
7,42	40,9	65	2		Vital	
6,93	40	62,5	3			
3,95	36,5	56	2		vital	
6,73	40	62,5	2		L. Entera	
10,08	44	76	2		L. Entera	
6,67	38	66	1		vital	
1,7	35	50	2		vital	
6,25	40	62	5		vital	
12,46	47,2	91	3		L. Entera	
9,83	46	75	3		vital	
2,25	36	46	1			
4,02	36	54,5	1			
7.550	41	70	3		Vital	
9,6	48	70	2		Vital	
10,32	47,2	88	2		L. Entera	
5,75	41	62	1		Vital	
5,02	37	59	2			
3,92	37,5	53	1			
9,56	43	72	4		L. Entera	
3,08	37	51	1		vital	
11,22	47	82,7	2		L. Entera	
13,44	47,8	94	3		L. Entera	
10,45	47,5	78	2			
10,02	44	75	2		L. Entera	
7,42	40,5	64,5	4		Vital	
8,75	40	52	1		Vital	
8,03	40	66,5	1			
10,83	48,5	1	2		L. Entera	
5,35	39	58	2		Vital	
8,7	40	83	1			
9,2	48	96	2		L. Entera	
7,14	41	71	2		L. Entera	
14,07	48	1,07	1		L. entera	
7,48	40	71	1		L. Entera	
10,32	47	82	2		L. Entera	
9,47	48	73	4		L. Entera	
8,95	48	80,5	2		L. Entera	
8,22	46	74	1		L. Entera	
6.050	39	60	6		vital	
6,11	42	63	3		Kas1000	
7,11	44	68	2		nutrilon	
7,48	44	74	1		vital	
4,31	36	60	2		vital	
9,11	42	72	2		nutrilon	
12,5	47,3	92	3		L. Entera	
4,99	38,5	57	1			

UTILIZA ALGUNA MEDICACIÓN HABITUAL		DOMICILIO
SI	NO	
		B° 26 de Enero Tyan.
		Tyan. Centro
Fursemida		B° 26 de Enero Tyan.
		Furno Tyan.
		Las Pintadas
		Los Sauces
		B° Presidencial MB C13 Tup.
		Corredor productivo s/n Tyan.
		B° 26 de Enero Tyan.
Corticoides		25 de Mayo 742 Vista Flores
Anticonvulsivantes		Barandico s/n, Vista Flores
		Puente del Río. Tyán
		Calle Los cuatro s/n Tgto
		Calle Saavedra 391 Tyan
		La Primavera
		Las Pintadas
		Las Pintadas
		Puente del Río. Tyán
		Puente del Río. Tyán
		Pedro Molina 523 Gllén
Anticonvulsivantes		Los sauces
Anticonvulsivantes		Los Sauces
		Colonia Las Rosas
		ruta 40 km 121 San Carlos
		Paso de las Carretas
		Eugenio Bustos
		B° Villa Tyán Salta 734
		Malvinas Argentinas 145 Tyán
		El Algarrobo Tgto
		Los Sauces
		Las Pintadas
		Puente del Río. Tyán
Broncodiladores		Vista Flores
		La Primavera s/n Tyán
		B° El Rosedal MG C 13 Tyán
		B° 26 de Enero Tyan.
		Catamarca 281 Tyán
		B° Urquiza Tyán
fursemida, vit,Fe		B° Centro de Empleado decomercio MF C10 Tyán
		Laprida 605, Tyán
		B° Eva Perón MB C 19 Tyán
		Laprida 424, Tgto
		Roca 1696 Tyán
		B° Costanera ME C10 Tyán
		25 de mayo 155 Tyán
		B° Jardín del Sauce MK C4 Tgto
		Irigoyen 220 Tyán
		B° Jardín del Sauce MK C40 Tgto
		La Primavera
		B° 26 de Enero Tyan.
		B° El Progreso MB C2 Tgto
		Corrientes 935, Tyán
Anticonvulsivantes		B° Los Condores ME C6 Tyán
		Puente del Río. Tyán
		Vista Flores
		ruta 40 km 76
		Tucumán 950 Tyán
fursemida		Cordón del Plata, Tgto
		Las Pintadas
		B° Los Nogales Tgto

DISTANCIA AL CENTRO
ASISTENCIAL MAS
CERCANO

EDAD

ESTUDIOS

PRIMARIA

SECUNDARIA

COMPLETA

INCOMPLETA

COMPLETA

INCOMPLETA

menos de 1 KM

19

mas de 1 KM

38

mas de 1 KM

28

mas de 1 KM

16

mas de 1 KM

30

mas de 1 KM

39

mas de 1 KM

38

mas de 1 KM

24

menos de 1 KM

22

menos de 1 KM

33

mas de 1 KM

28

mas de 1 KM

28

mas de 1 KM

23

mas de 1 KM

23

mas de 1 KM

35

mas de 1 KM

28

mas de 1 KM

36

mas de 1 KM

26

mas de 1 KM

19

mas de 1 KM

18

mas de 1 KM

20

mas de 1 KM

22

mas de 1 KM

33

mas de 1 KM

23

mas de 1 KM

16

mas de 1 KM

18

mas de 1 KM

26

mas de 1 KM

36

mas de 1 KM

28

mas de 1 KM

38

mas de 1 KM

26

mas de 1 KM

32

mas de 1 KM

30

menor a 1 km

37

menor a 1 km

40

menor a 1 km

32

menor a 1 km

40

menor a 1 km

30

menor a 1 km

37

menor a 1 km

27

menor a 1 km

26

menor a 1 km

36

menor a 1 km

17

menor a 1 km

16

menor a 1 km

21

menor a 1 km

33

menor a 1 km

32

menor a 1 km

33

menor a 1 km

25

menor a 1 km

23

menor a 1 km

23

menor a 1 km

26

menor a 1 km

26

menor a 1 km

36

menor a 1 km

34

menor a 1 km

18

menor a 1 km

18

menor a 1 km

28

menor a 1 km

26

menor a 1 km

25

DATOS DE LA MADRE

[illegible]

FUMA		EDAD	ESTUDIOS			
SI	NO		PRIMARIA		SECUNDARIA	
			COMPLETA	INCOMPLETA	COMPLETA	INCOMPLETA
		22				
		44				
		26				
		16				
		32				
		40				
		34				
		28				
		21				
		38				
		34				
		27-fallecido				
		26				
		28				
		45				
		33				
		42				
		36				
		20				
		29				
		19				
		23				
		40				
		madre soltera				
		18				
		madre soltera				
		40				
		37				
		38				
		42				
		32				
		34				
		32				
		40				
		36				
		40				
		41				
		32				
		39				
		25				
		23				
		madre soltera				
		18				
		madre soltera				
		22				
		36				
		36				
		38				
		25				
		25				
		24				
		27				
		28				
		38				
		32				
		20				
		21				
		30				
		28				
		26				

DATOS DEL PADRE

CURSADOS				SITUACION LABORAL	
TERCIARIO		UNIVERSITARIO		OCUPADO	DESOCUPADO
COMPLETO	INCOMPLETO	COMPLETO	INCOMPLETO		
				empleado de comercio	
				comerciante	
				empleado rural	
				empleado rural	
				policia	
				empleado municipal	
				empleado rural	
				empleado rural	
				empleado rural	
				empleado municipal	
				empleado rural	
				empleado rural	
				empleado rural temporal	
				empleado rural	
				Empleado rural	
				empleado rural	
				Albañil	
				Albañil	
				Carpintero	
				Empleado rural	
				Empleado rural	
				Obrero rural	
				Albañil	
				Empleado de comercio	
				Pintor de obras	
				Obrero Temporal	
				Encargado de Fincas	
				Comerciante	
				Comerciante	
				Empleado Rural	
				Obrero Temporal	
				Chapista	
				Comerciante	
				Empleado de supermercado	
				Empleado de comercio	
				Emplead de comercio	
				Plomero	
				Soldado Voluntario	
				Albañil	
				Empleado Municipal	
				Petrolero	
				Comerciante	
				Obrero rural	
				Plomero	
				Obrero rural	
				Cosechador	
				Albañil	
				Voluntario del Ejército	
				Obrero rural	
				Empleado de fábrica	
				Obrero rural	
				Obrero rural	
				Obrero rural	
				Obrero rural	

FUMA		N° INTEGRANTES	ANTECEDE
SI	NO		ENFERMEDAD CRONICA
		3	Cardiopatía Congenita
		6	Abuelo EPOC, Hijo 1 mes fallecido (Card. Cong.)
		4	
		7	
		6	Abuela Hipotiroidismo, Abuelo DBT
		8	Abuelo CA, Mama HTA Gestacional
		5	
		6	
		4	HTA Mama
		5	Asma hermanos
		8	
		4	Abuela paterna asmática
		3	
		5	Abuelo materno CA
		6	Madre diabética
		8	madre con 2 abortos espontáneos
		8	madre con 1 aborto esp.- malformac. Cong.
		5	madre obesidad mórbida- hipotiroidismo
		7	abuela materna y madre diabética
		3	Padre hipotiroidismo
		6	
		7	madre, enfermedad genética en estudio
		7	Hermana mayor (12 a) cardiopatía
		5	
		3	
		9	Abuela materna asmática- Abuelo materno EPOC
		3	
		4	
		9	Hermano con parálisis cerebral
		5	
		10	
		8	
		4	
		7	madre y abuela materna HTA
		5	
		6	abuelo materno EPOC/ HTA
		6	
		6	
		4	Hijo mayor portador sano
		7	
		3	
		6	hermana epiléptica- Abuela materna DBT
		3	
		6	Abuela materna HTA
		5	
		7	
		4	Abuelo materno DBT- Abuela materna HTA
		6	Abuelo Paterno EPOC
		5	
		5	Abuela materna EPOC
		4	Tía asmática, Flia materna DBT, Abuelo paterno HTA
		3	
		3	DBT abuela materna
		10	Padre hipertenso
		8	
		3	abuelo paterno chagas
		8	
		6	Madre asmática- Abuelo materno EPOC
		6	
		10	

NTES PATOLOGICOS

MEDICACIÓN HABITUAL

INGRESOS ECONOMICOS

OBRA

NO	SI	NO	SI
			2000\$
	Broncodilatadores		4000\$
			2600\$
			menos 3000\$
			5000\$
			6000\$
			4000\$
			6000\$
	Hipotensivo		2000\$
	Corticoides, B2		5500\$
			3000\$
	corticoides, B2		2500\$
			3000\$
	Analgésicos		3000\$
	Hipoglucemiantes		3500\$
			3200\$
			3600\$
	levotiroxina		3500\$
	hipoglucemiantes		3500\$
	levotiroxina		3000\$
			3200\$
			3000\$
	Antihipertensivos		3,200\$
			3,200\$
			2,600\$
	Broncodilatadores		3000\$
			9000\$
			3000\$
	Anticonvulsivantes		2500\$
			4000\$
			4200\$
			4200\$
			2800\$
	Antihipertensivos		2500\$
			6000\$
	Antihipertensivos, B2		4000\$
			3500\$
			5000\$
			5900\$
			9000\$
	hipoglucemiantes, anticonvulsivantes		5000\$
			5000\$
	Antihipertensivos		3000\$
			2000\$
			3000\$
			5000\$
	antihipertensivos, hipoglucemiantes		3000\$
	B2 y corticoides		5000\$
			3600\$
	Corticoides y B2		3000\$
	B2, antihipert, insulina		2500\$
			2000\$
	insulina		4500\$
	Antihipertensivos		2500\$
			3500\$
			3500\$
			4000\$
	B2, Corticoides,		3200\$
			3000\$
			3000\$

OSPLAD

OSEP

OSEP

OSPELSyM

OSPRERA

OSEP

OSPRERA

MEDIFE

OSPRERA

OSECAC

OSEP

OSPLAD

OSECAC

OSPELSyM

OSPACA

OSEP

OSECAC

OSECAC

OSECAC

IOSE

OSEP

Petrolero???

OSECAC

IOSE

OSPRERA

OSPAV

DATOS DE LA FAMILIA

SOCIAL		POSEE UN PLAN SOCIAL		TIPO DE VIVIENDA		
NO	SI	NO	MATERIAL	ADOBE	INDUSTRIALIZADA	OTRO
	AUH					
	AUH					
P. N.						
P. N.	AUH					
	AUH					Chapa, Nylon
	AUH					
	AUH					
	AUH					
	AUH					
	AUH					
	AUH					
	AUH					
	AUH					
	AUH					
	AUH					
	AUH- AxDisc					
	AUH					
		Plan Nacer				
		Plan Nacer				
		Plan Nacer				
		Plan Nacer				
		Plan Nacer				
		Plan Nacer				
	AUH					
		Plan Nacer				
		Plan Nacer				
		Plan Nacer				
	AUH					
	AUH	Plan Nacer				
	AUH					
	AUH					

N° HABITACIONES	TIPO DE CALEFACCION			LUZ		GAS NA
	GAS	LEÑA	OTRO	SI	NO	SI
1						
2						
2						
2						
3						
4						
3						
2						
2						
3						
2						
2						
2						
2						
2						
2						
3						
3						
1						
2						
3						
2			Caloventor			
3						
2						
3						
2						
2						
3						
2						
2						
3						
2						
3						
3						
2						
3						
2						
3						
1						
3						
2						
3						
2						
3						
2						
2						
2						
3						
2						
1						
2						
2						
3						
3						
2						
2						
3						
3						
2						
2						

[illegible][illegible]

ANIMALES DOMESTICOS

Perro
 Perro
 Perros
 Perros y Gatos
 Perros
 Perros y Gatos
 Gatos
 Perros
 Perros, gatos y gallinas
 no tiene
 no tiene
 Perros, gatos
 Perro
 Perros, gallinas, cerdos
 Perro
 Perro, gato
 Perro
 no tiene
 Gallinas, pájaros
 Perros, gallinas.
 Perro
 Perro
 no tiene
 Perros
 Gato.
 Perro
 Perro, gato y cerdos
 perro
 Perro
 Perro
 Perro
 Perro
 Perro
 no tiene
 Perro
 no tiene
 Perro
 Perro
 Gatos
 no tiene
 Perros
 Perro
 Perro
 Perro
 Perros

Perro
 Perro
 Gato
 Gatos
 Gato
 Perros, gallinas
 Perros, Aves
 no tiene
 no tiene
 Gatos
 Perros, Gallinas
 Perro

