

PREVENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS: experiencia en el Hospital Garrahan

Lics. Clara Gilli*, Maximina Apuril**

INTRODUCCION

En las últimas décadas, los avances científicos y tecnológicos junto a un mayor conocimiento y comprensión de la fisiopatología neonatal han logrado el aumento de la sobrevivencia de los recién nacidos (RN) con patologías complejas y especialmente en prematuros extremos. Para sostener esa sobrevivencia con cierta calidad, es de suma importancia trabajar con los padres en el campo de la educación a fin de que puedan adquirir los conocimientos y las habilidades que deberán desarrollar en el ámbito del hogar.

Enfermería, en su tarea diaria, realiza tareas de prevención y educación desde la época de Florence Nightingale quien concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de las enfermedades, el control del entorno y la responsabilidad social.

En el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan la tarea de educación para los padres se viene realizando desde hace aproximadamente 15 años por la Enfermera del Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo Neonatal, Prof. Lic. Clara Gilli. A partir del año 2007, el Consultorio comenzó a depender del Servicio de Neonatología. Los espacios educativos están planificados sistemáticamente con modalidad de taller para los padres de los RN críticamente enfermos de la UCIN.

Existe gran preocupación por las tasas de mortalidad y morbilidad en el primer año de vida; y para mejorar esta situación se debe trabajar intensamente en la prevención.

Actualmente en nuestro país más de 1500 en-

fermeros desarrollan esta actividad orientada a la prevención de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB), tanto en instituciones públicas como privadas.

¿Qué son las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas?

La IRAB producida por el Virus Sincicial Respiratorio (VSR), es la principal causa de reinternación en menores de hasta dos años y afecta a las poblaciones más vulnerables como los recién nacidos prematuros, ya que debido a deficiencias en el sistema inmunológico tienen mayor susceptibilidad al ataque de gérmenes. Se desarrolla con mayor frecuencia en los prematuros que padecen displasia broncopulmonar (DBP), se denomina de esta manera a la enfermedad que presentan los prematuros que han requerido oxígeno al menos por 28 días después del nacimiento o al alcanzar las 36 semanas de edad post concepcional. Los pacientes con cardiopatías congénitas (CC) es otra población muy sensible de contraer enfermedades por VSR.

En un estudio llevado a cabo en los EE.UU. en el Children-Hospital.The Ohio State University en la década del 90 quedó demostrado que este grupo de pacientes tuvo mayores complicaciones al ser hospitalizado en comparación con los niños que no padecen CC y también mayor mortalidad.

La bronquiolitis es una enfermedad infecciosa aguda del tracto respiratorio que afecta a niños casi siempre antes de los dos años de edad. El sello distintivo del cuadro clínico son las sibilancias y la hiper ventilación, asociada por lo común con taquipnea,

* Enfermera Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo.

** Enfermera Area de Neonatología.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

dificultad respiratoria y retracción del torax. Aunque el cuadro clínico se describió desde el comienzo del siglo, solo se la reconoció como entidad separada cuando Engle y Newns confirieron soberanía a esta enfermedad característica de la niñez designándola como bronquiolitis.

El patrón estacional de esta enfermedad refleja las actividades de estos agentes, en particular la del VSR. Puesto que es el causante de la mayoría de los casos, la bronquiolitis llega a su pico máximo durante el invierno hasta los meses de primavera cuando el virus se torna epidémico en la comunidad.

Más del 80 % de los casos tienen lugar en el primer año de vida. La máxima tasa de ataque se presenta entre los 2 y 10 meses de edad y es relativamente poco común durante las primeras semanas de vida. El riesgo es mayor en los niños que provienen de áreas socioeconómicas más pobres, en ambientes súper poblados y contaminados, con más hermanos, o en guarderías y que no han recibido lactancia materna. Los niños con predisposición genética a tener vías aéreas hiperactivas parecen estar más propensos a desarrollar bronquiolitis, en especial las producidas por los virus sincicial respiratorio y parainfluenza, pero todavía no queda claro el papel de la atopía, de la genética y de los antecedentes alérgicos en la familia, se ha sugerido la existencia de mecanismos inmunológicos en la patogénesis.

En algunos pacientes pediátricos con afecciones subyacentes como una enfermedad cardiopulmonar, la bronquiolitis puede acompañarse de mayor morbilidad y mortalidad.

La apnea complica el curso clínico en el 20 % de RN hospitalizados afectando a los de corta edad y a los niños con antecedente de prematuridad.

Por lo general, el agente viral inicia una infección del tracto respiratorio superior y luego se extiende hasta afectar los bronquios pequeños y medianos y los bronquiolos, con inflamación y necrosis del epitelio respiratorio. Casi todos los bebés hospitalizados tienen alto grado de hipoxia, por lo común prolongada.

Tratamiento

El tratamiento consiste ante todo en cuidados de apoyo que incluyen hidratación adecuada y antipiréticos si es necesario. La mayoría de los casos se pueden tratar en casa, pero se recomienda la hospitalización en los niños que padecen enfermedades complicadas, como cardíaca y pulmonar subyacentes, asociadas a estados debilitados o en manos de cuidadores dudosos.

El tratamiento con nebulizaciones se puede combinar con oxígeno en concentraciones suficientes para aliviar la disnea y la hipoxia. A veces la vía oral se ve complicada debido a la disnea, la debilidad y el cansancio por lo tanto es preferible la infusión de los mismos por vía intravenosa, hasta que pase la crisis.

La valoración clínica, el control no invasivo de oxígeno y valores de gases orientan el tratamiento.

No deben utilizarse los antibióticos puesto que las bacterias no desempeñan ningún papel en la etiología de esta afección.

Pronóstico

La enfermedad dura entre 3 y 10 días, el pronóstico suele ser bueno. Aunque la mayoría de los lactantes con bronquiolitis se pueden recuperar por completo, los casos graves se asocian a infecciones pulmonares recurrentes y broncoespasmos. En los casos de enfermedad cardiopulmonar preexistente, la incidencia de muerte relacionada con la infección por VSR aumenta.

Objetivos del taller

El objetivo fundamental que debe lograr el taller es la apropiación de los contenidos por cada una de las familias participantes, y lograr que estas familias puedan replicar los conocimientos en la comunidad.

Los objetivos específicos indican lo que la población a quien va dirigido el programa debe ser capaz de realizar, y no lo que el personal de salud tiene que enseñar. La identificación de las necesidades da lugar al establecimiento de las metas a conseguir con el programa educativo.

El objetivo del taller es que las familias puedan:

- Nombrar en que órgano del cuerpo humano se desarrolla esta complicación.
- Promover el reconocimiento de signos de alarma.
- Enunciar que acciones implementarán en un primer momento.
- Referir si apareció temperatura, cambio de coloración, registrarlo para poder llevar el dato a la consulta con el pediatra.
- Describir los signos visibles que aparecen en el niño con bronquiolitis.
- Reconocer la importancia de concurrir al pediatra, o bien a la salita u hospital más cercano al domicilio.
- Mantener la lactancia.
- Describir la técnica de lavado de manos.
- Establecer normas de higiene, libre de microorganismos, airear los ambientes cada día durante 30 minutos.
- Controlar que ningún miembro de la familia fume en el hogar y colocar letreros con la leyenda de no fumar.
- Reconocer la necesidad de expresar que ninguna persona enferma se acerque al domicilio.
- Decidir que el niño debe dormir en su cuna, en posición boca arriba.
- Preparación de fórmulas e higiene de elementos para su preparación.
- Pautas para la realización del baño del RN, expresar medidas de protección, optimizar importancia del juego y estimulación.

La evaluación del taller es un proceso permanente desde el comienzo, lo cual permite reflexionar en forma continua sobre el trabajo educativo con las familias.

Metodología

El objetivo principal de la capacitación consiste en lograr las transformaciones de actitudes y prácticas de las familias que participen, de manera que mejoren o realicen nuevos objetivos y formas de actuar.

¿Qué es un taller?

Un taller es una experiencia de trabajo activo con la participación de cada familia aportando sus experiencias, argumentando, discutiendo, comprometiéndose. Esta participación es la piedra angular para el éxito del taller.

Es una experiencia colectiva donde sus principales características son interactuar, hablar, dar y recibir, argumentar y contraargumentar, defender posiciones y buscar consensos. También es creativa, ya que las experiencias sumadas a los elementos conceptuales, reflexión y discusión grupal ayudan a generar otros puntos de vista y mejorar las soluciones que existían antes de que se iniciara el taller.

Un taller debe generar identidad, apropiación de la palabra y sentido de pertenencia de grupo. Es una experiencia de trabajo puntual, es un proceso que ni comienza ni termina con el taller. Este espacio es un momento de reflexión, sistematización y planificación, el éxito también se acerca más si se cumple con continuidad en el tiempo.

Debe ser planificado con suficiente anticipación y convocar en forma personalizada a las familias que están internadas en la UCIN y a las que están internadas en la UCI de cirugía cardiovascular (UCI 35).

Contexto de la capacitación

Se tiene en cuenta el momento adecuado para la realización del taller a fin de no superponerse con otras actividades.

Duración del taller

¿Cuánto tiempo es el deseable para su realización? en nuestra experiencia no mayor a 45 minutos. Con respecto a la cantidad de talleres semanales, se observó la necesidad de realizarlo 2 veces por semana (uno para las familias de la UCIN, y otro para las familias internadas en la Recuperación Neonatal).

El lugar de la realización es el más adecuado, los dos sectores están situados muy cerca del lugar de la internación de los RN. El espacio disponible cuenta con un diseño óptimo para trabajar con pequeños o grandes grupos y con muebles apropiados para la actividad educativa.

Recursos que se utilizan:

- láminas ilustrativas que muestran el aparato respiratorio, la comparación del alveolo de un niño

prematureo versus el niño a término y otras láminas que expresan los signos de alarma, los síntomas que deben saber reconocer, conceptos que se deben internalizar sobre el lavado de manos, higiene del hogar, prevención del fumador en el hogar, etc.;

- se trabaja con un muñeco como elemento simulador;
- biberones para el aprendizaje de la preparación de fórmulas y utilización de elementos para la higiene de los biberones;
- entrega de un instructivo a cada familia; esto permite la retroalimentación de los conceptos y permite verbalizar dudas en los próximos encuentros.

Este proceso de educación forma parte de la programación del alta para que la familia egrese con los conocimientos necesarios para el cuidado adecuado de una población tan vulnerable como lo es un RN de alto riesgo.

Función del rol de la Enfermería

a) en el espacio educativo

- Incorpora y aplica el proceso educativo en su quehacer profesional tanto en acciones individuales como colectivas.
- Diagnostica las necesidades educativas para las familias y/o cuidadores así como para la comunidad.
- Actúa siempre hacia la satisfacción de la necesidad de educación en salud detectada en la población asignada.
- Elabora, ejecuta y evalúa programas educativos para elevar el nivel de salud y calidad de vida, utilizando estrategias metodológicas acordes al contexto cultural y social en el que actúa.
- Reconoce la necesidad de una revisión continua de los contenidos y de actualización de su propio producto.

b) en el espacio diario

- Prepara el taller, la capacitadora hace la presentación de los integrantes del equipo que la acompañan.
- Explica seguidamente los objetivos del mismo.
- Genera condiciones físicas que requiere el taller logrando ambiente humano, atmósfera agradable.
- Orienta discusiones, formula preguntas.
- Integra a los participantes.
- Está muy atenta a las señales no verbales de las familias participantes.
- Propone reglas de juego para la participación y garantiza que se respeten.

Lo que no debe suceder

- No debe llevar al monólogo.
- Ser líder de grupo.
- Introducir sus propias opiniones en las discusiones.

- Entrar en competencia con el colega capacitador.
- Tomar partido bien sea a favor o en contra de las familias participantes.
- Asumir como propios los conflictos del grupo.

	Año 2011	Año 2012
Números de encuentros	37	41
Total de familias concurrentes	495	522
Familias concurrentes de Neonatología	350	362
Familias concurrentes de UCI 35	65	54
Familias concurrentes de otros servicios	80	112
Lugar de procedencia	Año 2011	Año 2012
Pcia. de Buenos Aires	398	385
CABA	25	30
Otras provincias	78	110
Edades maternas	Año 2011	Año 2012
Mayores de 20 años	270	385
Menores de 20 años	146	137
Nivel de educación	Año 2011	Año 2012
Primaria completa	121	160
Primaria incompleta	46	53
Secundaria completa	171	165
Secundaria incompleta	155	120
Terciario completo	1	23
Universitario completo	1	2
Patologías prevalentes	Año 2011	Año 2012
Pacientes pretérminos	97	21
Pacientes quirúrgicos	136	116
Pacientes cardiológicos	98	74
Pacientes con VSR	67	101
Otras patologías	97	151

Datos de Familias concurrentes a los talleres Algunas reflexiones

La verdad no está dada, se construye como un acuerdo sobre el común denominador de los problemas y sus posibles soluciones sobre los cuales se trabaja con cada una de las familias. En esta tarea hay que registrar y observar la realidad, y luego proponer y discutir.

Nunca se parte de cero, todas las personas tienen sus propias ideas, esperanzas, experiencias, imágenes, prejuicios. Todos tienen un saber previo y hay que escucharlos con atención. Nadie lo ignora todo, nadie sabe todo, es de suma importancia la escucha atenta para saber cómo optimizar este espacio educativo. La información es sólo un apoyo, lo más trascendente de nuestro taller debe ser reflexión, intercambiar la experiencia de los participantes, fomentar intercambios con otros, y la búsqueda de acuerdos para lograr a largo plazo calidad de vida.

La información científica debe ser utilizada solo a manera de apoyo.

LECTURA RECOMENDADA

- Hoekelman R, Fridman S, Nelson N, Seidel H, Weitzman M. Atención Primaria en Pediatría. Editorial Mosby. 2008. Madrid. España. Tercera Edición.
- Cometto M, Gómez P, Marcon Dal Sasso G, Amarilis Zárate Grajales A. Enfermería y seguridad del paciente. Washington, DC. OPS. 2011.
- Gvirtz S, Palamidessi M. El ABC de la tarea docente: Currículum y Enseñanza. AIQUE Grupo Editor. 2010.