

**6º Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica  
Jornada de Enfermería en Enfermedades Respiratorias Pediátricas  
Jornada de Kinesiología Respiratoria  
21, 22, 23 y 24 de Noviembre de 2012**

**Mesa redonda 23 de noviembre de 9 a 10 hs**

**“Mapa de las enfermedades respiratorias en  
nuestro país”**

**Licenciada en Enfermería  
Verónica Basso**

**Ministerio de Salud de la Nación Dirección de Maternidad e Infancia  
Ministerio de Salud Pcia. Bs. As. Dirección de Mat. e Inf. y Adol.**

# Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) producen un impacto en el sistema de salud

- En invierno el 70 % de las consultas y el 50 % de las internaciones se deben a IRA.

# Las IRAb

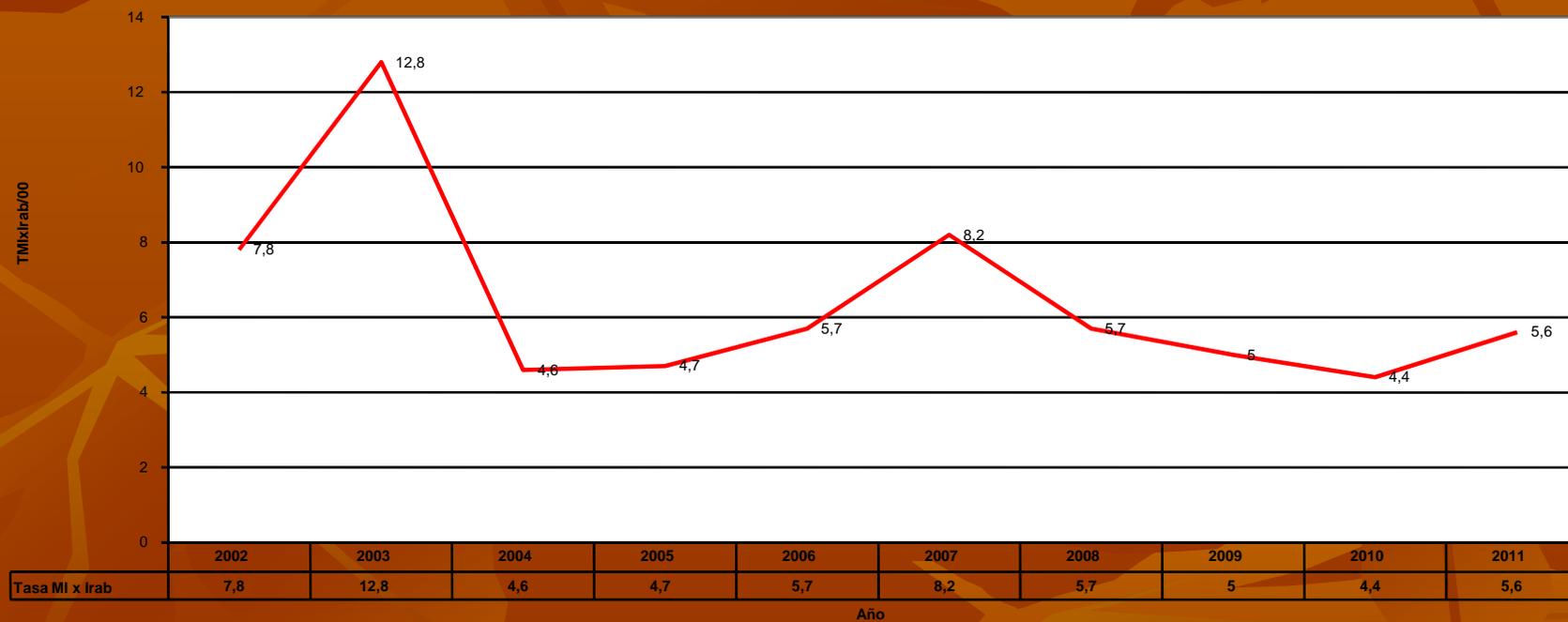
- En Argentina constituyen la tercera causa de mortalidad infantil y la primera causa reducible.
- Mayor mortalidad en los menores de 1 año
- El 40 % de las muertes se produce en menores de 3 meses de vida

## Las Enfermedades del Sistema Respiratoria Causa de Mortalidad de Menores de 5 Años en Argentina

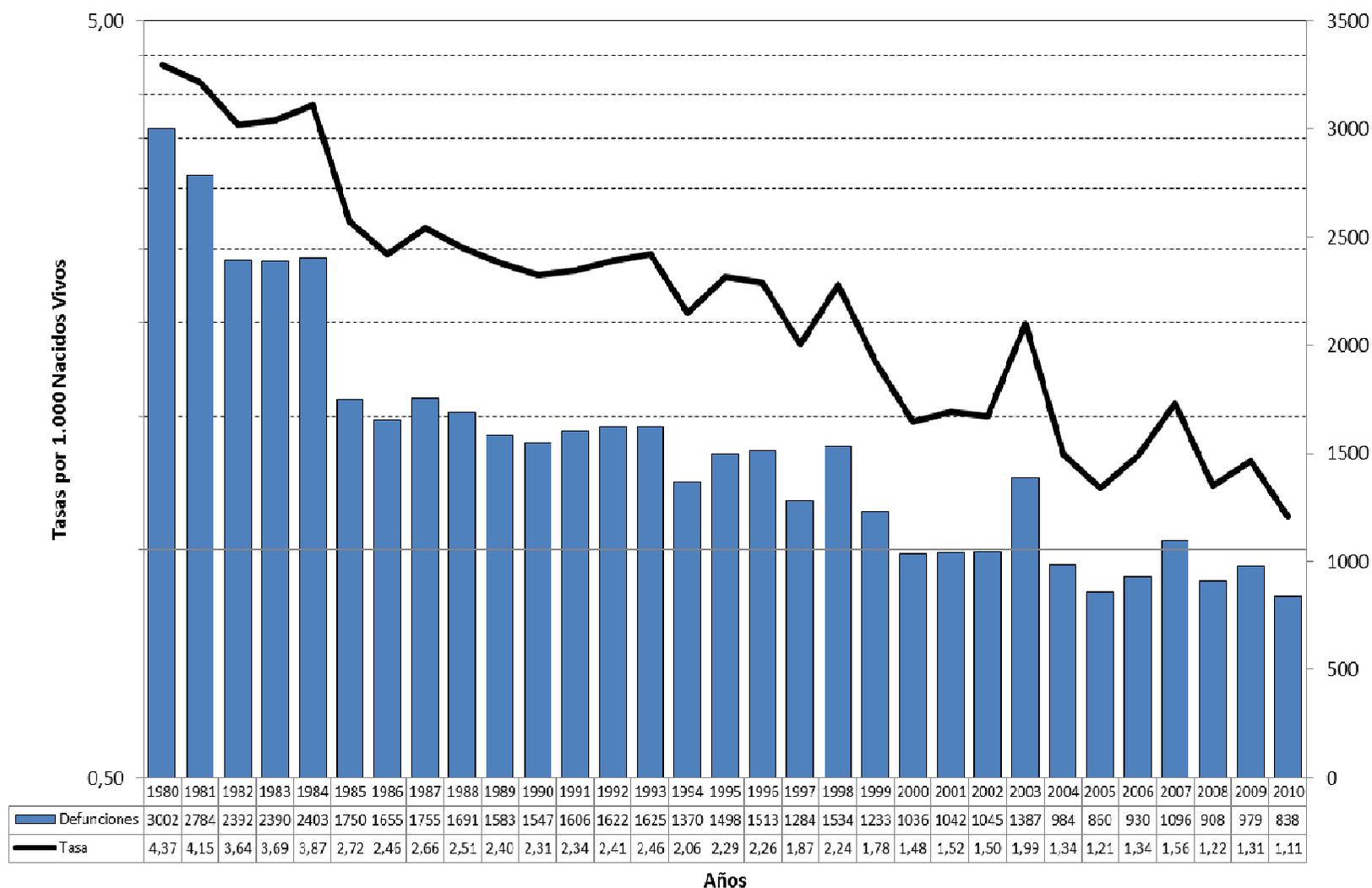
- 838 menores de 5 años fallecieron en 2010 a causa de una enfermedad del sistema respiratorio:
  - 675 menores de 1 año (80,5%) y 163 entre el año y los cinco años de vida (19,5%)
- 8,6% de todas las muertes por causas definidas de menores de 5 años se debieron a una enfermedad del sistema respiratorio: 8,0% en los menores de 1 año y 12,3% en el grupo de 1 a 4 años.
- 1,11 defunciones de menores de 5 años debidas a enfermedades del sistema respiratorio por cada 1.000 nacidos vivos

# 10 años de Tasa de Mortalidad por IRAb

Evolución de la Tasa MI x Irab (por cada 10.000 NV)  
Provincia de Buenos Aires 2002-2011



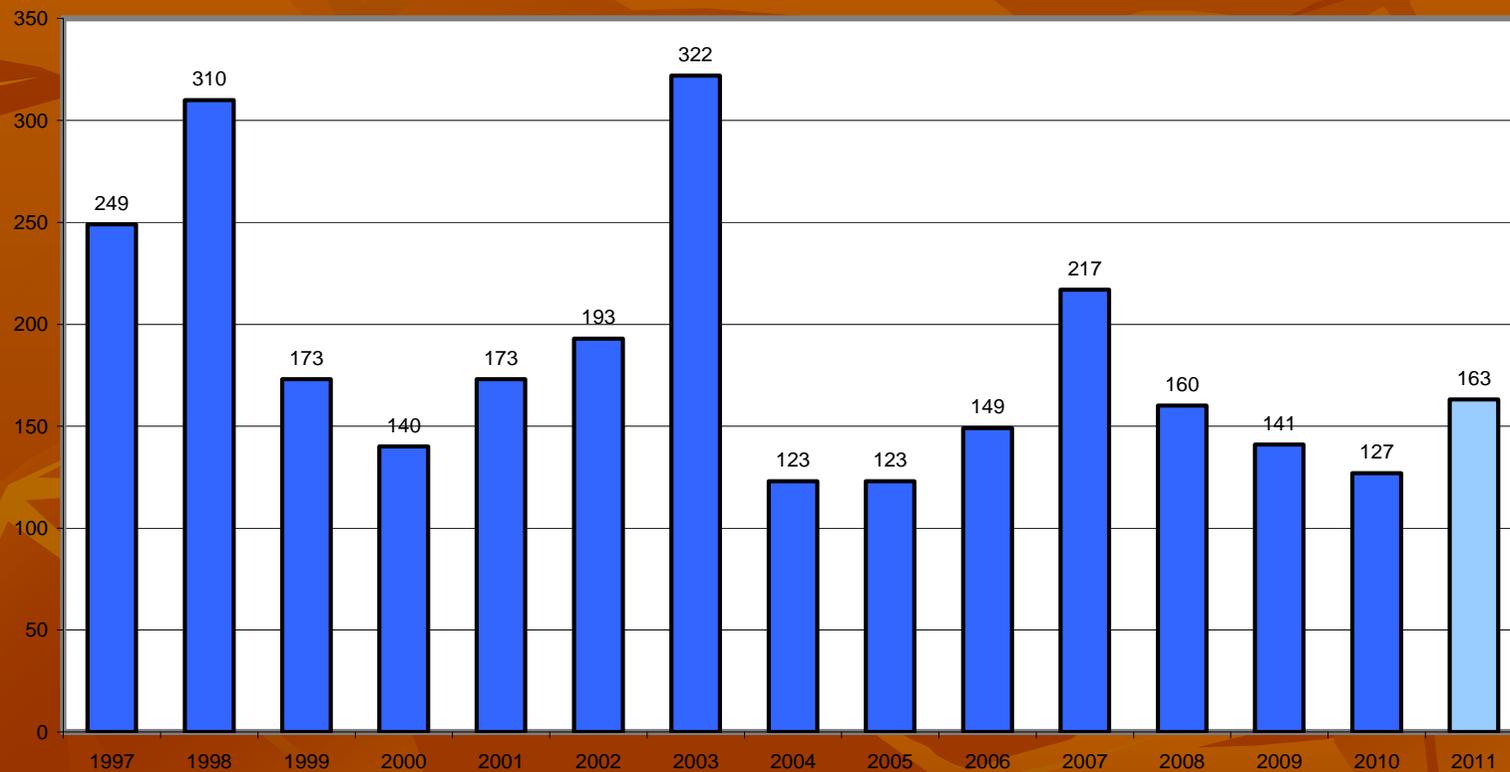
### Tendencia de la Mortalidad por Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00-J99) en Menores de 5 Años. Número de Defunciones y Tasas por 1.000 Nacidos Vivos. República Argentina, 1980-2010



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), con base en datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, Abril de 2012.

# Impacto de las epidemias en la mortalidad

Defunciones por IRAb en menores de un año  
serie 1997 - 2011 - Provincia de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Información Sistematizada  
\* Datos 2011 provisorios

# Corredor endémico de Bronquiolitis en niños < 2 años

## Provincia de Buenos Aires – Año 2012 hasta SE 36

Casos de BQL  
en niños de  
0 a 2 años

2011

SE 1 a 36:

129.672

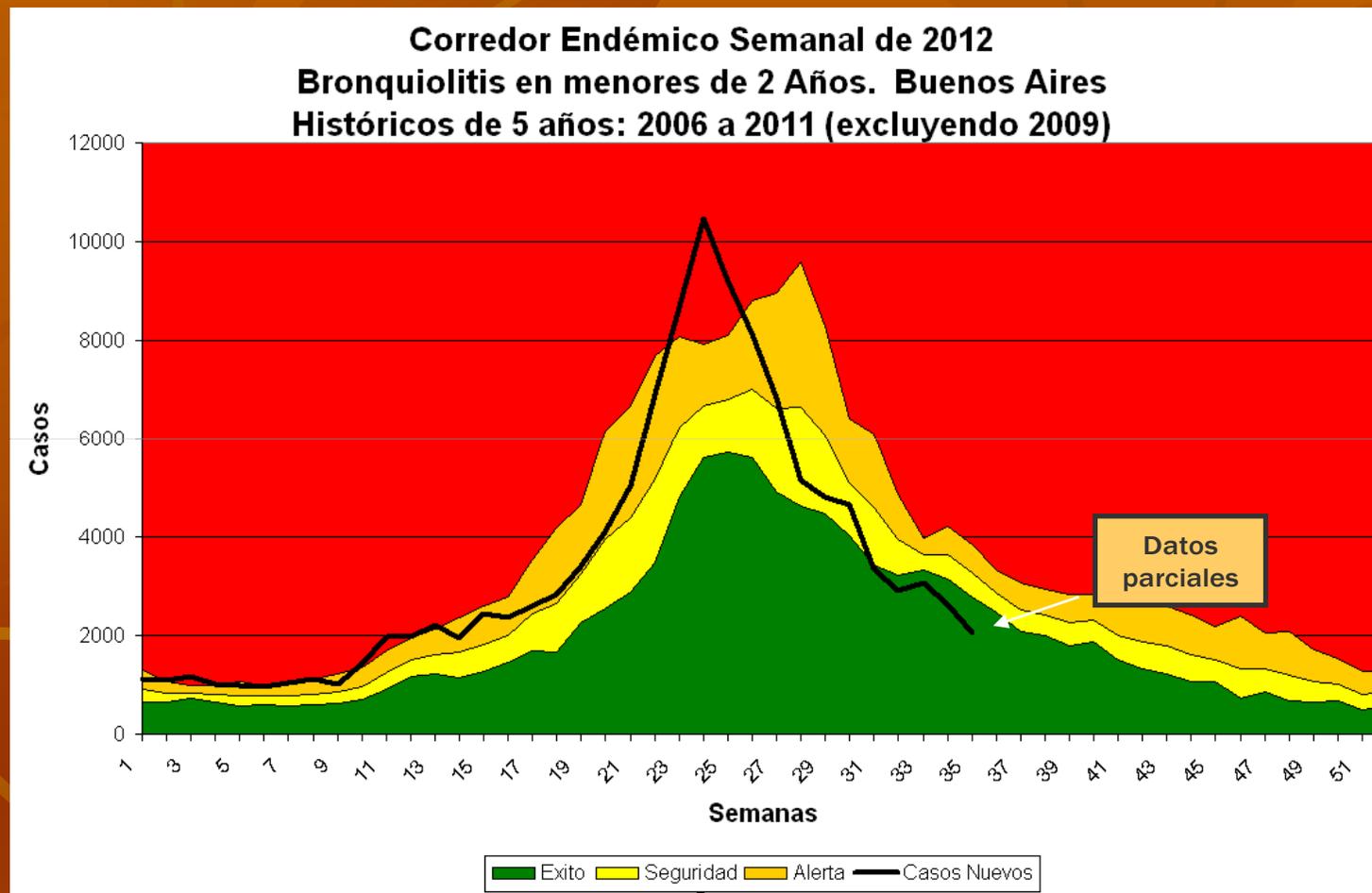
2012

SE 1 a 36\*:

120.911

\*Datos parciales

SE 29: 02/09 al 08/09



Fuente: Dirección de Epidemiología de la Provincia de Buenos Aires – SNVS

## **Resultados 2012**

- **Nº de Registros: 114.147**
- **Municipios que informaron:  
96 (sobre 135 municipios)**

# **IRA Bajas:**

**El 90 % son SBO**

**El 5 % son Neumonías**

# Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO)

- Cuadro clínico caracterizado por obstrucción bronquial aguda (sibilancias, taquipnea y tiraje) generalmente de etiología viral con o sin fiebre.

# BRONQUIOLITIS

- 1er episodio agudo de obstrucción bronquial desencadenado por una infección viral, en un niño menor de 2 años.

# CARACTERÍSTICAS

- Comienza con un resfrío.
- Continúa con un cuadro de sibilancias con o sin fiebre.
- El período crítico dura 3 días y se autolimita.
- El virus más común es el VSR.

# Neumonía

- Son pocas pero tienen mucho impacto en la mortalidad (50 % de las muertes por IRA).
- El 50 % de las NMIA son virales.
- En menores de 2 años predominan las virales.

# Perfil del Programa IRA

- **Eje en el 1er nivel de atención.  
Le otorga al CAPS mayor poder de resolución en la atención.**

# Centrado en Enfermería

**Le otorga mayor protagonismo,  
ampliando sus destrezas y su  
capacidad de decisión.**

# Objetivo

- Mejorar el conocimiento de la comunidad sobre las medidas preventivas y los signos de alarma.
- Mejorar el acceso a los Servicios.
- Reducir la hospitalización innecesaria.
- Identificar factores de riesgo.

# Objetivo

- Aprovechamiento de los recursos y disminución de los costos (O2).
- Evitar medicación innecesaria.
- Uso adecuado de antibióticos.

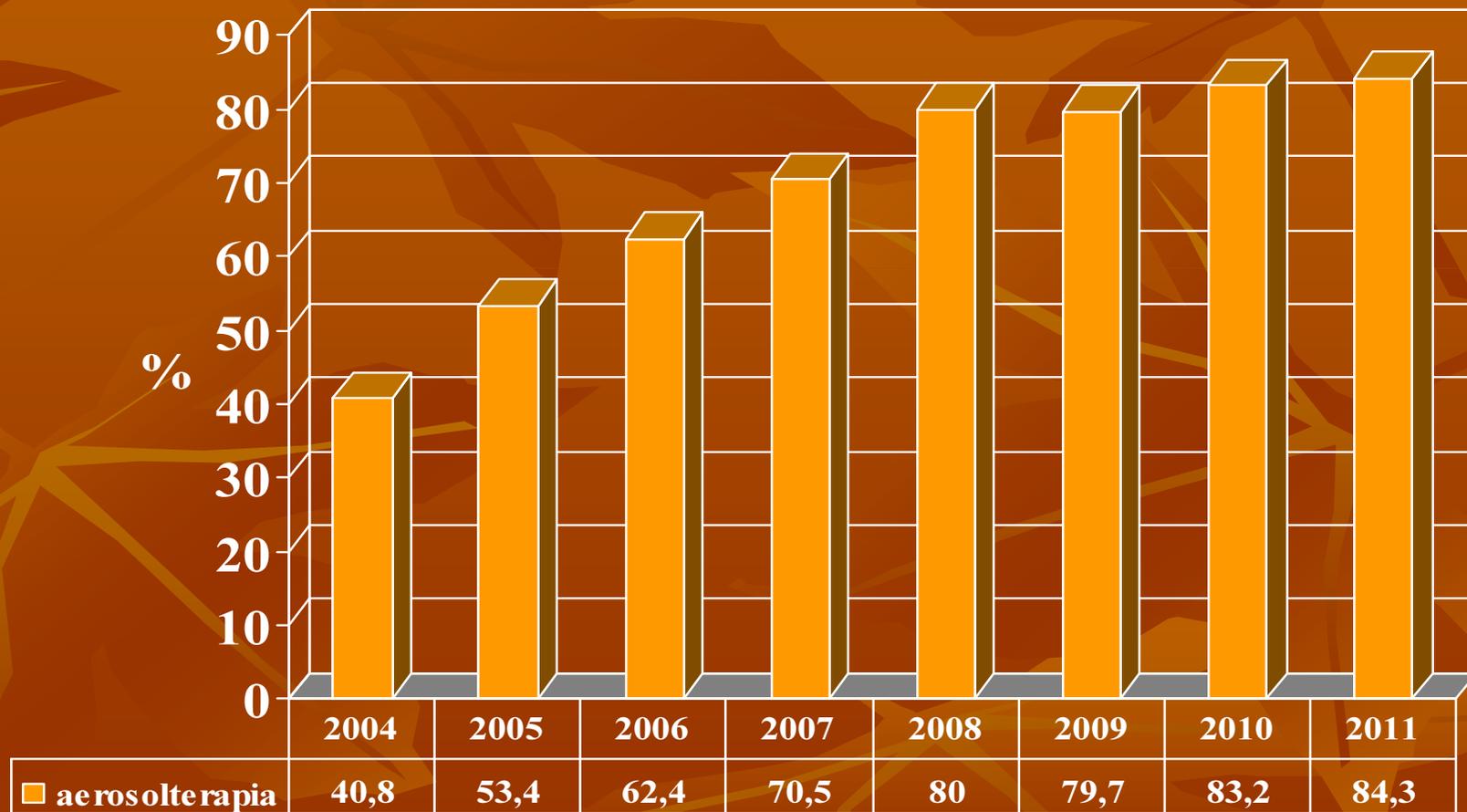
# Prehospitalización

- Espacio real donde el paciente puede permanecer 1 ó 2 horas
- Equipo médico-enfermero.
- Insumos.
- Registro.
- Norma basada en la evidencia.

# Prehospitalización

- Evaluación del riesgo.
- Prueba terapéutica con salbutamol + O<sub>2</sub> eventual
- Capacitación sobre el tratamiento domiciliario.

# Uso del IDM: 2004 a 2011



# HOSPITAL

- Prehospitalización separada de la Guardia.
- Hospital general: separar Guardia de Pediatría de la de Adultos.
- Orientador o señalización del circuito del paciente.

# 3 SECTORES INTEGRADOS

- **PREHOSPITALIZACIÓN:** donde el paciente puede permanecer 1 ó 2 horas.
- **SALA DE INTERNACIÓN ABREVIADA:** internados durante algunas horas, hasta 72 horas; baja complejidad.
- **SALA DE PEDIATRÍA**



# Quiénes van a la Prehospitalización

- Niño con tos, con dificultad para respirar, con o sin fiebre, que ingresa directamente de la calle o desde Consultorios Externos.

# Quiénes van a la Sala de Internación Abreviada

- Pacientes que requieren control durante algunas horas, hasta 72 hs.
- Pacientes de riesgo social o biológico, que no se puede enviar al domicilio.

# Importancia del circuito del paciente ¿HACIA DÓNDE DEBE DIRIGIRSE?

-carteles o /y profesional orientador –



# INSUMOS

- Resolver con la Farmacia la disponibilidad del insumo las 24 hs todos los días. En los CAPS, con el responsable de la llave.

# PROGRAMA IRA

Estableció un antes y un después en la atención de Enfermería.

“Plantea un modelo de atención diferente y una mirada integral.”

# EL DESPUÉS

- Ahora evaluamos con un puntaje clínico (objetivo) que nos permite actuar con rapidez: valorar la gravedad, priorizar su atención e iniciar el tratamiento.

# Acciones preventivas

- Promueve la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y pautas de alimentación.
- Considerando los problemas en la lactancia como una emergencia.
- Controla el carnet de vacunación.
- Trasmite la importancia del lavado de manos.

# Acciones preventivas

- Plantea la importancia de no fumar donde hay niños.
- Al alta trasmite y verifica que la madre pueda reconocer los signos de alarma y que sepa cuando debe concurrir al efector.

# Indicaciones para el domicilio

- Enseña a la madre la técnica de aerosolterapia
- Alimentación, posición para dormir, lavado de manos, **conducta ante la fiebre**, ambiente libre de humo.

# Intervenciones de Enfermería cuando no hay un médico

- Evaluar la gravedad del paciente (Puntaje de Tal).
- Iniciar el tratamiento, y no suspenderlo hasta tanto se produzca el traslado.
- Referenciar al paciente a otro efector con la celeridad que requiera el caso.

**“Esto resulta fundamental porque acorta el tiempo de hipoxia del paciente que es lo que pone en peligro su vida.”**

# FUE VITAL EL PROCESO DE ENFERMERÍA

Conocer y apoderarse de la norma como herramienta permitió un avance y una autonomía que fue rompiendo con el modelo desde la acción.

# TRABAJO EN EQUIPO

- El poder que otorga el saber y el miedo a perderlo si se comparte.
- Desconfianza al desempeño del otro.
- Globalización que apunta a la competencia desmedida entre pares
- Modelo de atención predominantemente individualista.

# Frente al cambio...

- Temor al conflicto con otros miembros del equipo.
- Desconfianza de que el otro puede aprender.
- A mayor formación mayor oposición.

# Ventajas del modelo planteado

- La articulación de la enfermera/o y el médico **potencia las acciones del Servicio de Salud.**

**DESDE ENFERMERIA FUE NECESARIO REDISCUTIR  
LAS INCUMBENCIAS .  
(MARCO LEGAL)**

- La norma se ajusta al marco legal actual sobre incumbencias y competencias.
- La norma nacional respalda al equipo de salud.
- Programas de estudios: signos vitales, administración de medicamentos, etc.

**LO ESENCIAL DE LA INTERPRETACION DE  
LA LEY ES LA NECESIDAD DEL PACIENTE**

# ROLES

- La división de tareas y su complementación es clave.

FUE VITAL EL PROCESO DE  
ENFERMERÍA PARA EL TRABAJO  
EN EQUIPO

# PAPEL DE ENFERMERÍA

- Sostiene la secuencia del tratamiento: la aerosolterapia; las evaluaciones intermedias.
- Acelera la atención: puede evaluar la gravedad del paciente al ingreso y adoptar la conducta necesaria con rapidez.

# PAPEL DEL MEDICO

- En algún momento del ingreso del paciente, para realizar diagnóstico presuntivo.
- Luego de culminada la Prehospitalización, para decidir alta, tratamiento domiciliario o derivación a otro efector.

LA CONFIANZA entre el grupo de trabajo SE CONSTRUYE, ESO ES LO QUE PERMITE QUE UN EQUIPO FUNCIONE

## Diapositiva 43

---

**v2**

vbasso; 04/11/2009

Muchas Gracias



# **FIEBRE**

- Es la respuesta natural del organismo para estimular las defensas frente a la agresión de un microorganismo.

**EL OBJETIVO ES BAJARLA, NO ELIMINARLA**

# MANEJO DE LA FIEBRE

- Mediar a partir de 38,5° C.
- **UTILIZAR UN SOLO ANTITÉRMICO Y...  
¡¡POR VÍA ORAL!!**

La alternancia y combinación de drogas aumenta el riesgo de toxicidad y las reacciones adversas.

**EL OBJETIVO ES BAJARLA, NO ELIMINARLA**

# folklore ante la FIEBRE

- “Si la fiebre es muy alta va a tener convulsiones” (las convulsiones febriles son independientes de la cifra de temperatura )
- “Si tiene mucha fiebre va a tener meningitis” (la enfermedad cursa con fiebre alta)

# TRASMITIR A LOS PADRES

- Informar que el antitérmico disminuye 1 ó 2 grados.
- Que el objetivo es el confort del niño.
- Que los medios físicos solo permiten bajar periféricamente la temperatura, lo que dura unos minutos.
- Que es un síntoma y no una enfermedad.
- En el menor de 1 mes es una emergencia.

# RECOMENDACIONES

- Aligerar ropas.
- Aumentar ingesta de líquidos.
- Mantener en ambiente templado y ventilado
- El baño:
  - ✓ Debe ser con agua tibia, lo mismo que los paños.
  - ✓ Sólo permite bajar la temperatura por unos minutos.
  - ✓ Puede resultar más irritante para el niño.

# Grupo del Niño Febril

**Straface y col.**

- Premio SAP 1998
- Arch Arg Ped, 2001: “Conocimientos, creencias y conductas de padres y pediatras frente al niño febril de 1 a 24 meses”
- Fundasap: Fiebre en Pediatría, 2006