

RESUMEN NOMINADO

“CUIDADO, CUIDANDO QUE EL INVIERNO LLEGARÁ”

Acompañamiento interdisciplinario del proceso salud-atención- enfermedad- cuidados

durante el contexto de enfermedades respiratorias bajas en los/as/es niños/as/es y sus

familias en Villa Hudson

Antonella Giselle Amoroso DNI: 36.215.412 Jefa de Residentes de Medicina General Villa

Hudson Mail: antoamorosog@gmail.com

Ana Emperatriz Bernabé Herrera DNI: 94.734.387 Promotora de Salud

Lucia Natalia Contreras DNI: 34.402.223 Residente de 3er año de Medicina General

Patricia Susana Sanchez DNI: 21.542.919 Lic. en Trabajo Social. Docente de la carrera de Trabajo Social de la UNAJ

Lugar de realización: Centro de Salud Villa Hudson. Dirección: Iberia N°359

Fecha de realización: Junio a septiembre 2023 Código postal: 1888

Teléfono: 421493929 Mail: villahudson@gmail.com

Trabajo inédito y categoría temática: “Clínica ampliada”

Las enfermedades respiratorias bajas (IRAB) son responsables del 50% de las internaciones hospitalarias y el 70% de las consultas invernales, tercera causa de mortalidad en menores de 2 años. Aún con un manejo normatizado, la morbilidad sigue alta. El equipo de salud de Villa Hudson, Municipio de Fco. Varela, se propone enfrentarlas con una propuesta interdisciplinaria de inserción comunitaria.

Objetivo General: Analizar el PSEAC (proceso salud enfermedad atención cuidado) de IRAB en niños/as/es de 0 a 2 años que asisten desde de junio a agosto al centro de salud de Villa Hudson en el año 2023

Conocer las representaciones sociales de los actores sociales que intervienen en este acompañamiento.

Material y métodos: Diseño mixto con componente cuanti-cualitativo

Con trabajo planificado del equipo de salud, administración, residencia de medicina general, enfermería, trabajo social se atendió con turnos diarios protegidos y garantizando inclusión, las IRAB al centro de salud, en los meses de junio a agosto 2023, seguimiento normatizado, internación abreviada, visitas domiciliarias a familias con criterios de vulnerabilidad pre-planeados, talleres de educación para la salud y recolección de opiniones de todos los participantes. Los resultados: 76 ingresos en total, el 93.4% se resolvió en el centro de salud, 32% requirieron internación abreviada, el 6% se hospitalizaron. Se realizaron 9 visitas domiciliarias encontrando los siguientes factores: creencias, la mujer como cuidadora,

tabaquismo 53.9%, condiciones precarias de vivienda, hacinamiento y colecho. Fuerte referencia de las familias con el centro de salud. Vacunas incompletas 1%, madres menores 1% y controles incompletos 3%. En las opiniones del equipo valoración a la tarea organizada, al rol de enfermería y al acceso protegido.

Conclusiones: profundizamos nuestras miradas, y prácticas en salud de forma integral, desde lo colectivo. Verificamos que el seguimiento longitudinal de las de familias y el vínculo con el equipo de salud fortalece la consulta oportuna que se traduce en el PSAEC de calidad



Acompañamiento interdisciplinario del proceso salud-atención- enfermedad- cuidados durante el contexto de enfermedades respiratorias bajas en los/as/es niños/as/es y sus familias en Villa Hudson

Autoras

- Antonella Giselle Amoroso DNI: 36.215.412 Jefa de residentes de Medicina General Villa Hudson Mail: antoamorosog@gmail.com
- Ana Emperatriz Bernabé Herrera DNI: 94.734.387 Promotora de Salud
- Lucía Natalia Contreras DNI: 34.402.223 Residente de 3er año de Medicina General Villa Hudson
- Patricia Susana Sanchez DNI: 21.542.919 Lic. en Trabajo Social. Docente de la carrera de Trabajo Social de UNAJ

Lugar de realización: Centro de Salud Villa Hudson

Dirección: Iberia N°359

Código postal: 1888

Teléfono: 421493929

Mail: villahudson@gmail.com

Fecha de realización: Junio a septiembre 2023

Trabajo inédito y categoría temática: "Clínica ampliada"

Acerca de las autoras y el trabajo

El equipo de investigación está conformado por cuatro autoras, dos de ellas son residentes de Medicina General, la Lic. de Trabajo Social y la Promotora de Salud.

Por otra parte, participaron 24 personas de diferentes disciplinas y sectores: dos residentes de Medicina General de Villa Hudson; una residente de Medicina General rotante del PRIM Hurlingham; dos Enfermeras y dos Administrativas de Villa Hudson; dos estudiantes de la carrera de Enfermería (UNQ-Instituto Cassati) y 15 estudiantes de la carrera de Trabajo Social de la UNAJ.

Participantes:

1. Johana Micaela Dávalos DNI 35.942.495 Lic. Enfermería Villa Hudson
2. Andrea Martínez DNI 36.244.409 estudiante de Enfermería de Instituto Cassati
3. Tamara Silvero DNI 19.043.381 estudiante de Enfermería de la UNQ
4. Karina Escalante DNI 37.361351 Lic. Enfermería Villa Hudson
5. Mirta Beatriz Chávez DNI 18.253.033 Administrativa Villa Hudson
6. María Eva Dionisi DNI 22.756.731 Administrativa Villa Hudson
7. Alexis Jorge Arce Aguirre DNI 38.464.895 Residente de medicina general 2do año Villa Hudson
8. Cora Antonela Braggio DNI 32.772.455 Residente de medicina general 2do año Villa Hudson
9. Olivia Sepúlveda Acuña DNI 94.711.016 Residente de medicina general rotando del PRIM Hurlingham
10. Sara Marina Orrego DNI 37.354.483 estudiante Trabajo Social UNAJ
11. Ramona Itatí Fernández DNI 14.711.230 estudiante Trabajo Social UNAJ
12. Eliana Ayelén Rearte DNI 34.964.222 estudiante Trabajo Social UNAJ
13. María Soledad Osami DNI 28.477.817 estudiante Trabajo Social UNAJ
14. Melina Lorena Sotelo DNI 40.879.165 estudiante Trabajo Social UNAJ
15. Ana María Romero DNI 38.767.381 estudiante Trabajo Social UNAJ
16. Agustina Oriana Romano DNI 43.182.200 estudiante Trabajo Social UNAJ
17. Sandra Verónica García Pérez DNI 26.742.001 estudiante Trabajo Social UNAJ
18. Mariel Adriana Fosco DNI 17.804.703 estudiante Trabajo Social UNAJ
19. Ingrid Belén Zarza DNI 41.462.192 estudiante Trabajo Social UNAJ
20. Noelia Yamila Ojeda DNI 39.159.890 estudiante Trabajo Social UNAJ
21. Ximena Jazmín Britos DNI 41.576.194 estudiante Trabajo Social UNAJ
22. María Elizabeth Flores DNI 16.708.429 estudiante Trabajo Social UNAJ
23. Maitén Nahir Vargas DNI 43.467.122 estudiante Trabajo Social UNAJ
24. Gonzalo Matías Alvarado DNI 34.235.911 estudiante Trabajo Social UNAJ

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en el mundo ocurren entre 120 y 156 millones de casos por año, que ocasionan 1,4 millones de muertes en menores de 5 años de edad. Más del 95 % de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios. (1) si bien se ha avanzado en el manejo normatizado temprano de procesos y tratamiento, se conocen los factores de riesgo, los servicios de urgencia se han perfeccionado y la utilización de nuevas técnicas moleculares hasta han permitido identificar los virus causales, la prevalencia de morbimortalidad sigue siendo alta. En Argentina, niños, niñas y adolescentes encuentran obstáculos para acceder a su derecho a llevar vidas saludables, se enfrentan a un sistema de salud fragmentado y segmentado, que presenta disparidades territoriales en cuanto a su acceso, y a la falta de servicios que garanticen calidad homogénea (2).

En nuestro país, todos los años se observa un progresivo aumento de los casos en la época invernal. Dicho aumento se asocia con un incremento en la demanda de atención, del número de hospitalizaciones y de la mortalidad por causas respiratorias (3). Constituye uno de los problemas de salud más importantes para la población infantil de 0 a 5 años y una de las principales causas de mortalidad infantil reducible. En los niños menores de 1 año es la tercera causa de muerte y en el grupo de edad de 1 a 4 años es la segunda causa de muerte. En época invernal son responsables del 50% de las internaciones y del 70% de las consultas ambulatorias. La tasa de mortalidad infantil se ha mantenido estable. Los menores de 2 años son los más vulnerables, ya que presentan mayor dificultad en el diagnóstico y tratamiento, así como en la valoración de la gravedad. En los menores de 1 año se produce la mayor mortalidad, el 40% de los cuales son menores de 3 meses. En época invernal, el sistema de salud se ve saturado por la patología respiratoria. (4)

Se suman a estas situaciones las representaciones sociales vinculadas al proceso salud atención enfermedad cuidado (PSEAC) y las redes, se plantea la necesidad de abordar en profundidad los contextos socioculturales en que ocurre la atención de la salud, contemplando los diferentes actores sociales que participan en él, así como las relaciones que se establecen entre ellos/as/es.

El equipo de salud, se propone siguiendo el protocolo de intervención establecido por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, acompañar de manera situada a los/as/es

niños/as/es con enfermedades respiratorias en este sentido, la Residencia de Medicina General Villa Hudson propone evaluar las intervenciones realizadas a todxs los/as/es niños/as/es que ingresen por ella, generando un consultorio específico para su acceso, analizar el proceso de internación abreviada en conjunto con enfermería, programar visitas domiciliarias con las estudiantes de la carrera de Trabajo Social, ante los casos de mayor vulnerabilidad, sistematizar el seguimiento personalizado hasta el alta, analizar y compartir la información de manera interdisciplinaria. y comprender las representaciones sociales y determinaciones sociales de la salud que influyen en las IRAB.

Aclaración: Nos parece importante resaltar que se nombrará varias veces en el trabajo la categoría “madre” debido a que específicamente en el CAPS Villa Hudson, son ellas las que se encargan de las tareas de cuidado en los hogares del barrio.

Pregunta problema

¿Cómo opera el acompañamiento del PSAEC en los/las/les niñas y sus familias que presentan enfermedades respiratorias bajas, durante los meses de junio, julio y agosto en el territorio de Villa Hudson en el año 2023?

¿Qué percepciones se manifiestan/aparecen en el equipo de salud y en las familias en el PSAEC en las IRAB, en los meses de junio, julio y agosto en el barrio de Villa Hudson, en el año 2023?

Objetivo general

- Analizar el PSAEC y el acompañamiento durante el periodo de IRAB en niños/as/es de 0 a 2 años que asisten en los meses de junio a agosto al centro de salud de Villa Hudson en el año 2023
- Conocer las representaciones sociales que se ponen en juego en los diversos actores sociales que intervienen en el acompañamiento del PSEAC durante el período IRAB 2023 en el barrio de Villa Hudson.

Objetivos específicos

- Sondear los indicadores que surgen en el espacio de atención médica (TAL, Internación abreviada, internación hospitalaria) en el proceso de seguimiento hasta el “alta”
- Identificar las determinaciones sociales de la salud que influyen en el PSEAC.
- Describir elementos que facilitan u obstaculizan desde la mirada de los/las/les actores que intervienen

- Describir la estrategia de accesibilidad diseñada por el equipo de salud para el acompañamiento de las IRAB en niños/as/es
- Realizar las visitas domiciliarias como estrategia del PSAEC
- Describir los factores de riesgo que intervienen en las IRAB
- Generar espacios colectivos de promoción y prevención para las IRAB
- Identificar las interrelaciones de cuidado que se producen en el marco del PSAEC
- Conocer las interpretaciones, símbolos, creencias, significados, conocimientos prácticos, miradas, que se perciben en los/las/les actores sociales intervinientes durante el PSEAC.

Operacionalización de variables (Ver Anexo)

Marco Teórico

Situándonos en el acompañamiento a las familias y niños/as/es nos basamos en el **PSEAC** durante el contexto de IRAB, definido como el conjunto de representaciones, saberes y prácticas que generan los grupos sociales para entender, explicar, “enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos” (Menéndez 1994:71), en consonancia surge el concepto de auto-atención también de Menéndez(2005) con el que acordamos, que lo plantea como un proceso con interacciones de los/las/les sujetos que produce articulaciones entre el cuidado y la atención de manera integral.(5)

Entonces la propuesta de la auto-atención se orienta hacia la salud colectiva, cuyas prácticas apuntan tanto a la prevención o a la potenciación. Su abordaje permite visibilizar la capacidad de acción, la síntesis creativa y la búsqueda de soluciones por parte de los sujetos y los grupos, más allá de los aciertos o no de sus explicaciones causales, de los diagnósticos y la eficacia o no de los tratamientos. Pero también permite develar las relaciones de poder que se instituyen en el interior de los microgrupos (por ejemplo, las unidades domésticas) y las relaciones transaccionales que se establecen con otras formas de atención (Menéndez, 2005) (5)

Según Orozco (2006) (6) entiende que las **redes de cuidado** son encadenamientos múltiples y dinámicos que se dan entre diversos actores que participan en la trama del cuidado. Entonces el entramado de los cuidados está constituido por las personas que dan cuidado y las que los reciben, así como también, los actores institucionales, los protocolos y regulaciones y lo comunitario.

Es en esta intersección y complementariedad entre el cuidado como atención integral de la salud partiendo de los postulados y lineamientos de la A.P.S y por otro, el cuidado que se desprende del trabajo vivo en acto, de esa zona de afectación mutua que se produce entre trabajadores y usuaries, que se da lugar a la potencia de transformación y organización de los servicios. Desde este enfoque del cuidado en salud, los procesos de atención tienden a romper con los esquemas rutinizantes de protocolos de atención, para abrir el juego a la singularidad y complejidad de los procesos de salud de manera dinámica, incorporando el mundo del otre en nuestra propia práctica (6).

Alicia Stolkiner propone pensar la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. (Stolkiner y Otros, 2000) y dice que este se construye a partir de la una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y Otros, 2000). (7).

Teniendo como fundamento el concepto de PSAEC, adherimos al concepto de la **“determinación social de la salud”**, que surge del movimiento de Epidemiología Crítica Latinoamericano, cuya idea central es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico; en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, y hace que los individuos padezcan los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de forma diferencial, según clase social, género o etnia, concepto que amplía la visión de los determinantes de la salud de la OMS, por lo que hablamos de las “determinaciones”. Breilh, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). (8)

“La **interdisciplina** es un acto de cultura, no es una simple relación entre contenidos, sino que su esencia radica en su carácter educativo, formativo y transformador, en la convicción y actitudes de los sujetos. Es una manera de pensar y de actuar para resolver los problemas complejos y cambiantes de la realidad, con una visión integrada del mundo, es un proceso basado en relaciones interpersonales de cooperación y de respeto mutuo, es decir, es un modo de actuación, una alternativa para facilitar la integración del contenido. De esta manera la interdisciplinariedad es un proceso que refiere la conexión de todo lo existente, la concatenación de los procesos y fenómenos, lo diverso pero único. (9)

El **actor social** es una personalidad, organización o agrupación humana que en forma estable o transitoria tiene capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades y actuar produciendo hechos en la situación. Mario Testa agrega a esta definición que los actores tienen capacidad de participar de la agenda pública e incluir temas de interés. Es decir, se trata de personas, organismos o instituciones, tanto nacionales como internacionales, que tienen la capacidad de definir temas, problemas y estrategias [...] así como orientar políticas, programas y recursos...

En tal sentido Mario Róvere, define como actores sociales a “todas aquellas personas individuales, colectivas o jurídicas, que se organizan para hacer prevalecer sus propios objetivos sobre la realidad o sobre parte de ella.” (10)

Con respecto a la **visita domiciliaria** se entiende que corresponde a un “saber práctico que permite la utilización racional de instrumentos o procedimientos para obtener un resultado buscado o previsto”. (11). Entonces es una “técnica compuesta de tipo investigativo y/o de intervención, constituida principalmente de técnicas complementarias de observación y entrevista, que permite el acercamiento e interacción del profesional con el contexto interno (integrantes de la familia) y externo (grupos y comunidad) de la realidad familiar”.

Las **representaciones sociales** son aquellas ideas que permiten interpretar la realidad atribuyendo significación a los procesos según las experiencias de los sujetos y la forma de poder responder de acuerdo a los contextos socio-históricos culturales que transitan. Estas representaciones sociales en torno a la salud, llevan a las personas a tomar una postura ante la enfermedad y con ello sobre la forma en que debe ser manejada y atendida (Pasarín 2011). En este sentido, opera el imaginario social, como una realidad que tiene consecuencias prácticas para la vida cotidiana de las personas. (12)

Sobre las **IRAB** abarcan la neumonía, la laringitis, la traqueítis, la bronquitis y los cuadros considerados bajo la denominación de “Síndrome Bronquial Obstructivo” (SBO). La Bronquiolitis es uno de ellos y al mismo tiempo es la IRAB más frecuente en el menor de 2 años. (13)

Bronquiolitis se define como, todo/a/e niño/a/e menor de 2 años, con primer o segundo episodio de sibilancias, asociado a evidencia clínica de infección viral con síntomas de obstrucción bronquial periférica, taquipnea, tiraje, o espiración prolongada, con o sin fiebre. Aquellas/os/es que presentan episodios recurrentes de broncoespasmo (más de 2 episodios de sibilancias en un año) se los conoce como Bronquitis obstructiva recurrente (BOR).

Existen para estas patologías determinados factores de riesgo, algunos tienen que ver con cuestiones biológicas como la ausencia de lactancia humana, la vacunación incompleta, la prematurez/bajo peso de nacimiento, la desnutrición, también hay factores de riesgo relacionados al ambiente y entorno donde habitan como el hacinamiento, la época invernal, tener madre adolescente, la contaminación ambiental y/o domiciliaria y en esto es importante nombrar a los familiares tabaquistas.

El riesgo social es un factor importante, ya que forma parte de los criterios que pueden determinar la internación del niño/a/e estos son: madre adolescente; primaria incompleta; niño con vacunación incompleta y/o controles de salud inadecuados para la edad.

Según los factores de riesgo, se definirá si el paciente será atendido en la unidad de atención primaria o se derivará a un centro hospitalario, realizando el tratamiento que corresponda hasta su derivación. (14)

A continuación, presentamos el **Score de Tal**, que es un puntaje que permite clasificar la gravedad de los/as/es niños/as/es a partir de signos clínicos, lo que permite normatizar el manejo clínico y la toma de decisiones. Se buscan los siguientes componentes, la retracción torácica y la utilización de músculos accesorios, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, la auscultación pulmonar con la presencia de sibilancias. Estos elementos tienen un puntaje asignado dependiendo el valor o si están presentes o no y de qué manera. Los puntajes posibles presentan los porcentajes de saturación del oxígeno aproximada a aire ambiente como predictor de gravedad: 4 puntos o menos: leve ($\geq 98\%$). De 5 a 8 puntos: moderada ($93\%-97\%$), 9 puntos o más: grave ($\leq 92\%$), (1).

La **internación abreviada** es una modalidad de organización en la atención ambulatoria que tiene como objetivo mejorar el nivel de resolución en el Primer Nivel de Atención (posibilidad de evitar la internación). Consiste en la permanencia del niño/a/e en el Centro de Salud para recibir un tratamiento oportuno e intensivo. La organización de este espacio está a cargo del servicio de enfermería, con supervisión médica, quien es la que toma gran protagonismo, ya que es el responsable de sostener la secuencia del tratamiento. La articulación de la enfermera/o con la/el médica/o generalista o pediatra, aumenta las acciones del Servicio de Salud. A su vez, la detección de los/as/es niños/as/es de mayor gravedad y riesgo, el contacto con las madres y la comunidad, son todas acciones importantes en las que tanto los/as médicos/as como las/os enfermeros/as pueden tener una participación complementaria.

Al llegar un/a/e niño/a/e con dificultad respiratoria, el/la médico/a, debe realizar el diagnóstico presuntivo, la evaluación de gravedad con el **score de TAL** y la indicación oportuna del tratamiento para la internación abreviada. Enfermería en este sentido toma un rol imprescindible ya que debe iniciar el tratamiento indicado y propiciar el seguimiento, es decir, en este lugar se lleva a cabo el tratamiento observado o rescate, que dura 1 ó 2 horas como máximo y luego poder ser reevaluado por el/la médico/a, para saber si es necesario continuarlo porque el paciente debe ser trasladado al hospital. Esta intervención rápida resulta trascendental porque acorta el tiempo de hipoxia (la baja concentración de Oxígeno en sangre) del paciente, que es lo que pone en peligro su vida. Luego de este lapso es posible diferenciar a los pacientes en 2 grupos: • El que se puede retirar a su domicilio con el tratamiento correspondiente. • El que deberá ser internado porque necesita tratamiento de sostén (Oxígeno, hidratación). (1)

La **fisioterapia** puede ser un tratamiento que aporte una mayor mejora clínica del paciente bronquiolítico (Rodríguez U, Gaviria M, 2009) (15) Según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, “es el arte de aplicar unas técnicas físicas basadas en el conocimiento de la fisiopatología respiratoria, y en la atención psico-emocional del paciente para prevenir, curar o algunas veces, tan solo estabilizar las alteraciones que afectan al sistema torácico pulmonar”.

El proceso atención cuidado de los/as/es niños/as/es con IRAB en Villa Hudson: Ingreso por administración con turnos protegidos diarios de demanda espontánea para consultorios de

residentes de medicina general. Atención en el día y derivación según TAL a enfermería para realizar prácticas requerentes, (medición de temperatura, medición de saturación, internación abreviada) posterior regreso a la consulta médica, para evaluar criterios de vulnerabilidad para visita domiciliaria, establecer diagnóstico de qué tipo de IRAB es, dar pautas a la cuidadora que lo trae si se va a domicilio y establecer criterio de seguimiento; o traslado con SAME al hospital si el destino es la internación.

El seguimiento que proponemos es a las 24 hs si la evolución es buena y los elementos vinculados a factores de riesgo y entorno son buenos se cita nuevamente a los 7 días para BOR, a los 7 y 14 días para Bronquiolitis. A las 48 hs si es neumonía, a los 7 días y al alta. Estos criterios se modifican según vulnerabilidad, factores de riesgo y situaciones críticas de entorno.

Además, existe la posibilidad de realizar kinesioterapia respiratoria en el segundo nivel de atención hospital "Mi Pueblo" de Fcio. Varela con entrada en el día y seguimiento kinésico según evolutividad.

Paradigma: Enfoque mixto lo cual implica (...)la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta. (16).

Área de estudio: Villa Hudson es un barrio ubicado en la localidad de Bosques, municipio de Florencio Varela, segundo cordón del conurbano bonaerense. Cuenta con 20.000 habitantes, con mayoría de población de adultos/as/es jóvenes y niños/as/es en edad escolar. Según el ASIS concluido en el 2022, las NBI se acercan al 43,5% con 15% de viviendas precarias, 21% de hacinamiento y un 44% de desocupación real. El centro de Salud forma parte de la Red Villa Hudson, red colectiva, constituida por instituciones formales y organizaciones no formales (escuelas, jardines, comedores, merenderos, clubes, iglesias) que se reúne mensualmente para discutir problemáticas que ocurren en el barrio. El CAPS, tiene un equipo multidisciplinario, con fuertes acciones docentes. La residencia de medicina general se encuentra inserta en él, y además el Centro de Salud recibe estudiantes de enfermería, trabajo social y medicina. Todos/as se suman a la tarea asistencial y comunitaria.

Universo

Toda la población de niños/as/es de 0-2 años, que asiste al Centro de Salud Villa Hudson en los meses de invierno 2023.

Muestra

Cuantitativo: Niños/as/es de 0-2 años, que se referencian a los consultorios de IRAB de la Residencia de Medicina General en el CAPS Villa Hudson, en los meses de junio, julio y agosto de 2023.

Cualitativo:

Muestra 1) Actores sociales intervinientes en el PSEAC durante el contexto IRAB

Muestra 2) Visitas domiciliarias se utiliza muestreo a base de criterios que ya fueron nombrados previamente.

Muestra 3) Talleres grupales de promoción y prevención en IRAB

Instrumentos de recolección de datos (Anexos)

Cuantitativos: planilla exclusiva confeccionada en base a las variables

Cualitativos: se utilizan cuestionarios auto-administrados para los actores sociales de salud involucrados, se realizan entrevistas semiestructuradas y registros de espacios de taller

Método de procesamiento de datos

Se procesa la información cuantitativa con el programa Excel, proporciones y gráficos y la información para la parte cualitativa se obtiene mediante la triangulación de datos, de las entrevistas semiestructuradas, los cuestionarios auto-administrados, los registros de los espacios de taller. Además, luego, de la realización de las visitas se programaron y llevaron a cabo encuentros entre estudiantes de Trabajo Social y residentes de Medicina General para intercambiar percepciones.

Consideraciones éticas

“Según las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, preparadas por el consejo de organizaciones internacionales de Ciencias Médicas (C.I.O.M.S) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S).” (17) El presente trabajo está excluido de la necesidad de consentimiento informado por:

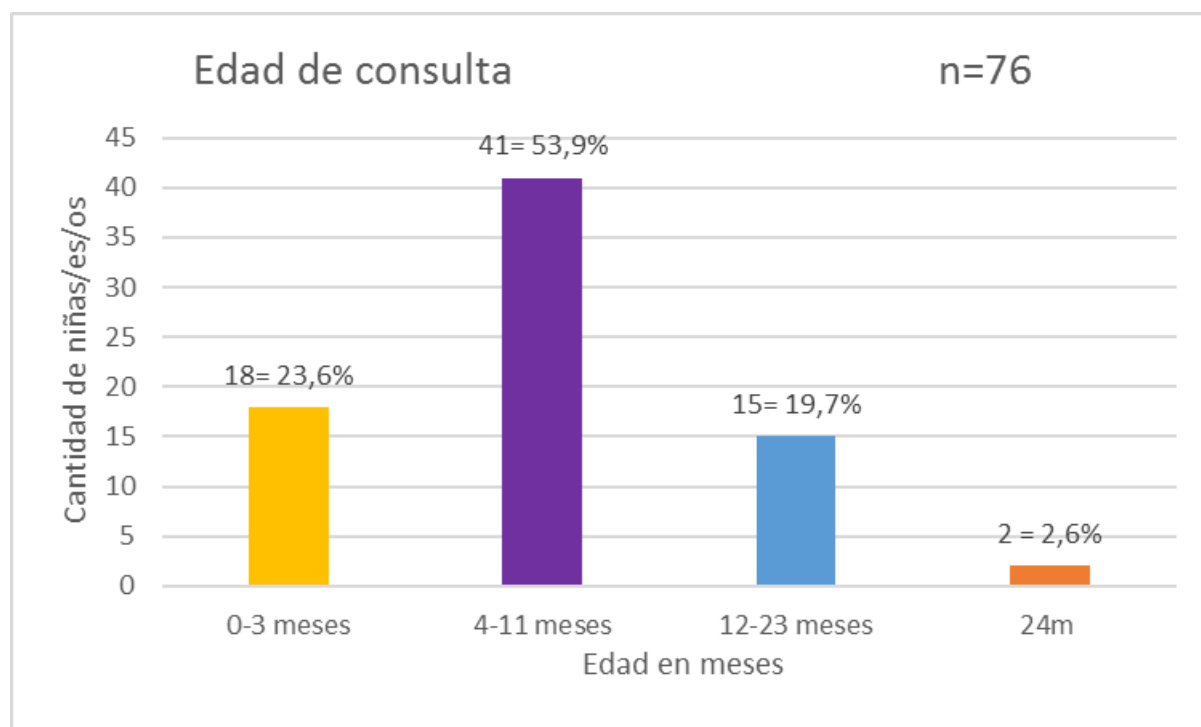
1. No implicar ningún riesgo en la aplicación de las intervenciones a los/as/es participantes de la investigación, siendo por el contrario sujetos activos de participación.
2. No implicar la intervención de ninguna práctica distinta a las intervenciones habituales realizables en el marco del desarrollo de la estrategia de la atención primaria de la salud.

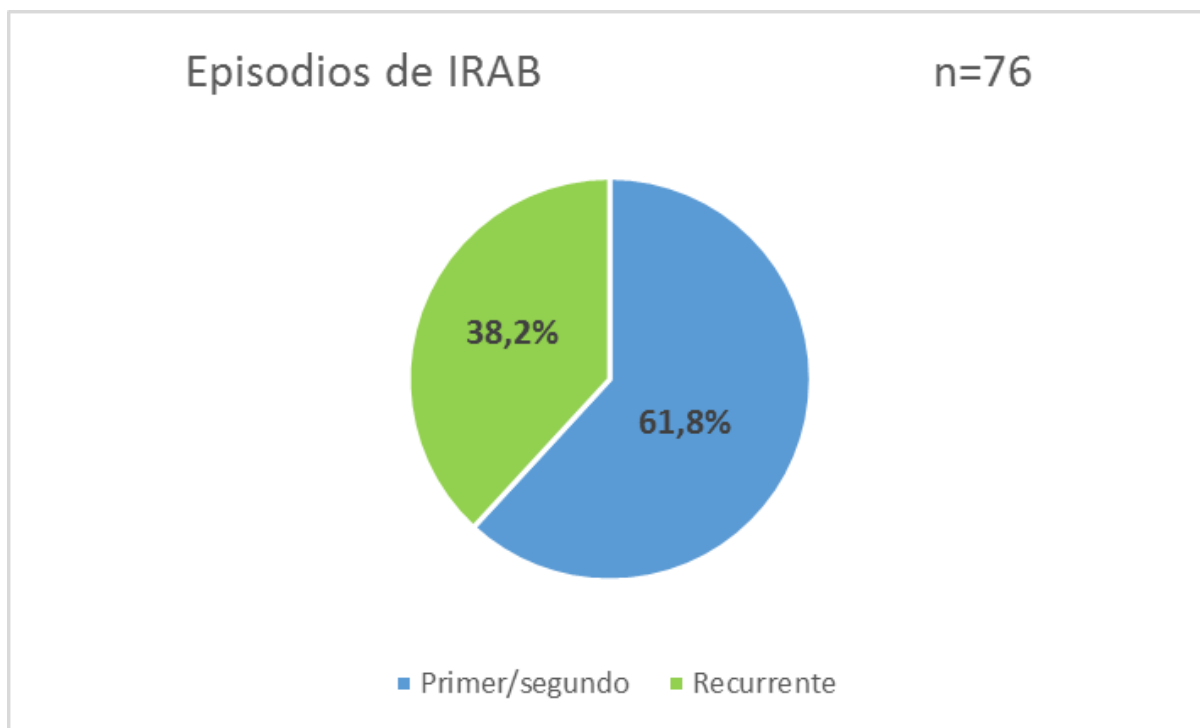
Se garantiza:

- permitir que el sujeto cambie de opinión en relación a su participación en cualquier momento del trabajo
- mantener la confidencialidad, salvaguardar la intimidad y la identidad de los/as/es participantes respetando el anonimato en la publicación de los resultados.
- Los resultados se darán a conocer a los/as/es participantes, dado que ellos/as/es son sujetos activos/as/es de la investigación, que han definido según sus prioridades los cursos de acción del proyecto
- Los beneficios de la investigación están dirigidos exclusivamente a la comunidad participante.
- Los/as/es participantes al proyecto tendrán acceso al personal de la investigación en cualquier momento, a fin de aclarar cualquier información, podrán no participar si así lo deseen, sin afectar ningún derecho o beneficio vinculado al equipo de salud.

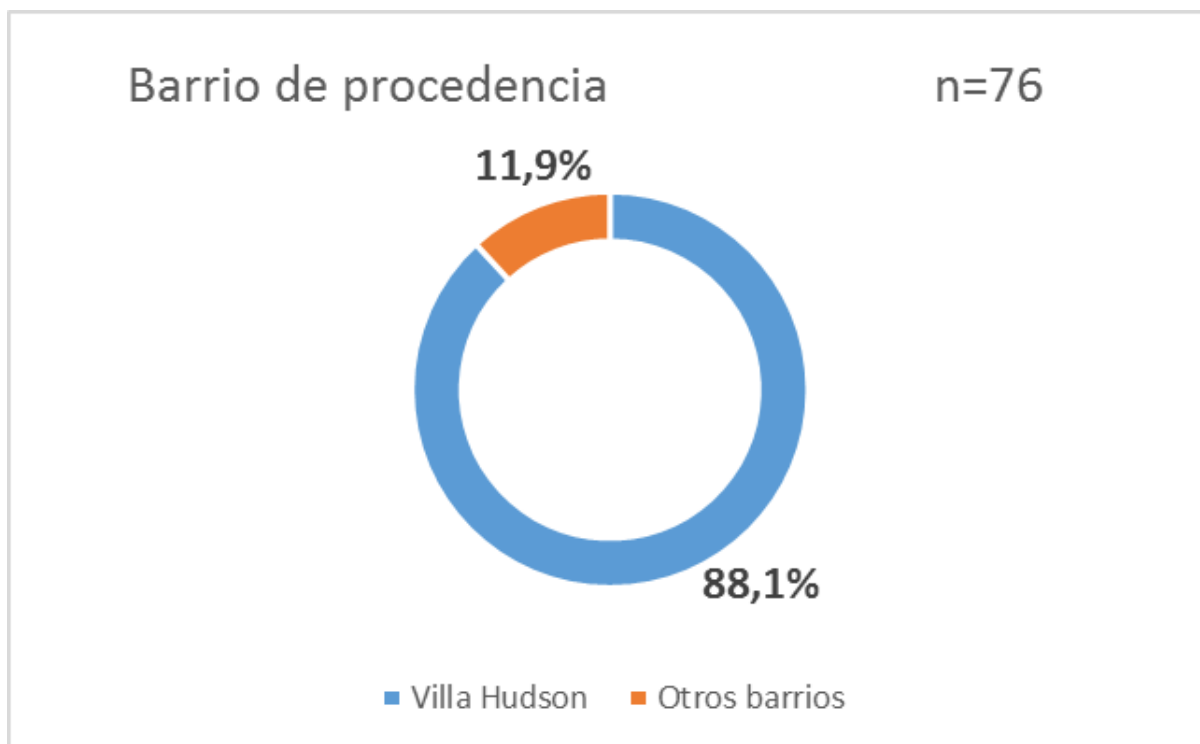
Resultados cuantitativos/ Resultados cualitativos

Resultados cuantitativos

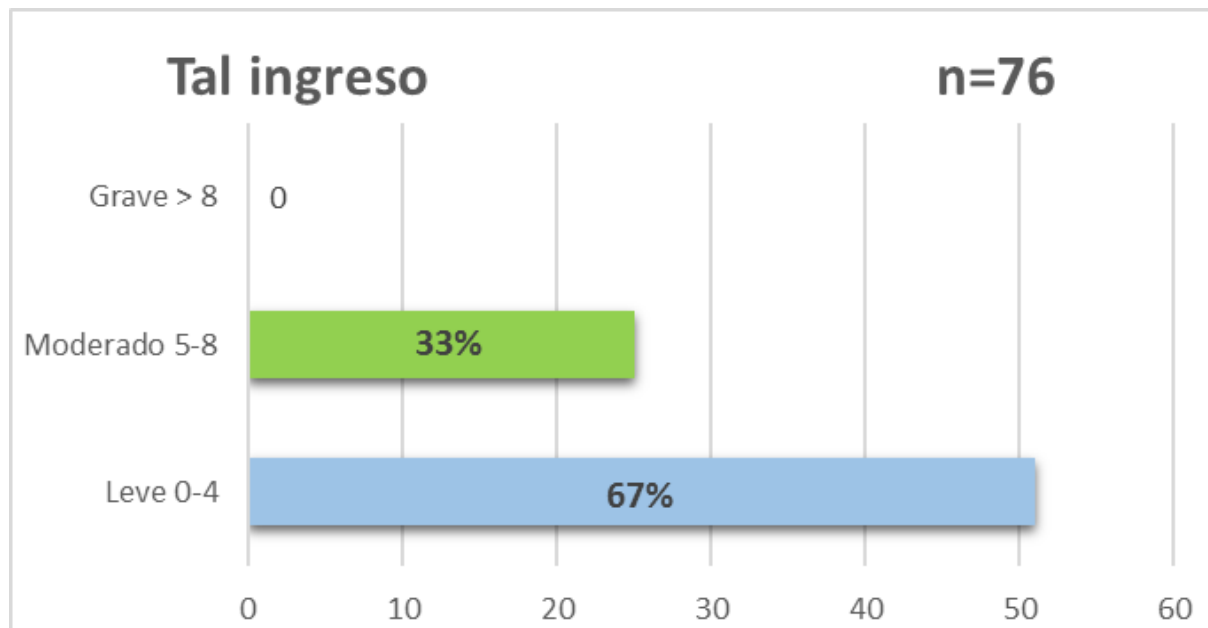




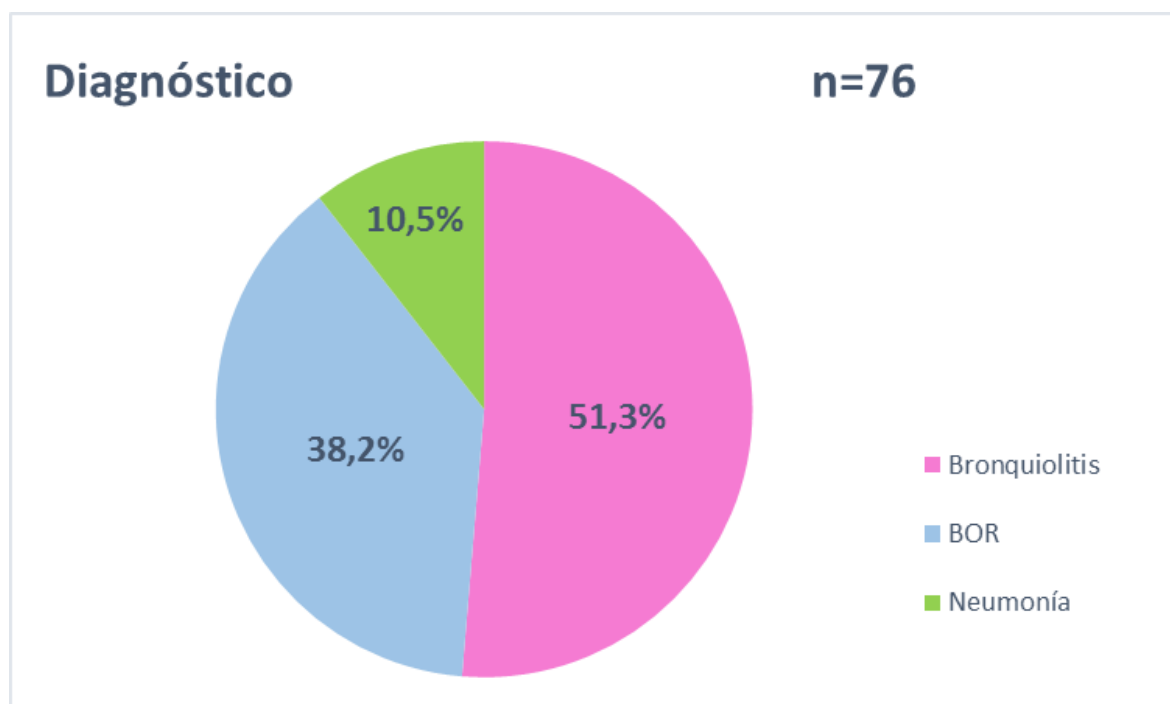
En el gráfico se muestra que un 61,8%, es decir, 47 niñas/es/os presentaron su primer/segundo episodio de IRAB, mientras que 29 (38,2%) enferman recurrentemente



Solo 9 consultas del total, resultaron de otros barrios de Florencio Varela, diversos en total, no pertenecientes al área programática.



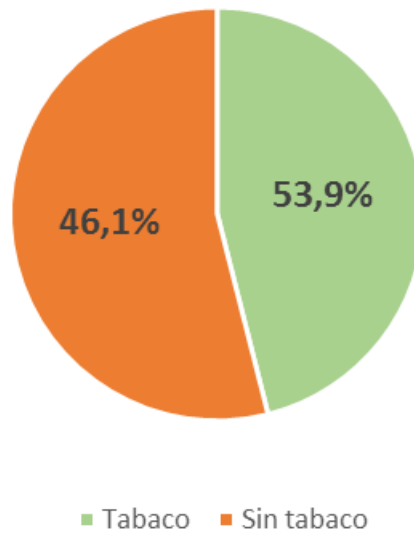
Este gráfico muestra que la mayoría de las consultas de niñas/es/os ingresaron con un puntaje de TAL leve, es así que, de 76 totales, 51 obtuvieron un TAL leve y 25 un TAL moderado.



El gráfico muestra que del total de 76 niñas/es/os con IRAB, 39 tuvieron diagnóstico de Bronquiolitis, 29 se diagnosticaron con cuadros bronco-obstructivos recurrentes (BOR) y solo 8 presentaron neumonía.

Tabaquismo en hogar

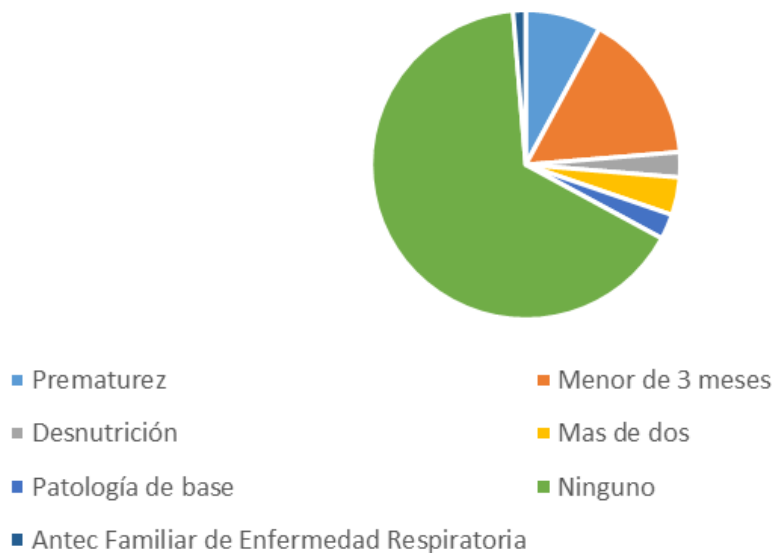
n=76



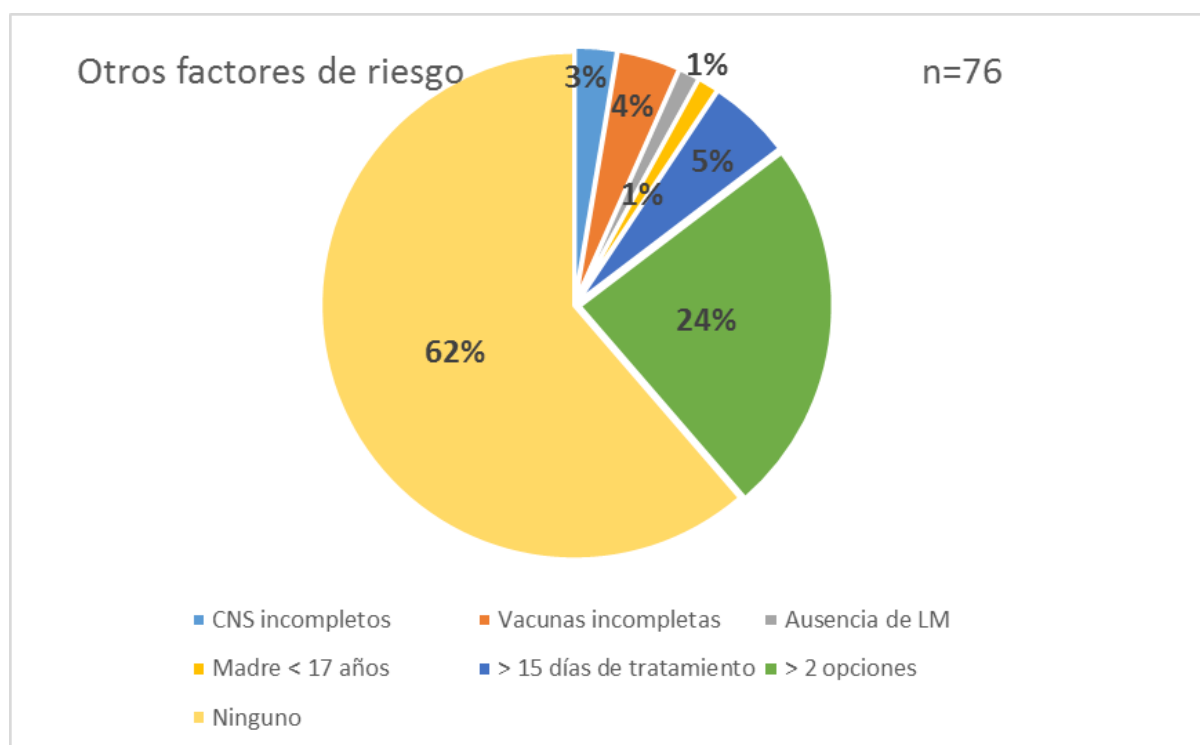
Se puede observar que gran cantidad de los/las/les niños/as/es (35) conviven con familiares fumadores en sus hogares.

Factores de Riesgo Biológico

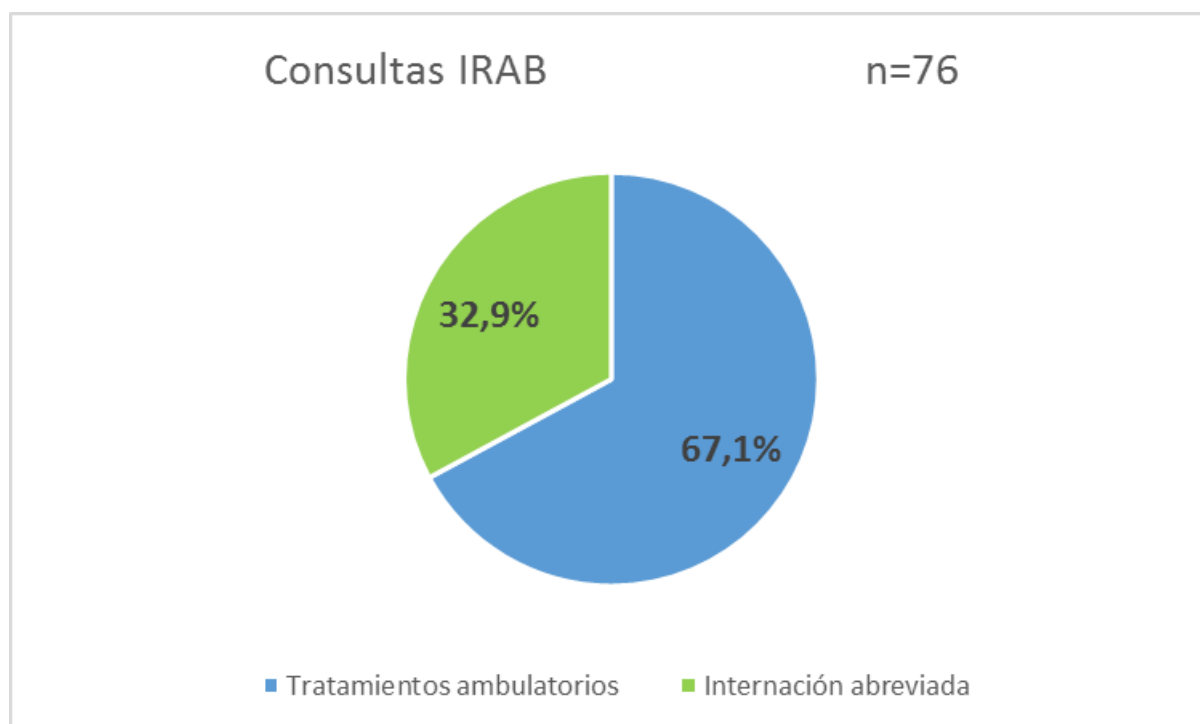
n=76



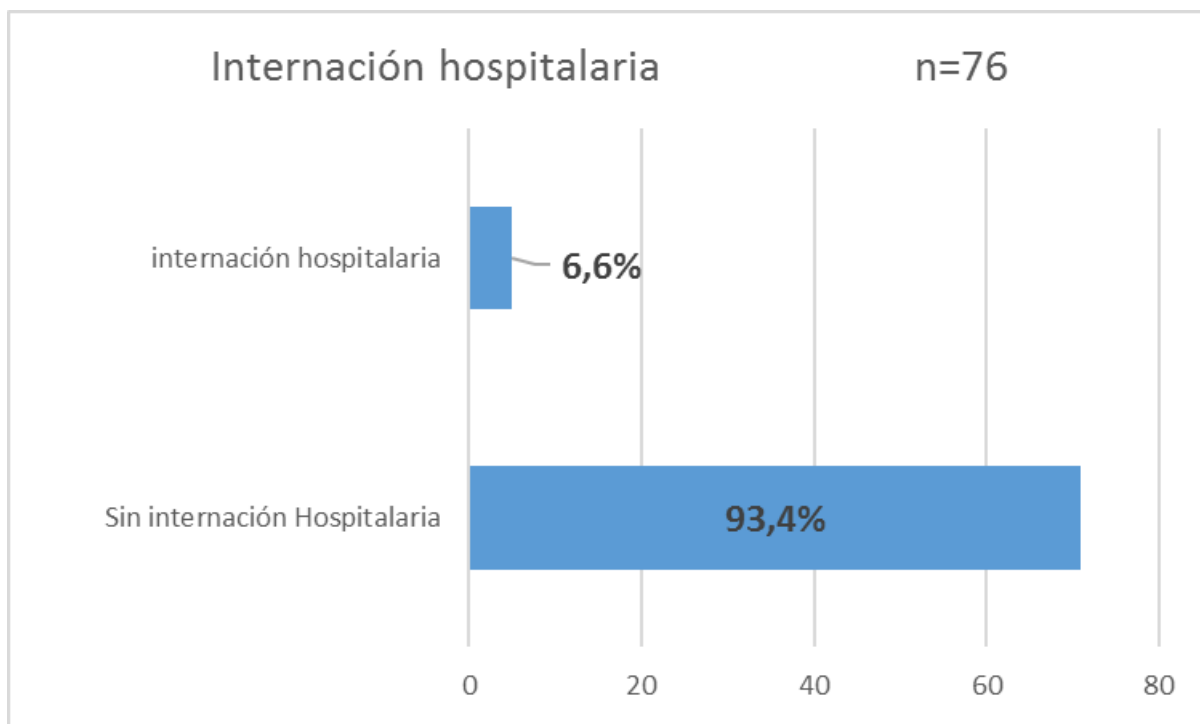
El gráfico muestra que el 66%, es decir, 50 niñas/es/os no presentaron factor de riesgo biológico, mientras que un 16% (12) fueron consultas de lactantes menores de 3 meses y un 8% (6) fueron niñas/es/os con prematurez, 3% (2) con desnutrición aguda, 3% (2) con patología de base, 4% (3) con más de dos criterios, 1% (1) con antecedente de enfermedad respiratoria.



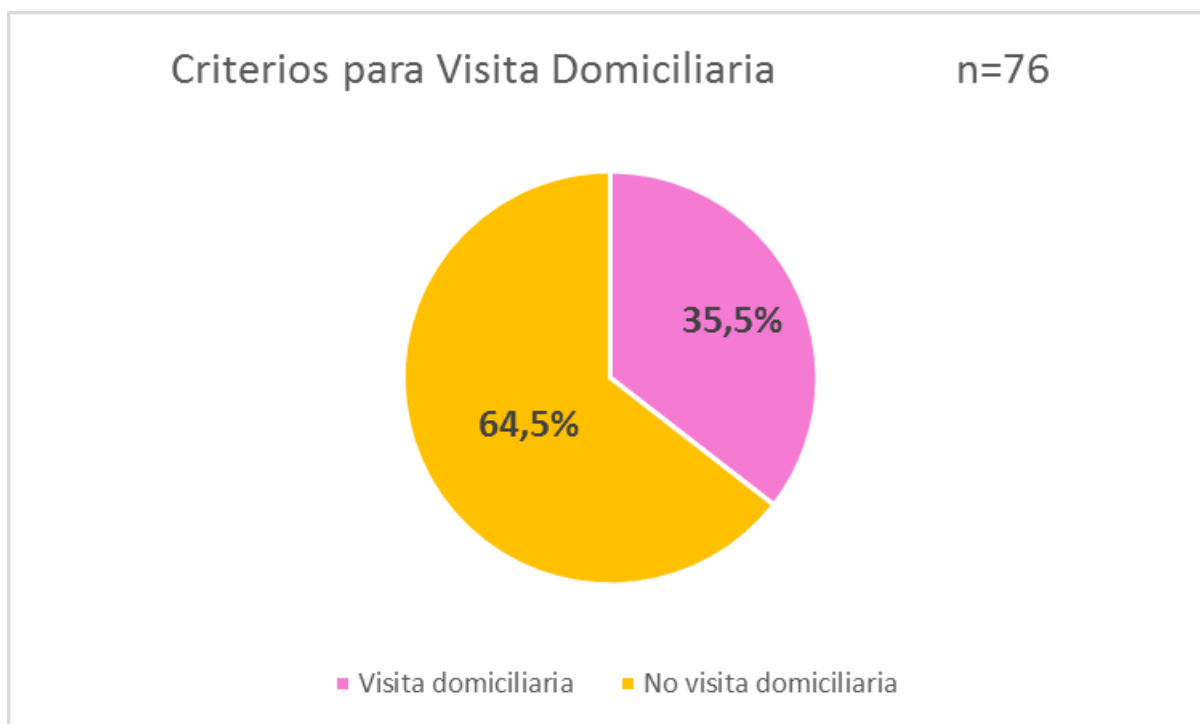
Se puede observar que la mayoría (46) no presenta ningún factor de riesgo, un 24% correspondiente a 18 consultas presentan más de 2 opciones, 5% (4) niños que persisten los 15 días con el tratamiento sin poder obtener el alta médica, 3 niñas/es/os con vacunas incompletas, 2 con controles de salud incompletos, solo 1 con ausencia de lactancia materna y 1 con madre menor de 17 años.



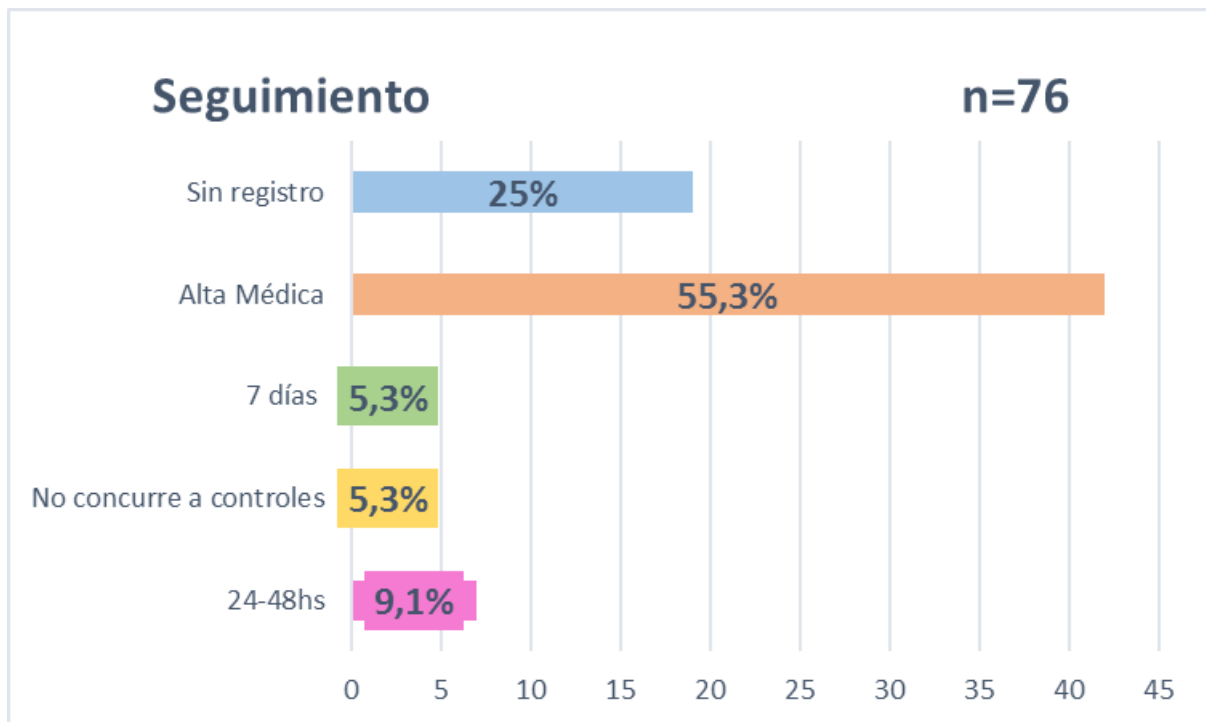
En este gráfico se colocan el total de las consultas n=76, con las/es/os niñas/es/os que recibieron desde el comienzo tratamiento ambulatorio que fueron un total de 51, 25 que recibieron Internación Abreviada en el Centro de Salud



Del total de las consultas, sólo 5 niñas/es/os requirieron Internación Hospitalaria, es decir, de los 25 que realizaron Internación Abreviada, sólo 5 necesitaron atención en hospital.



Del total, sólo 27 familias cumplieron los criterios para la visita domiciliaria.



El gráfico muestra que, del total de consultas en números absolutos, 42 niñas/es/os recibieron el alta médica, 4 realizaron seguimiento hasta los 7 días, 7 sólo concurrieron a los controles de 24-48hs. Además 4 no volvieron a ningún control de seguimiento y 19 no cuentan con registro de seguimiento.

Resultados cualitativos

Equipo de salud

Las palabras más representativas del equipo de salud que surgieron de los cuestionarios auto-administrados, tienen que ver con el PSEAC y son las siguientes: “estrecha colaboración en el equipo, tiempo necesario para explicar y escuchar, profesionalismo, prevención, autocuidado y educación para la salud, compartir saberes de los cuidados, coordinación de roles, comunicación efectiva, enfoque centrado en el paciente y la familia, comunicación y capacitación continua, integración del equipo de salud, evaluación de resultados, acompañamiento en equipo, organización y planificación del equipo, garantizar la atención, tranquilizar a la familia y experiencia constructiva”

Determinaciones sociales de salud

En relación a las determinaciones sociales de la salud surgieron las siguientes percepciones respecto a las IRAB, desde el equipo de salud: “condiciones socioeconómicas, Educación, Accesibilidad, Condiciones de vivienda, Cuidados prenatales y posnatales, Cultura y creencias, Factores psicosociales, Convivir con familiares fumadores”

Visitas domiciliarias

En aquellas familias con criterios de **visita domiciliaria** se pudieron identificar las siguientes apreciaciones:

Respecto a la situación socioeconómica laboral la mayoría de las familias realizan changas, trabajo precario (chatarreros, carreros) se encuentran en alguna cooperativa y tienen algún plan social (AUH, tarjeta alimentar).

En cuanto a redes, la característica principal es que priman las redes familiares para el cuidado y para ayuda económica.

Con respecto a la situación habitacional la vivienda está en terreno compartido, la generalidad de las viviendas presenta de piso de cemento/alisado, escasa ventilación, hacinamiento, duermen muchos/as/es convivientes en la misma cama, madre- padre- niñas/os/es.

Las viviendas en su mayoría son de material sin terminaciones con presencia de humedad, techo deteriorado con filtraciones. Algunas con paredes de materiales sin revoque, de chapa y madera. Conexiones eléctricas precarias. Baño sin conexión de agua. Acumulamiento de ropa y basura. Animales. Calefacción con salamandra y estufa eléctrica. Integrantes de la familia fumadores. Ambiente frío. Calles sin pavimentar. Gas en garrafa. Consumen agua de bidón y para bañarse calientan agua en ollas.

Representaciones Sociales

De la misma forma, surgieron las siguientes percepciones sobre el CAPS: son muy atentos, siempre están para ayudarnos, todos mis hijos son atendidos en el centro con diferentes médicos, son muy bien atendidos, no acuden al hospital, frecuenta el CAPS, se intercambian saberes, asisten a talleres.”

Sobre las percepciones de niños/as/es con IRAB desde la mirada de los/as/es de cuidadores las frases que surgieron son: “se nota mejoría, que comenzó a comer mejor, que tiene mejor ánimo, que se encontraba con medicación, usan vapor con eucalipto, están atentos a las pautas de alarma, vacunas incompletas, prematurez y dificultad en la continuidad de los controles de salud, el niño puede descansar con tranquilidad, duerme toda la noche a partir de tratamiento con puf, angustia por el traslado al hospital. Miedo a sacar al niño/a de la casa por antecedentes de internaciones previas; no conocer este tipo de enfermedad ya que su hijo jamás la tuvo y que en Paraguay no existe esta enfermedad, no asistían al centro de salud por su religión umbanda”.

Talleres de promoción y prevención

Los estudiantes de Trabajo Social de la Universidad A. Jauretche, realizaron 14 talleres llamados “Previniendo juntos y juntas las infecciones respiratorias bajas” y “Pautas para concientizar a la comunidad de Villa Hudson acerca del IRAB”, estos se llevaron a cabo en la sala de espera del centro de salud y en dos organizaciones del barrio (Espacio cultural y comedor Rincón de esperanza y capilla Sagrada Familia). A continuación, se describen algunas observaciones de los talleristas acerca de los mismos:

Los participantes describen como “buena”, la actividad brindada, pudieron percibir un real interés sobre la problemática planteada, observando también que personas que se encontraron en el lugar se mostraron atentas a la información, aunque no estaban participando del mismo. Se observó mayor interés en la parte de realización y correcta utilización de los aerosoles y las aerocámaras.

Además, es importante remarcar que la mayoría de las participantes son mujeres y que existe buena interacción con la comunidad.

Desde los talleristas se evalúa comunicación asertiva, buena coordinación y organización del dispositivo.

Se evaluó como positivo y enriquecedor la capacitación continua en las/os participantes de Trabajo Social con la residencia de Medicina General, que se vincula a la planificación e implementación de los talleres que se fueron realizando y que promueven el intercambio de inter-saberes.

Análisis e interpretación de resultados

A partir del trabajo de investigación identificamos la fortaleza del equipo de salud en cuanto a la organización, planificación y ejecución de acciones pensadas en el contexto conociendo las cotidianidades de las familias y las prevalencias, en la coyuntura invernal.

Acordamos con Bernztein, (2003) (18) en que el primer nivel de atención se presenta como el ámbito privilegiado para el cuidado de la salud, en el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas sin subestimar el riesgo de cada caso, el CAPS es la primera línea de accesibilidad al sistema de salud.

Mediante los datos cuantitativos obtenidos sabemos que la capacidad resolutive del centro de salud fue del 93.4%, cotejando con la capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención 97.3%. (19)

Internándose en ambos el 6% y 2,7% respectivamente. El 55.3% tuvo seguimiento en el centro de salud hasta el alta. De los/as/les asistidos/as/es el 32.8% (25) requirieron internación abreviada en el centro de salud, de los cuales sólo el 8% (5) de esos tuvo que ser internado/a, evitándose la hospitalización en el 68% del total de la muestra.

Notamos que, a pesar de la gran demanda, hubo buena coordinación, trabajo interdisciplinario y comunicación entre los/as/es diferentes actores/as en el desarrollo de actividades y dispositivos que se diagramaron pensando en la promoción, la prevención y la atención del proceso de salud- atención- enfermedad y cuidados tanto en Centro de Salud como en las acciones en el territorio de Villa Hudson.

El mayor porcentaje de consulta fueron los/as/es niños/as/es de 4 a 11 meses, es decir, un 53.9% de la muestra total (76), coincidiendo con la información de datos obtenidos en el año 2019 en la Provincia de Buenos Aires. (19) El 62,9% (4-6m; 22,1% y 7-11 y 40,8%).

En la distribución del tipo de IRAB (neumonía, bronquiolitis, BOR), la proporción de niños/as/es con neumonía fue 10.1% superior al dato bibliográfico de la fuente referida que fue de 3.6% y la suma de SBO fue en Villa Hudson de 89,5% similar a los de referencia 94.9% predominando los episodios de bronquiolitis especialmente.

Para abordar las IRAB, reconocemos tres grandes estrategias según Grenouille, M (2004) (20) para disminuir el impacto de las mismas, en la comunidad:

- 1) Educación comunitaria con el objetivo de desarrollar acciones preventivas se debe recomendar (...) estimular la lactancia materna, asegurar el cumplimiento real del calendario de vacunación y educar sobre el riesgo de la contaminación domiciliaria (humo de cigarrillo, braseros). Es necesario enfatizar el valor de la consulta precoz del lactante con los primeros síntomas de IRAB y la familia debe estar informada sobre los signos de alarma y los factores de riesgo. En este sentido, se transmite a las familias que la presencia de tabaquistas en los hogares es uno de ellos y en Villa Hudson es del 53.9% casi el doble de lo referido en la provincia de Buenos Aires 33.7%. Por otra parte, la alta cobertura de CNS, vacunas y el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos en el centro de salud, actúa como efecto protector ya que solo tenían controles incompletos el 3% de los/as/es niños/as/es, vacunas incompletas un 4%, ausencia de lactancia humana el 1% y madres menores de 17 años sólo un 1%, en comparación con los datos provinciales del 17%. En este sentido, los espacios educativos promovidos durante la visita domiciliaria, la realización de talleres, la atención en

enfermería y en consulta médica facilitó el intercambio de saberes, el registro por parte de las familias de las pautas de alarma y de los factores de riesgo según particularidades.

2) Acciones del equipo de salud que implica unificar criterios para poder acompañar de acuerdo a los conocimientos y experiencias de los diferentes grupos de trabajo y brindar a esos/as pacientes un acceso facilitado a la atención.

3) Acceso a la atención y a los medicamentos esenciales, es indispensable para cumplir con el objetivo de reducir el impacto de las IRAB, facilitar el acceso de la población a la atención médica y obtener la provisión de los medicamentos esenciales y del oxígeno, con sus dispositivos de administración.

Nos parece significativo mencionar que como debilidad encontramos el registro de la información, que en oportunidades no se realizó de manera adecuada y completa a causa de la variedad de instrumentos para la recolección de datos en el consultorio IRAB, relacionado a la gran demanda de pacientes atendidos/as/es.

Otro aspecto que encontramos relevante es la participación y asistencia a las consultas que fue realizada en su mayoría por mujeres, surge que las tareas de cuidado como parte de una acción indispensable para la reproducción de la vida humana son efectuadas por las mujeres en el contexto de IRAB. Además, estas mujeres, se encuentran en una red de cuidados que identificamos que corresponden a familiares, que casualmente, también son mujeres, como la tía y la abuela.

Las estrategias de cuidados, en el contexto de la vida cotidiana, se enmarcan históricamente como tareas femeninas ubicando a las mujeres con ciertas cualidades “naturales” que hacen que sean las encargadas para cumplir con el rol de cuidadoras socialmente asignadas. Entonces podemos mencionar que situándonos desde la perspectiva de género se devela las desigualdades que genera la repartición de dichas tareas dejando en manos de las mujeres la mayor parte del trabajo, como las tareas de cuidados y el trabajo doméstico.

Mastandrea, G, (2020), (21) expresa que, la desigualdad en materia de cuidado se da no solo a nivel institucional y de clase, sino también al interior de las familias, atravesadas dichas instituciones por los patrones de división del trabajo fundados en el sistema patriarcal.

También nos encontramos que la feminización del cuidado no solo es visibilizada en el ámbito familiar privilegiando a la mujer-madre como única capaz de brindar el cuidado a nivel físico y emocional, como es quien lleva a los/as/es niños/as/es al centro de salud, es quien espera y

recibe a los/integrantes del equipo en su domicilio, es quien conoce sobre la situación de vida de los/as/es niños/as/es.

Por otra parte, las visitas domiciliarias entendida como “técnica compuesta de tipo investigativo y/o de intervención, constituida principalmente de técnicas complementarias de observación y entrevista, que permite el acercamiento e interacción del profesional con el contexto interno (integrantes de la familia) y externo (grupos y comunidad) de la realidad familiar” (11).

Comprendemos que esta interacción se da en el contexto de las visitas y favorece el seguimiento y además promueve el acceso a recursos materiales de aquellas familias que lo solicitan, aun así, no fue una necesidad expresada por la mayoría, aunque las condiciones de las viviendas y el entorno son precarias.

Continuando con el análisis, las determinaciones sociales de la salud dejan entrever que las políticas públicas en un barrio con un alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas se manifiestan con, calles de tierra, muchas intransitables, conexiones de luz precarias e informales, viviendas con material desestructurado y de material sin terminaciones, hacinamiento, familias numerosas con varios niños/as/es menores de 10 años, contaminación ambiental (basura, zanjas con agua estancada, animales en mal estado, humos por quema de basura, convivencia con familiares tabaquistas) esto sin dudas genera un impacto en el PSAEC en los/as/es niños/as/es en su familia y en la comunidad. Es decir, que esas condiciones de vida pueden predisponer a mayores riesgos en el padecimiento de las IRAB, ya que pueden influir de manera positiva o negativa en la salud.

Podemos mencionar que actualmente se reconocen al estilo de vida, el ambiente, así como la biología humana y la organización de servicios de salud como los principales determinantes de la salud de los individuos. (22)

Sobre el análisis en cuanto a las representaciones sociales que surgen de los/las/les cuidadores, se traducen sobre ideas acerca de los miedos, angustia, temores ante la enfermedad de los/as/es niños/as/es, relacionado a la gravedad y/o posibilidad de la internación, en algunas ocasiones.

Surgen también elementos vinculados a las diversas culturas y creencias, por ejemplo, con las prácticas afro umbanda que de alguna forma retrasaron el inicio de tratamiento en algunos casos con franca desmejoría del niño/a/e o cuestiones que implican desconocimiento de la enfermedad por vivir en países limítrofes con zonas tropicales.

Así mismo los/as/es cuidadores expresan culpa por no tener los controles de salud y vacunas al día, se relatan muchas situaciones relacionadas al clima cambiante, al frío y humedad en las casas.

Por otro lado, existen otras apreciaciones que se relacionan con la atención y el acompañamiento desde el equipo de salud, refieren buena atención, mejoría en sus hijos/as/es, que pueden descansar tranquilos, recuperaron el apetito, están menos agitados y que pueden reconocer las pautas de alarma.

Entendemos que el trabajo realizado conlleva un posicionamiento teórico-ideológico del equipo de salud para pensar las intervenciones de acompañamiento en el contexto de IRAB, que implica pensar la accesibilidad en términos de derechos humanos.

A partir de las reflexiones, Stolkiner (2015) (7) habla de posiciones que pugnan por sistemas de acceso universales y por la integralidad del derecho a la salud en el marco de la determinación compleja del proceso de salud/enfermedad/cuidado.

Conclusiones

El presente trabajo de investigación favoreció profundizar y ampliar nuestra miradas, intervenciones y prácticas en salud de forma integral, apostando a una construcción colectiva.

Más allá del contexto de IRAB las familias del barrio Villa Hudson mantienen un seguimiento longitudinal lo que implica la construcción de un vínculo con el equipo de salud que favorece la consulta oportuna que se traduce en el PSAEC de calidad.

La transformación de nuevas o resignificadas prácticas sólo se hace a partir de procesos de análisis/reflexión de quienes conformamos ese colectivo de trabajadores de la salud y desde cada formación disciplinaria. Encuentros, acciones, planificaciones y espacios que nos lleven a repensarnos para armar y desarmar para producir nuevas posibilidades de cuidar y cuidarnos situadamente.

Consideramos, que los conocimientos, saberes, experiencias y capacidades de un equipo de salud deben estar disponibles para los/as/es niños/as/es y sus familias, apostando a una construcción colectiva. De esta manera que como equipo se problematice, reflexione y diseñe las estrategias oportunas y pertinentes para acompañar a los/as/es y sus familias en el PSAEC implica desandar y posicionarse desde la mirada y prácticas desde el acceso al derecho a la salud.

Contar /tener un equipo de salud fuertemente constituido, vinculado con las instituciones y vecinos/as nos permite transformar, sumar miradas y construir estrategias en conjunto en un contexto de respeto y derechos a las familias y las infancias.

La consolidación de un equipo capacitado, y en formación continua, con una mirada abierta, consustanciado con la realidad y que acompañe es sumamente necesario para el diseño e implementación de las intervenciones en salud.

Fue significativo generar espacios de discusión interdisciplinaria, donde se supervise la praxis profesional y se problematice la formación, saberes, abordajes, acciones y teorías, que favorezcan el acompañamiento a niñas/os/es y sus familias desde la concepción de los derechos.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Comunitaria

Este trabajo es una apuesta a repensar las prácticas como equipo y trabajarlas desde un acompañamiento situado, interdisciplinario y colectivo, así mismo visibilizar la potencia de la estrategia del PSAEC desde la integralidad, para dar respuesta de calidad y calidez a los/as/es niños/as/es y sus familias, y garantizar el acceso como derecho a la salud.

Bibliografía

- 1_ Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo (2021) Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años.
- 2_ Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Actualización UNICEF Argentina, Salud (2018)
<https://www.unicef.org/argentina/que-hace-unicef/salud0>
- 3_ Ministerio de la Nación (2020). Boletín integrado de vigilancia. Argentina. Ministerio de Salud. Boletín Integrado de Vigilancia. 2020 https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_481_edicion_corregida.pdf
- 4_ Ministerio de salud de la Nación, (2012) Módulo de capacitación para el personal de enfermería.
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000192cnt-s02.mod-cap-enfermeria-irab.pdf>
- 5_ Menéndez, E. L. (2009). De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. In *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* (pp. 311-311).

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-983167>

6_ Pagnamento, L. (Comp.). (2021). Salud, enfermedad, atención y cuidados: Miradas desde las ciencias sociales. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Estudios/Investigaciones ; 77).

www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/184

7_ Stolkner, A. (2015). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social /salud colectiva latinoamericano. En Llambias Wolff (Ed.), La enfermedad de los sistemas de salud. Miradas críticas y alternativas (pp. 136-150). York University.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185116862007000100019&script=sci_arttext&tln_g=en

8_ Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27 <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>

9_ Blanco Aspiazu O, Díaz Hernández L, Cárdenas Cruz M. El método científico y la interdisciplinariedad en el abordaje del análisis de la situación de salud. *Educ Méd Super* [internet]. 2011 [citado 4 mar. 2015];25(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v25n2/ems03211>

10_ Universidad Nacional Arturo Jauretche Asignatura: Teoría de la Intervención
Ficha de cátedra – Año 2016 Prof. Bárbara García Godoy

<https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-arturo-jauretche/articulacion-comunitaria-i/actor-social-godoy-b/8280192>

11 -Cazorla Becerra, K y Fernández Hormachea, J (2007). Reflexiones en torno a la visita domiciliaria como técnica de Trabajo Social . *Revista el Margen*.

https://www.edumargen.org/docs/curso43-11/unid02/apunte04_02.pdf

12_ Castoriadis, C. (1997). El imaginario social instituyente. *Zona erógena*, 35(9), 1-9.

[https://www.academia.edu/download/37303304/Castoriadis_Cornelius_-
El Imaginario Social Instituyente.pdf](https://www.academia.edu/download/37303304/Castoriadis_Cornelius_-_El_Imaginario_Social_Instituyente.pdf)

13_ Ministerio de salud de la Nación (2012) Módulo de capacitación para el personal de enfermería

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000192cnt-s02.mod-cap-enfermeria-irab.pdf>

14_ Ministerio de salud de la Nación (2012) Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. Guía para el equipo de salud

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000192cnt-s02.mod-cap-enfermeria-irab.pdf>

15_ Universidad Nacional de Río Negro- Sede Atlántica. Lic. En Kinesiología y Fisiatría. Trabajo Final de Carrera “Analizar cuáles son las técnicas kinésicas aplicadas en pacientes pediátricos que presentan bronquiolitis aguda” Autor: Lezcano, Matias Federico Directora: Lic. Ignisci, Fernanda Año: 2021

https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/8439/1/Lezcano_Matias%20Federico-2021.pdf

16_ Hernández-Sampieri, F., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación, 6ta edición, Editorial mexicana. (pág. 534)

17_ Humanos, E. S. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica. (2002)

<https://santafe.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/102/2016/06/PAUTAS-%C3%89TICAS-INTERNACIONALES-CIOMS.pdf>

- 18_Bernztein, R. (2003). La infección respiratoria baja aguda en la infancia y el uso de medicamentos REMEDIAR en los CAPS. Bol. PROAPS-remediar, 3-6
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4493/ev.4493.pdf
- 19_Grad, E., Basso, V., & Jaquenod, M. (2020). Programa de infecciones respiratorias agudas en la provincia de Buenos Aires: resultados en 2019. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12, 6-6. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853-810X2020000200006&script=sci_abstract&tlng=en
- 20 Dr.Grenoville (2014) El impacto de las infecciones respiratorias en la población Continúa en pág. 2 Objetivos de esta publicación
- <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-06/boletin-remediar-10.pdf>
- 21_-Programa Grupos de Investigación en Grado / Gisela Mastandrea... [et al.]; compilado por Gisela Mastandrea. 1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2020.
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4493/ev.4493.pdf
- 22__Silberman, M., Altamirano, L. M., Bustamante, V. K., & Almada, E. G. (2013). Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal Una experiencia desde los centros de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 56(4), 24-34.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43015>

Anexos

Cuadro de variables cuantitativas

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Edades	0 A 3 meses 4 a 11 meses 12 a 23 meses 24 meses	Porcentaje
Barrios de Procedencia	Villa Hudson Otros barrios	Porcentaje
Diagnóstico	Bronquiolitis Neumonía Bronquitis Obstructiva Recurrente (BOR)	Porcentaje

Determinantes biológicos: Prematurez Menor de 3 meses Desnutrición Cardiopatía Displasia pulmonar Antec familiares de enferm respiratorias Inmunodeficiencias CNS Incompleto Vacunas incompletas Lactancia humana ausente. Mas de 15 días de tratamiento	Aquellas condiciones del huésped que predisponen a presentar mayor gravedad del cuadro	Porcentaje
Determinantes ambientales Tabaquismo en hogar	Condiciones del ambiente que influyen en las IRAB	Porcentaje
Score TAL leve 0 a 4 moderada 5 a 8 grave mas de 8	Es una herramienta clínica utilizada para evaluar el grado de obstrucción Bronquial.	Porcentaje
Internación abreviada	Es un dispositivo de internación de duración corta y baja complejidad, para niños de alto riesgo, en CAPS	Porcentaje
Internación Hospitalaria	Internación que se realiza en el 2do nivel de atención	Porcentaje

Seguimiento respiratorio	Control a las 24.48 hs Control 7 días Alta médica	Porcentaje
Visitas Domiciliarias	Visitas domiciliarias a cargo de Trabajo social, a familias de niños con 2 o más de los siguientes criterios: Menor de 3 meses Desnutrición aguda Tal moderado a grave BOR Controles de Niños/as/es Sanos/as/es Incompletos Vacunas incompletas Mas de 15 días de tratamiento Familias vulnerables	porcentaje

Instrumento de recolección de datos cuantitativos

IRAB 2023

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	Frec cardiaca	Frec respiratoria	Sibilancias	Tiraje	Tal IN	Tal EG
DNI	TEL		<6 meses >6 meses					
DIRECCION			<120	<40	<30	NO	NO	0
1er episodio			120-140	40-55	30-45	Fin espiracion	Leve intercostal	1
recurrente			140-160	55-70	45-60	Inspirac- espir	Tiraje generalizado	2
Internacion abreviada			>160	>70	>60	Sin estetoscopio	Tiraje y aleteo nasal	3
Internacion hospitalaria								
CNS Incompleto								
Vacunas Incompletas								
LM								
Falta de percepción gravedad								
Falta de posibilidad de intervenir								
Factores biológicos del niño			puntaje 0-4 leve 5-8 moderado Mas 8 grave					
Prematurez			fiebre sat o2					
Menor de 3 meses			Determinantes ambientales					
Desnutrición			Diagnostico SBO NAC OTRO					
Cardiopatía congénita			BQT BOR					
Displasia broncopulmonar			1er consulta Control 24-48 Control 7 días Alta medica					
Requerimientos de oxigenoterapia								
Antec familiares de enf respiratoria								
Inmunodeficiencias								

Requiere visita domiciliaria SI O NO. (2 O MAS CRITERIOS. VULNERAB, MENOR 3 MESES, DAG, TAL MOD O GRAVE, BOR, CNS INCOMPLETAS, VACUNAS INCOMPLETAS MAS DE 15 DIAS DE TRATAMIENTO.)

Instrumento de recolección de datos cualitativos

Cuestionarios auto-administrados a partes intervinientes del equipo de salud

Enfermería

1. ¿Cómo percibieron la organización y dinámica del equipo de salud en la accesibilidad a las consultas de niños/as/es con dificultad respiratoria?
2. Nos podrías contar cómo fue el acompañamiento durante el contexto IRAB, desde el rol de enfermería
3. ¿Cuáles son los aportes que consideran desde el área de enfermería para la atención y acompañamiento a las familias?
4. ¿Cuáles son las determinaciones sociales de la salud que identifican en la atención de las niñas y niños que recurren a las IRAB?
5. ¿Qué reflexión tienen sobre el trabajo en equipo en el contexto IRAB en el CAPS Villa Hudson?

Administración

1. ¿Cómo percibieron la organización y dinámica del equipo de salud en la accesibilidad a las consultas de niños/as/es con dificultad respiratoria?
2. ¿Cuáles son los aportes que consideran desde el área de administración para la atención y acompañamiento a las familias?
3. ¿Qué reflexión tienen sobre el trabajo en equipo en el contexto IRAB en el CAPS Villa Hudson?

Entrevistas semiestructuradas realizadas en visitas domiciliaria

CAPS VILLA HUDSON

GUIA DE ENTREVISTA

ADULTO RESPONSABLE (TITULAR)

Nombre y Apellido	CUIL	EDAD	Dirección	Teléfono

NIÑO (con diagnóstico de IRAB)

Nombre y Apellido	CUIL	EDAD	Dirección	Teléfono

GRUPO CONVIVIENTE

	Nombre y Apellido	Edad	Parentesco	Escolaridad	Enfermedades de Base
Titular					
1					
2					
3					
4					
5					

☐ Situación del niño

- ¿Es la primera vez que el bebé sufre de episodios de infección respiratoria?
¿Cómo está? ¿Cómo va con el tratamiento? ¿Conocías las pautas de alarma de esta infección?
- ¿Cuál es la base de alimentación del niño?
- ¿Con quién duerme el bebé?

☐ Condiciones Habitacionales

- ¿Es casa propia?
- ¿Es una casa alquilada?
- ¿Cuántos ambientes y habitaciones tiene la casa?
- ¿Cómo se calefaccionan? ¿Que usan para calentar los ambientes?
- ¿Tienen baño?
- Cuentan con:
Agua corriente:
Agua de pozo:

Otro:

- Cuentan con conexión Eléctrica:
- Utilizan Gas Natural
- Utilizan Gas envasado

☐ Situación Económica

- ¿Trabajan? ¿Qué hacen? ¿Cuentan con planes sociales?
- ¿Participan de algún espacio comunitario del barrio?

☐ Situación familiar

- ¿Cuántos niños hay en la casa?
- ¿Quién se encarga de las tareas de cuidado?
- ¿Están en contacto con otros familiares?
- ¿Hay fumadores en la casa?
- Ante la enfermedad y/o emergencia, ¿a qué lugar recurre?
- ¿Utiliza medicina casera?

GUÍA DE
OBSERVACIÓN
ANEXO

Terreno compartido	
Terreno con una sola vivienda	
Materiales de construcción de la vivienda	
Servicios	
Calle Pavimentada	
Calle sin pavimentar	
Vinculos Intrafamiliares	
Espacio del niño con IRAB	