



TESINA

presentada para acceder al título de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

Título

“Impacto de la información recibida por padres o tutores de niños de 0 a 5 años con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) en el Centro de Salud Dr. Roque Coulin.”

Autores:

Manzano, Micaela Belén IUGR 3023

Tourn, María José IUGR 3631

Directora:

Lic. Anghilante, Virginia Soledad

Fecha de Presentación:

08/08/2018

I. INDICE

I. INDICE	1
II. RESUMEN	2
III. INTRODUCCIÓN	3
IV. OBJETIVOS	6
A. GENERAL:	6
B. ESPECÍFICOS:	6
V. JUSTIFICACIÓN	7
VI. MARCO TEÓRICO	8
A. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO ESTRATEGIA MUNDIAL	8
B. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ARGENTINA	10
C. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA CIUDAD DE ROSARIO	11
D. EDUCACIÓN PARA LA SALUD	12
E. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO	15
VII. MATERIALES Y MÉTODOS	20
VIII. RESULTADOS	23
A. RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	23
B. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS	39
IX. DISCUSIÓN	50
X. CONCLUSIÓN	54
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
XII. ANEXOS	58

II. RESUMEN

Introducción: La salud entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, es un derecho humano fundamental e implica la responsabilidad y el compromiso de la sociedad.¹ Para aportar al bienestar social, es muy importante que los individuos conozcan sobre su salud, su enfermedad y sus derechos para poder llevar a cabo tanto los tratamientos de las mismas como los cuidados de salud.² Es tan significativo que a los individuos que asisten a los CAPS se le transmita la información respecto a su salud de manera correcta como que los mismos sepan interpretar las recomendaciones, cuidados y advertencias que los profesionales les brindan. El **objetivo** de este estudio fue realizar un trabajo de campo en el Centro de Salud Dr. Roque Coulin para analizar la información que reciben los padres o tutores de niños de 0 a 5 años sobre las patologías respiratorias y cómo los mismos la utilizan. **Metodología:** se realizó en una primera fase una revisión bibliográfica sobre educación en salud en enfermedades respiratorias y en una segunda fase un “trabajo de campo no experimental” descriptivo, observacional, prospectivo y transversal a través de la realización de encuestas diseñadas por las autoras. Se incluyeron como muestra 19 personas que concurrieron al centro de salud “Dr. Roque Coulin” con niños de 0 a 5 años con insuficiencia respiratoria aguda. **Conclusiones:** A partir de los resultados obtenidos con este trabajo de campo mediante las encuestas realizadas, se puede concluir que el nivel de conocimiento sobre patologías respiratorias que poseen los padres o tutores que llevan al niño a la consulta pediátrica además de ser escaso en la mayoría de las oportunidades, es puramente orientado a un modelo biologicista. Además, sería acertado extender este trabajo hacia los cinco distritos restantes (Sur-Norte-Sudoeste-Este-Oeste) para lograr una comparación más profunda y abarcativa, para que la información sea completa y de mayor utilidad.

III. INTRODUCCIÓN

La salud entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, es un derecho humano fundamental e implica la responsabilidad y el compromiso de la sociedad. Partiendo de este concepto, la Atención Primaria de Salud (APS) fue definida en el año 1978 como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.¹

En este sentido, para aportar al bienestar social, es muy importante que los individuos conozcan sobre su salud, su enfermedad y sus derechos para poder llevar a cabo tanto los tratamientos de las mismas como los cuidados de salud. La calidad de estos tres puntos es relevante como información a la hora de que el individuo le dé a su vida el valor que ésta merece.²

Para poder hacer propio el cuidado de salud, es necesario que el individuo sepa de qué manera eludir una enfermedad o sus secuelas y de aquí, surge la prevención. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Se define como prevención primaria aquella que está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia, la prevención secundaria y terciaria son las que tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta a la promoción de la salud. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. Dicho esto, es importante remarcar que el equipo de salud juega un rol determinante en hacer llegar información de calidad a la comunidad, ya que se encuentra en contacto directo con la misma, pudiendo influir en la decisión del individuo respecto a su salud. Se entiende como calidad de información a la forma en que ésta es transmitida por el emisor, comprendida por el receptor y bien enunciada por el transmisor.²

En este marco, los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de Rosario reciben frecuentemente cuadros respiratorios pediátricos. Se observa que la mayoría de las veces esta atención constituye el primer contacto con estos niños enfermos y con sus padres, basándose en el concepto de descentralización. Los hospitales delegan tareas a CAPS en los diferentes barrios de la ciudad de Rosario, para que la atención sea más personalizada y no se requiera que las personas salgan del barrio para poder atender sus problemas de salud.

En Argentina, la principal causa de consulta e internación es la enfermedad respiratoria en todas las edades. En este trabajo, se pretende abarcar a las que afectan únicamente a niños de 0 a 5 años, ya que las mismas constituyen uno de los problemas de salud pública más importante para esta población infantil y están dentro de las primeras 5 causas de mortalidad. Los diagnósticos principales son: Neumonía, Bronquitis y Bronquiolitis.³

Las infecciones respiratorias agudas se definen como aquellas infecciones del aparato respiratorio, causadas tanto por virus como por bacterias, que tienen una evolución menor a 15 días y que se manifiestan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea y obstrucción respiratoria, acompañados o no de fiebre.³

La neumonía es la inflamación del parénquima pulmonar. La mayoría de los casos se producen por microorganismos y existen varias causas no infecciosas como aspiración de alimentos, ácidos gástricos, etc. Ésta es una causa importante de mortalidad infantil a nivel mundial. Entre el 44 a 85% de los niños con neumonía adquirida en la comunidad se encuentran virus o bacterias, y entre el 25 a 40% existe más de un patógeno. La combinación de patógenos más frecuente es *Streptococcus Pneumoniae* (neumococo) con Virus Sincitial Respiratorio (VSR). Los virus son la principal causa de infección respiratoria baja en los lactantes y en los niños menores de 5 años. La edad, la estación del año y el estado de salud del niño permiten acotar las posibles causas. El pico de edad de la neumonía viral es de los 2 a 3 años, y va disminuyendo de forma lenta.⁴

La bronquitis aguda está precedida por una infección alta de tipo viral. Es más frecuente en invierno, momento en el que se producen la mayoría de las infecciones respiratorias virales. Aparecen síntomas constitucionales, como fiebre y malestar. El epitelio traqueobronquial puede sufrir un daño e hipersensibilización importantes, que originan tos prolongada de 1 a 3 semanas de duración. Suele presentar inicialmente síntomas inespecíficos como rinitis, 3 a 4 días después aparece tos frecuente, cortante y seca, que puede ser productiva o no. Pasados unos días, el esputo puede volverse purulento, no indica necesariamente infección bacteriana (puede haber vómitos si el

niño deglute los mocos). El moco se va haciendo menos espeso en forma gradual en 5 a 10 días, al tiempo que desaparece la tos. El episodio dura unas 2 semanas y no suele durar más de 3.⁵

La bronquiolitis aguda es una enfermedad frecuente de la vía respiratoria baja y se debe a la obstrucción de origen inflamatorio de las vías de menor calibre. Casi todos los niños se han infectado alguna vez antes de cumplir los dos años, pero la enfermedad es más grave en los lactantes de 1 a 3 meses. La bronquiolitis es estacional y experimenta un incremento de actividad en el invierno y a principio de la primavera. El virus sincitial respiratorio (VSR) causa más del 50% de los casos. Es más frecuente en varones, en los niños que no han recibido lactancia materna y en los que viven con muchas personas. Los miembros mayores de la familia suelen ser la fuente de infección, aunque sólo desarrollan síntomas respiratorios leves.⁵

La mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurren antes del año de vida, especialmente entre los dos y tres meses. El 20% de la mortalidad infantil en algunas regiones de nuestro país se da en los domicilios y de éste, un alto porcentaje es atribuible a infecciones respiratorias bajas. El 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años, padecen un episodio de Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), en el transcurso de un año, dentro de los cuales se encuentran el síndrome bronquial obstructivo y las neumonías.²

Si bien una alta proporción de estos cuadros son infecciones auto-limitadas de origen viral, el equipo de salud debe prestar especial atención a todos aquellos pacientes con factores de riesgo asociados, que podrían ocasionar una mala evolución del cuadro, incluyendo casos de muertes potencialmente evitables.³

La adecuada evaluación y valoración de los signos de infección respiratoria aguda es clave para evitar la inadecuada y excesiva prescripción de antibióticos, que es uno de los principales factores del incremento de la resistencia bacteriana.³

En fin, vale remarcar que es tan importante que a los individuos que asisten a los CAPS se le transmita la información respecto a su salud de manera correcta como que los mismos sepan interpretar las recomendaciones, cuidados y advertencias que los profesionales les brindan.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Realizar un trabajo de campo en el Centro de Salud Dr. Roque Coulin para analizar la información que reciben los padres o tutores de niños de 0 a 5 años sobre las patologías respiratorias y cómo los mismos la utilizan.

B. ESPECÍFICOS:

- Describir información sobre el nivel de conocimiento de patologías respiratorias que posee el padre/madre o tutor que lleva al niño a la consulta pediátrica.
- Indagar a través de la encuesta, si el padre/madre o tutor conoce sobre el trabajo que realiza el equipo de salud para la mejoría del niño con patología respiratoria aguda.
- Analizar a través de los resultados obtenidos cómo se puede influir para mejorar el flujo de información que reciben los padres sobre las patologías respiratorias y sobre los cuidados que deben aplicarse sobre las mismas.

V. JUSTIFICACIÓN

Los centros de atención primaria son el primer contacto que tiene la mayoría de la gente que vive en los distintos barrios de la ciudad con la atención sanitaria, y para muchos el único. Por eso es que este trabajo se enfoca en uno de los centros de salud del noroeste de nuestra ciudad. Es importante que el grupo de trabajo en los mismos esté formado por la mayor cantidad de profesionales posible, entre ellos los profesionales de la kinesiología, y que los mismos estén capacitados para transmitir una información que pueda ser comprendida por el paciente o por el adulto responsable en caso de que el paciente sea un niño.

La educación para la salud es uno de los sectores en los que menos recursos se invierten. Esta situación puede estar provocada por la pasividad de la población, acostumbrada a delegar en los profesionales el cuidado de su salud.⁶ Considerando esto y que la prevención tiene que ver con las teorías de causalidad de la enfermedad en cualquier modelo médico social, se intentará fomentar la efectividad en las campañas de información y en el manejo de la misma como profesional, para poder darle un uso optimizado, si es necesario, cambiando la manera de informar.

Este trabajo se enfoca, principalmente, en la educación para la salud que aborda entre otras cuestiones la información que manipulan las madres/padres/tutores que concurren al centro de salud en busca de asistencia pediátrica y o kinésica respecto de la salud de sus niños, las recomendaciones que reciben, la motivación y habilidades necesarias para aplicar las mismas, si conocen o no qué es lo que se está administrando al paciente, además si reconocen o no como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades respiratorias el hacinamiento, la polución ambiental, el tabaquismo, etc. que engloba las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud.²

VI. MARCO TEÓRICO

A. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO ESTRATEGIA MUNDIAL

La salud es entendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano fundamental e implica la responsabilidad y el compromiso de la sociedad. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.⁷

Según la declaración de “Alma-Ata” llevada a cabo en el año 1978, debía alcanzarse en el año 2000 salud para todos, la misma propone llegar a los pueblos del mundo para que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, siendo la Atención Primaria de Salud (APS) la herramienta clave que se propuso para alcanzar este objetivo.¹

Partiendo de este concepto, la APS fue definida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la misma y el país puedan soportar. Por este motivo, el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud.¹

La APS se basa en la inequidad que surge del análisis de las diferencias en los estados de salud de las poblaciones. Basta mencionar algunas definiciones como, por ejemplo: el sistema de salud es un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social, toda población debe estar cubierta con servicios básicos de salud, reafirmación del principio de equidad, accesibilidad económica, cultural y geográfica y del rol fundamental de la comunidad. La finalidad de la misma es aportar cobertura en asistencia sanitaria fundamental a la totalidad de la población. La cobertura de la población se ha expresado con frecuencia como la proporción que existe entre los servicios de asistencia sanitaria y el número de habitantes que han de ser atendidos. Así se habla, por ejemplo, del número de camas de hospital por número de habitantes, del número de médicos y enfermeras por volumen de población o del número de posibles beneficiarios de los servicios de un centro de salud. Todas esas proporciones son, con frecuencia, engañosas. Aun así, las mismas expresan únicamente la existencia o la disponibilidad de los servicios y no muestran, en absoluto, la medida en

que han sido utilizados ni, muchos menos, si la utilización ha sido adecuada. El aprovechamiento de los servicios depende de que sean debidamente accesibles.¹

La accesibilidad supone el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional. La asistencia ha de ser apropiada y suficiente, tanto en contenido como en cantidad, para responder a las necesidades fundamentales de salud de la población y se ha de prestar mediante procedimientos que la población acepte. Contrariamente, es frecuente que los miembros de la familia presten la mayor parte de la asistencia de salud. En casi todas las sociedades las mujeres desempeñan un rol fundamental en el fomento de la salud, sobre todo por la posición central que ocupan en la familia, lo cual indica que pueden generar una importante contribución a la APS, en especial para aplicar las medidas preventivas.¹

En la década de 1980 y dentro de los cambios ocurridos en la mayoría de los países con avances positivos hacia democracias participativas, se desarrollaron políticas de salud orientadas a apoyar y responder a las necesidades de la población y la equidad en salud. En todas ellas se mencionan, como fundamento, los limitados logros alcanzados en la distribución de la salud a toda la población. Siguiendo con estos conceptos, en el año 1986 en la Carta de Ottawa fue definida la promoción de la salud, la misma constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Es el proceso que les permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud y, en consecuencia, mejorarlo. Por lo tanto, las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. La alfabetización/aprendizaje sanitario fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el empoderamiento de las personas y las comunidades.^{3,7}

Tanto en la Carta de Ottawa como en la Declaración de Santa Fe de Bogotá (Organización Panamericana de Salud-OPS, 1992) se hace énfasis en los prerrequisitos para la salud, ellos son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el trabajo, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Se afirma además que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de vida. Para ello se destaca la necesidad de definir políticas públicas saludables, es decir, decisiones gubernamentales que tiendan a impulsar la cultura de la salud, la creación de ambientes saludables, el refuerzo de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes

personales y la reorientación de los servicios de salud hacia la accesibilidad y la equidad.^{3,7}

Siguiendo con estos conceptos, la prevención de la enfermedad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir su aparición, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida; es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos riesgosos. La misma abarca tres divisiones, la prevención primaria es aquella que está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia, la prevención secundaria y terciaria son las que tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta a la promoción de la salud.³

B. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ARGENTINA

En nuestro país, el sistema de salud está dividido en tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado.⁸ Al mismo tiempo el Sistema de Salud Público se divide en niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto, está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios

relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen⁹.

C. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA CIUDAD DE ROSARIO

El sistema de Salud Pública de la ciudad de Rosario, se encuentra organizado con base en la atención primaria de salud, distribuidos por todo el territorio urbano. Estos efectores se articulan entre sí y con redes de soporte como las de laboratorios, hemoterapia, emergencias, rehabilitación, medicamentos, entre otros. En todos los casos, se trata de servicios gratuitos. Cabe destacar que la Red de Servicios de Salud está constituida por tres niveles de atención:

- Un primer nivel, orientado a la atención primaria de la salud, y conformado por 52 Centros de Salud, distribuidos en el territorio de Rosario (en los seis distritos en que se organiza la ciudad administrativamente y en términos de gestión).
- Un segundo nivel, de mediana complejidad, compuesto por el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) y un conjunto de hospitales generales, en su mayoría polivalentes (Hospital Alberdi, Hospital Carrasco, Hospital Roque Sáenz Peña, Policlínico San Martín), y algunos con pertenencia específica, como la Maternidad Martín y el Hospital de Niños Zona Norte.
- El Tercer nivel, de alta complejidad, está constituido por el Hospital Dr. Clemente Álvarez y el Hospital de Niños Víctor J. Vilela.¹⁰

Los Centros de Salud son el primer contacto entre las personas y el sistema de salud público en los cuales se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria. Sus servicios están adecuados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular. Es en este nivel de atención, en el cual se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La atención médica que se brinda en la mayoría de ellos, de acuerdo a cada Centro en particular, comprende medicina generalista y clínica, pediatría, odontología, tocoginecología, psicología, enfermería, entre otras.¹⁰

Esta variación en la oferta de los servicios se debe a que los Centros de Salud se encuentran localizados en el interior de los seis distritos de la ciudad llegando a 5 diferentes grupos poblacionales los cuales poseen distintas realidades socioeconómicas. Esta idea de brindar un servicio acorde a las necesidades de la comunidad, impactan en la división y organización del trabajo dentro de cada uno de los centros. Estos no han sido preestablecidos o estandarizados desde el Sistema de APS en forma homogénea, sino que ha quedado a criterio de los equipos territoriales con la finalidad de que puedan encontrar el método que mejor se adapte a sus comunidades.¹⁰

En este contexto, el Ministerio de Salud es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional, comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación.¹¹

La incorporación de la Rehabilitación como componente esencial de la atención integral en salud e integrar sus acciones a todos los niveles del sistema, ha sido un objetivo relevante en los planes de los administradores rehabilitadores en Salud Pública.¹²

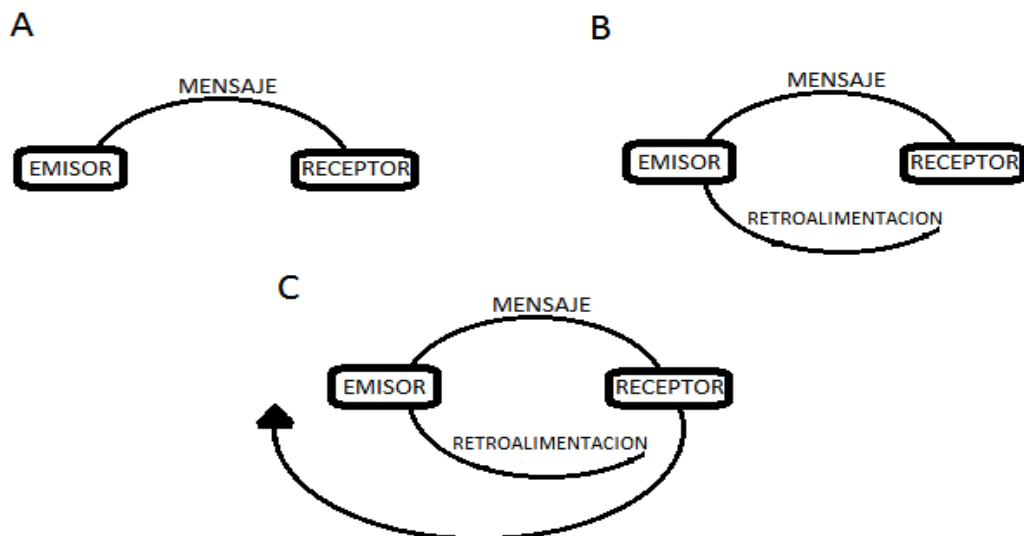
De esta manera no se concibe la atención integral de la salud sin la existencia de la Rehabilitación, debiendo ser contemplada como componente esencial de la Salud Pública y siendo relevante para el logro de la equidad en salud. La concepción de la Rehabilitación dentro de la Salud Pública, no es vista como la última fase de la atención en salud, encargada del manejo de deficiencias y discapacidades ya instaladas, sino que su filosofía y concepción básica está sustentada en la prevención, desde donde es vista como la acción de salud que, conjugada al resto de las acciones, para prevención y control de los diferentes daños, evita la discapacidad que altera la calidad de vida de los individuos sujetos a riesgo, acorde con su desempeño individual y colectivo.¹²

D. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación es un proceso de comunicaciones sucesivas con unos propósitos previamente definidos cuya finalidad es un cambio de comportamiento. Se trata de un proceso en espiral (Fig. 1)

Por lo tanto, si el mensaje sólo va del emisor al receptor sin retroalimentación, es decir, sin que toda la información relevante que el receptor de un mensaje sea

devuelto a su emisor con la finalidad de transmitirle que se cumplió la intención comunicativa e influir en el comportamiento comunicativo posterior del emisor del mensaje, estamos solamente ante un proceso de información. En cambio, si produce un mecanismo tipo espiral, con todos estos componentes funcionando de manera adecuado estamos ante un proceso educativo.⁶



A: Elementos de los procesos de información, B: comunicación y C: educación

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La misma incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos riesgosos, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.²

De la misma manera, la educación para la salud debe dotar al hombre autónomo de los conocimientos y herramientas suficientes para que sepa y pueda cuidar de sí misma y de los que le rodean. Para que esto pueda ser cubierto es necesario actuar en tres niveles:

- *Nivel institucional:* concientizar a las instancias gubernamentales y administrativas para que adopten políticas saludables en los distintos sectores de la actividad pública.
- *Nivel ambiental:* crear entornos favorables a la salud, reforzando la acción comunitaria, para que la población tome parte activa en la construcción y defensa de su medio, potenciando valores y estilos de vida positivos para la salud.
- *Nivel personal:* lograr que cada persona individualmente sea capaz de ir adoptando un estilo de vida más saludable y desarrollar la capacidad de autocuidarse.⁶

En relación con los servicios de salud y siendo que está probado que resulta mucho más fácil y económico prevenir la enfermedad promoviendo la salud que tratar las enfermedades, se dispondría de más recursos para mejorar la atención de aquellas enfermedades no prevenibles. Partiendo del principio de que debe ser interdisciplinario, se debe identificar cuáles son los actores y cuál es su papel en la promoción de la salud. Pero sobre todo cuál es la actividad más importante o la que puede causar más impacto, para invertir en ella.¹³

En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la abogacía por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término promoción de la salud.² Si se acepta la teoría de que la educación es la mejor forma de mejorar la conducta de los individuos y por ende la salud en general de la población, lo que sigue es identificar la forma de transmitir la información de tal manera que sea oportuna y efectiva.¹³

Estudios de la OPS señalan que los problemas fundamentales de la Atención Primaria derivan de una elevada proporción de médicos especialistas versus generales-familiares y de una formación médica con énfasis biologicista, centrada en hospitales, ausencia de enfoque de promoción-prevención desde el inicio de la formación, carencia de formación integral desde perspectivas humanistas y falta de compromiso con la salud de la población lo que conduce a escasos conocimientos y habilidades para el manejo de la APS.¹⁴

Dado lo anterior, OPS propone una formación más humanística, basada en la comunidad, con orientación generalista, con contenidos de salud pública, salud familiar-comunitaria, enfoque en APS y solicita a los países miembros a implementar

reformas en la educación médica que respalden sistemas de salud basados en la misma.¹⁴

Siguiendo con la construcción de estos conceptos, encontramos la alfabetización para la salud, ésta supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permitan adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. Una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud.²

El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para poder enfrentar sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen.²

Ampliando el concepto de promoción de la salud, la misma abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. En este sentido, la promoción de la salud va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen, alcanzando así el empoderamiento de la salud.²

E. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL NIÑO

En la actualidad, la educación para la salud es reconocida como una de las estrategias básicas en la que se debe sustentar el cambio en los sistemas sanitarios para poder alcanzar la “salud para todos”. No existe programa o proyecto sanitario dirigido a la población, donde la educación para la salud no tenga su espacio. Técnicos y políticos aluden a ella en sus trabajos y discursos. Y la población, cada vez más, empieza a considerarla como una necesidad y un derecho.⁶

Modificar las condiciones del medio para hacerlo más favorable a la salud, promover estilos de vida saludables, mejorar las condiciones personales, tanto biológicas como psicológicas y reorientar los servicios sanitarios hacia una atención integral, constituyen las grandes finalidades y áreas de trabajo de la promoción de salud. Para llevar a cabo estos objetivos la educación para la salud puede y debe representar un importante papel.⁶

Junto a otras enfermedades respiratorias de origen infeccioso como la otitis, la faringitis y la bronquitis, se engloban en el grupo de infecciones respiratorias agudas (IRA) que representan la primera causa de consulta a los servicios de salud las siguientes enfermedades: Neumonía, Influenza, Bronquitis y Bronquiolitis.² Esto puede darse, entre otras cosas, por la falta de educación integral y no sólo biologicista sobre las mismas. Es decir, falta de educación para la salud que abarque no sólo el ámbito medicamentoso si no también cuidados domésticos que tengan que ver con la manera de vestir al niño, de higienizarlo e higienizarse, de alimentarlo, de cuidar el entorno en el que vive tanto del hogar como del jardín al que asiste.

Las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la neumonía, son unas de las principales causas de muerte en el mundo, particularmente en los países con ingresos medios a bajos, con más de 4 millones de óbitos al año. Son la principal causa de muerte en niños menores de 5 años de edad fuera del período neonatal. En el año 2015, 920.136 niños menores de 5 años fallecieron a causa de la neumonía, representando de esta manera el 15% en este grupo de etario. También es la segunda causa principal de pérdida de años de vida debido a la mortalidad prematura y una de las razones más frecuentes de hospitalización. Los factores de riesgo para la neumonía incluyen extremos de la vida (edad temprana y ancianos), condiciones de hacinamiento, malnutrición, infección por el VIH, falta de lactancia materna, falta de inmunización, condiciones de salud crónicas y exposición al humo del tabaco o contaminación del aire en interiores. El *streptococcus pneumoniae* sigue siendo la causa bacteriana más frecuente de neumonía y causa también de defunción de 393.000 niños menores de 5 años en 2015.⁷

La infección por VIH aumenta el riesgo de neumonía causada por este organismo veinte veces, aunque la incidencia de enfermedad grave ha disminuido con una mejor inmunización y el uso de la terapia antirretroviral. La neumonía también puede conducir a enfermedades respiratorias crónicas, como las bronquiectasias.⁷

Las infecciones respiratorias virales pueden ocurrir en epidemias y propagarse rápidamente dentro de las comunidades de todo el mundo. Cada año, la gripe provoca infecciones del tracto respiratorio en el 5 al 15% de la población. El virus respiratorio Sincitial (VSR) es la causa más frecuente de infección respiratoria aguda en los niños,

causando casi 34 millones de episodios anuales. Más del 90% de las muertes por infección respiratoria por VRS en niños se producen en países de ingresos bajos y medios. Los virus que afectan al pulmón se propagan rápidamente debido a la facilidad de transmisión, como se ha visto en pandemias de gripe pasadas.⁷

La enfermedad respiratoria de la niñez puede ser prevenida o mejorada tomando varias medidas como por ejemplo mejorar la nutrición de la infancia, promover la lactancia materna, asegurar una inmunización completa, mejorar las condiciones de vida para evitar el hacinamiento, evitar la exposición al humo del tabaco desde su concepción hasta la infancia, reducir la contaminación del aire en interiores, tratar o prevenir la infección del VIH, administrar antibióticos profilácticos en niños inmunosuprimidos y prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo.⁷ Cada uno de estos ítems, puede y debe incluirse dentro la prevención con educación para la salud.

Según el boletín integrado de vigilancia formado por diferentes grupos de trabajo comprometidos con la vigilancia enmarcada en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, hasta la semana (SE) 12 del 2018 se registraron 102.113 casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), con una incidencia acumulada de 229,5 casos cada 100 mil habitantes, un 36% menor a la incidencia acumulada hasta la misma SE de los últimos 6 años. En cuanto a Neumonía, hasta la SE12 del 2018, se registraron 17.533 casos con una tasa de 39,4 casos por 100 mil hab., un 38% menor a la incidencia acumulada hasta la misma SE de los últimos 6 años. En cuanto a la Bronquiolitis en menores de dos años, hasta la SE12 del 2018, se registraron 18.881 casos, con una tasa de 1267,5 casos por 100.000 hab. un 40% menor a la incidencia acumulada hasta la misma SE.¹⁴

La información provista por la vigilancia clínica, reveló que en las primeras 13 SE del 2018 se notificaron 20.390 casos de neumonía lo que representó una tasa acumulada para el total país de 45,8 casos por 100.000 hab. Esta tasa resulta un 35% menor a la registrada en la misma SE del período 2012/2017 y 28% menor a la registrada en el mismo período del año 2017. Hasta la SE16 de 2018, la curva de casos de neumonía transitó por la zona de éxito.¹⁴

Los casos notificados de bronquiolitis hasta la SE13 del 2018 fueron 22.677 con una tasa acumulada total país de 1522,3 casos cada 100 mil menores de 2 años. Esta tasa fue un 36% menor a la registrada para el mismo período de los años 2012/2017 y un 20% menor a la correspondiente al período 2017. La curva de notificaciones de bronquiolitis en niños menores de 2 años transitó en la zona de éxito durante las primeras 16 SE del año, como así también las estimaciones de los casos realizadas a partir de la SE11. Por lo tanto, puede decirse que, para el corriente año la

incidencia acumulada para todas estas enfermedades ha presentado una mejoría respecto de años anteriores.¹⁴

La vacunación es uno de los mayores logros de la salud pública moderna, sin embargo, muchos niños no están inmunizados contra las infecciones prevenibles, especialmente en los países de bajos ingresos. Los países con las tasas de inmunización más bajas representan más de dos tercios de la carga de la enfermedad prevenible por vacunación y tienen la mayor mortalidad infantil.⁷

El éxito de la prevención o el tratamiento de muchas infecciones respiratorias dependen de la calidad del sistema de salud. La mayoría de las infecciones bacterianas son tratables con antibióticos y la mayoría de las infecciones virales son autolimitadas. Sin embargo, millones de personas todavía mueren de neumonía. El fracaso en evitar estas muertes a menudo se debe a la falta de acceso a la asistencia sanitaria y a intervenciones preventivas eficaces, incluida la inmunización. Las vacunas son esenciales para el control y la eliminación de muchas de estas enfermedades infantiles. Las comorbilidades, como la infección por el VIH y la desnutrición, la falta de conciencia y educación pueden conducir a una enfermedad avanzada antes de que las personas afectadas busquen atención médica. La presentación tardía a los servicios de salud conduce a un mayor fracaso del tratamiento. La manera más eficaz de manejar estas enfermedades es mediante el tratamiento estandarizado de los casos.⁷

En el caso de la neumonía infantil, la OMS ha elaborado un enfoque estándar para el diagnóstico y el tratamiento en el programa de Manejo Integrado de las Enfermedades de la Infancia. La piedra angular de la gestión de la neumonía es el diagnóstico y el uso adecuados de los antibióticos. El oxígeno suplementario es esencial para el tratamiento eficaz de la neumonía grave, aunque su suministro no está disponible en muchos países de bajos ingresos. El aumento de la disponibilidad de sistemas de suministro de oxígeno en estas áreas debe ser una prioridad global.¹⁵

El diagnóstico temprano es esencial, lo que incluye la necesidad de una mayor conciencia en la comunidad. Se necesitan mejores pruebas diagnósticas, incluyendo mejores procedimientos de muestreo y mejores métodos para la detección rápida de agentes infecciosos. El uso indebido de antibióticos conduce a la aparición y selección de bacterias resistentes. Un uso más inteligente de los antibióticos puede disminuir el enorme problema de la resistencia a los fármacos antimicrobianos.¹⁶

Las áreas estratégicas de intervención incluyen: 1) el uso prudente de antibióticos disponibles, dándoles sólo cuando son necesarios, con el diagnóstico correcto y en la dosis, intervalos de dosis y duración correctas; 2) precauciones higiénicas para controlar la transmisión de cepas resistentes entre personas, incluida

la higiene de las manos, la identificación de portadores de cepas resistentes y el aislamiento de pacientes positivos; y 3) la investigación y el desarrollo de antibióticos eficaces con nuevos mecanismos de acción.¹⁶

En la Argentina, la mortalidad por enfermedades respiratorias 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. La tasa de mortalidad infantil se ha mantenido estable desde 1994, con un leve descenso en el 1999 y cambia desfavorablemente en el año 2003. La misma tendencia se observa en la tasa de mortalidad infantil específica para las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB), debido a la epidemia de bronquiolitis que afectó ese año a varias provincias de nuestro país.¹⁶

La importancia epidemiológica y sanitaria de las enfermedades respiratorias bajas en los niños exige que el sistema de Salud Pública encuentre las mejores estrategias para resolver este problema.¹⁶

VII. MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo en una primera fase, una revisión de la bibliografía actual sobre la educación en salud en enfermedades respiratorias, utilizando como fuente de consulta al Ministerio de Salud de la Nación, a la Organización Mundial de la Salud, a la Biblioteca Central del Instituto Universitario del Gran Rosario, y las bases de datos Medline, SciELO, Bireme. Las palabras clave fueron:

MESH (inglés)	DECs (español)
"Health Education" [MeSH Terms]	Educación en salud
"Public Health" [MeSH Terms]	Salud Pública
"Respiratory Tract Diseases" [MeSH Terms]	Enfermedades Respiratorias
"Child" [MeSH Terms]	Niño
"Child, preschool" [MeSH Terms]	Infante
"Preventive health services" [MeSH Terms]	Servicios preventivos de salud
"Primary Prevention" [MeSH Terms]	Prevención primaria
"Secondary Prevention" [MeSH Terms]	Prevención secundaria
"Tertiary Prevention" [MeSH Terms]	Prevención terciaria

Se realizaron las siguientes combinaciones de términos: 1 y 2, 3 y 4, 3 y 5, 1 y 3, 6-7-8 y 9, 6 y 1.

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: texto completo disponible, que los estudios sean en humanos de ambos sexos, en idioma inglés, portugués o español, y que incluya a recién nacidos (hasta 23 meses), infantes (1 a 3 meses) y preescolares (2 a 5 años)

Para el presente trabajo se realizó en una segunda fase un "trabajo de campo no experimental" descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

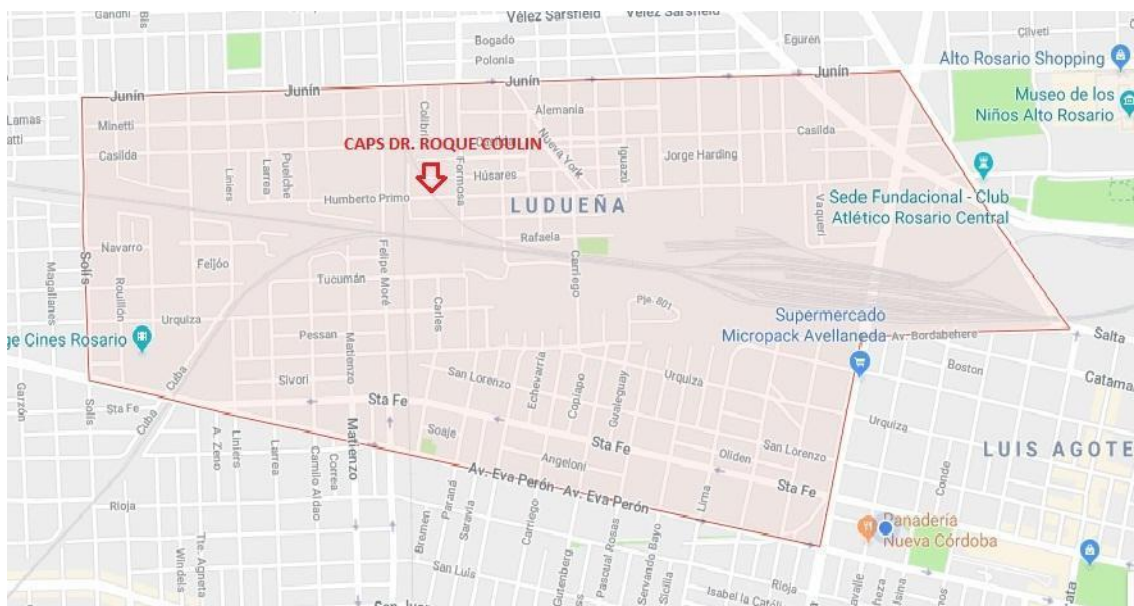
El **método de investigación Cualitativo** fue el elegido para llevar a cabo este proyecto ya que tiene como centro de estudio a la información recibida por padres o tutores de niños de 0 a 5 años con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA).

El trabajo de campo fue realizado en 1 CAPS del Distrito Noroeste de la Ciudad de Rosario, que cuenta con Servicio de Kinesiología y Servicio de Pediatría dentro de sus Instalaciones. El mismo se encuentra en el barrio Ludueña, los límites de atención que

abarca está circunscripto por las siguientes calles: al norte Junín, al este Av. Alberdi, Av. Bordabehere y Bv. Avellaneda, al sur Av. Eva Perón y al oeste la calle Solís.

“Centro de salud Dr. Roque Coulin”

- Dirección: Humberto primero 2033



Consideraciones éticas

Antes de comenzar con el trabajo de campo no experimental se elevó una Nota de permiso a la Sra. Directora del Centro de Salud Dra. Valeria Guevara, ver apartado ANEXO N° 1.

Se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes. Todos firmaron un consentimiento informado específico para este estudio antes de su participación, ver apartado ANEXO N° 2.

En respuesta al objetivo general de este trabajo se realizaron encuestas a los cuidadores que llevaron niños entre 0-5 años a la consulta pediátrica por enfermedad respiratoria, utilizando un cuestionario que constó de 19 ítems, que se reproduce en el Apartado ANEXO N° 3, agrupados según las siguientes dimensiones: la primera abarca características generales del encuestado, en el cual se incluyeron datos como la edad y el nivel de escolaridad de padres o tutores; la segunda dimensión comprende condiciones de la vivienda, entre ellas cantidad de habitantes, descripción del hogar, tabaquismo y animales dentro y fuera del mismo, forma de calefaccionar y de descartar la basura, etc, que fueron considerados como probables factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades respiratorias; y una última dimensión que engloba datos sobre la salud del niño, diagnóstico realizado por el médico pediatra, recomendaciones, medicamentos empleados, etc.

Las encuestas fueron completadas por las autoras en la entrevista con los padres o tutores. Las mismas sirvieron como guía para llegar a las conclusiones. Se llevaron a cabo en la sala de espera del Centro de Salud “Dr. Roque Coulin”, entre las madres/padres o tutores que llevaron a su hijo a la consulta pediátrica. La muestra fue tomada durante el periodo Junio - Julio del 2018, ajustándose a los días que hubo servicio de pediatría en el CAPS, se realizaron un total de 19 encuestas.

Criterios de inclusión: padres o tutores que asistan al CAPS “Dr. Roque Coulin” con niños de 0 a 5 años que cursan con enfermedad respiratoria aguda derivados o no al Servicio de Kinesiología del mismo lugar.

VIII. RESULTADOS

A. RESULTADOS DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Como resultado de la revisión bibliográfica, un total de 52.092 citas de artículos fueron localizados al inicio de la búsqueda. Estos pueden desglosarse de la siguiente manera, en la biblioteca BIREME se localizaron 25.560 y en base de datos se encontraron en PubMed 25.532. Durante la búsqueda se aplicaron como criterios de selección, texto completo disponible, que los estudios sean en humanos de ambos sexos, en idioma inglés, portugués o español, y que incluya a recién nacidos (hasta 23 meses), infantes (1 a 3 meses) y preescolares (2 a 5 años). De los resultados encontrados se excluyeron aquellos que eran duplicados o no cumplían con los criterios de selección, por lo cual se incluyó un total de 9 estudios que cumplieron con los criterios de selección propuestos para su análisis. De los 9 estudios 1 es una revisión sistemática, 1 estudio de factores de riesgo, 1 estudio de cohorte, 1 estudio prospectivo, 1 encuesta transversal, 2 estudios observacionales, 1 revisión bibliográfica y 1 ensayo clínico controlado.

A continuación, se presenta una tabla de resumen donde se detallan aspectos principales de los trabajos analizados (Tabla nº 1). En la misma, aparecen seis entradas, de las cuales el área “intervención” hace referencia a si en el estudio analizado se realiza alguna encuesta, entrevista o promoción de la salud a través de educación para la salud.

TABLA nº 1. Resumen de las características de los estudios seleccionados.

Autores	Diseño	Población	Intervención	Variables	Resultados/Conclusión
Yuxia Ma et Al ¹⁷ .	Revisión sistemática	Personas que concurren a la sala de emergencia en la ciudad de Lanzhou por enfermedades respiratorias entre 2007 y 2011.	No.	-Medidas meteorológicas -Concentraciones de contaminantes en el aire -Días con tormenta de arena -Días sin tormenta -Visitas a la sala de emergencia	Se encontraron asociaciones significativas entre las concentraciones de contaminación atmosférica al aire libre y las enfermedades respiratorias, según lo expresado por las visitas diarias a emergencias en Lanzhou en la temporada de tormentas de arena en primavera. La asociación entre la contaminación del aire y las visitas a la Sala de Emergencias pareció ser más evidente en los días de polvo que en los días sin polvo.
Nascimento A et Al ¹⁸ .	Estudio de Factores de Riesgo	Niños de 0 a 12 años hospitalizados en: Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Hospital Unimed	No.	-Eventos totales -Incidencia (eventos/día) -Naturaleza del evento -Sexo -Edad de los grupos (años) -Concentración de partículas	Se identificó una asociación positiva entre la atención ambulatoria y las hospitalizaciones de niños menores de 12 años debido a enfermedades respiratorias agudas y la concentración de partículas finas en la atmósfera.

		Vitória y Hospital Santa Rita de Cássia.		finas -Temperatura humedad relativa	
Hernández Flórez L et Al ¹⁹ .	Estudio de cohorte	9 jardines infantiles públicos de Puente Aranda, Kennedy y Fontibón de Bogotá, 5 jardines (315 niños) ubicados en zonas de mayor exposición a material particulado (MP), y 4 (304 niños) en zonas de menor exposición.	Encuesta inicial de caracterización de los niños utilizando el instrumento aplicado inicialmente en el estudio "Asthma and Persistent Wheeze in the Harvard Six Cities"	-concentración de material particulado en jardines infantiles según exposición -sibilancias (en el último año/con los resfriados) y tos y expectoración (con frecuencia-al levantarse por la mañana) -síntomas individuales (expectoración, fiebre, etc) -síntomas combinados	Hubo una diferencia de promedios de MP intramuros entre mayor y menor exposición de 85.6 µg/m ³ vs. 61.8 µg/m ³ (p<0,05). 74.3 % de los niños presentaron sibilancias en el último año, con diferencia entre mayor y menor exposición de 79,6 % vs 69,0 % (p<0,05). Sibilancias y expectoración estuvieron asociados a mayor exposición a PM10 (RR 1,39 y 1,30).
Pugmire J et Al ²⁰ .	Estudio Prospectivo	412 sujetos infantiles	Estudio Epidemiológico	-Edad -Sexo	La exposición al tabaquismo de los padres en la infancia

		205 menores de 15 años	o de Tucson de la Enfermedad Obstructiva de las Vías Aéreas	-Años de educación formal de los padres -Síntomas respiratorios en la infancia -Fumador -Síntomas respiratorios en edad adulta	aumenta significativamente el riesgo de síntomas respiratorios persistentes en la vida adulta joven.
Mc Evoy C et Al ²¹ .	Revisión Bibliográfica	-12.743 niños con aumento de la bronquitis y admisiones hospitalarias para las vías respiratorias inferiores enfermedad en niños de madres que fuman. - 6000 niños - 21 niños	No.	-Madre fumadora durante el embarazo -Salud respiratoria del niño luego de que la madre fumó durante el embarazo -Prueba de función pulmonar en la niñez -Factores genéticos y epigenéticos -Riesgo del uso del cigarrillo durante el embarazo	Dado que la exposición al humo (nicotina) en el útero puede impedir que el individuo alcance su máximo crecimiento pulmonar, se muestran más predispuestos al envejecimiento pulmonar prematuro y al desarrollo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Wang R et Al. ²² .	Encuesta Transversal	972 (M 50.9% H 49.1%) cuidadores en Shanghai, China relacionado con la calidad del aire, la mitad del Shanghai Children Hospital y el otro la mitad de las comunidades de Jiading.	Encuesta transversal dirigida a investigar KAP (Conocimiento-actitudes-prácticas)	<ul style="list-style-type: none"> -Género de los encuestados -Edad de los encuestados -Nivel de educación de los encuestados -Lugar de residencia -Promedio del ingreso familiar anual -Estado de salud del niño 	El 80,5% de los encuestados del estudio se clasificaron en niveles de "alto conocimiento". Los dos factores que más afectan el nivel de conocimiento de los encuestados son el nivel educativo de los padres (tanto del entorno hospitalario como del entorno comunitario $p < 0.05$) y promedio de ingreso familiar anual (en el contexto de la comunidad, $p < 0.05$).
Fernandes-Matano L et Al. ²³	Estudio Observacional	872 muestras de exudado faríngeo usando RT-qPCR	Se evaluó la presencia de 14 virus respiratorios sin influenza en muestras de exudado faríngeo usando RT-qPCR.	<ul style="list-style-type: none"> -sexo -edad de los grupos -zona de residencia -situación clínica -comorbilidades -síntomas -virus de influenza 	Se observó la presencia de al menos un virus diferente a la influenza en 312 muestras. Los virus más frecuentes fueron rinovirus, virus sincitial respiratorio y metapneumovirus. Un total de 56 casos de infección causada por 2, 3 o 4 virus fueron identificados. Aproximadamente el 62.5% de todos los casos positivos fueron en niños menores de 9 años.

Nenna R et Al. ²⁴	Estudio Observacional	213 lactantes consecutivos con bronquiolitis (Casos: mediana de edad: 2 meses, rango de edad: 0.5-12 meses, niños: 55.4%) y 213 niños edad <3 años (controles: mediana de edad: 12 meses; rango de edad: 0,5-36 meses; niños: 54.5%) con un historial médico negativo para enfermedades del tracto respiratorio inferior hospitalizadas en 'Sapienza'	Los padres de los bebés completaron un cuestionario estándar de 53 ítems que busca información sobre aspectos sociodemográficos y clínicos característicos, contaminación interior, hábitos alimenticios y contaminación del aire exterior.	<ul style="list-style-type: none"> -edad (en meses) -sexo -caucásico -edad de la madre/pare al nacimiento -embarazo doble -pretérmino -peso al nacer -lactancia -madre fumadora -número de cigarrillos que consume la madre -hermanos mayores -historia familiar de asma -historia familiar de rinitis alérgica -historia familiar de eczema -eczema -otitis -madre/padre graduado -madre/padre trabajador -subsidio 	Se identificaron varios factores de riesgo para la bronquiolitis aguda relacionada con el interior y exterior, incluida la inhalación de vapores de aceite de cocina. Tener esta información ayudaría las autoridades de salud pública a elaborar medidas preventivas eficaces, por ejemplo, enseñar a las madres para evitar manejar a su hijo cuando tienen un resfriado y eliminar la exposición al humo de tabaco de segunda mano.

		University Rome IRCCS Bambino Gesù Hospital.	y			
Ferreira da Silva Alexandrino A et Al. ²⁵	Ensayo clínico controlado	98 cuidadores de niños con infección respiratoria aguda que asisten a guarderías	- Sesión de educación en salud (HES)	-prevención de IRA -primeros signos y síntomas de IRA -empeoramiento de los signos de IRA -medicación -técnicas de eliminación nasal	La sesión de educación sobre la salud satisfizo las necesidades de los cuidadores con respecto a las infecciones respiratorias agudas y aumentó el conocimiento y las actitudes de los cuidadores sobre las infecciones respiratorias agudas, especialmente con respecto a las técnicas de eliminación nasal	

De los 9 artículos analizados, 6 artículos presentaban asociación de factores de riesgo con enfermedades respiratorias pediátricas. De los mismos, 3 asociaron la contaminación ambiental en grandes ciudades¹⁷⁻¹⁹, 2 estudios analizaron la exposición de los niños al humo de tabaco como factor de riesgo para contraer enfermedades respiratorias^{20, 21} y un sexto, a través de un estudio observacional, asoció factores de riesgo internos y externos del hogar para contraer bronquiolitis²⁴. Además, uno de los artículos relaciona cómo poner en práctica formas de prevención de enfermedades respiratorias también asociadas a la contaminación ambiental.²² Otro de los artículos encontrados evalúa la prevalencia de virus respiratorios excluyendo a la Influenza²³. El último, se centró en la planificación de una sesión en educación para la salud, que tuvo como objetivo ver las necesidades de los padres o cuidadores de niños con IRA para mejorar las prácticas de higiene nasal y prevenir futuras enfermedades respiratorias.²⁶

Yuxia Ma et Al.¹⁷ analiza la polución ambiental como un problema mayor de salud pública. El trabajo fue realizado en el oeste de China en la ciudad de Lanzhou entre el 1 de marzo del 2007 y 31 de mayo del 2011 en época de primavera, durante este periodo se producen grandes tormentas de arena a las cuales se le suma la contaminación en el aire debida a las fábricas que se encuentran en esta ciudad. En el mismo, se encontraron asociaciones significativas entre las concentraciones de contaminación atmosférica al aire libre y las enfermedades respiratorias, según lo expresado por las visitas diarias a emergencias en Lanzhou en la temporada de arena de primavera. Los grupos fueron estratificados por edad y sexo, se tomaron en cuenta diagnósticos primarios de enfermedad respiratoria. También fueron evaluados datos meteorológicos, como la temperatura media diaria, la humedad relativa, la presión atmosférica, la visibilidad, etc. Concluyeron que se necesitan más estudios con mediciones precisas sobre la exposición a la polución/contaminantes, para evaluar las magnitudes correctas de morbilidad que producen los contaminantes del aire.

Nascimento A et Al.¹⁸ tuvieron como objetivo en su estudio analizar la asociación entre la concentración de partículas finas en el ambiente y la atención hospitalaria por enfermedades respiratorias agudas en niños. El estudio se llevó a cabo en la región Grande Vitória, Espírito Santo (Brasil) en invierno, del 21 de junio al 21 de septiembre del 2013 y en el verano, del 21 de diciembre del 2013 al 19 de marzo del 2014, se evaluaron datos de la cantidad diaria de atenciones ambulatorias y la hospitalización por enfermedades respiratorias en niños de 0 a 12 años en tres hospitales de la región. También se recolectaron partículas finas utilizando aparatos portátiles instalados en seis ubicaciones estratégicamente estudiadas y se tuvieron en cuenta variables del tiempo (temperatura, humedad relativa), al igual que en el estudio

de Yuxia Ma et Al. Los datos sobre hospitalización fueron recolectados en tres nosocomios en los que se encontraban guardias de atención pediátrica especializadas, vale destacar que la recolección se llevó a cabo en hospitales donde se atiende la parte de la población con menores ingresos económicos. Se consideraron como “eventos respiratorios agudos”: enfermedades de la parte superior de las vías respiratorias y vías respiratorias inferiores. Fueron registrados 8.987 eventos por enfermedad respiratoria en ambos periodos de recolección; 64% de ellos ocurrieron en invierno, con una media diaria de 58 (SD=13). La media de los eventos en verano fue de 36 (SD=6). La atención a pacientes varones fue ligeramente mayor en ambas temporadas, hubo un predominio de niños de 0 a 2 años y aproximadamente el 95.0% de los casos no requirieron hospitalización. La concentración media de partículas para todo el periodo fue de 11.8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (SD=3.5). Los valores de temperatura y humedad estaban dentro de los valores esperados para invierno y verano en esta región, con valores medios de 22.3°C para la temperatura y 78.0% para la humedad relativa. Los datos encontrados sugieren que, a menor concentración de partículas finas, parece ser más agresivo para el sistema respiratorio de niños, principalmente en los más jóvenes. Los autores concluyeron que el estudio presenta limitaciones porque la muestra fue tomada en un corto periodo de tiempo, sin embargo, los resultados apuntan a una relación significativa entre la concentración de partículas finas en el aire y el número de atenciones hospitalarias en niños menores de 12 años, incluso con niveles por debajo de los estándares de contaminación recomendados por la OMS.

Por otra parte, Hernández Flórez L et Al¹⁹ se propusieron como objetivo determinar la relación entre contaminación del aire extra e intramuros por material particulado (PM) con síntomas respiratorios en niños menores de 5 años. Se desarrolló en el periodo julio-diciembre del 2007, en las localidades de Puente Aranda, Kennedy y Fontibón de Bogotá (Colombia). Se calculó una muestra de 300 individuos (niños y niñas) en cohorte expuesta y 300 en no expuesta, mediante el programa EPI 2000 (para controlar y analizar datos de vigilancia). Se escogieron por conveniencia 9 jardines infantiles públicos, 5 jardines ubicados en zonas de mayor exposición a PM con 315 niños, y 4 en zonas de menor exposición 304 niños. Los niños y niñas debían pasar la mayor parte de su tiempo en el jardín (7 am-5 pm) y su vivienda estar a menos de 1 km del jardín. Se obtuvo consentimiento informado, los padres y maestros tuvieron una reunión de concientización. Se realizó una encuesta inicial de caracterización de los niños utilizando el instrumento aplicado inicialmente en el estudio “Asthma and Persistent Wheeze in the Harvard Six Cities” con modificaciones al medio colombiano. Posteriormente se realizó seguimiento de las cohortes durante

19 semanas utilizando un formato de diario de síntomas validado por Solarte y colaboradores. Se aplicó un instructivo de ayuda al entrevistador en el que se estandarizaron los principales síntomas respiratorios para diligenciar el formato y para la entrevista con padres o cuidadores. Si un niño presentaba enfermedad respiratoria se remitió al servicio de salud de los hospitales del área de influenza. Hubo un total de 619 individuos menores de 5 años en 9 jardines infantiles de las tres localidades: 315 de jardines infantiles con mayor exposición a material particulado PM10, y 304 de jardines con menor exposición. No se evidenció diferencia por edad y sexo entre el grupo de más exposición (promedio de edad 30,6 meses, rango 6-58 meses) y el de menor exposición (promedio de edad 31,5 meses, rango 6-59 meses). El sexo masculino representó el 54,9 % (n=340) y el femenino el 45 % (n=279). Como resultado, la prevalencia de sibilancias fue más alta en los niños que viven en la zona de mayor exposición a material particulado. En este mismo grupo de niños la prevalencia de sibilancias con resfriados y número de episodios de sibilancias es también mayor. La frecuencia de episodios de silbidos aumenta de acuerdo con la exposición. La prevalencia de “tos con frecuencia” fue de 33,3 % y de “tos al levantarse temprano” 54,4 %. En el grupo de niños más expuestos se observa mayor cantidad de los síntomas: tos, expectoración, silbidos, fiebre, ahogo y ausentismo escolar por enfermedad respiratoria. Los autores consideraron que esta investigación, aporta al conocimiento acerca de la relación entre contaminación del aire extra e intramuros por material particulado PM10 y su asociación con síntomas respiratorios en niños menores de 5 años de Bogotá, lo cual puede servir de base a investigaciones futuras relacionadas, y por otro lado es un sustento para la construcción de políticas públicas enfocadas a aminorar el efecto del ambiente en la salud infantil del Distrito Capital.

En otro de los estudios analizados, Pugmire J et Al.²⁰ examinan a largo plazo la exposición al tabaquismo de los padres en la infancia, asociándolo con la persistencia de enfermedades respiratorias en los adultos jóvenes. Establecen que la exposición al humo del tabaco prenatal y durante la infancia son factores de riesgo significativos para síntomas respiratorios y enfermedades, tales como sibilancias, tos, asma y deterioro de la función pulmonar, posiblemente dado a través de complejas interacciones gen-ambiente. Se utilizó la herramienta TESAOD (“Tucson Epidemiological Study of Airway Obstructive Disease”) para determinar si la exposición en la infancia al humo del tabaco tiene efectos sobre la salud en la vida adulta. Se utilizó el censo realizado en Tucson, Arizona, en el que 1655 personas se anotaron en el TESAOD en 1972-1973, se utilizó un enfoque estratificado en múltiples etapas. Todos los sujetos fueron invitados a realizar visitas a la clínica y a responder

preguntas al inicio del estudio, se concretaron hasta 12 encuestas de seguimiento tomadas cada 2 años aproximadamente. Para los niños hasta los 15 años los cuestionarios fueron completados por los padres, después de los 15 años fueron completadas por ellos mismos. Se analizó a través de las encuestas si los padres eran fumadores, y si después de los 18 años, también comenzaban a fumar los niños. Se realizaron mediciones sobre polvo doméstico, y exposición a distintos tipos de alérgenos, además se recogieron datos sobre los síntomas respiratorios como tos, tos crónica (por más de tres meses) o sibilancias. Para los análisis estadísticos sobre los síntomas (tos, tos crónica y sibilancias) se dividieron en dos categorías, infancia (menos de 15 años) y edad adulta (mayor de 18 años). Después fueron definidas cuatro categorías según estos síntomas, 1- el sujeto no tuvo síntomas ni en la infancia, ni en la edad adulta (nunca); 2- el sujeto no tuvo síntomas en la infancia, pero los desarrolló durante la edad adulta (incidente); 3- el sujeto tuvo síntomas durante la infancia, pero no en la edad adulta (intermitente) y 4- el sujeto tuvo síntomas tanto en la infancia como en la edad adulta (persistente). En resumen, en este estudio se encontraron efectos consistentes sobre la exposición parental al humo del tabaco en la infancia, y sobre la persistencia de los síntomas respiratorios en la vida adulta, que proporciona evidencia prospectiva sobre esta problemática.

De manera similar, McEvoy y Spindel²¹ analizaron en una revisión bibliográfica los efectos sobre el desarrollo pulmonar, las morbilidades respiratorias y la salud a largo plazo del pulmón cuando un niño es expuesto al tabaquismo materno intra y extrauterino. Ellos concluyeron que el pulmón fetal en desarrollo es muy sensible a los efectos de los productos de tabaco en el útero con una función pulmonar alterada demostrada al nacer que es duradera y que probablemente afecte la salud pulmonar posteriormente. Estos déficits se demuestran consistentemente como disminución en el flujo espiratorio forzado, entre otros, y probablemente estén mediados por la nicotina que cruza la placenta para interactuar con los receptores de acetilcolina nicotínicos que se expresan en el pulmón fetal. Dado que la exposición al humo de nicotina en el útero puede impedir que el individuo alcance su máximo crecimiento pulmonar, están más predispuestos al envejecimiento pulmonar prematuro y al desarrollo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Esto hace que el enfoque continuo en el cese de consumo de todos los productos de tabaco antes y durante el embarazo sea de vital importancia. Dada la dificultad de combatir la adicción a la nicotina y el uso continuado de productos de tabaco por millones de mujeres durante el embarazo, también es fundamental identificar enfoques de prevención primaria para bloquear los efectos de la nicotina en el útero sobre el desarrollo pulmonar. Los autores proponen para un futura investigación: desarrollar estrategias más eficaces para dejar de fumar

durante el embarazo, evaluar el efecto del uso materno de los sistemas electrónicos de administración de nicotina en el pulmón en desarrollo y desarrollar estrategias para prevenir dicho uso, desarrollar estrategias tales como la administración de suplementos de vitamina C para reducir el riesgo de resultados adversos en los pulmones infantiles frente a la exposición al humo en el útero, mejorar comprensión del papel de la epigenética en la mediación de los efectos de por vida de la exposición al tabaco en el útero en la salud pulmonar del niño e identificar factores genéticos que aumentan el riesgo y los efectos del tabaquismo materno durante el embarazo en la salud pulmonar de los hijos.

Wang R et Al²², al igual que en el estudio de Hernández Flórez L et Al, se propusieron recoger información sobre el conocimiento, actitudes y prácticas (KAP) de la relación entre la contaminación del aire ambiental y la salud respiratoria infantil. El análisis se llevó a cabo en la ciudad de Shangai, China. El aire limpio se considera un principio básico de la salud y el bienestar en humanos, China es uno de los países que mayor crecimiento económico tuvo en los últimos años y como tal creció fuertemente la contaminación ambiental, en 2013 el 95,9% de las ciudades de este país excedieron los estándares de calidad de aire y hubo según boletines oficial 124 días contaminados de los 365 que tiene el año. El principal contaminante atmosférico fue el material particulado (PM) que ha llevado a 299.700 muertes prematuras, 92.699 casos de bronquitis crónica y 7.625.100 pacientes ambulatorios. Se ha demostrado que la exposición materna a la contaminación del aire durante el embarazo puede llevar a la pérdida fetal temprana, parto prematuro y menor peso al nacer. Los niños se ven particularmente afectados por la mala calidad del aire, ya que su sistema inmunitario y sus funciones pulmonares no están completamente desarrolladas, la contaminación podría causar asma, neumonía, tos crónica y síntomas de bronquitis. Los autores utilizaron una encuesta para recabar datos sobre “conocimientos, actitudes y prácticas”, planteándose como objetivo recopilar datos sobre lo que se sabe, cree y se hace en relación a la contaminación ambiental. Se seleccionaron dos grupos de estudio para determinar comparativamente si hay una diferencia entre encuestados cuyos hijos eran relativamente saludables (grupo comunitario) o no saludables (grupo hospital). Se tomaron como muestra 1000 encuestados, los residentes que tenían 18 años o eran mayores y eran cuidadores de niños de entre 1 y 12 años de edad cumplieran con los requisitos para el estudio. La encuesta se dividió en 5 partes, social-demográfica, información acerca de la polución en el aire y la salud respiratoria del niño, conocimiento relacionado con la calidad local del aire y la correlación con la polución del aire y las enfermedades respiratorias en los niños, actitudes con respecto a las políticas y medidas del gobierno para mejorar la calidad del aire y el último

apartado fue sobre las prácticas y protecciones para la salud respiratoria del niño. Los autores concluyeron que la contaminación del aire tiene efectos perjudiciales para todos los que están expuestos. Los resultados mostraron que alrededor de tres quintos de los encuestados tenían al menos una educación secundaria, aunque la porción de encuestados con al menos una educación secundaria era más alta en el entorno hospitalario (83.6%) que en la comunidad (41.3%). Asimismo, el 80% de los encuestados se clasificaron como que tenían un alto nivel de conocimientos, tenían conocimientos básicos sobre la contaminación del aire, la salud respiratoria de los niños y la correlación entre ellos. Además, solo unos pocos participantes pensaron que sus hijos no eran saludables, 11.0% en el entorno hospitalario y 2.5% en el entorno comunitario, respectivamente. El 54,3% de los encuestados en el ámbito hospitalario creía que la calidad del aire en Shanghai era "mala" o "muy mala" el año pasado (2013) y sólo el 27.4% de los entrevistados de la comunidad tenían las mismas opiniones. Alrededor del 60,9% de los encuestados en el hospital pensó que el gobierno de Shanghai no gastó suficiente dinero para preservar y proteger el medio ambiente local, mientras que solo el 34,7% de los entrevistados en el entorno comunitario pensó el gobierno había gastado una cantidad inadecuada. Sin embargo, el 90% de los sujetos estuvieron de acuerdo en que la mejora de la calidad del aire es responsabilidad de todo ciudadano. Cerca del 15% de los encuestados calificaron en el rango de "práctica equitativa" (18.2% en el entorno hospitalario, 13.2% en el entorno comunitario), mientras que la mayoría de los puntajes de nuestros sujetos se distribuyeron en el rango de "prácticas inadecuadas". Los puntajes promedio de práctica para todos los encuestados en el hospital, la comunidad y, en general, fueron 3.13, 2.95 y 3.04 de 9 puntos, respectivamente. De esta manera, los resultados de este estudio enfatizan la importancia de mejorar la concientización asociada con la calidad del aire entre los residentes de Shanghai a través de campañas de educación pública y protección ambiental. La acción conjunta de los gobiernos y todos los ciudadanos debería utilizarse de manera efectiva para mejorar controlar el problema actualmente serio de la contaminación del aire en Shanghai.

En otro estudio, Fernandes Matano L et Al²³ investigaron la prevalencia de virus respiratorios sin influenza en casos de infección respiratoria aguda en México. El mismo evaluó la presencia de 14 virus respiratorios sin influenza en 872 muestras de exudado faríngeo usando RT-qPCR. Todas las muestras cumplieron con la definición operacional de un probable caso de una enfermedad parecida a la influenza o infección respiratoria aguda grave y tuvo un resultado negativo previo para la influenza mediante RT-qPCR. Para llevarlo a cabo, evaluaron la presencia de virus respiratorios no infecciosos que circulan en población mexicana en las diferentes estaciones del

año, analizaron cada muestra de exudado faríngeo recibida por el Laboratorio Central de Epidemiología (LCE) entre la semana epidemiológica 40 de 2014 y la semana 39 de 2015, de acuerdo con los siguientes criterios: todas las muestras tuvieron un resultado negativo previo para la influenza mediante RT-qPCR y cumplieron con una de las siguientes definiciones de casos operacionales: enfermedad similar a la influenza (ILI): una persona de cualquier edad que presenta fiebre mayor o igual a 38 °C, tos y cefalea acompañada de uno o más de los siguientes síntomas: rinorrea, coriza, artralgias, mialgias, postración, odinofagia, dolor torácico, dolor abdominal o congestión nasal. En pacientes menores de cinco años, la irritabilidad se considera un signo cardinal en lugar de la cefalea. En pacientes mayores de 65 años, no se requiere fiebre como síntoma cardinal. Para infección respiratoria aguda grave (IRAG): una persona de cualquier edad que presenta dificultad para respirar acompañada de fiebre de 38 °C y una tos con uno o más de los siguientes síntomas: afección general deficiente, dolor torácico, polipnea o enfermedad aguda. síndrome de dificultad respiratoria (SDRA) o cualquier muerte asociada con ILI o IRAG. La información de las muestras biológicas utilizadas en el presente estudio no se puede rastrear con la identidad de los datos del paciente. Todas las muestras se usaron de forma anónima. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y el Comité de Investigación de la Comisión Nacional de Investigación Científica del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número de registro R-2016-785-041. De las 872 muestras analizadas, 451 eran de hombres (51,7%) y 421 eran de mujeres (48,3%). La edad promedio fue de 41 años, con extremos mínimos y máximos de 0 y 101 años, respectivamente. La población se dividió en 4 grupos de edad según los rangos de edad incluido en las tarjetas de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). De acuerdo con esta estratificación, las muestras se distribuyeron de la siguiente manera: 265 muestras correspondieron a niños de 0 a 9 años (30,4%), 28 a jóvenes de 10 a 19 años (3,2%), 263 a adultos de 20-59 años de edad (30,2%) y 316 a adultos de 60 años o más (36,2%). Del total de muestras analizadas, 312 fueron positivas para al menos 1 virus (35,8%), con 47,1% de pacientes femeninas (n = 147) y 52,9% de pacientes masculinos (n = 165); no hubo diferencias significativas entre los grupos (p > 0,05). Del total de muestras positivas, el rinovirus (RV) tuvo el mayor número de detecciones (33,0%), seguido por virus Sincitial respiratorio humano (HRSV) (30,8%), metapneumovirus (HMPV) (10,6%). Los otros virus presentaron porcentajes debajo del 10%, aunque juntos representaron el 47,6% de todos los casos positivos. El mayor número de casos positivos ocurrió en el grupo de 0 a 9 años (62,5%) y el segundo más alto en el grupo de 60 años o más (20,5%), seguido por el grupo de 20 a 59 años (14,4 %) y finalmente el grupo de edad de 10 a 19 años (2,6%), que representó una

diferencia significativa ($p < 0.05$). Consistentemente, el grupo de edad de 0 a 9 años comprendió el 91.1% de las coinfecciones. Curiosamente, este grupo contenía el 86,5% de los casos de HRSV. Aunque la influenza es uno de los principales agentes causales de las infecciones respiratorias en todo el mundo, es de vital importancia determinar la prevalencia y el momento de otros agentes causales. En este estudio, identificaron 13 virus respiratorios sin influenza que ocurrieron en cualquier época del año. El mismo proporciona evidencia de la prevalencia y estacionalidad de una amplia gama de virus respiratorios que circulan en México y que constituyen un riesgo para la población. Además, estos datos sugieren que incluir estas pruebas más ampliamente en el algoritmo de diagnóstico para la influenza podría reducir el uso de antibióticos innecesarios, reducir el tiempo de hospitalización y enriquecer los datos epidemiológicos nacionales con respecto a las infecciones causadas por estos virus.²³

Por otra parte, en su estudio Nenna R et Al, buscaron determinar factores de riesgo posiblemente modificable relacionados con la contaminación, responsable de la bronquiolitis aguda en niños hospitalizados. Fue un estudio observacional en el cual se reclutaron 213 recién nacidos con diagnóstico de bronquiolitis (casos: mediana de edad 2 meses, rango de edad 0,5 - 12 meses, varones 55,4%) y 213 niños de menos de 3 años de edad (controles: mediana edad 12 meses, rango de edad 0,5 - 36 meses, varones 54,5%) con un historial negativo para enfermedades del tracto respiratorio inferior hospitalizados en 'Sapienza' University Rome y en el Hospital IRCCS Bambino Gesù. Los padres de los bebés completaron un cuestionario estándar de 53 items que busca información sobre aspectos sociodemográficos y clínicos característicos, contaminación interior, hábitos alimenticios y contaminación del aire exterior. Encontraron que, de los 213 lactantes hospitalizados, el cuestionario identificó varios factores de riesgo para la aparición de bronquiolitis aguda: amamantamiento ≥ 3 meses (OR: 2,1, intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,2-3,6), presencia de hermanos mayores (OR: 2,8, IC 95%: 1,7-4,7), ≥ 4 cohabitantes (OR: 1,5, IC 95%: 1,1-2,1) y el uso de aceite de semilla para cocinar (OR: 1,7, IC 95%: 1,2-2,6). Renovación del hogar en los últimos 12 meses y estar diariamente expuestos a fumadores, involucrando 11 cigarrillos y dos o más cohabitantes fumadores, fueron factores más frecuentes en los casos y no en los controles ($p = 0,021$ y $0,05$), mientras que la proximidad a la carretera y al tráfico era similar en los dos grupos. Concluyeron junto con la identificación de factores de riesgo, que esta información ayudaría a las autoridades de salud pública a elaborar medidas preventivas eficaces, para evitar la aparición de bronquiolitis.²⁴

Por último, en el estudio de Ferreira da Silva A et Al, se plantearon como objetivo diseñar una sesión de educación para la salud sobre infecciones respiratorias

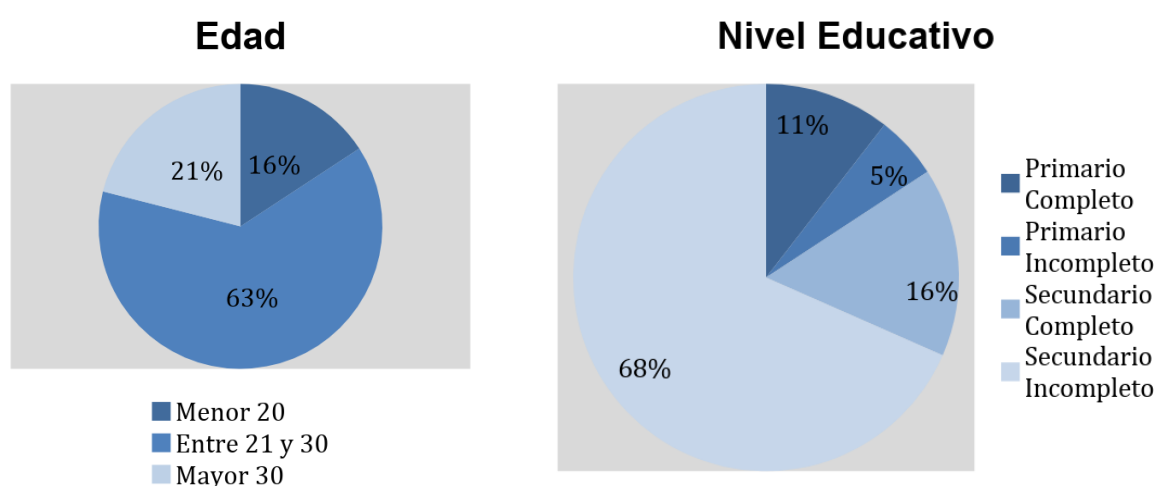
dirigida a cuidadores de niños menores de 3 años que asisten a guarderías y evaluar sus efectos sobre las necesidades de los cuidadores, así como sus conocimientos y actitudes con respecto a las IRA. El mismo se realizó en la ciudad de Oporto, Portugal. Se dividieron los cuidadores en dos grupos aleatoriamente, en grupo intervención (IG) (n=41) y un grupo control (CG) (n=51), la sesión de educación se administró al IG. La sesión de educación iba dirigida a: informar a los cuidadores de las medidas generales de prevención primaria y secundaria, informar a los cuidadores sobre los primeros signos de IRA, enseñar a los cuidadores cómo manejar los primeros signos y síntomas de IRA, informar a los cuidadores sobre los signos de empeoramiento de IRA, enseñar a los cuidadores cómo manejar los signos de empeoramiento de IRA, informar a los cuidadores sobre la importancia de: dejar que el médico general decida cuándo debe tomar el niño el medicamento (especialmente antibióticos), enseñar a los cuidadores cómo usar irrigadores nasales, aspiradores nasales y nebulización de acuerdo con el desarrollo motor del niño. Las necesidades de los cuidadores, así como el conocimiento y las actitudes hacia la IRA se evaluaron en ambos grupos, antes (M0) y dos meses después de la sesión de educación (M1). Los resultados muestran los siguientes datos, en M0, los cuidadores de ambos grupos tenían “alguna o gran necesidad” sobre todos los dominios de la sesión de educación; en M1, los cuidadores en el IG expresaron “nula o baja necesidad”, mientras que el CG mantuvo “algo o gran necesidad” sobre todos los dominios. En cuanto a los conocimientos de los cuidadores y actitudes hacia la IRA, en M1 hubo una mayor frecuencia de cuidadores con respuestas positivas en el IG que en CG, con respecto a las técnicas de eliminación nasal, revelando una mayor cantidad de cuidadores que usaron correctamente la irrigación nasal, aspiradores nasales y nebulización. Concluyeron que la sesión de educación satisfizo las necesidades de los cuidadores con respecto a la IRA y aumento su conocimiento y las actitudes con respecto a las mismas, especialmente las técnicas de eliminación nasal.²⁵

B. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

La muestra del estudio se conformó por 19 (n=19) personas que concurren al centro de salud con niños de 0 a 5 años con insuficiencia respiratoria aguda, en su totalidad fueron mujeres (100%) con una edad media de 28,10 de las cuales 16% era menor a 20 años, el 21 % mayor a 30 años y el 63% entre 21 y 30 años. Además, sólo una era menor de 18 años. Las mismas se realizaron entre el 3 y el 13 de julio de 2018. La encuesta evaluó las siguientes dimensiones: la primera abarca características generales del encuestado, en el cual se incluyeron datos como la edad y el nivel de escolaridad de padres o tutores; la segunda dimensión comprende condiciones de la vivienda, entre ellas cantidad de habitantes, descripción del hogar, tabaquismo y animales dentro y fuera del mismo, forma de calefaccionar y de descartar la basura, etc, que fueron considerados como probables factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades respiratorias; y una última dimensión que engloba datos sobre la salud del niño, diagnóstico realizado por el médico pediatra, recomendaciones, medicamentos empleados, etc.

Del total de los participantes el 63% no poseían secundario completo, el 11% sólo había culminado el nivel primario, el 16% comenzó el secundario, pero no lo completó y el 5% restante no concluyó el primer nivel educativo.

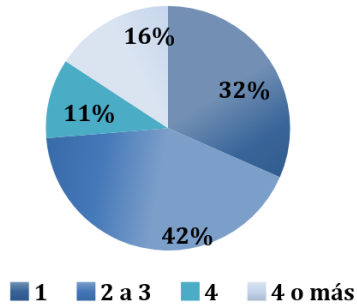
A continuación, se detallan en forma de gráficos los resultados obtenidos en las encuestas (se presentan valores absolutos) realizadas:



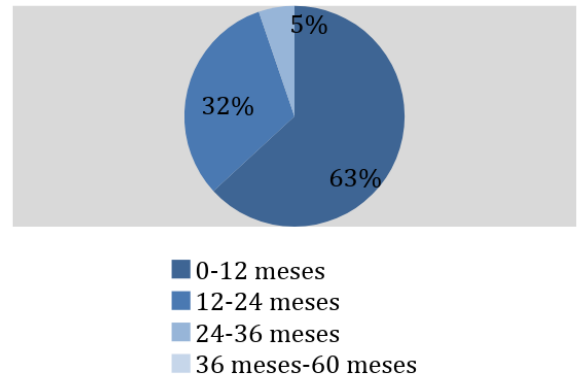
Con respecto a la conformación las familias, el 32% tenía un solo hijo, el 42% tenía entre 2 y 3 hijos, el 10% 4 y el 16% restante más de 4 hijos. El rango de edades fue entre 0 y 36 meses. Se dividió en cuatro grupos: un 63% tenía entre 0-12 meses,

un 32% entre 12-24 meses y un 5% entre 24-36 meses. No hubo ningún niño mayor a 36 meses.

Hijos

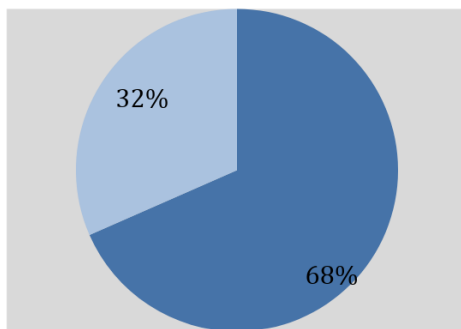


Edad del niño

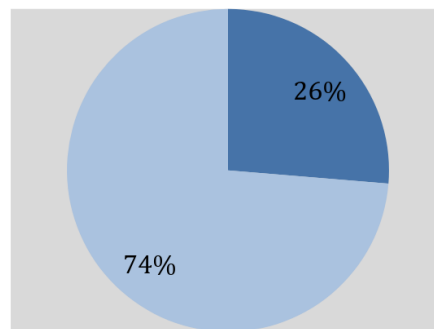


Sobre la vivienda de cada participante un 32% no tenían mascotas que larguen pelo y el 68% sí. De este porcentaje, el 26% de las mascotas convivían dentro del hogar y el 74% no lo hacía. De manera similar, el 68% manifestó que las mascotas tenían contacto con los niños y el 32% restante no.

Mascotas



Adentro o afuera



■ SI ■ NO

■ ADENTRO ■ AFUERA

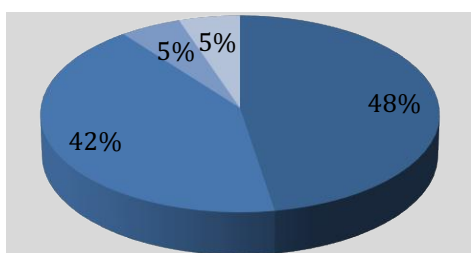
Contacto con el niño



■ SI ■ NO

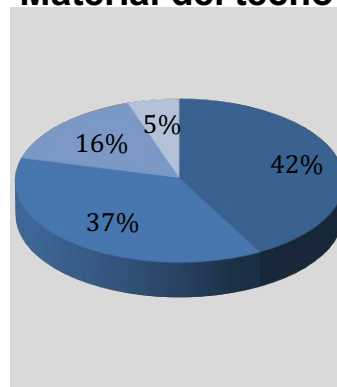
Siguiendo con esta dimensión, se les consultó sobre el material de construcción utilizado para paredes, techos y pisos de sus hogares. El 90% respondió que sus paredes estaban compuestas con material (cemento) y el 10% restante se dividió equitativamente en durlock y madera. Con respecto al piso, el 48% era de material, el 42% de mosaico, 5% mármol y 5% contrapiso. En cuanto al techo, 42% estaban compuestos por chapa, 37% material, el 16% de una combinación entre los anteriores y el 5% restante era de durlock.

Material del piso



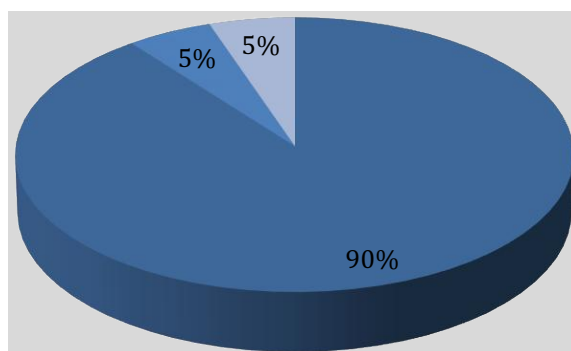
■ Material ■ Mosaico
■ Contrapiso ■ Mármol

Material del techo



■ Chapa ■ Material
■ Material/Chapa ■ Durlock

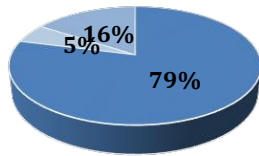
Material de las paredes



■ Material ■ Durlock ■ Madera

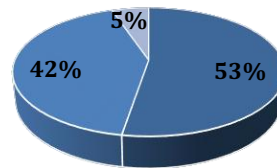
Sobre el combustible que se utiliza en el hogar tanto para cocinar como para calefaccionar los resultados fueron los siguientes. El 53% refirió que utilizaban la tubería de gas natural para cocinar, el 42% que utilizaban tanque (garrafa) y sólo el 5% electricidad. Para calefaccionar el hogar el 79% lo hacía con estufa eléctrica, el 16% con gas natural y el 5% no poseían calefacción.

Combustible para calefactar



- ESTUFA ELECTRICA
- GAS NATURAL
- NO TIENE

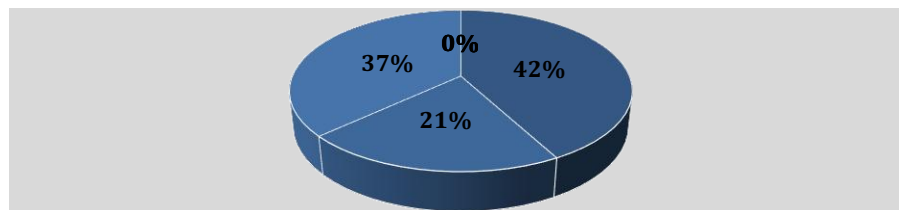
Combustible para cocinar



- Tubería
- Tanque
- Electricidad

Continuando con la descripción del hogar, se recolectaron también datos sobre cuál era el destino de la basura del hogar. Para el 42% de las viviendas la basura la recoge un camión o carrito de basura, el 37% de las personas tiran la basura en un contenedor o depósito y el 21% restante lo hace en el basurero público.

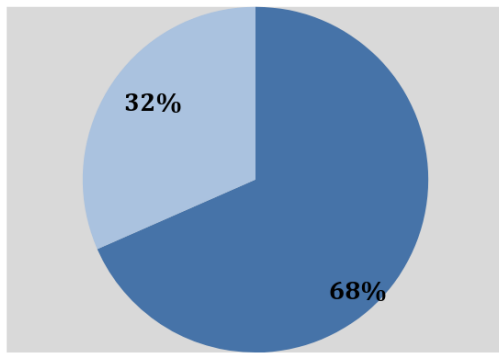
Basura de la vivienda



- LA RECOGE UN CAMION O CARRITO DE BASURA
- LA TIRAN EN EL BASURERO PÚBLICO
- LA TIRAN EN UN CONTENEDOR O DEPÓSITO
- LA QUEMAN
- LA ENTIERRAN
- LA TIRAN EN UN TERRENO BALDÍO O CALLE
- LA TIRAN EN LA BARRANCA O GRIETA

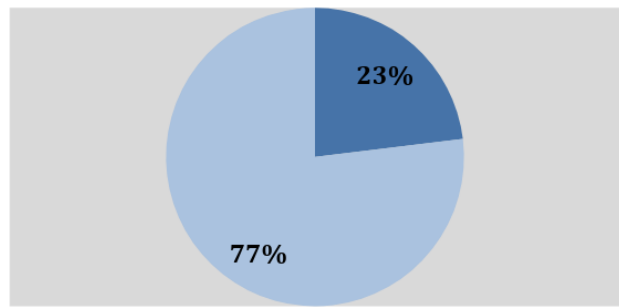
Respecto de las costumbres que tienen los adultos en las viviendas, se consultó sobre el hábito de fumar. La gran mayoría de las personas encuestadas (68%) tenían al menos un familiar que fumaba en el hogar, de ese total, el 77% lo hacía afuera de la casa y el 23% restante adentro del hogar. A su vez, el 58% de las personas se lavaban las manos antes de volver a tener contacto con el niño.

Fumadores en el hogar



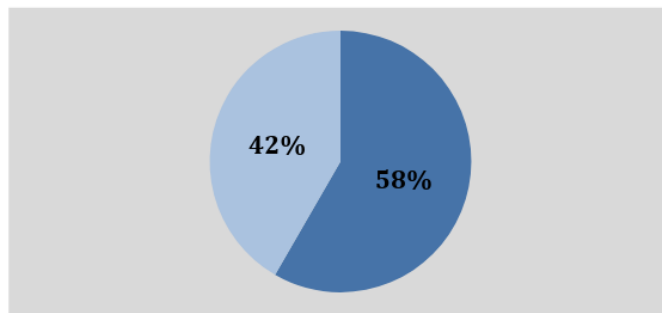
■ SI ■ NO

Lugar de la casa donde fuman



■ ADENTRO ■ AFUERA

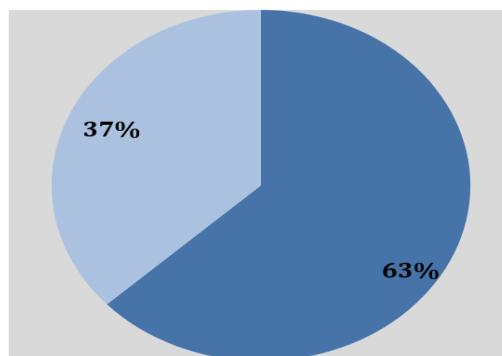
Lavado de manos



■ SI ■ NO

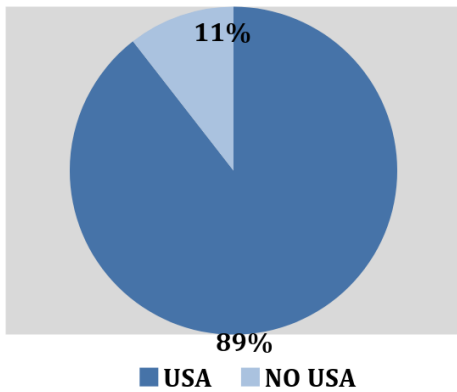
En relación al acceso a la información general que tenían las personas encuestas se pudo recolectar lo siguiente. El 63% de los individuos podían acceder a internet no así el 37% restante; el 100% tenía televisión en el hogar; el 68% afirmó que leía diarios y/o revistas impresos y el otro 32% no; sólo el 26% escuchaba la radio y el otro 74% no; y el 89% de las personas utilizan con frecuencia las redes sociales y el 11% no.

Internet

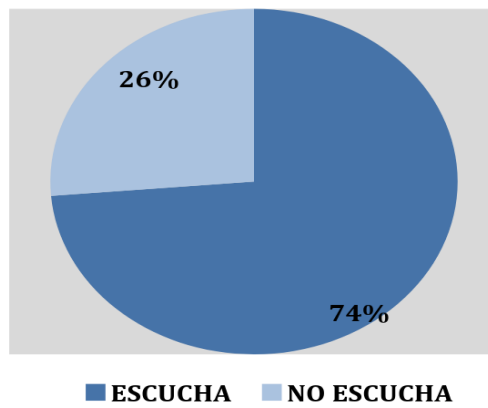


■ TIENE ■ NO TIENE

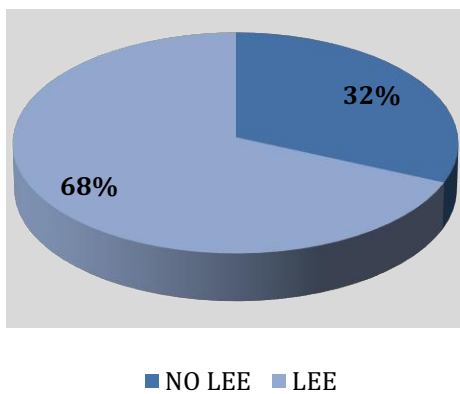
Redes Sociales



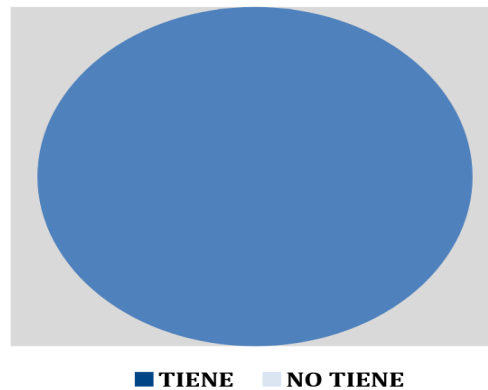
Radio



Diarios impresos/Revistas

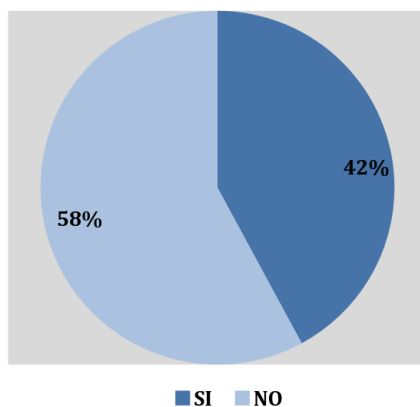


Televisión

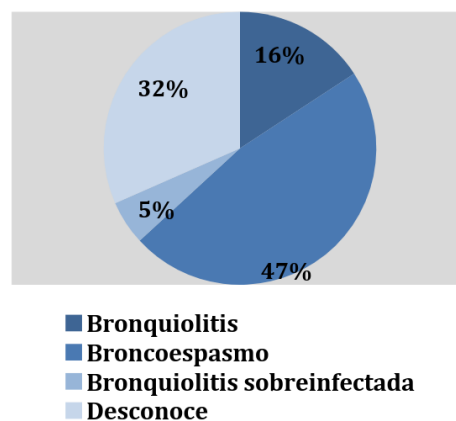


Entrando ahora en la tercera dimensión de la encuesta, la salud del niño, se pudieron recolectar los siguientes datos. Un 12% de las personas desconocían el diagnóstico de sus hijos, a un 47% le diagnosticaron broncoespasmo, al 32% bronquiolitis y al 5% que restaba bronquiolitis sobreinfectada. El 58% de los niños no era la primera vez que sufría un episodio respiratorio.

Primera vez



Diagnóstico



Sobre las recomendaciones que la madre recibe de la pediatra, se obtuvieron los siguientes resultados. (Tabla nº 2) En la misma puede observarse que al 47% de las personas encuestas le indicaron PUFF, ya sea sólo o asociado a otra opción; al 26% kinesiólogía de manera aislada, asociada a la administración de PUFF o a otra recomendación. En menor porcentaje, las recomendaciones abarcaron también: nebulización (16%), vapor (11%), salbutamol (11%), antibióticos (11%), internación (5%), betametasona (5%), paños (5%), aspirar (5%) y sólo un 5% no recibió ninguna recomendación.

Tabla nº 2.Recomendaciones

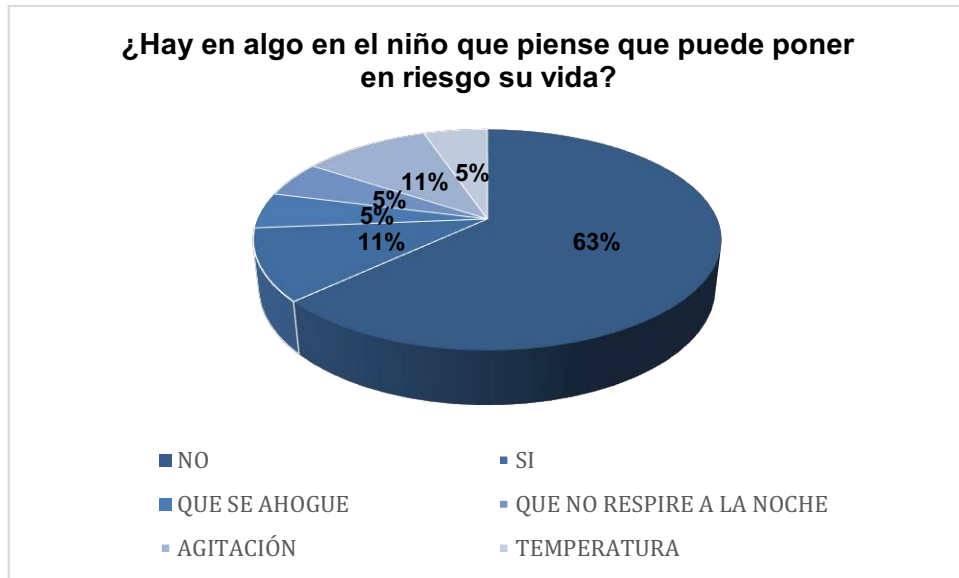
KINESIOLOGIA	PUFF	INTERNACIÓN	ANTIBIÓTICOS	VAPOR	NEBULIZACIÓN	NEUMONÓLOGO	SALBUTAMOL	BETAMETASONA	NINGUNA RECOMENDACIÓN	PAÑOS	ASPIRAR
X											
X											
X											
	X										
	X										
	X										
X	X										
		X									
	X		X			X					
X	X		X								
	X			X	X						
							X				
							X			X	
				X	X						X
									X		
	X				X						
	X							X			
5	9	1	2	2	3	1	2	1	1	1	1
26%	47%	5%	11%	11%	16%	5%	11%	5%	5%	5%	5%

Sobre los signos que el acompañante puede observar en los niños, pudieron recabarse los siguientes datos (Tabla nº 3)

Tabla nº 3. ¿Se da cuenta cuándo tiene que traer al niño a la guardia?								
INCOMODIDAD	LLANTO	TOS	MOCO	FIEBRE	AGITACIÓN	VÓMITO	MALA MECÁNICA	QUE NO PUEDA RESPIRAR
		X						
		X			X			
			X					X
			X	X	X			
							X	
					X			
					X		X	
X	X							
				X	X			
			X	X				
		X	X		X			
		X	X					
			X				X	
		X			X			
				X	X	X		
			X		X			
1	1	5	7	4	9	1	3	1
5,26%	5,26%	26,32%	36,84%	21,05%	47,37%	5,26%	15,79%	5,26%

Como puede observarse en la tabla la mayor cantidad de personas encuestas respondió uno o más signos de alarma que ve en el niño para llevarlo a la guardia. El 47,37% de las personas encuestadas sugiere que la agitación es un signo de alarma en el niño, sin embargo, sólo una persona la considera como único signo. Así mismo el 36,84% señaló que el moco es también un signo que le preocupa y le hace concurrir a la guardia o centro de salud, el 26,34% tos, el 21,05% respondió fiebre y el 15,79% la mala mecánica ventilatoria expresada como “que se le hundan las costillas al respirar”- “el movimiento de la panza y el cuello al respirar”- “silbido en el pecho”. Por último, un pequeño porcentaje respondieron incomodidad, que no pueda respirar, llanto y vómito (5,26% respectivamente). Todos los porcentajes fueron sacados sobre el total de personas encuestas (n=19).

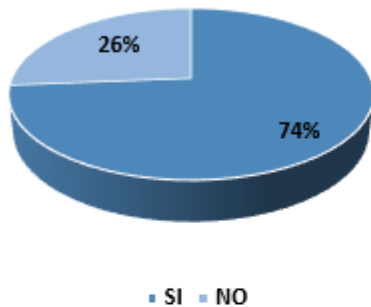
En este contexto, se les preguntó si creían que alguno de estos signos podría poner en riesgo la vida del niño. Las respuestas fueron las siguientes:



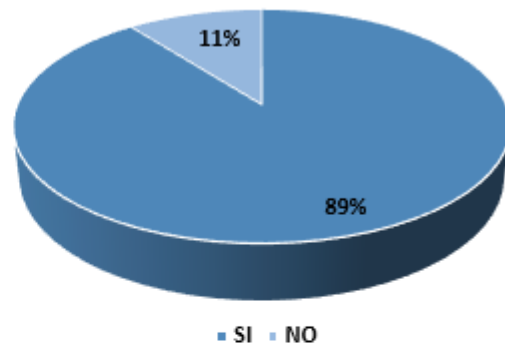
Casi en su totalidad, las personas respondieron que no (63%), un 11% respondió que sí, pero sin dar ningún detalle de cuál sería el signo que más le preocupa, otro 11% sugirió que la agitación, y el 15% restante se dividió de manera equitativa en: “que se ahogue”, “que no respire a la noche” y “temperatura”.

En cuanto a la administración de PUFF se recolectaron datos sobre su efecto en el niño, su utilización y su suspensión. Los resultados fueron los siguientes:

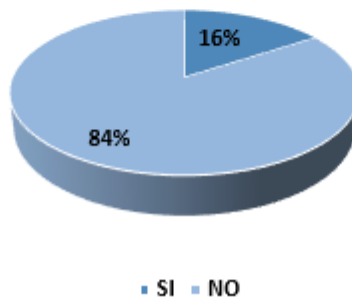
¿Sabe qué es un puff?



¿Sabe cómo se usa?



¿Sabe cómo y cuándo dejarlo?



El 74% de los encuestados, sabía qué era el PUFF y que efectos causaba en la vía respiratoria de su hijo, la mayor parte de las personas (89%) sabía la manera de utilizarlo (efectuar 2 disparos cada 10", espaciados según la indicación médica en 4, 6 u 8 hs) y en cuánto el cese de administración el 84% no sabía de qué manera realizarlo.

IX. DISCUSIÓN

En este estudio se analiza la información que reciben los padres o tutores de niños de 0 a 5 años sobre las patologías respiratorias y cómo los mismos la utilizan en el CAPS "Dr. Roque Coulin" de la ciudad de Rosario. Además, se indaga si el padre o tutor conoce sobre el trabajo que realiza el equipo de salud para la mejoría del niño con patología respiratoria aguda. A continuación, se presenta un análisis a partir de la triangulación de la información revisada en el marco teórico y la recuperada por los diferentes abordajes metodológicos (búsqueda bibliográfica y encuestas).

Los resultados de la búsqueda bibliográfica arrojaron un sólo artículo en relación a estrategias de educación para la salud, sin embargo la mayoría hablaba sobre factores de riesgo para adquirir enfermedad respiratoria aguda y fueron seleccionados para este trabajo ya que en los apartados de la encuesta utilizada se nombran cuestiones como: la calefacción, combustible del hogar, destino de la basura, material de piso, techo y paredes del hogar y presencia de fumadores o no que pueden ser enmarcados en la polución ambiental, así como cantidad de hermanos, edad de la madre, asistencia a guardería y presencia de mascotas en el hogar.

A partir del análisis de los resultados de la investigación, se infiere que, si se acepta la teoría de que la educación es la mejor forma de optimizar la conducta de los individuos y por ende la salud en general de la población, lo que sigue es identificar la forma de transmitir la información de tal manera que sea oportuna y efectiva.¹³ Si se hace efectivo el acceso de las personas a la información sanitaria, y se las capacita para utilizarla con eficacia, se sugiere que la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud. Una baja alfabetización general puede afectar la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural.² La importancia de la alfabetización y de la educación para salud se reconoce en el estudio de Ferreira da Silva A et Al.²⁵ que diseña una sesión de educación para la salud sobre infecciones respiratorias dirigida a cuidadores de niños menores de 3 años que asisten a guarderías evaluando las necesidades de los cuidadores, sus conocimientos y aptitudes con respecto a las IRA. De la misma manera, Wang R et Al²², a través de su estudio enfatiza la importancia de mejorar la concientización a través de campañas de educación pública y protección ambiental. En el momento de analizar la *dimensión general* de la encuesta realizada la mayoría de los participantes no poseían el secundario completo y una pequeña cantidad no concluyó el primer nivel educativo. Esto no coincide con el estudio del autor antes mencionado, en el que alrededor de tres quintos de los encuestados tenían al menos una educación secundaria.

Como se plantea en el marco teórico, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la neumonía son una de las principales causas de muerte en el mundo, más que nada en niños menores de 5 años. En este contexto, Hernández Flórez L et Al.¹⁹ y Nenna R et Al²⁴, proponen determinar la relación entre contaminación del aire con síntomas respiratorios y bronquiolitis, respectivamente, en niños menores de 3 y 5 años, coincidiendo con la muestra estudiada en esta tesina. A su vez, Nenna R et Al²⁴ utilizan cuestionarios en busca de información sobre aspectos sociodemográficos y clínicos característicos, contaminación interior, hábitos alimenticios y contaminación del aire exterior. Esto puede relacionarse con la *dimensión sobre el hogar* donde se recaba información sobre cohabitantes y fumadores dentro o fuera del hogar. Sobre este apartado, en el mayor porcentaje de los hogares había al menos un fumador lo que puede corresponder con los resultados de este estudio en el que los niños que presentan bronquiolitis estaban diariamente expuestos a dos o más cohabitantes fumadores.

En varios de los estudios analizados, se detallan factores de riesgo asociados con enfermedades respiratorias agudas, así como: la contaminación ambiental en los estudios de Yuxia Ma et Al¹⁷, Wang R et Al²², Nascimento A et Al¹⁸ y Hernández Flórez L et Al¹⁹, la exposición al humo de tabaco intra y extrauterino en los estudios de Pugmire J et Al²⁰, Mc Evoy y Spindel²¹. En concordancia con estos estudios, se recolectaron datos sobre el destino de los residuos de la vivienda, combustible para calefacción y cocina, material de las paredes, pisos y techos del hogar y de la convivencia con mascotas encontrándose una prevalencia de mascotas que habitaban fuera del hogar y que no tenían contacto con el niño y, siendo las residencias en su mayoría de material, usándose para calefaccionar estufa eléctrica y para cocinar casi equitativamente se utiliza gas natural y en garrafa; en cuanto al destino de la basura, la mayoría se recolecta por un camión o carrito de basura. Cabe destacar que las poblaciones estudiadas por los autores de estos artículos científicos, difieren ampliamente con la población estudiada en el Barrio Ludueña, ya que estas no enfrentan las mismas realidades demográficas y socioeconómicas.

Para Nenna R et Al²⁴, los factores de riesgo para la aparición de bronquiolitis aguda incluyen: amamantamiento \geq a 3 meses, presencia de hermanos mayores, \geq a 4 cohabitantes, el uso de aceite para cocinar, renovación del hogar en los últimos 12 meses, estar diariamente expuestos a fumadores, proximidad de la carretera y el tráfico. De la misma manera, en el marco teórico se menciona que los miembros mayores de la familia suelen ser la fuente de infección, pero, en discrepancia menciona la falta de lactancia materna como factor de riesgo para contraer bronquiolitis.

El estudio de Nascimento A et Al¹⁸, se realizó del 21 de junio al 21 de septiembre del 2013 y en el verano del 21 de diciembre de 2013 al 19 de marzo de 2014, evaluó cantidad diaria de atenciones ambulatorias y hospitalización por enfermedades respiratorias en niños de 0 a 12 años y como resultado un 64% de los eventos ocurrieron en el invierno, en niños varones de 0 a 2 años. Ratificando esta información, en el marco teórico, se menciona la prevalencia en varones y un incremento de la misma en invierno y principios de la primavera. Esta información justifica el período de recolección de datos del presente trabajo.

El instrumento metodológico utilizado en este trabajo, abarca tres dimensiones: general, sobre el hogar y sobre la salud del niño. En esta última dimensión, se recolecta información sobre edad del niño, patología, recomendaciones pediátricas, kinesiología respiratoria, atención en guardia, situación de riesgo de vida del niño y uso de la medicación. De igual modo, el estudio de Ferreira da Silva A et Al²⁵ en su sesión de educación pretende informar a los cuidadores de las medidas generales de prevención primaria y secundaria, informar a los cuidadores sobre los primeros signos de IRA, enseñar a los cuidadores cómo manejar los primeros signos y síntomas de IRA, informar a los cuidadores sobre los signos de empeoramiento de IRA, enseñar a los cuidadores cómo manejar los signos de empeoramiento de IRA, informar a los cuidadores sobre la importancia de dejar que el médico general decida cuándo debe tomar el niño el medicamento (especialmente antibióticos), enseñar a los cuidadores cómo usar irrigadores nasales, aspiradores nasales y nebulización de acuerdo con el desarrollo motor del niño.

Como se menciona en el marco teórico, estudios de la OPS señalan que los problemas fundamentales de la Atención Primaria derivan, generalmente, de una formación médica con un modelo biologicista, ausencia de enfoque de promoción-prevenición desde el inicio de la formación, carencia de formación integral desde perspectivas humanistas y falta de compromiso con la salud de la población lo que conduce a escasos conocimientos y habilidades para el manejo de la APS. Esto puede observarse en los resultados de las encuestas donde las recomendaciones pediátricas que las madres retienen son únicamente las basadas en tratamientos biomédicos como: aspiración, administración de diversos fármacos (salbutamol, betametasona) y no aquellas recomendaciones que tienen relación con el hacinamiento y la higiene personal.

En este contexto, el kinesiólogo es un integrante más del equipo de salud y en su labor profesional tiene además de sus competencias determinadas por el plan de estudio, la obligación social, moral y ética de ayudar a prevenir patologías, indagar el

tipo de población que se encuentra en el área de cobertura del centro asistencial y sus características para promocionar la salud y educar a los pacientes dentro de este mismo marco. De acuerdo a lo antes mencionado es de suma importancia tener en cuenta el rol del kinesiólogo dentro de un equipo interdisciplinario, debido a que éste, es el encargado de evaluar, diagnosticar, planificar y seguir paso a paso la rehabilitación correspondiente a cada individuo de manera cercana y activa dentro del centro de salud.

X. CONCLUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos con este trabajo de campo mediante las encuestas realizadas, se puede concluir que el nivel de conocimiento de patologías respiratorias que poseen los padres o tutores que llevan al niño a la consulta pediátrica además de ser escaso en la mayoría de las oportunidades, es puramente enmarcado en un modelo biologicista. Con esto se quiere decir, que el enfoque en el cuidado del paciente enfermo, va dirigido casi en exclusividad, a la administración de medicamentos o de terapias que no influyen sobre la prevención de una exacerbación o un próximo episodio, como lo haría una alimentación fraccionada, un correcto posicionamiento al dormir, lavado de manos previo contacto con el niño, condiciones de hacinamiento favorables para una buena salud.

En cuanto a la influencia del personal de salud sobre el flujo de información, se plantea como estrategia dar mayor importancia a la educación para la salud y a todos los componentes que la misma posee, utilizar medidas de motivación y desarrollo de habilidades personales que demuestren viabilidad para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud y fomentar el empoderamiento de la misma para percibir una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas. En relación con la información sobre patologías respiratorias, sería idóneo fomentar campañas sobre prevención de la mismas que sean más profundas, y que esto sea tarea no solo del médico pediatra, sino de todo el equipo de salud, siendo el kinesiólogo un componente primordial ya que es el que, diariamente, se enfrenta a la evolución de la patología.

Además, se observa un déficit en la claridad del diagnóstico que el niño recibe. Se encontró un gran porcentaje de niños con “broncoespasmo”, siendo que el mismo es un signo clínico que puede pertenecer a varias enfermedades y no una enfermedad en sí misma. Aquí se puede hacer énfasis en la necesidad de llegar a un diagnóstico certero para que la patología pueda ser tratada globalmente, no solo con medicamentos, sino también con medidas preventivas y de cuidado como las mencionadas anteriormente. De este modo, vuelve a hacerse imprescindible la función del kinesiólogo, en cuanto a la educación del responsable del niño en medidas de tratamiento de la patología actual y prevención de futuras recidivas.

Para finalizar, teniendo en cuenta que las realidades sociodemográficas son propias de cada barrio de la ciudad de Rosario, sería acertado extender este trabajo hacia los cinco distritos restantes (Sur-Norte-Sudoeste-Este-Oeste) para lograr una comparación más profunda y abarcativa, para que la información sea completa y de mayor utilidad.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Alma-Ata; 6-12 de septiembre de 1978. Suiza; 1978.
2. Don Nutbeam. Promoción de la salud. Glosario. 1a Ed. Universidad de Sidney, Australia. 1998.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaria de Salud. Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas, guía para el equipo de salud. 2a ed. Buenos Aires; 2011.
4. Thomas J, Sandra, Theodore C Sectish. Neumonía adquirida en la comunidad. En Kliegman, Stanton, St Geme, Schor, Behrman. Nelson. Tratado de pediatría. Ed. 19a. Barcelona: Elsevier. 2013. p1533-1539.
5. Watts K, Goodman D. Sibilancias, bronquiolitis y bronquitis. En Kliegman, Stanton, St Geme, Schor, Behrman. Nelson. Tratado de pediatría. Ed. 19a. Barcelona: Elsevier. 2013. p1515-1520.
6. López Santos V. Marco conceptual de educación para la salud. En Frías Osuna A. Salud pública y educación para la salud. 1a Ed. Barcelona, España. 2000.
7. Paganini, JM. LAS POLÍTICAS DE SALUD INTERNACIONALES. En: Barragán, HL. Fundamentos de Salud Pública. La Plata. 2007. 67-77.
8. Centro de Estudios Para el Desarrollo Internacional - Fundación Gobierno y Sociedad. Acuña C. H, Chudnovsky M. EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA. Universidad de San Andrés. Marzo 2002.
9. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1): 11-14.
10. Montechiari E. "Impacto de la incorporación del Servicio de Kinesiología en los Centros de Salud de Distrito Noroeste, Rosario." [Tesis de grado]. Rosario: Instituto Universitario del Gran Rosario. 2017.
11. Ministerio de Salud de la Nación. Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas GUIA PARA EL EQUIPO DE SALUD. 2a ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2011.
12. Vasquez Barrios A. Cáseres N. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud - 1a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008. Pag 26-27
13. Mainieri Hidalgo J. A. Educación formal para la Salud. Una alternativa para promover la Salud y prevenir la enfermedad. Rev Costarr Salud Pública. 2014; 23: 126-130.
14. Actualización semanal de la situación de eventos priorizados. En: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Boletín Integrado de Vigilancia. Dirección

- Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. N° 409. 2018. 23-43.
15. Parada Lezcano M, Romero Ma I, Moraga Cortés F. Educación médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. *Rev Med Chile*. 2016; 144: 1059-1066.
 16. Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales. El impacto global de la Enfermedad Respiratoria. 2a ed. México: Asociación Latinoamericana de Tórax; 2017
 17. Yuxia M, Bingshuang X, chang L, Yuxin Z, Xiaodong Z. Association between Ambient Air Pollution and Emergency Room Visits for Respiratory Diseases in Spring Dust Storm Season in Lanzhou, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Jun.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4924070/>
 18. Nascimento A, Santos J, Mill J, Bottoni de Souza J, Costa Reis N, Reisen V. Association between the concentration of fine particles in the atmosphere and acute respiratory diseases in children. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(3): 1-10.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5260929/>
 19. Hernández-Flórez L, Aristizabal-Duque G, Quiroz L, Medina K, Rodríguez-Moreno N, Sarmiento R, Osorio García S. Contaminación del aire y enfermedad respiratoria en menores de cinco años de Bogotá, 2007. *Rev. salud pública*. 2013;15(4):503-516.
Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n4/v15n4a02.pdf>
 20. Pugmire J, Vasquez M, Zhou M, Sherrill D, Haloneri M, Martinez F, et Al. Exposure to parental smoking in childhood is associated with persistence of respiratory symptoms into young adult life. *J Allergy Clin Immunol*. 2014; 134 (4): 962-965.
Disponible en: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(14\)01029-X/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(14)01029-X/fulltext)
 21. McEvoy CT, Spindel ER. Pulmonary Effects of Maternal Smoking on the Fetus and Child: Effects on Lung Development, Respiratory Morbidities, and Life Long Lung Health. *Paediatr. Respir. Rev.* (2016).
Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prrv.2016.08.005>.
 22. Wang R, Yang Y, Chen R, Kan H, Wu J, Wang K, Maddock J, Lu Y. Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) of the Relationship between Air Pollution and Children's Respiratory Health in Shanghai, China. *Int. J. Environ.*

Res. Public Health 2015, 12, 1834-1848.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344696/>

- 23.** Fernandes-Matano L, Monroy-Muñoz IE, Angeles-Martínez J, Sarquíz-Martínez B, Palomec-Nava ID, Pardavé-Alejandro HD, et al. (2017) Prevalence of non-influenza respiratory viruses in acute respiratory infection cases in Mexico. PLoS ONE 12(5): e0176298.

Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176298>

- 24.** Nenna R, Cutrera R, Frassanito A, Alessandrini C, Nicolai A, Cangiano G, et al. Modifiable risk factors associated with bronchiolitis. Ther Adv Respir Dis. 2017; 11(10): 393-401.

Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1753465817725722>

- 25.** Ferreira da Silva A, Garrido Veira dos Santos R, Argel de Melo C, Mesquita Bastos J. Designing and evaluating a health education session on respiratory infections addressed to caregivers of children under three years of age attending day-care centres in Porto, Portugal: A community-based intervention. Eur J Gen Pract. 2016; 23 (1): 43-50. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2016.1240777>

XII. ANEXOS
Nº 1



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL GRAN ROSARIO

Rosario, 25 de junio del 2018.


Sra. Directora de Centro de Salud,
Dra. Guevara Valeria,
S _____ / _____ D:

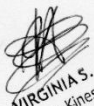
De nuestra mayor consideración:


Nos dirigimos a usted con el fin de solicitar su permiso, para realizar encuestas a padres/madres o tutores de niños de entre 0 a 5 años que se atienden en el Centro de Salud Dr. Roque Coulin. Serán de carácter anónimo bajo un consentimiento informado. Somos Manzano, Micaela Belén DNI 38135926 y Tourn, María José DNI 38598447, ambas estudiantes de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría del Instituto Universitario del Gran Rosario y dicha actividad forma parte de nuestro proyecto final de Tesina de Grado titulado "Impacto de la información recibida por padres o tutores de niños de 0 a 5 años con Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) en el Centro de Salud Dr. Roque Coulin."

Sin más, aguardamos por su respuesta.
Saludos cordiales.


MANZANO MICAELA BELÉN
DNI: 38135926


MARÍA JOSÉ TOURN.
DNI 38598447.


VIRGINIA S. ANGHILANTE
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Mat. 2319/2


VALERIA GUEVARA
MÉDICA
Mat. 17819

Nº 2

Consentimiento informado

FECHA		
		2018

Yo, _____, identificado con el número de documento _____, por voluntad propia doy mi consentimiento para participar en esta encuesta realizada para conocer la Información que reciben padres/madres/tutores sobre patologías respiratorias y condiciones de vida, que hace parte del trabajo final (tesina) de la Lic. en Kinesiología y Fisiatría de las estudiantes del Instituto Universitario del Gran Rosario, Manzano Micaela Belén y Tourn Maria José, el cual se está realizando en el Centro de Salud Dr. Roque Coulin de la ciudad de Rosario.

El Objetivo de esta investigación es *realizar un trabajo de campo en el Centro de Salud Dr. Roque Coulin para analizar la información que reciben los padres o tutores de niños de 0 a 5 años sobre las patologías respiratorias y cómo los mismos la utilizan.*

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objetivo de la entrevista y el propósito de su realización, los resultados del estudio serán publicados, pero su nombre o identidad no serán revelados y su información se mantendrá privada. Doy mi consentimiento para la utilización de los resultados de la misma en dicho proyecto.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

Firma del Participante

Nº 3

Encuesta

GENERAL:

- 1- Edad madre/padre/tutor _____
- 2- ¿Quién lleva al niño habitualmente a la consulta con el pediatra? _____
- 3- Nivel educativo madre/padre/tutor:
 - Primario (completo/incompleto)
 - Secundario (completo/incompleto)
 - Terciario (completo/incompleto)
 - Universitario (completo/incompleto)
- 4- El niño por el cual consulta, ¿concorre a la escuela/jardín? SI - NO

SOBRE EL HOGAR:

- 5- Cantidad de hijos: _____
- 6- Cantidad de personas que viven en su hogar: _____
 - ¿Cuántos niños? _____
 - ¿Cuántos adultos? _____
- 7- ¿Tiene mascotas que larguen pelo? SI - NO
 - ¿Conviven dentro del hogar? SI - NO
 - ¿Tiene contacto con el niño? SI - NO
- 8- Descripción del hogar
 - A. ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de su casa?
 - B. ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?
 - C. ¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda?
 - D. ¿El combustible que más usan para cocinar es...

<input type="radio"/> leña	<input type="radio"/> tubería
<input type="radio"/> carbón	<input type="radio"/> electricidad
<input type="radio"/> tanque	<input type="radio"/> otro combustible
 - E. La basura de esta vivienda...

<input type="radio"/> La recoge un camión o carrito de basura	<input type="radio"/> La tiran en la barranca o grieta
<input type="radio"/> La tiran en el basurero público	
<input type="radio"/> La tiran en un contenedor o depósito	
<input type="radio"/> La queman	
<input type="radio"/> La entierran	
<input type="radio"/> La tiran en un terreno baldío o calle	

F. ¿Cómo está calefaccionado su hogar?

9- ¿Alguna de las personas que viven en el hogar fuma? SI - NO

- ¿Fuma dentro o fuera del hogar? _____
- Si fuma dentro, ¿Lo hace cerca del niño? SI - NO
- Si fuma fuera, ¿Se lava las manos antes de alzar al niño? SI - NO

10- Acceso a información:

- Internet (tiene/no tiene)
- Televisión (tiene/no tiene)
- Diarios impresos/revistas (lee/no lee)
- Redes Sociales (usa/no usa)
- Radio (escucha/no escucha)

SALUD DEL NIÑO:

11- Edad del niño por el cual consulta: _____

12- ¿Sabe que enfermedad/patología tiene su hijo?

SI - NO (Detallar) _____

13- ¿Es la primera vez que su hijo sufre una enfermedad respiratoria?

SI - NO (Detallar cantidad de veces en el último año) _____

14- ¿Qué le recomienda su pediatra?

Si responde Kinesiología pasar a pregunta 15, de lo contrario a pregunta 16.

15- ¿Usted concurre al Servicio de Kinesiología? SI - NO - A VECES

(Si respondió "NO" o "A VECES", detallar el porqué)

16- ¿Sabe que se puede realizar Kinesiología respiratoria para mejorar la salud de su hijo? SI - NO

(Detallar) _____

17- ¿Se da cuenta cuándo tiene que traer al niño a la guardia? SI - NO

(Detallar) _____

En esta situación, ¿hay algo en el niño que piense que puede poner en riesgo su vida? (Detallar) _____

18- ¿Sabe qué es un Puff? SI - NO (Si respondió "SI", detallar)

- ¿Lo sabe usar?
SI - NO (Si respondió "SI", detallar como se usa)

- ¿Sabe cómo y cuándo tiene que dejar de usarlo? SI - NO
(Si respondió "SI", detallar como se usa)