



**RIDUNAJ**  
Repositorio Institucional  
Digital UNAJ



Universidad Nacional  
**ARTURO JAURETCHE**

Tesinas de Grado

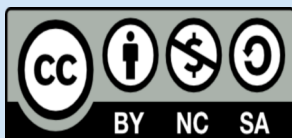
Godoy Carla y Sanchez Agustin Gustavo

# Infecciones Respiratorias Bajas en niños menores de 5 años

2022

*Instituto de Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Enfermería*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.  
Atribución – No comercial – Compartir igual 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Godoy, C. y Sanchez, A. G. (2022). *Infecciones Respiratorias Bajas en niños menores de 5 años* [Tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2962>



Instituto de Ciencias de la Salud  
Licenciatura en Enfermería

Tema: Infecciones Respiratorias Bajas en niños menores de 5 años

Autores: Godoy Carla

Sanchez Agustin Gustavo

Directora de Tesis: Lic. Romano Susana

Florencio Varela, 30/07/2022

## RESUMEN

El siguiente proyecto de corte descriptivo y transversal planteo estudiar la disminución de IRAB en pacientes menores de 5 años que concurren a consulta en el CAPS 20 de junio del barrio San Nicolás en los meses correspondientes al otoño-invierno del año 2020 dentro del contexto pandémico donde se han aplicado medidas preventivas y protocolares.

Se administró un cuestionario estructurado para la presente investigación a una muestra no probabilística intencional de 30 familias que concurren al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolás ubicado en Florencio Varela.

Se realizó análisis descriptivos y bivariados para la realización de este trabajo.

**PALABRAS CLAVE:** IRAB, niños menores de 5 años, CAPS.

## INDICE

Introducción.....	1
Planteamiento del problema .....	2
Justificación y uso de los resultados	
Objetivos.....	3
Objetivo General	
Objetivo Específico	
Marco Teórico.....	4
Metodología.....	20
Diseño Metodológico	
Población de Estudio	
Muestra	
Unidad de Análisis	
Criterios de Inclusión y Exclusión	
Tipos de Muestreo	
Técnica y Recolección de Datos	
Procesamiento y Análisis de Datos	
Operacionalización de las variables	
Resultados.....	25
Análisis de datos	
Conclusión ... ..	37
Recomendaciones .....	38
Referencias Bibliográficas.....	39
Anexos.....	43

## Introducción

Las infecciones respiratorias agudas bajas constituyen unos de los problemas de salud pública más importantes para la población infantil de 0 a 5 años y está dentro de las primeras causas de mortalidad dentro de esta población. Los diagnósticos principales son:

- Neumonías
- Influenza
- Bronquiolitis
- Bronquitis
- Síndrome de Distrés Respiratorio asociado a covid-19

La mayoría de las muertes por enfermedades respiratorias ocurren antes del año de edad especialmente entre los 2 y 3 meses de edad.

Las infecciones respiratorias agudas Bajas (IRAB) son un complejo conjunto de afecciones clínicas de diferentes etiología y gravedad que componen el sistema respiratorio y constituyen un problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbimortalidad en niños menores de 5 años, situándose la incidencia de casos en mayor proporción en las áreas urbanas atravesadas por determinantes socio ambientales complejas. Se observó que a partir de la implementación de los paquetes de medidas destinadas a prevenir el riesgo de contagio y diseminación del virus causante de la pandemia por covid -19, el comportamiento de las IRAB se ha modificado. En el planteo del estudio se optó por conocer ¿Cuáles son los factores que influyen sobre la disminución de contagios por infecciones respiratorias bajas en niños menores de 5 años que concurrieron al CAPS 20 de junio de la localidad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires en el periodo de Mayo 2019 a Setiembre del 2020 coincidentemente este último periodo con la pandemia por SARS-COV-2 se ha percibido una baja incidencia de casos de infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de 5 años, esto nos motivó a realizar un análisis descriptivo de la situación anteriormente planteada y se elaboro una encuesta con preguntas cerradas y abiertas para dicha investigación.

## Problema

¿Cuáles son los factores que influyen sobre la disminución de contagios por infecciones respiratorias bajas en niños menores de 5 años que concurren al CAPS 20 de junio de la localidad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires en el periodo de mayo 2019 a Setiembre del 2020 ?

## Objetivos

### Objetivo General:

Conocer los factores que influyen sobre la disminución de contagios por infecciones respiratorias bajas en niños menores de 5 años que concurren al CAPS 20 de junio de la localidad de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires en el periodo de mayo 2019 a Setiembre del 2020

### Objetivo específico:

Realizar un estudio sociodemográfico de la población en estudio para determinar sus características

Identificar los factores protectores que desde las perspectivas de Salud no hayan sido tenidos en cuenta y que contribuyan a mejorar estadísticamente el control sanitario.

Determinar las prevalencias y diferencias en la disminución de casos por infecciones respiratorias agudas bajas en los niños.

Mejorar el programa de prevención en conjunto a nivel hogar y Sanitario para evitar contagios en niños en situación de vulnerabilidad.

## Marco teórico

En el año 2002 se inició el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas en niños menores de 5 años; se realizó el lanzamiento nacional con la presencia de todas las provincias del país. Para entonces se recogieron algunas experiencias que se desarrollaban en algunas de ellas, entre las cuales, la provincia de Tucumán alcanzaba el mayor grado de desarrollo, fundamentalmente en el aprendizaje de la iniciativa chilena por parte de pediatras y especialistas en neumonología infantil. En el año 2003, el país comenzó a reponerse de la emergencia sanitaria del año anterior y se produjo un brote epidémico de bronquiolitis en varias jurisdicciones, donde aún la instalación del programa de prehospitalización no se desarrollaba masivamente. Esto ocasionó un aumento de la mortalidad por esta causa en varias provincias; las más comprometidas fueron Buenos Aires, Chaco, La Pampa, La Rioja, Santa Fe y San Juan.

Esta crisis despertó el compromiso político de las autoridades y favoreció el desarrollo y la extensión del programa en muchas provincias, ya que la organización de las salas de prehospitalización y la gestión de camas hospitalarias podrían dar una adecuada respuesta a las situaciones críticas de brote. En el año 2004 se incluyeron en la atención los niños con síndrome de obstrucción bronquial (SBO) recurrente, ya que estos casos representan una parte importante de las consultas por IRAB en los CAPS.

Para este objetivo se elaboró un instrumento normativo para la hospitalización abreviada y el SBO recurrente. Asimismo, se ha puesto énfasis en la aplicación adecuada de medidas de control ambiental tendientes a evitar o disminuir la exposición a los desencadenantes que inducen la inflamación de la vía aérea y agravan las IRAB (cigarrillo, braseros, polución ambiental) a través de acciones fundamentales en la prevención de la obstrucción bronquial (Esperanza AM, Orazi V, Manfredi L., 2005)

Los virus respiratorios son la principal causa de infección respiratoria aguda baja (IRAB) en la población pediátrica. En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el estado de pandemia de la enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) con un impacto global elevado.

Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. (Nair H, 2013); (Luis L, 2012). Los virus respiratorios son la principal causa de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en la población pediátrica (ViegasM, 2004).

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró el estado de pandemia de la enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19, por su sigla en inglés), causada por el coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2, por su sigla en inglés), con un gran impacto en todo el mundo. A más de un año de esta declaración, se reportan 178 millones de casos confirmados y 3,8 millones de fallecidos en más de 200 países. (Organization, s.f.).

La afectación de la población pediátrica por COVID-19 muestra características que la diferencian de la pandemia ocurrida en 2009, causada por el virus influenza H1N1, en la cual los niños fueron los más afectados, incluso desplazando al virus sincicial respiratorio (VSR) como principal agente de infecciones respiratorias durante el periodo de mayor circulación pandémica. (Gentile A, Bakir j, Russ C, Rubinsky S., 2011) .

Los niños con infección por SARCov-2 suelen tener síntomas leves de corta duración, y el 15-35% pueden ser asintomáticos. La mayoría tiene un contacto familiar documentado, que a menudo muestra síntomas antes que ellos. (Alsohime F, Temsah MH, Al-Nemri AM, Somily AM, Al-Subaie S., 2020).

En nuestro país, desde el inicio de la pandemia, hasta el 12 de junio 2021 se notificaron más de 400 000 casos confirmados en menores de 20 años, que representan el 10 % de los casos confirmados del país. La mediana de edad de los casos confirmados fue de 15 años; 2,6 % fueron menores de 1 año, sin diferencia entre sexos. En su mayoría fueron casos leves y moderados. El 0,2 % requirió cuidados intensivos con una tasa de letalidad del 0,06 %. El 89 % de los casos fallecidos presentaban comorbilidades; las más frecuentes fueron la enfermedad neurológica crónica y la inmunosupresión ( Ministerio de Salud., 2021).

Para contener la propagación del SARSCoV-2, en Argentina se tomaron inicialmente dos medidas: el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO)

y el distanciamiento social preventivo y obligatorio (DISPO). Sumado a esto, el 15 de marzo del 2020 se suspendió el dictado de clases presenciales en todas las escuelas del país hasta octubre del mismo año, fecha en que se inicia el protocolo de actividades educativas de re vinculación, orientación e intercambio y actividades presenciales de cierre del año lectivo. Este protocolo estableció la posibilidad de organizar actividades educativas no escolares (artísticas, deportivas, recreativas, de apoyo escolar y otras) destinadas a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en grupos de no más de 10 personas, preferentemente al aire libre, en las condiciones de seguridad sanitaria establecidas en la normativa de emergencia. ( Presidencia Argentina, 2021).

Se sabe que el SARS-CoV-2 se transmite principalmente a través de gotas respiratorias y aerosoles en ambientes cerrados, sin ventilación adecuada y con acúmulo de personas. Para el resto de los virus respiratorios que pueden causar IRAB, las vías de transmisión son las gotas de flugge y el contacto directo o indirecto a través de una superficie u objeto intermedio. (Organization., 2021) (Alsved M, Matamis A, Bohlin R., 2020)

En niños menores de 5 años, las IRA bajas (IRAB) se presentan frecuentemente como Síndrome Bronquial Obstructivo agudo (SBO), con sibilancias, taquipnea y tiraje (en casos graves).

Numerosos patógenos (la mayoría virus respiratorios) se asocian a IRA. El virus sincicial respiratorio (VSR) tiene el mayor protagonismo, tanto en la bronquiolitis como en las IRAB. Con menor prevalencia se describen, para influenza 1-2-3, influenza A-B, adenovirus, enterovirus y coronavirus, incorporándose en los últimos años metaneumovirus y bocavirus humano.

Si bien rinovirus humano (RVh) se ha relacionado a cuadros de vías aéreas superiores (resfrío común) (Arruda E, Pitkaranta A, Witec TJ., 1997) en la última década, con las nuevas técnicas diagnósticas, numerosos autores documentaron su presencia en IRAB con sibilancias en cuadros agudos y recurrentes. Las prevalencias oscilan en 11-26% (Blomquist S, Roivainen M, Puhakkia T., 2002). (Pitrez P M, Stein R T, Stuermer L., 2005) Este virus pertenece a la familia *Picornaviridae* (junto con poliovirus, enterovirus y hepatitis A). Desde que fue aislado en 1956, se identificaron más de 100 genotipos y serotipos. Aunque se documentó que más del 75% de los niños

tuvo contacto con RVh antes de los dos años de vida, (Marguet C, Lubrano M, Geudin M., 2009) , su rol patogénico ha sido escasamente mensurado (Steininger C, Aberle S O, Popow-kraupp T., 2001). El reciente trabajo de Piotrowska y cols (Piotrowska Z, Vazquez M, Shapiro E, Weibel C., 2009) , aporta datos muy interesantes. Estudiaron menores de 2 años con infección respiratoria, con sibilancias y sin ellas y lactantes sanos, mediante métodos diagnósticos de biología molecular (RT-PCR y análisis filogenético de RVh). Sus resultados muestran que rinovirus es de los principales patógenos responsables de sibilancias en esa edad (17-26% de prevalencia en lactantes con IRA contra 3% en controles sanos), con un porcentaje de hospitalización entre los casos positivos similares a VSR (55% contra 52,7%). Otra publicación, también reciente, confirma la presencia de RVh en menores de 1 año con IRAB (aunque con menor prevalencia, 7%). Las infecciones por VSR fueron más graves con mayor tiempo de hospitalización que las producidas por rinovirus, metapneumovirus e infecciones mixtas (VSR/RVh) (Marguet C, Lubrano M, Gueudin M., 2009).

Actualmente el programa ha tenido modificaciones ya que en el año 2020 surge a nivel mundial una nueva pandemia con un alto índice de contagio por lo cual la detección precoz y aislamiento de todos los casos compatibles con COVID-19, seguido del rastreo y cuarentena de sus contactos estrechos, son fundamentales para reducir la transmisión de la infección. El pico máximo de la carga viral de SARS CoV-2 COVID-19 y su transmisibilidad ocurren cerca del momento del inicio de los síntomas. Ante la sospecha de COVID-19, la prueba diagnóstica de infección por SARS-CoV-2, se realizará ante el primer contacto con el sistema de salud, preferentemente en las primeras 24 horas de inicio de los síntomas. La COVID-19 en la población pediátrica tiene un amplio abanico de presentación y en muchos casos se trata de una enfermedad oligosintomática, por lo cual, es fundamental que el sistema de salud se mantenga sensible para el diagnóstico y aislamiento oportuno. Ante todo, caso sospechoso en niños, niñas y adolescentes (NNyA) se debe indicar el aislamiento inmediato del paciente y comenzar las acciones de rastreo y cuarentena de sus contactos estrechos, sin esperar los resultados de

laboratorio. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2021).

EL personal de salud implemento varias medidas para el manejo de los IRAB que fueron las siguientes :

- Implementar sectores de pre-triage para organizar la atención según la presencia o no de fiebre, síntomas respiratorios y de contacto con casos de COVID-19. (Organization W. H., 2020) , (CDC, centros para el Control y la Prevencion de Enfermedades, 2020), (Sociedad Argentina de Pediatría, 2020)
- Implementar triage para categorizar la gravedad del paciente que arriba al hospital y definir la sospecha de COVID-19 así como su rápida asistencia.
- Evitar, en lo posible, el recambio elevado del personal que realizará pre-triage y el triage. Permitir la re-funcionalización de profesionales en las diferentes áreas de la institución según la necesidad.
  - Definir áreas bien diferenciadas de circulación y atención para pacientes respiratorios y no respiratorios en los servicios de emergencia o consultorios.
  - Identificar el caso sospechoso, proveerle barbijo quirúrgico al paciente y al familiar o cuidador responsable.
  - Definir circuitos de circulación diferenciados desde y hacia las áreas de atención de los pacientes sospechosos. Ubicar aquellos casos sospechosos en sectores diferenciados y aislados; utilizar en lo posible zonas de circulación preestablecidas para cada grupo (sospechosos y no sospechosos).
- La evaluación inicial del niño deberá realizarse en consultorios destinados para tal fin, con ventilación adecuada y puertas cerradas.
- El personal de salud que atendía al paciente, deberá usar las medidas habituales de precaución estándar, asilamiento de contacto y transmisión por gotas respiratorias, para todos los pacientes respiratorios.
- Definir seguimiento ambulatorio, transferencia a otro sector de la institución o derivación a otro centro, según las condiciones clínicas y la respuesta al tratamiento inicial.
- Trabajar en forma coordinada con las diferentes áreas del hospital (unidades de internación, unidades de cuidados intensivos [UCI] y servicios de apoyo) para evitar riesgos de exposición potencial a SARS-CoV 2.

- Seleccionar y utilizar adecuadamente el equipo de protección personal (EPP), según lo establecido para los procedimientos generadores de aerosoles (PGA) y los que no lo son (SADI, 2020) .

- Utilizar cartelera en áreas visibles para pacientes y personal con las normas mínimas de manejo de la institución para evitar circulación innecesaria.

También se utilizó una clasificación para el manejo de los cuadros clínicos de los pacientes que se presentaron con IRA y por colores según su gravedad : En leves (verdes ), moderados(amarillos), graves (naranja), y los críticos (rojos) en el contexto de la pandemia. Siempre tener en cuenta que es importante disminuir al mínimo necesario el número de personal involucrado en la atención.

En el cuadro clínico leve : Pacientes sin factores de riesgo (inmunodeficiencias primarias o secundarias, cardiopatías, enfermedad neuromuscular, enfermedad respiratoria crónica, prematurez, enfermedad de células falciformes, diabetes).

Sin requerimientos de oxígeno, soporte nutricional o hidratación parenteral. Signos vitales dentro de límites normales o levemente alterados.

Presencia de otros síntomas inespecíficos (fiebre, tos, odinofagia, congestión nasal, vómitos, diarrea, cefalea, mialgias, inyección conjuntival).

- Realizar búsqueda de COVID-19 por RT-PCR en todos aquellos pacientes que cumplan con la definición de caso sospechoso (según las definiciones vigentes del Ministerio de Salud de la Nación para pacientes pediátricos). Utilizar el EEP adecuado para la toma de muestra (PGA).

- Evaluar factores de riesgo y condiciones socioambientales para definir la posibilidad de seguimiento ambulatorio.

- En caso de ser necesario, tratamiento broncodilatador con agonistas  $\beta_2$  mediante aerocamaras o espaciadores; se desaconseja el uso de nebulizaciones.

- Ante un cuadro de laringitis, se sugiere corticoterapia vía oral y evitar las nebulizaciones.

Cuadro clínico moderado (amarillo) Pacientes con cuadro de dificultad respiratoria

(taquipnea > 60 RPM en el < de 2 meses, 50-59 RPM en el niño de 2 a 11 meses y 40-49 PRM en el niño de 1 a 5 años) que requiere tratamiento de sostén con oxígeno y/o apoyo nutricional y/o hidratación parenteral. COVID-19 Recomendaciones y procesos de atención para los servicios de emergencia e internación o Pacientes con cuadros leves pertenecientes a grupos de riesgo (inmunodeficiencias primarias o secundarias, cardiopatías, enfermedad neuromuscular, enfermedad respiratoria crónica, prematurez, enfermedad de células falciformes, diabetes).

1-Realizar búsqueda de COVID-19 por RT-PCR en todos aquellos pacientes que cumplan con la definición de caso sospechoso (según las definiciones vigentes del Ministerio de Salud de la Nación para pacientes pediátricos). Utilizar el EEP adecuado para la toma de muestra (PGA). Solicitar también la búsqueda de virus respiratorios estacionales, además de SARS-CoV-2.

2-Indicar oxigenoterapia por cánula nasal o máscara simple si el paciente presenta hipoxemia. Evitar la humidificación.

3-En caso de ser necesario tratamiento broncodilatador, se sugiere utilizar agonistas  $\beta_2$  mediante aerocámara o espaciadores; se desaconseja el uso de nebulizaciones.

4-Indicar corticoterapia solo si el paciente presenta una exacerbación asmática, hiperreactividad bronquial o laringitis moderada.

5-Si el paciente presenta laringitis moderada y se indica nebulización con adrenalina, se sugiere realizar este tratamiento en una habitación de aislamiento (idealmente con presión negativa). El personal de salud que ingrese al aislamiento a asistirlo debe utilizar EPP adecuado (PGA).

6-No se recomienda radiografía (Rx) o tomografía computada (TAC) de tórax de manera rutinaria.

7-Si se sospechara neumonía y se requiere la realización de Rx de tórax, idealmente deberá realizarse entre la atención en guardia y su internación definitiva. Si se confirma el diagnóstico clínico y radiológico de neumonía, proceder al tratamiento habitual en la institución.

8-No se recomienda realizar exámenes de laboratorio de manera rutinaria.

9-Según la factibilidad y disponibilidad de la institución, internar en habitación de aislamiento con presión negativa, habitación de aislamiento, habitación

común en cohortes según rescate microbiológico, o en última instancia, con distanciamiento de al menos 2 metros entre cada paciente.

10-El material utilizado para la atención del paciente (estetoscopio, termómetro, etc) deberá ser de uso individual. En caso contrario, deberá limpiarse con solución de alcohol al 70% antes y después de su uso en cada paciente.

11-El acompañante deberá estar asintomático, no presentar factores de riesgo para infección por COVID-19, y permanecer con medidas de protección adecuadas (barbijo, lavado de manos, higiene respiratoria, etc.). No debe salir de la habitación del paciente y no se permitirán visitas. De presentar síntomas durante la internación, deberá ser reemplazado por otro acompañante y se dará notificación al equipo asistente de pacientes adultos de la institución (si lo tuviera) o de otra institución o servicio de emergencias. COVID-19 Recomendaciones y procesos de atención para los servicios de emergencia e internación.

Cuadro grave (naranja):Pacientes con dificultad respiratoria grave, estridor audible, quejido, aleteo nasal, retracción torácica, polipnea (>70 RPM en niño < de 1 año o > a 50 RPM en niño ≥ a 1 año), cianosis central +/- Cuadro clínico compatible con shock séptico compensado

1-Realizar búsqueda de COVID-19 por RT-PCR en todos aquellos pacientes que cumplan con la definición de caso sospechoso (según las definiciones vigentes del Ministerio de Salud de la Nación para pacientes pediátricos). Utilizar el EEP adecuado para la toma de muestra (PGA). Solicitar también la búsqueda de virus respiratorios estacionales, además de SARS-CoV-2.

2-Indicar oxigenoterapia por cánula nasal o máscara simple si el paciente presenta hipoxemia. Evitar la humidificación.

3-En caso de ser necesario tratamiento broncodilatador, se sugiere utilizar agonistas  $\beta_2$  mediante aerocámara o espaciadores; se desaconseja el uso de nebulizaciones.

4-Indicar corticoterapia si el paciente presenta una exacerbación asmática,

hiperreactividad bronquial o laringitis moderada.

5. Prestar especial atención al deterioro clínico progresivo, mantener monitorización continua de signos vitales.

6-Mantener un manejo conservador de administración de fluidos, salvo situación clínica compatible con shock, donde se deben seguir las recomendaciones habituales.

7-Considerar Rx de tórax y laboratorio de sangre según cada caso individual. Si se confirma el diagnóstico clínico y radiológico de neumonía, proceder al tratamiento habitual en la institución.

8-Considerar internación en UCI.

9-Según la factibilidad y disponibilidad de la institución, internar en habitación de aislamiento, en cohortes según rescate microbiológico, o en última instancia con distanciamiento de al menos 2 metros entre cada paciente.

10-El material utilizado para la atención del paciente (estetoscopio, termómetro, etc) deberá ser de uso individual. En caso contrario, deberá limpiarse con solución de alcohol al 70% antes y después de su uso en cada paciente.

11-El acompañante deberá estar asintomático, no presentar factores de riesgo para infección por COVID-19, y permanecer con medidas de protección adecuadas (barbijo, lavado de manos, higiene respiratoria, etc.). No debe salir de la habitación del paciente y no se permitirán visitas. De presentar síntomas durante la internación, deberá ser reemplazado por otro acompañante y se dará notificación al equipo asistente de pacientes adultos de la institución (si lo tuviera) o de otra institución o servicio de emergencias. COVID-19 Recomendaciones y procesos de atención para los servicios de emergencia y internación

Cuadro clínico crítico(rojo) :Pacientes con cuadro de claudicación respiratoria inminente aguda (CRIA), shock descompensado, paro respiratorio o paro cardiorrespiratorio.

1-Iniciar el manejo del paciente con EPP/PGA. El área donde se realice la intubación y/o la toma de muestras respiratorias deberá ser considerada contaminado por al menos 2-3 hs

2-Disminuir al mínimo necesario el número de personal involucrado en la

atención.

3-Establecer una comunicación fluida con la UCI y trabajar en forma coordinada.

4-Considerar la intubación orotraqueal precoz en el paciente en shock.

5-Realizar Rx de tórax y tomar muestras de sangre para laboratorio. Considerar la realización de electrocardiograma y de ecocardiograma.

6-Indicar tratamiento antimicrobiano (antibiótico o antiviral) según sospecha diagnóstica y protocolos institucionales.

7-La toma de muestras microbiológicas está supeditada al estado clínico del paciente. No demorar el tratamiento para obtener muestras. En caso de ser posible tomar muestras respiratorias, se solicitará RT-PCR COVID-19 y otros virus respiratorios estacionales.

8-Considerar la posibilidad de daño miocárdico, aun en pacientes sin factores de riesgo.

9-Mantener al paciente en aislamiento durante la atención inicial, y luego, según la disponibilidad de la UCI, internar en habitación aislamiento con presión negativa, habitación de aislamiento, o en cohortes según rescate microbiológico.

10-El acompañante del paciente deberá permanecer en un área designada por la institución con las medidas de precaución de contagio adecuadas y, de ser posible, aislado por la eventualidad de que pudiera ser contacto de caso positivo para SARS-CoV2, hasta que se confirme o descarte el diagnóstico de COVID19 en el niño.

También se protocolizó el manejo del paciente Prehospitalario e Interhospitalario

1-El equipo de traslado estará formado por un médico de traslado y un enfermero entrenado en urgencias, incluido el manejo de respiradores de transporte.

2-El personal asistencial debe utilizar EPP, el chofer no requiere EPP, si el habitáculo está aislado y no participa en los cuidados del paciente.

3. Realizar comunicación telefónica previa con centro coordinador de derivaciones de cada distrito o localidad para consensuar y preparar la

recepción.

4-El centro receptor deberá contar con datos filiatorios, fecha y hora de arribo; el centro emisor debe recibir los datos del nombre del responsable que recibe al paciente, la zona de ingreso y la circulación preestablecida.

5-Obtener y brindar información detallada sobre parámetros clínicos y complejidad requerida, grado de criticidad y medicación en uso (dosis, frecuencia, diluciones).

6-El centro coordinador de derivaciones informará al centro emisor las recomendaciones que emita el centro receptor.

7-El paciente debe ser trasladado en el sector trasero de la ambulancia.

8-El paciente debe ingresar directamente por el circuito preestablecido, y debe dirigirse al sector de aislamiento predeterminado por la institución.

9-Toda la documentación debe ser trasladada en una bolsa cerrada, en el sector limpio de la ambulancia.

10-En la medida de lo posible, desinfectar el móvil en el hospital receptor para que esté inmediatamente disponible para otros traslados.

Con respecto a las instituciones en las áreas operativas ,como planta física tambien se protocolizo el manejo del paciente, equipamiento e insumos

1-Identificar áreas de uso potencial para colocar cohortes de pacientes.

2-Planificar los insumos necesarios para cada área y establecer los EPP con la suficiente anticipación para evitar la exposición del personal. Establecer una secuencia de habilitación progresiva de sectores de internación.

3-Establecer una secuencia de habilitación progresiva de sectores de internación.

4-Determinar las especificaciones de ventilación ambiental y circulación de aire de cada sector, incluida la presencia de filtros HEPA si se encuentran disponibles.

5-Desarrollar un protocolo para realizar agrupamientos de pacientes por cohortes de casos confirmados, en caso de ser necesario. Al definir los sectores de aislamiento, considerar el uso discriminado de baños para cada cohorte de pacientes y cuidadores.

6-Establecer adecuada señalización para los circuitos de pacientes respiratorios y no respiratorios. COVID-19 Recomendaciones y procesos de atención para los servicios de emergencia e internación

7-Establezca circuitos adecuados para la gestión de EPP, de materiales contaminados, etc. en relación con las recomendaciones del equipo de Prevención y Control de Infecciones.

Para ello fue necesario contar con :

Disponibilidad de camas

Oxígeno por red hospitalaria.

Oxígeno portátil.

Alimentación eléctrica

Respiradores.

Recursos humanos

También dentro del protocolo se incorporó personal formado en control de infecciones que eran los responsables de :

1-Asignar un responsable de Calidad en el Servicio, para asegurar e impulsar el cumplimiento del programa de PCI.

2-Asegurar la provisión de EPP y de programas de entrenamiento para el uso de estos. Trabajar en el uso racional de los EPP.

3-El equipo de PCI debe formar parte del grupo operativo, para asesorar sobre las intervenciones complejas potencialmente contaminantes.

4-El equipo de PCI debe examinar las unidades de aislamiento, para asegurar que cumplan los requisitos de ventilación y circulación adecuados.

5-Mantenga un flujo adecuado y coordinado de comunicación, obtención de muestras para COVID-19, devolución de los resultados y carga en el sistema nacional de vigilancia epidemiológica con el laboratorio lo cual será beneficioso en acortar los tiempos de aislamiento innecesario sobre todo en niños y niñas

pequeños.

Con respecto a la limpieza y desinfección también se instruyó al personal para:

1-Asegure la limpieza y desinfección de todo el equipamiento utilizado en la atención y el traslado de pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 dentro o fuera del hospital, al volver a la unidad emisora.

2-Los insumos descartables serán descartados en bolsa roja dentro de la unidad de destino del paciente.

3-Asegure una manipulación segura de la ropa sucia y de los residuos.

4-Los ascensores deberán ser higienizados y ventilados inmediatamente al traslado siguiendo las normas establecidas, de haber disponibilidad, utilizar un ascensor exclusivo para el traslado de pacientes sospechosos o confirmados por COVID19.

5-Asegure el manejo adecuado de mamaderas y otros elementos de alimentación y uso personal de pacientes y acompañantes en áreas de internación de casos sospechosos o confirmados.

Con respecto a la provisión o reposición de los medicamentos el servicio de farmacia fue :

1-Los responsables de la farmacia deben evaluar los requerimientos médicos en un escenario de ocupación completa de las camas. La comunicación oportuna de los insumos escasos será fundamental para evitar los desabastecimientos.

2-Los responsables de la farmacia deben asegurar las cadenas de distribución y entrega de medicamentos a las áreas críticas.

3-Deberá realizarse un control de los insumos que la institución reciba previamente a la distribución de estos para informar posibles desvíos en la calidad o cantidad.

Fue importante también la comunicación del equipo de salud para poder llevar a cabo y resolver los inconvenientes que se susciten por lo que se tuvieron en cuenta algunos aspectos :

1-Realice reuniones cortas con los líderes de los equipos para discutir temas

operativos. En caso de reuniones que se prevé que no serán cortas, realícelas a través de medios virtuales y no presenciales para mantener el distanciamiento social.

2-Programe agendas de temas específicos para cada reunión y, en la medida de lo posible, algún producto debe surgir de cada encuentro con responsables, tiempo estimado de realización, etc.

3-Delegue y supervise.

4-Estimule el diálogo franco entre todos los miembros del equipo, para que todos puedan aportar soluciones prácticas a los problemas.

5-Desarrolle protocolos institucionales de salud ocupacional, y protocolos específicos de diagnóstico rápido para el personal sospechoso de padecer COVID-19. Diagrame el flujo de notificación y seguimiento de los casos sospechosos y/o confirmados del personal de su institución para evitar duplicación de las notificaciones o pérdidas del seguimiento.

6-En lo posible los protocolos y guías de atención deben estar disponibles en el sistema informático de la institución. También podrán ser difundidos a través de las listas de mails o teléfonos del personal. Designe un único responsable de divulgación de las normas y protocolos para evitar múltiples vías de información.

7-Elabore y difunda al personal de salud, información periódica sobre la evolución de casos sospechosos y confirmados de COVID19 en pacientes y personal de salud.

8-Asegure el apoyo al bienestar físico y mental de los equipos de salud (emocional, alimentación, hidratación y el sueño). Manténgase alerta a los signos de agotamiento psicológico (burnout) en los miembros del equipo.

9-Apoye especialmente a los miembros del equipo que pertenecen a grupos de alto riesgo: inmunocomprometidos, enfermedades crónicas, edad avanzada, etc.

(Ministerio de Salud Argentina, 2020).

Si bien se protocolizo el tratamiento para los IRAB utilizándose las medidas

preventivas para los pacientes y sus familias ,tambien hemos detectados las necesidades básicas insatisfechas de los niños y las mismas , tomando como modelo de enfermería al de Virginia Henderson que se adecua a esta población definiendo el rol de enfermería en la atención al sujeto sano o enfermo en todo tipo de actividad que contribuya a su salud o a recuperarla. La enfermera tiene Función propia, utilidad social, aunque comparta sus actividades con otros Profesionales, también la autora identifica los elementos fundamentales que representan el “qué hacer” teniendo como objetivo los cuidados de las personas que representan un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas y tienen un potencial que desarrollar donde enfermería interviene ayudando a mantener la independencia (hacer con), voluntad o conocimiento con la educación para superar las dificultades aérea de dependencia que es uno de los mayores impedimentos en la satisfacción de una o varias necesidades como la falta de conocimientos o de percepción de su situación de salud interna o externa para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos, la fuerza física (impedimento motriz), psíquica cuando ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud o no es capaz de tomar decisiones o las que toma no son las adecuadas, voluntad que es la intencionalidad de la recuperación , mantenimiento o aumento de la independencia y ponerla en práctica por el tiempo necesario. Para Virginia Henderson, el concepto de necesidad no tiene significado de carencia o problema, sino de requisito. Constituye el elemento integrador, es decir, cada necesidad está implicada en las diferentes dimensiones de la persona: biológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Aunque algunas podrían considerarse esenciales para la supervivencia, todas son requisitos fundamentales, indispensable para mantener la integridad de las

personas pueden ser universales; comunes y esenciales para todos o específicas se manifiestan y satisfacen a cada persona (Clares, 2014).

«Si se quiere ser una buena enfermera para un paciente, se debe pensar en todos los aspectos de su vida. No sé cómo puedes cuidar a una persona sin tener en cuenta que tiene varias funciones. No sé cómo se puede enseñar o escribir sobre la Enfermería a menos de que se separen esas funciones y se hable del modo en que deben tratarse. Veo continuamente a personas encorvadas en una cama que están recibiendo los cuidados de alguien que puede que sea muy holístico, pero que no tiene en cuenta que la postura de la persona no permite que sus pulmones se expandan con normalidad”.

## Metodología

Diseño metodológico: El trabajo de estudio será descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, correlacional y cuantitativo.

Población de Estudio: Serán todos los niños de 0 a 5 años del CAPS 20 de junio del Barrio San Nicolás de la localidad de Florencio Varela Provincia de Buenos Aires que concurrieron en el periodo comprendido de mayo del 2019 a setiembre del 2020.

Muestra: El tipo muestra será realizada puntualmente a los 30 primeros niños menores de 5 años que hayan padecido enfermedades respiratorias según el registro del CAPS 20 de junio del Barrio San Nicolás, en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020

Unidad de Análisis: Sera cada niño del CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Criterios de inclusión: Niños menores de 5 años cuyas familias deseen participar de la investigación ,que hayan padecido problemas respiratorios que residan dentro del área programática del CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Criterios de Exclusión: No pertenecer al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolás, partido de Florencio Varela, que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Ser mayor de 5 años ,que no presente ninguna patología respiratoria aguda y que no deseen participar de la investigación .

Tipo de Muestreo: Sera intencional y puntual a 30 niños que hayan concurrido al CAPS 20 de junio que hayan padecido de IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020

Técnicas y recolección de datos: Se desarrollo un cuestionario con preguntas, cerradas dicotómicas y abiertas de respuestas múltiples.

Procesamiento y análisis de datos: Se representaron en gráficos y tablas de forma que se pueda comprender el objeto del estudio.

Las fuentes serán primarias porque el dato será construido en función de las repuestas de una encuesta.

Recursos: Mediante la intervención de los agentes Sanitarios que trabajan en el CAPS (consultorio Pediátrico) se utilizara registros de datos e información, realizando llamadas telefónicas con el consentimiento informado de quienes tienen a su cargo al menor (madre, padre, abuelos, conviviente).

Valores de Ética: Se respetó la confidencialidad de los encuestados a través de un modelo de consentimiento informado.

## Planilla de Consentimiento Informado

Fecha: ..... / ..... / .....

Apellido y Nombre del Paciente:

Yo.....con Documento Tipo (.....)

Nº.....doy mi conformidad respecto a las Encuestas que me serán realizadas por Personal de Salud del CAPS 20 de junio del barrio San Nicolás ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

de la Localidad de Florencio Varela referente a las Infecciones Respiratorias Aéreas Bajas (IRAB) Durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio o Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio, del año 2020 dentro de las pautas detalladas precedentemente.

Firma.....

Aclaración.....

Domicilio.....

## Operalización de las variables en estudios

1-variable edad

Dimensión en años.

Categorías: 1- 0 a 1 año.

2- 1 a 2 años.

3- 2 a 5 años.

2- variable: conocimientos de los signos de alarmas de los padres de los niños del CAPS.

Dimensión: Insuficiencia respiratoria leve, moderada y grave

Categorías: 1 control de temperatura, 2 frecuencia respiratoria, 3 frecuencia cardiaca, 4 coloración de la piel, 5 falta de apetito.

3-variable: cumplimiento del calendario de vacunación

Dimensión: vacunas aplicadas de acuerdo a su edad

Categoría: 1 incompleta, 2 en curso y 3 completa.

4- Variable: Crisis respiratoria que han padecido los niños durante la pandemia

Dimensión : complicaciones respiratorias de acuerdo a la edad y época invernal

Categorías: 1 bronquiolitis, 2 laringitis, 3 influenza, 4 sin síntomas.

5- Variable: recibieron atención médica todos los niños con IRAB

Dimensión: Atención medica ante todos los eventos respiratorios

Categorías: 1 respiratorios, 2 otras patologías (gastrointestinales, etc.).

6- Variable: seguimiento pediátrico post IRAB de los niños del CAPS

Dimensión: Prevención de complicaciones respiratorias

Categorías: 1 Insuficiencias respiratorias agudas bajas graves, 2 neumonías,

3 infecciones asociadas, 4 mortalidad infantil.

7- Variable: contacto estrecho con personas con enfermedades respiratorias.

Dimensión: Adultos y otros niños con enfermedades respiratoria bajas.

Categorías: 1 covid 19, 2 Neumonías, 3 bronquitis, 4 laringitis, otras.

8-Variable: Estuvieron en reuniones sociales durante la pandemia

Categorías: 1 personas sanas, 2 contacto estrecho con covid 19, 3 otras enfermedades respiratorias.

9-Variable Espacios utilizados en pandemia de covid 19

Dimensión : Espacios de frecuencia y permanencia de los niños menores de 5 años.

Categorías: 1 abiertos, 2 semicerrados, 3 cerrados.

10-Variables: Utilización de medidas de protección estándar durante la pandemia

Dimensión: Elementos de protección para evitar la propagación de las enfermedades respiratorias.

Categorías: 1 barbijos, 2 camisolines, 3 gorros.

11-Variable: Recibieron ayuda económica y asistencia social durante la pandemia.

Dimensión: Detección de las necesidades básicas insatisfechas de los niños y sus familias.

Categoría: 1 falta de alimentación, 2 falta de medicamentos para sus curación, 3 falta de abrigos, 4 falta de dinero para movilizarse, 5 otros.

12 variable: Poseen servicios esenciales las familias de los niños que asisten al CAPS.

Dimensión: Saneamiento ambiental de la zona donde viven los niños en estudio.

Categorías: 1 agua, 2 luz, 3 gas, 4 asfalto, 5 recolección de residuos.

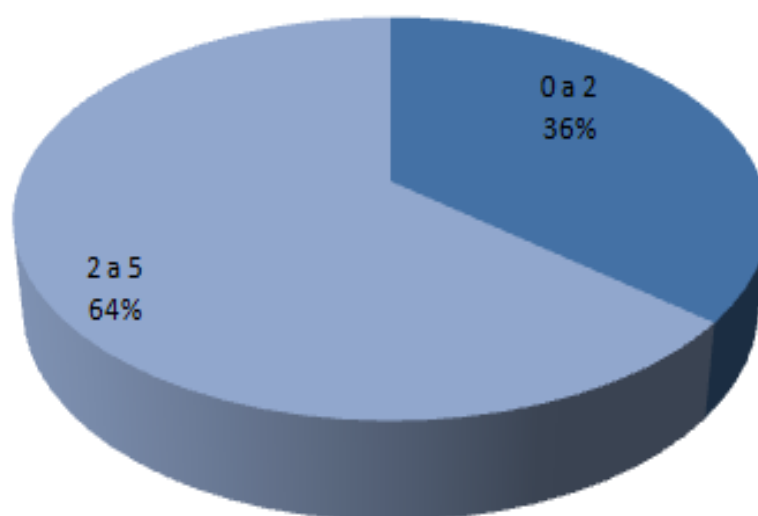
## Resultados

TABLA 1: Distribución por edad de los niños que concurrieron al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolás, partido de Florencio Varela, que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Distribución por edades	Resultado	%
0 a 2 años	22	36%
2 a 5 años	39	64%
Total	61	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación

### Distribución por Edad



Análisis e interpretación:

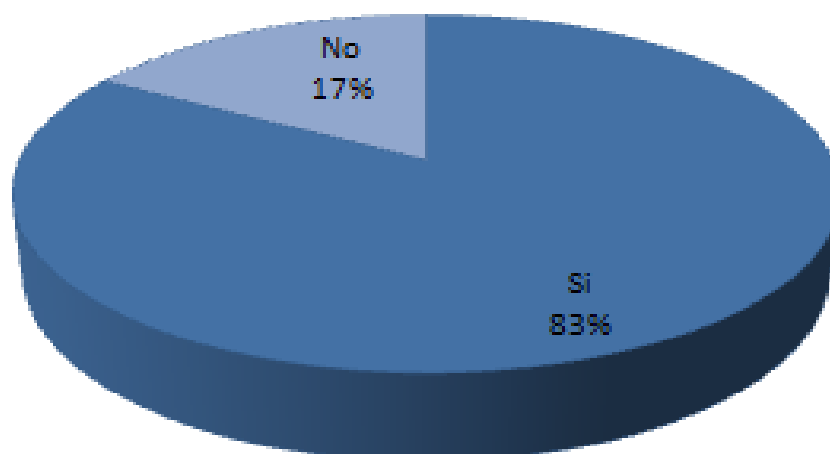
Se observa que del total de los 30 niños el 36% pertenece al rango de 0 a 2 años, y el 64% al rango de 2 a 5 años de edad. Siendo el mayor porcentaje los niños entre 2 a 5 años de edad.

TABLA 2: Signos de alarmas que tienen los padres de los niños que concurren al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

signos de alarmas	Resultado	%
SI	25	83%
NO	5	17%
Total	30	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación

### Signos de Alarma



Análisis e interpretación grafico de tabla 2.

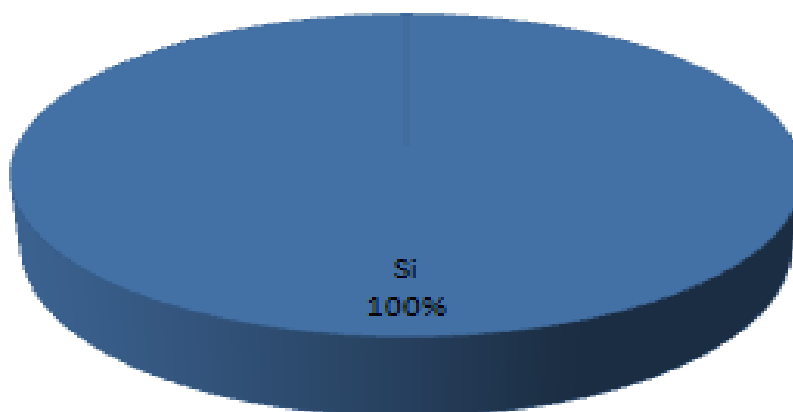
Se observa que del total de los encuestados el 83% SI conocen y el 17% NO conocen los signos de alarma.

TABLA 3: Calendario de Vacunación de los niños que concurrieron al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Vacunación completa por edad	Resultado	%
SI	30	100%
NO	0	0%
Total	3°	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación

### Calendario de vacunación completa



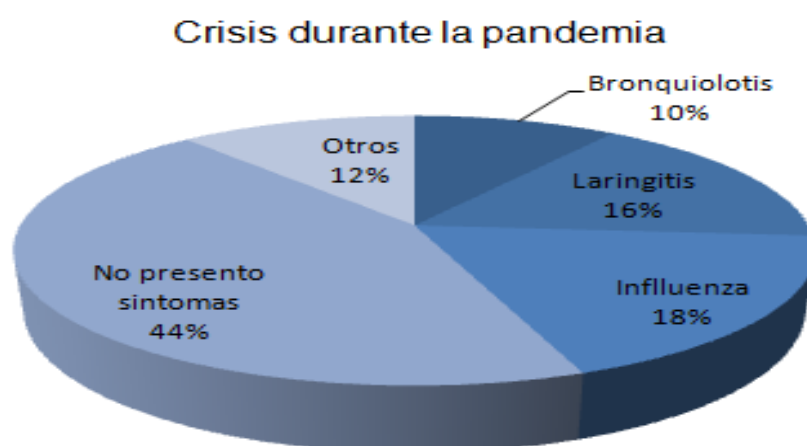
Analisis e interpretacion grafico de tabla 3.

Se evidencia que el total de los niños el 100% posee el calendario completo de vacunación.

Tabla 4: Crisis durante la Pandemia que han padecido los niños que concurren al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolás, partido de Florencio Varela, que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Crisis durante la pandemia	Resultado	%
Bronquiolitis	6	10%
Laringitis	10	16%
Influenza	11	18%
Sin síntomas	27	44%
Otros	7	12%
Total	61	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación



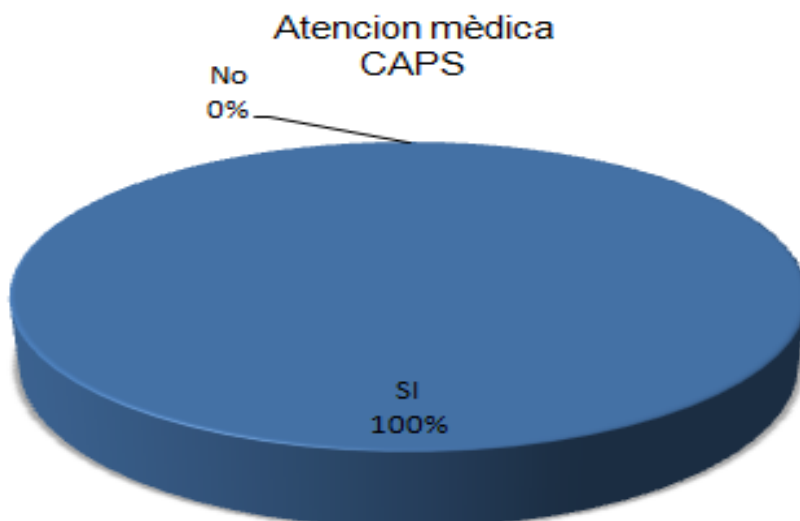
Análisis e interpretación gráfico de tabla 4.

Se evidencia que del total de los niños el 44% No presento síntomas, el10% con Bronquiolitis, 16% Laringitis, 18% Influenza, y otros el 12%. 28

Tabla 5: Atención médica los niños que concurrieron\_al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Atención en el CAPS	Resultado	%
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación



Análisis e interpretación grafico de tabla 5.

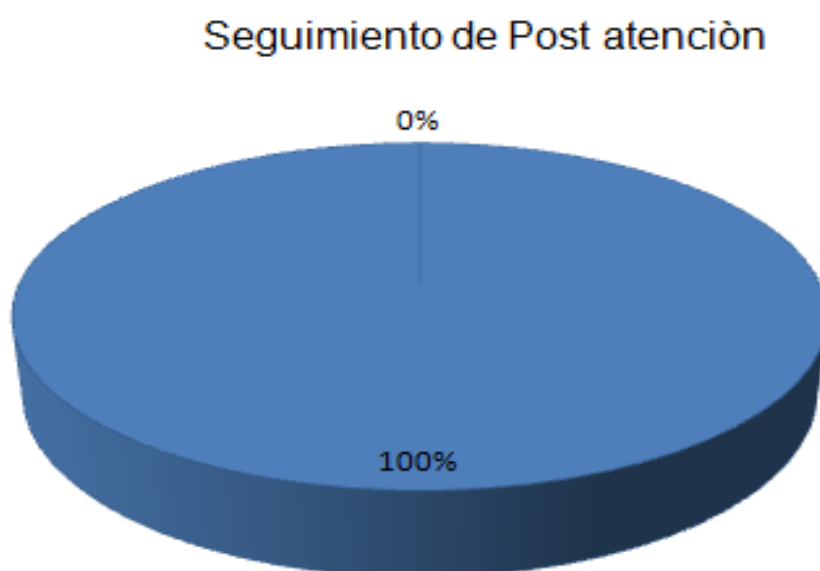
Se observa que el 100% de las encuestadas recibieron atención médica para sus hijos.



Tabla 6: Seguimiento pediátrico post IRAB ,que recibieron los niños que concurren al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Seguimiento pediátrico	Resultado	%
Si	0	0%
No	30	100%
Total	30	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación



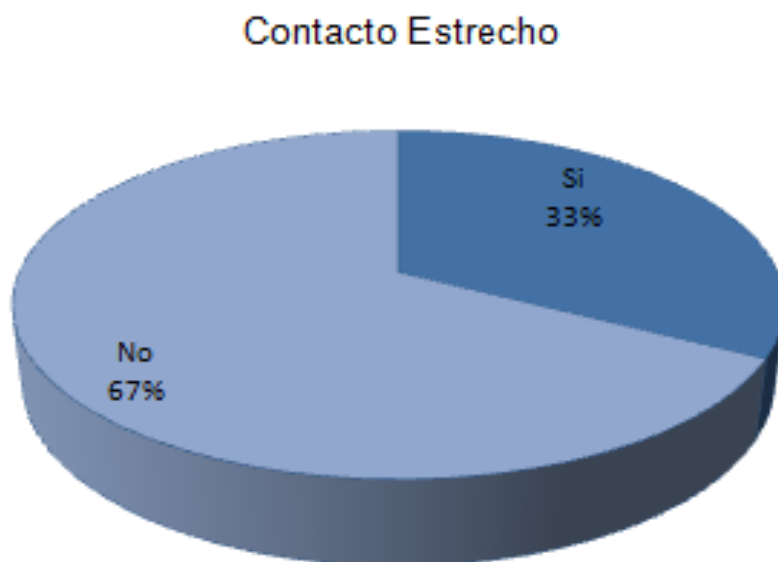
Análisis e interpretación gráfico de tabla 6.

Se observa que el 100% de los afectados no recibieron seguimiento Post atención.

Tabla 7: contacto estrecho con personas infecto contagiosa respiratoria los niños que concurrieron al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Contacto estrecho	Resultado	%
Si	7	33%
No	23	67%
Total	30	100

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación



Análisis e interpretación grafico de tabla 7

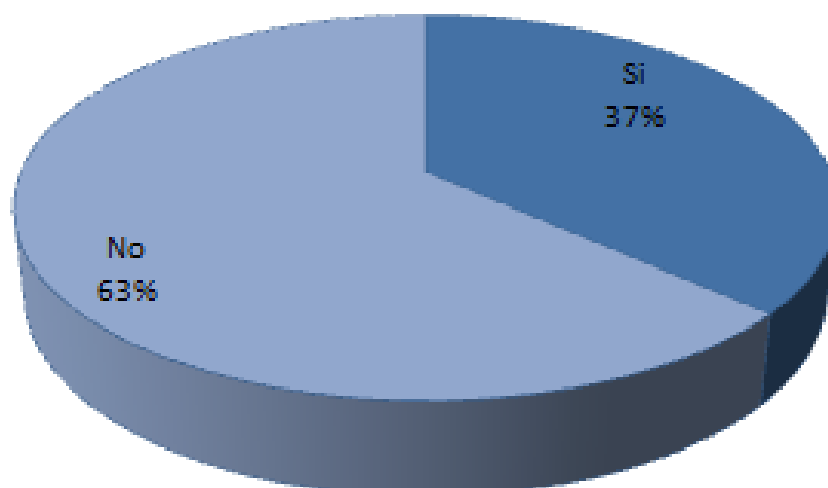
Se observa que el 33% de los contagiados tuvieron contacto estrecho siendo que el 67% no lo tuvo.

Tabla 8: Reuniones Sociales de los niños que concurrieron al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolás, partido de Florencio Varela, que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Reuniones	Resultados	%
Si	11	37%
No	19	63%
Total	30	100

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación

### Reuniones sociales



Análisis e interpretación gráfico de tabla 8.

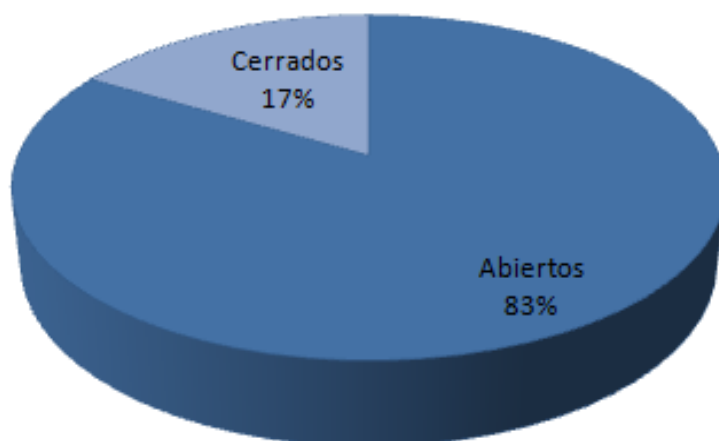
Se observa que del total del 100% de los encuestados el 37% mantuvo reuniones sociales y el 63% No.

Tabla 9: Espacios utilizados durante la pandemia, los niños que concurrieron al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Espacios utilizados	Resultados	%
Abiertos	25	83%
Cerrados	5	17%
Total	30	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación

Espacios utilizados en pandemia



Análisis e interpretación grafico de tabla 9.

Se observa que del total el 83% utilizo espacios abiertos y solo el 17% espacios cerrados.

Tabla 10: Medidas de protección estándar usadas en pandemia de los niños que concurren al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolás, partido de Florencio Varela, que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Medidas estándar	Resultado	%
Si	30	100%
No	0	0%
Total	30	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación



Análisis e interpretación gráfico de tabla 10.

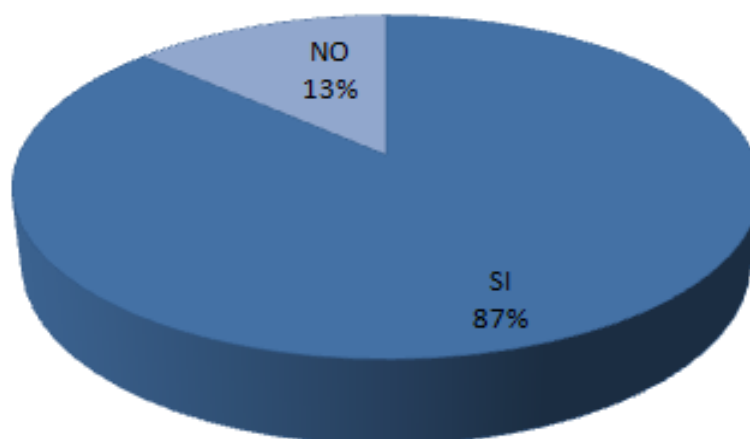
Se observa que el 100% utilizó medidas estándar de protección.

Tabla 11: Asistencia económica / Social los niños que concurrieron al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Asistencia Social/apoyo económico	Resultado	%
Si	24	87%
No	6	13%
Total	30	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación

### Asistencia economica



Análisis e interpretación grafico de tabla 11.

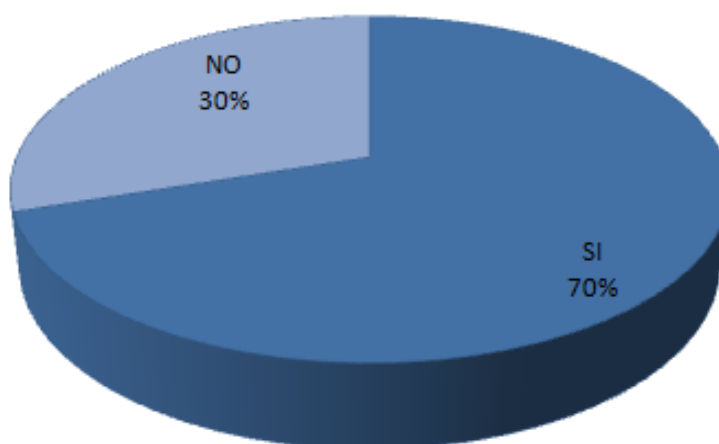
Se evidencia que el 87% recibió algún tipo de asistencia económica y el 13% No.

Tabla 12: Servicios esenciales (Luz, Agua, Gas de red) los niños que concurren al CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas ,partido de Florencio Varela ,que hayan padecido IRAB en el periodo mayo de 2019 a septiembre del 2020.

Poseen los 3 servicios	Resultados	%
Si	21	70%
No	9	30%
Total	30	100%

Fuente de datos primaria elaborada para esta investigación

### Servicios esenciales



Análisis e interpretación gráfico de tabla 12.

Del total de los encuestados el 70% posee todos los servicios esenciales y el 30% No.

## Conclusión

Finalmente de acuerdo con los objetivos propuestos en nuestro trabajo evidenciamos que los Protocolos Empleados durante la Pandemia han contribuido notoriamente en disminución de los contagios por infecciones respiratorias, como también la asistencia de infantes en el CAPS 20 de junio del barrio San Nicolas de la localidad de Florencio Varela, lo que favorece al Sistema de Salud porque ayuda a descongestionar la atención focalizada a los niños del rango etario de 0 a 2 años y de 2 a 5 años durante las estaciones de otoño-invierno, contribuyendo a mejorar el bienestar de los mismos y a reducir costos importantes que el Ministerio de Salud de la Provincia requiere para la asistencia sanitaria de esta población .

El rol de enfermería en esta investigación fue de vital importancia en el acompañamiento y educación de los padres sobre las pautas de alarmas que debían tener en cuenta para evitar complicaciones graves en los niños y evitar la internación, logrando que el 83 % los mantuvieran en sus domicilios, con los protocolos de aislamiento, elemento de protección estándar de las personas con síntomas respiratorios, higiene, ventilación en el hogar , en la medida que fue posible, no siendo necesario el seguimiento post IRAB del personal médico.

El 87 % de los hogares de estos niños recibieron ayuda económica a través de los planes sociales, mantener el salario de los que se encontraban trabajando bajo dependencia, los centros de salud les entregaban los medicamentos, leches y alimentos del programa Materno infantil.

El 70 % de estas familias poseen los servicios esenciales como agua potable, luz y gas, lo que ayudo a la prevención y cumplir con los protocolos de higiene. Mientras que el 30 % restante dificulto el cumplimiento de las medidas preventivas y fueron los más vulnerables en la época invernal de mayor incidencia de las IRAB, por sus necesidades básicas insatisfechas.

## Recomendaciones

Luego de haber realizado el presente trabajo de investigación los investigadores sugieren:

- Poner en los CAPS Educación para el uso de tapabocas el los progenitores de niños de 0 a 2 años cuando estos contraen Influenza o alguien del entorno familiar durante las estaciones de otoño-invierno.
- Los niños que asisten a colegio pre-escolar usen tapabocas durante la asistencia a las aulas en el periodo de otoño-invierno de esta manera podrá observarse que habrá una disminución de contagios de influenza lo que ocasionalmente podrían ser causales o derivar a trastornos respiratorios en los niños ya que al encontrarse en espacios reducidos o cerrados y estar en contacto estrecho con otros niños favorece el cultivo y la propagación de virus estacionales.
- Promocionar el uso de tapabocas en espacios cerrados como el transporte público durante el otoño-invierno.
- Dejar abierta la propuesta para que otros colegas Profesionales puedan continuar con esta investigación que ayude a mejorar la salud y el bienestar de los niños, disminuir las enfermedades respiratorias causales de la mortalidad infantil, y así contribuir a mejorar el sistema de salud reduciendo costos importantes que puedan ser utilizado en otras áreas que así lo requieran.

## Referencias Bibliográficas

Esperanza AM, Orazi V, Manfredi L,. (06 de 05/06 de 2005). Programa Nacional de Infecciones respiratorias Bajas, Hospitalizacion Abreviada. (M. d. Nacion, Ed.) 103(3), 1668-3501. Obtenido de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752005000300014](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000300014)

Nair H, E. S. (2013). *pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23369797*. Obtenido de <http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23369797>

Luis L, J. H. (2012). *pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20466419/*. Obtenido de <http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20466419>

ViegasM, B. A. (2004). *researchgate.net/publication/8375754*. Obtenido de <http://www.researchgate.net/publication/8375754>

Organization, w. H. (s.f.). <https://covid19.who.int/>.

Gentile A, Bakir j, Russ C, Rubinsky S,. (6 de Mayo/junio de 2011). Experiencia de 34 centros en la Argentina. *Archivos Argentino de Pediatría*, 109(3), 198-203. Obtenido de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752011000300003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000300003)

Alsohime F, Temsah MH, Al-Nemri AM, Somily AM, Al-Subaie S. (Diciembre de 2020). COVID-19 infection prevalence in pediatric population: Etiology, clinical presentation, and outcome. *Journal of Infection on Public Health*, 13(12), 1791-6. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034120306870>

Ministerio de Salud. (14 de 06 de 2021). *Argentina. Ministerio de Salud. Nuevo Coronavirus 2019. Informes especiales: Niñez, Adolescencia*. Obtenido de [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/07/2021\\_se23\\_sala\\_ninez\\_adolescencia\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/07/2021_se23_sala_ninez_adolescencia_0.pdf):

Presidencia Argentina. (29 de 01 de 2021). *Distanciamiento Social, preventivo y obligatorio y Aislamiento Social, preventivo y obligatorio*. (L. y. Oficiales, Ed.) Recuperado el 23 de 06 de 2021, de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/240233/20210130>

Organization., w. H. (29 de 03 de 2021). Obtenido de <https://www.who.int/publications/m/item/influenza-update-n-390>  
<https://acacimesfe.org/wp-content/uploads/2020/10/Scientific-Brief.-SARS-CoV-2-and-Potential-Airborne-Transmission.pdf>

Arruda E, Pitkaranta A, Witte TJ,. (1997). Frequency and natural history of rhinovirus infections in adults during. *Journal of clinical Microbiology*, 35(11), 2864-68. Recuperado el 18 de 05 de 2021, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC230076/>

Blomquist S, Roivainen M, Puhakkia T,. (2002). virological and serological analysis of rhinovirus infections during the first two years of life. *National Library of Medicine*, 66(2), 263-8. Obtenido <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11782938/>

Pitrez PM, Stein RT, Stuermer L,. (2005). Rhinovirus and acute bronchiolitis in young infants. 31, 417-20. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/jped/a/DppCbRSwqw6MY4cYMgCL7Cq/?lang=en&forma>

[t=pdf#:~:text=Conclusions%3A%20Rhinovirus%20was%20the%20second,resp  
ratory%20syncytial%20virus%2C%20acute%20bronchiolitis.](#) 40

.Marguet C, Lubrano M, Geudin M,. (25 de 02 de 2009). In very young infants severity of ocute bronchiolitis depends on carried viruses. *Plos One*, 2, 4596. Obtenido de [https://journals-plos-org.translate.goog/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004596&\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://journals-plos-org.translate.goog/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0004596&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (05/07 de 2021). Obtenido de [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/abordaje-nnya-covid\\_0.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/abordaje-nnya-covid_0.pdf).

Steininger C, Aberle S O, Popow-kraupp T,. (01 de 2001). Early detection of acute rhinovirus infections by a rapid reverse transcription PCR assay. *National Library of Medicine*, 28(1), 25-29. Obtenido de <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/11136760/>

Piotrowska Z, Vazquez M, Shapiro E, Weibel C,. (01 de 2009). Rhinovirus are mayor cause of wheezing and hospitalization in children less than 2 year of age. *National Library of Medicine*, 28(1), 25-29. Obtenido de [https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/pmc/articles/PMC4639321/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=sc](https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/pmc/articles/PMC4639321/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc)

Organization, W. H. (13 de 03 de 2020). *WHO, Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected;*. Recuperado el 27 de 04 de 2020, de <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>

CDC, centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (13 de 04 de 2020). Recuperado el 06 de 03 de 2022, de

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-sp.html>

Sociedad Argentina de Pediatría. (24 de 03 de 2020). Obtenido de Recomendaciones de Atención del Paciente Pediátrico con infección por SARS-CoV-2.SAP.Version1.1:

[https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_recomendaciones-covid-03-20\\_1585217805.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_recomendaciones-covid-03-20_1585217805.pdf)

SADI. (22 de 03 de 2020). Obtenido de

<https://www.sadi.org.ar/novedades/item/954-recomendaciones-inter-institucional-para-la-prevencion-de-covid-19-sadi-sati-adecei-ine#:~:text=2020%2016%3A00-,Recomendaciones%20inter%20institucional%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20COVID%2D19,SADI%20%2F%20>

[Ministerio de Salud Argentina. \(12 de 05 de 2020\). Obtenido de Recomendaciones operativas para las instituciones.](#)

<https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>

## Anexos

### Encuestas

#### I-Edades de los Hijos.

De 0 a 2 Años

.....

De 2 a 5 años.

.....

II-¿Tiene conocimiento de los signos de alarmas? ¿Cuáles?

Bronquiolitis.....

Laringitis.....

Neumonía.....

Otros.....

III-¿Cuenta con el calendario completo de vacunación?

.....

IV-¿Durante la Pandemia tuvo alguna crisis?

.....

V-¿Recibieron atención médica en el Centro de salud?

.....

VI-¿Los niños afectados recibieron seguimiento post-atención?

.....

VII-¿Tuvieron contacto estrecho con personas infecto contagiosa respiratoria?

.....

VIII-¿Mantuvieron reuniones Sociales?

.....

IX-¿Cuáles fueron los espacios más utilizados durante la Pandemia?

Lugares Abiertos.....

Lugares cerrados pero pocas personas.....

X-¿Usaron medidas de protección estándar en pandemia?

Lavado de mano agua y jabón.....

Alcohol en gel.....

Barbijos.....

XI-¿Reciben apoyo económico, asistencia social?

Si.....

No.....

XII-¿Posee la vivienda los 3 Servicios esenciales?

Si.....

No.....

