



Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL

Título:

“Abordaje Kinésico en pacientes pediátricos con afecciones respiratorias agudas durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada en los Centros de Atención Primaria de Salud”.

Autor: Nieto, Fernando E.

Asesora Metodológica: Lic. Cubilo, María E.

Asesora Temática: Lic. Carrizo, Emilia.

-La Rioja 2015-

PAGINA DE APROBACIÓN

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación:

EVALUACIÓN ORAL DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación:

Tribunal Examinador

.....
Vocal

.....
Presidente

.....
Vocal

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la salud la fuerza y la entereza para poder levantarme cada día y tener las ganas de luchar por mis sueños y así alcanzar mis objetivos. A mi madre por ser parte de este camino, que al fin de cuenta, los iniciamos juntos y lo terminamos juntos, apoyándome desde el primer día, compartiendo mis tristezas, alegrías y dándome fuerzas a través de su ejemplo, para aprender a valorar las pequeñas cosas y sentirme orgulloso de lo que soy. A mi familia por haber sido también parte de esta etapa y ayudarme desde lo espiritual hasta lo material.

A mi abuela “lela”, que desde el cielo vela por mi bienestar y me da fuerzas para seguir luchando y tratando de dejar un granito de arena en este mundo terrenal, del cual ella se fue, dejándome el mayor de los ejemplos, levantarme cada vez que caiga, adquirir conocimientos y progresar personalmente siempre con humildad, porque así, se llega lejos y se cosecha buenos frutos.

A los profesores de la carrera, porque gracias a su paciencia y voluntad hoy salimos con herramientas para poder valernos y así ayudar al prójimo, siendo esa nuestra mayor tarea como rehabilitadores, devolver ni más ni menos, las esperanzas a una persona para que pueda valerse por sí misma o reinsertarla de nuevo al sistema social.

A mi tutora de TIF que gracias a su enseñanza, despertó en mí la necesidad de involucrarme más con mi carrera y así descubrir cuál era el camino que quería seguir.

Por último agradecer a mis compañeros, que gracias a su participación en estos cinco años, de compartir ideas, reafirmar convicciones y participar en debates, no hubiese sido posible la apertura mental y descubrirme como un individuo lleno de ideales, sueños y capaz de valerse el día de mañana en la sociedad, a través del dialogo, comprensión, empatía y solidaridad.

***“NO IMPORTA TODO LO QUE TARDES, NO IMPORTA SI HAS CAIDO MAS DE MIL VECES, NO TE ASUSTES SI DE PRONTO TE SIENTES PERDIDO, NO TENGAS MIEDO DE ELEGIR TU CAMINO Y NO TE DEJES VENCER POR EL CANSANCIO...
PERO POR SOBRE TODAS LAS COSAS...NUNCA DIGAS “NO” PUEDO,
PORQUE AQUELLOS QUE LA VIDA LES QUITO ALGO PRECIADO PARA PODER SENTIRSE COMPLETOS, NUNCA DIJERON “NO”, LE DIERON UN “SI” A SUS INCAPACIDADES Y DEMOSTRARON QUE LA FORTALEZA VIENE DEL CORAZON Y DEL ALMA, Y LUCHAR ES LAMEJOR OPCION ANTES QUE DARSE POR VENCIDO”...!!!***

Resumen: A partir del proyecto de Intervención Abreviada en afecciones respiratorias agudas, para descender la morbimortalidad en menores de 5 años desarrollado en el País de Chile en el año 1994, se implementó en el año 2002 en los C.A.P.S de la República Argentina este mismo programa. Teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo, se investigó si la participación del kinesiólogo disminuía la derivación del paciente al hospital, y si podía realizarlo sin presencia del médico pediatra. Se utilizó el tipo de investigación descriptiva- observacional, subtipo retrospectivo, de series de casos. Con un universo homogéneo de 200 pacientes, se extrajo una muestra probabilística al azar simple de 60 pacientes, (lactantes hasta 5 años de edad), con afecciones respiratorias agudas "S.B.O, I.R.A" y "Otras" (bronquiolitis, asma), y 7 kinesiólogos de los C.A.P.S de La Rioja capital de la región sanitaria I, entre enero y julio del 2014. Se determinó que el 79,5% de los pacientes atendidos con el Programa, más el abordaje kinésico salieron de alta médico, y que un 0% nunca fueron derivados al Hospital. Un 51.1% de los licenciados tiene conocimiento del Programa. Un 100% de los profesionales rehabilitadores nunca atendió sin prescripción médica. Se concluyó que el abordaje kinésico durante el Programa en los C.A.P.S de La Rioja, efectiviza, tanto el tratamiento médico, como el propio rescate del broncoespasmo, con posterior disminución del porcentaje de derivación al hospital. También se concluyó que ninguno de los Kinesiólogos, intervino en forma independiente sin una prescripción médica, y que una buen KTR optimiza el Programa. Se afirmó que los kinesiólogos, tiene conocimiento del Programa (51.1%) y se encuentran capacitados para intervenir cuando la asistencia lo requiera. **Palabras claves:** Hospitalización Abreviada, Intervención Abreviada, S.B.O, I.R.A, broncoespasmo, infecciones respiratorias agudas, infecciones respiratorias pediátricas.

Summary: From Brief Intervention Project in acute respiratory conditions, to lower morbidity and mortality in children under 5 years developed in the country of Chile in 1994, the same project was implemented in 2002 in CAPS in Argentina. Given the objectives of this study, we investigated whether decreased participation kinesiologist referring the patient to the hospital, and if I could do it without the presence of the pediatrician. The type of observational research is used descriptively, subtype retrospective, case series. With a homogeneous universe of 200 patients, a simple random probability sample of 60 patients (infants to 5 years of age) with acute respiratory diseases "SBO, IRA" and "Other" (bronchiolitis, asthma), and 7 are extracted physical therapists CAPS La Rioja Capital Health Region I, between January and July 2014. It was determined that 79.5% of patients treated with the Program & kinésics left high medical approach and a 0 % never were referred to the Hospital. 51.1% of graduates have knowledge of the program. 100% of rehabilitation professionals never attended nonprescription medical. It was concluded that the kinesthetic approach for the CAPS Program in La Rioja, becomes effective, both medical treatment, as the rescue of bronchospasm own, with subsequent decrease in the percentage of referrals to the hospital. It was also concluded that none of the Physiotherapists, intervened independently without a prescription, and that a good KTR optimizes the Program. It was stated that athletic trainers, aware of the program (51.1%) and are trained to intervene when required assistance. **Keywords:** Hospitalization Brief, Brief Intervention, SBO, IRA, bronchospasm, acute respiratory

Introducción

A finales de la década de los ochenta, un grupo de especialistas neumólogos pediátricos del área de salud de Chile, fueron motivados a dilucidar las causas del fenómeno de morbimortalidad pediátrica en sectores como el hospital o el domicilio. Se realizó un estudio en niños, cuyas edades oscilaba entre las primeras semanas de vida hasta aproximadamente 8 años de edad, cuyo certificado de defunción emanado por el Instituto Médico Legal (I.M.L), disponía que los niños fallecidos correspondía a un 40% broncoaspiraciones en el domicilio y un 60% a complicaciones respiratorias agudas durante su internación en el hospital. Las patologías de base de este último porcentaje eran el Síndrome Bronquial Obstructivo (S.B.O), la insuficiencia aguda respiratoria (I.R.A) y la neumonía. Como resultado de esta investigación, se elaboró en el año 1994 un programa destinado a la intervención en el primer escalón de la asistencia sanitaria (A.P.S), que incluía un manual de normas sindromáticas para la aplicación en todo el País. (Rev.Chil.Pediatr.2001). En el año 2002, en Argentina se realizó el lanzamiento del Programa Nacional para reducir la mortalidad en menores de 5 años por esta causa y disminuir las internaciones. (Lic. Verónica Basso, Dra. Estela Grad. Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas Buenos Aires 2011).

Planteo del problema

Las cinco primeras causas de muerte en niños de 1 a 5 años en la República Argentina, de 2011 a 2012 son graficadas porcentualmente, anexo 1. Las cinco primeras causas representan el 54,75% de todas las defunciones. Malformaciones congénitas 45,25%, anomalías cromosómicas 13,51%, enfermedades del sistema respiratorio 12,40%, neoplasias 9,21%, enfermedades del sistema nervioso 8,83%. Fuente: Estadísticas Vitales. Información básica 2011. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación diciembre de 2012. Conociendo que el sistema respiratorio del recién nacido no está maduro anatómicamente ni fisiológicamente en un 100%, producirá en dicho órgano una fragilidad que puede ser agravada por otro agente externo como un virus intrahospitalario, en el caso que el neonato sea trasladado a U.T.I o sala común.

Justificación

La mortalidad por enfermedades respiratorias en la población infantil de 0 a 5 años, constituyen una de las principales causa de "MORTALIDAD INFANTIL REDUCIBLE". Los menores de 2 años son los más vulnerables, por cuanto presentan mayor dificultad en el diagnóstico y tratamiento, así como en la valoración de la gravedad. En los menores de 1 año se produce la mayor mortalidad, el 40% de los cuales son menores de 3 meses. (Lic. Verónica Basso Dra. Estela Grad. Ministerio de Salud. Plan federal de Salud, Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas. Buenos Aires 2011). En el C.A.P.S del barrio San Vicente se llegaron a atender entre 10-15 casos por mes de afecciones respiratorias agudas (información otorgada por la Sra. Carmen Sanchez, coordinadora y manejo de estadística del mismo). Teniendo en cuenta la información obtenida, se pretende investigar si la implementación de la Intervención Abreviada, disminuye la derivación de pacientes pediátricos hacia hospitales y posterior internación. Por otro lado, se desea estudiar el abordaje kinésico en dicho procedimiento, y si puede realizarlo sin presencia del médico/pediatra

Marco teórico

Definición del Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada

Intervención u hospitalización abreviada es un programa sanitario destinado al tratamiento de infecciones respiratorias agudas en pacientes pediátricos con el objetivo de disminuir la morbimortalidad generada durante su institucionalización en la U.T.I y clínica médica por patologías como: I.R.A., S.B.O, neumonía, el uso de fármacos inapropiados y también el descenso de la mortalidad domiciliaria. Aplicado en los centros de atención primaria de la salud (C.A.P.S), y guardia médica del hospital. (Guido G, Astudillo P, Zuñiga F Julio 2001”). 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 CAP. (Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente, año 2003).

Aplicación del Programa de Hospitalización o Intervención Abreviada

Este programa consiste en el seguimiento del paciente durante 2 horas de tratamiento a partir de una evaluación clínica al inicio, a la primera y segunda hora respectivamente. La valoración de la severidad de la enfermedad se realiza con la escala de TAL (modificada), anexo 2, administrando oxígeno (al paciente hipoxémico/Tal >9), y salbutamol inhalado (aerosol presurizado o en nebulización) 200mg c/10 o 20 minutos 3 veces en la primera hora, según evolución. Si hay buena respuesta se continúa con el salbutamol inhalado c/ 6-8hs en su domicilio y se controla en 24 hs. Si no hay mejoría se repite el procedimiento en la segunda hora. Si mejora, se retira al domicilio con medicación ambulatoria (salbutamol inhalado cada 6-8hs), si no mejora, se decide su ingreso al hospital, anexo 3. (Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria, Buenos Aires 2004)

Indicadores clínicos en la evaluación de la escala TAL modificado

Sibilancias: sonido continuo que se origina en la oscilación de las vías respiratorias estrechas, se escuchan sobre todo en la espiración como consecuencia de una obstrucción crítica, pueden ser polifónicas: estrechamiento diseminado, o monofónicas: estrechamiento de las V.A. de mayor calibre. Etiología: principalmente inflamación de los bronquios (bronquiolitis), Bronquiolitis: enfermedad de etiología vírica, causada por el VSR (virus respiratorio sincitial), más frecuente en varones y que no reciben lactancia materna. Fisiopatología: edema del epitelio respiratorio bronquial, abundante secreción de moco y restos celulares, engrosamiento de la pared bronquial. Determina: hipoxemia, sibilancia, desaturación de oxígeno, tiraje y aleteo nasal. Es la principal causa del S.B.O.

La sibilancia puede surgir de una variedad de patologías y trastornos obstructivos del aparato respiratorio. Material utilizado: estetoscopio Clínica (Feras V, Rozman: Barcelona 2009).

Tiraje: es un signo y síntoma de una dificultad respiratoria, anexo 4, donde los músculos respiratorios principales y accesorios tiran para adentro la caja torácica, debido a la disminución de la presión de la misma. En la exploración física se puede observar depresión de: los espacios intercostales, fosa supraclavicular, infraclavicular, supraesternal. Su determinación clínica es a través de una evaluación visual. (Feras V, Rozman: Barcelona 2009).

Frecuencia respiratoria: ciclo respiratorio que se mide en un minuto, consta de una inspiración y espiración. La espiración es más prolongada que la inspiración. Según la O.M.S en niños la F.R es de más de 20 ciclos por minuto y en lactantes de 25 ciclos para arriba. Se considerara taquipnea (aumento anormal de la F.R.) cuando la respiración sea mayor a 60/minutos en menores de 2 meses, mayor a 50/minutos en menores de 12 meses y 40/minuto entre niños de 1 y 5 años. El aumento de la eupnea (respiración normal) es el resultado de la compensación fisiológica a la falta de oxígeno en el organismo. Se la registra en forma visual y con un cronometro.

Frecuencia cardiaca: es la expansión rítmica de una arteria, producida por el paso de la sangre que es bombeada por el corazón, de esta forma se podrá determinar la cantidad de veces que el corazón se contrae en un minuto. Niño de meses: 130-140 pulsaciones por minuto, niños: 80-100 pulsaciones por minuto. Para su medición existen dispositivos digitales que permiten obtener los datos o en forma manual, tomando el pulso de una arteria (la más utilizada es la radial) en un minuto. (Feras V, Rozman: Barcelona 2009).

Cianosis: Coloración azulada de la piel causada por la presencia de sangre desoxigenada en la red de capilares. Para ser apreciada por el ojo humano deben haber 4 a 6 gramos o más de hemoglobina reducida en la sangre capilar anexo 5.(www.publicacionesmedicina.uc.cl/)

S.B.O, I.R.A como patologías respiratorias principales en la Intervención Abreviada

La I.R.A (insuficiencia respiratoria aguda) es ocasionada por un virus, que afecta las vías respiratorias, con inflamación, edema de la mucosa y necrosis del epitelio respiratorio. Se extiende en forma bilateral (ambos pulmones), desde vía aérea alta, hasta los bronquiolos respiratorios. Se observa tos no productiva y se agregan progresivamente signos de dificultad respiratoria de grado variable, conformando el S.B.O (síndrome bronquial obstructivo) caracterizado por: taquipnea, tiraje y sibilancias. Es difícil determinar el S.O.B por la gran variedad de causas que lo ocasionan. (Dr. Daniel Quiroga, Buenos Aires 2011)

Fisioanatomía del lactante

El aparato respiratorio se desarrolla hasta los 8 años de edad y alcanza su maduración exitosa a los 20 años de edad. Los menores de 2 años tienen: calibre de las vías aéreas más pequeñas, mayor distensibilidad de la pared torácica, mayor composición de cartílagos traqueales, disminución del tono del músculo liso lo que contribuye a un desequilibrio a su contracción y aumento de la resistencia al flujo aéreo por el calibre bronquial. La vía aérea está tapizada por cilias que poseen un movimiento ondulante, de manera que barren las partículas inhaladas, desde el árbol respiratorio hacia la faringe, en el recién nacido no se encuentra desarrollado en su totalidad. Existe otro sistema defensivo contra los microorganismos: sustancias bacteriostáticas e inmunoglobulinas presentes en el moco que segregan las células de la mucosa respiratoria, moco que recubre la superficie de la vía aérea y de los alvéolos, cuyas células secretoras en el neonato maduran después de varias semanas. Todos estos factores contribuyen al aumento de infecciones respiratorias agudas, anexo 6. (Kliegman R, BehrmanR: España 2009)

Intervención de agentes sanitarios (kinesiólogo), cuando no hay médico a cargo o tiene una emergencia y requiera su ausencia en el C.A.P.S.

- 1-Evaluar la gravedad del paciente con la escala de TAL modificado
- 2-Evaluar los signos y síntomas clínicos.
- 3-Iniciar tratamiento farmacológico (oxígeno si es necesario y salbutamol en aerosol). Este fármaco es un broncodilatador, lo cual permite: desaparición del espasmo muscular liso, eliminación del edema de la pared bronquial, eliminación de las secreciones que han salido a la luz bronquial, formando un tapón consistente. Pasos:
- 4-Nunca se debe efectuar la aerosolterapia con el niño acostado. Antes de iniciar el procedimiento se realizan los siguientes pasos: • Lavado de manos. • Se agita el aerosol durante 1 minuto. • Se inserta en la ranura del espaciador, siempre con el cuerpo del aerosol hacia arriba • El espaciador se aplica cubriendo la nariz y la boca del niño, con la mano por debajo de la barbilla para poder sujetar las mejillas y fijar el espaciador al mentón. • Se realiza un disparo a fondo, 1 solo puff, se cuentan 10 segundos (se puede contar “1001,1002, 1003...” hasta “1010”, para respetar la pausa correspondiente). • Se retira el espaciador. • Se vuelve a agitar el aerosol durante 1 minuto. • Se vuelve a colocar el espaciador cubriendo nariz y boca. • Se realiza el segundo puff, contando 10 segundos a partir del disparo.
- 5-Correcta articulación entre el personal sanitario (enfermeros) para la evaluación y toma de los signos del puntaje de TAL modificado, el seguimiento del flujograma de decisiones clínicas y administración correcta de los medicamentos
- 6-Equipamiento: lavamanos, termómetro, camilla, reloj de pared, estetoscopio, aerocamaras. Anexo 7. (Gallardo H: “Rehabilitación respiratoria en pediatría”, www.captura.chile.cl)

Protocolo de abordaje kinésico a cargo del médico pediatra durante la Intervención Abreviada

A-El kinesiólogo debe colaborar con el médico a cargo, en la supervisión del tratamiento indicado, especialmente de los fármacos inhalatorios, preocupándose de su óptima aplicación en el caso de que el médico lo autorice.

B-kinesiterapia respiratoria tradicional, lo que permitiría: permeabilizar la vía aérea, mejorar la distribución de la ventilación y perfusión y reexpansión de zonas colapsadas, a través de técnicas como:

- 1-Vibraciones (disminuye la viscosidad del mucus y rompe adherencias), se aplica durante la espiración. Se puede aplicar vibraciones con deslizamiento manual, para la movilización de las secreciones hacia las vías aéreas superiores y de esta forma ayudar a despejar y limpiar el árbol bronquial.
- 2-Drenaje postural
- 3-Aceleración del flujo espiratorio (A.F.E), anexo 8: moviliza secreciones
- 4-Técnicas de higiene bronquial (paciente con edad suficiente para entender el orden verbal y consiente). Se recomienda: Espiración forzada con glotis abierta, esta maniobra produce vehiculización de las secreciones bronquiales, minimiza el broncoespasmo, minimiza la fatiga muscular, facilita la tos, mejora el intercambio gaseoso. (www.scielo.org.ar: Comité Nacional de Neumonología. Buenos Aires mar/abril 2006).

Objetivos

General

Conocer el rol del kinesiólogo durante el procedimiento del Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada en afecciones respiratorias agudas pediátricas.

Específicos

1. Investigar si el kinesiólogo conoce el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada, con sus materiales y método de aplicación.
2. Investigar si el abordaje kinésico durante el Programa de Hospitalización Abreviada, tiene incidencia sobre el alta médico.
3. Investigar si el Programa de Intervención Abreviada puede abordarse por el kinesiólogo sin la presencia de un médico
4. Investigar si la aplicación del Programa disminuye la hospitalización del paciente pediátrico
5. Cuantificar cual fue la técnica kinésica más utilizada durante el programa.
6. Estudiar cuales son las patologías pediátricas respiratorias más atendidas durante el Programa de Intervención Abreviada en los C.A.P.S
7. Conocer la incidencia según el género, de las afecciones respiratorias agudas, durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada
8. Investigar si la aplicación del Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada, aumenta durante los brotes de enfermedades respiratorias

Metodología

Tipo de investigación

Descriptivo/observacional, ya que el mismo analizó a pacientes pediátricos a partir de historias clínicas, con afecciones respiratorias que han sido atendidos en los C.A.P.S. programáticos durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada.

Subtipo: Retrospectivo.

Se utilizó esta metodología, recolectando datos de historias clínicas en los C.A.P.S de la región sanitaria I de La Rioja – Capital.

Se tuvo en cuenta el periodo abarcado entre enero – julio del año 2014

Dentro de este subtipo, se investigó el diseño de “serie de casos”, ya que los pacientes presentaron las mismas características:

Menores de cinco años, con afecciones respiratorias agudas que se intervinieron en los C.A.P.S. de la región sanitaria I.

Unidad de estudio

- A. Pacientes pediátricos con afecciones respiratorias agudas, cuyas edades oscilaron entre el recién nacido, hasta los cinco años de edad.
- B. Kinesiólogos que trabajaron en los C.A.P.S programáticos de la región sanitaria I de La Rioja capital.

Universo

Estuvo integrado por 200 pacientes, que fueron registrados en las historias clínicas pediátricas con insuficiencia respiratoria aguda y tuvieron atención en el periodo abarcado entre enero y julio del 2014, donde se tomó en cuenta cien historias clínicas de cada centro de salud (recién nacidos a 5 años de edad), que presentaban afecciones respiratorias agudas registradas en los C.A.P.S de San Vicente y Faldeo de Velazco Sur perteneciente a la región sanitaria 1.

No se dividió a la muestra según los C.A.P.S, porque estuvieron sometidas a las mismas condiciones climáticas y edilicias por pertenecer a la misma zona sanitaria.

Para la información de los profesionales se tuvo en cuenta un universo integrado por los licenciados que trabajaron durante el Programa en el periodo ya mencionado, con un total de 7 rehabilitadores físicos

Muestra

A. Se utilizó una muestra de tipo probabilística al azar simple y se calculó el tamaño de la misma, con un noventa por ciento de confianza, redondeando en 60 pacientes, (lactantes hasta 5 años de edad, con afecciones respiratorias agudas). "S.B.O (Síndrome Bronquial Obstructivo), I.R.A (Insuficiencia Respiratoria Aguda) y "Otras" (bronquiolitis, asma).

B. Para la información kinésica se tomó una muestra intencional de 7 rehabilitadores físicos que trabajaron en los C.A.P.S durante el Programa de Intervención Abreviada

Criterios de inclusión

A. Se tuvo en cuenta al momento de realizar la investigación, a todos los niños cuyas edades oscilaron entre los cero y cinco años de edad, con afecciones respiratorias agudas entre enero y julio del 2014, y que fueron atendidos en los C.A.P.S programáticos de la zona sanitaria I, con el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada

B. Se tuvo en cuenta al licenciado en kinesiología que trabajó durante todo el periodo 2014, en el Programa de Hospitalización Abreviada

Criterios de exclusión

A. Se excluyó en este trabajo a los niños mayores de cinco años, que no presentaron afecciones respiratorias agudas, y no fueron atendidos en los C.A.P.S programáticos de la zona sanitaria I correspondientes al año 2014.

B. También se excluyó a los licenciados (Kinesiólogos), que no participaron del Programa de Hospitalización Abreviada durante el periodo enero-julio del 2014

Técnica de recolección de datos

El instrumento que se utilizó en esta investigación para la recolección de datos, fue una ficha kinésica adaptada en base a las historias clínicas de los pacientes pediátricos en los C.A.P.S. pertenecientes a la región sanitaria I, y una encuesta dirigida a los Kinesiólogos, cuyos resultados fueron plasmados en una ficha kinésica adaptada, para elaborar la matriz kinésica.

Resultados obtenidos

A continuación se presenta una síntesis de la información procesada durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada, en afecciones respiratorias agudas en menores de cinco años, junto con la participación kinésica, en los C.A.P.S programáticos de La Rioja capital.

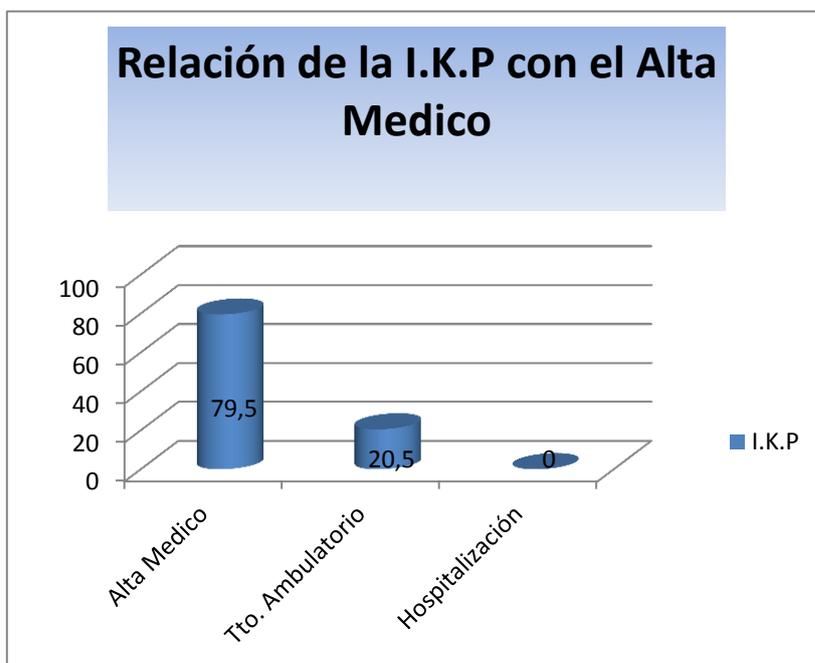


GRAFICO Nº 1

PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN: LA INTERVENCIÓN KINÉSICA, (DURANTE EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA EN LOS C.A.P.S), Y EL ALTA MÉDICO EN EL PERIODO 2014 DE LA RIOJA CAPITAL. EN NUMEROS ABSOLUTOS Y EN PORCENTAJES

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la ficha Kinésica adaptada, cuyos datos fueron obtenidos de las Historias Clínicas pediátricas de los C.A.P.S.

Del total de la muestra (60 casos), se observó que la intervención Kinésica por paciente (I.K.P), sobre el tratamiento, da como resultado un 79.5% de alta médico (menores de cinco años que no fueron derivados a un centro de mayor complejidad y siguen un tratamiento farmacológico en su hogar). Un 20.5% de tratamiento ambulatorio (pacientes menores de cinco años que les prescribieron KTR y seguimiento médico teniendo en cuenta los signos clínico de alarma por una semana) y un 0% de derivaciones al hospital (menores de cinco años que no tuvieron la necesidad de ser derivados a un instituto de mayor complejidad). Por lo tanto la intervención Kinésica disminuye notablemente la internación hospitalaria.

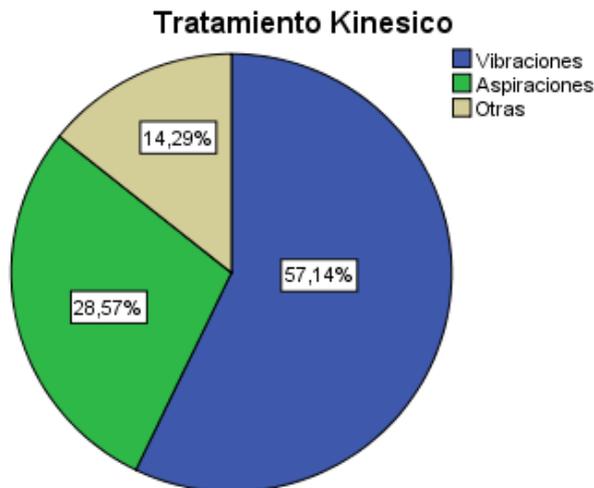


GRAFICO N° 2

TÉCNICAS KINÉSICAS MÁS UTILIZADAS (SEGÚN DATOS KINESIOLÓGICOS), DURANTE EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ABREVIADA PARA OPTIMIZAR EL RESCATE DEL BRONCOESPASMO, JUNTO CON EL TRATAMIENTO MÉDICO EN LOS CA.P.S DE LA RIOJA CAPITAL DEL AÑO 2014. EN PORCENTAJES.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la encuesta Kinésica.

Del total de la muestra kinésica (7) se observó que un 57.14% utilizaron en la ejecución de KTR (Kinésio Terapia Respiratoria), vibraciones, un 28.57% aspiraciones, y un 14,29% otras. Por lo tanto la técnica de vibración fue la más utilizada, colaborando junto con el tratamiento médico para el alta del paciente. También las aspiraciones tuvieron un alto porcentaje de aparición durante el Programa. Se observó que en la categoría de "Otras" en un 14.29% (1 kinesiólogo), actuó en una crisis asmática, transmitiendo tranquilidad e información a los padres para ayudar a la postura del niño y de esta forma, mejorar la entrada de aire y respiración del mismo. (Fuente: cuestionario kinésico).

Tabla 1

CANTIDAD DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON AFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DIAGNOSTICADAS DURANTE EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN U HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA ENTRE ENERO Y JULIO DEL AÑO 2014 EN LOS C.A.P.S DE LA RIOJA. EN NUMEROS ABSOLUTOS Y EN PORCENTAJES

DIAGNÓSTICO REALIZADO EN EL C.A.P.S AL PACIENTE PEDIÁTRICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	S.B.O	28	46,7	46,7	46,7
	I.R.A	26	43,3	43,3	90,0
	Otras	6	10,0	10,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: ficha kinésica adaptada/ Matriz de Datos

Se observa que del total de la muestra (60 casos), durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada, un 46,7% corresponden a S.B.O (Síndrome Bronquial Obstructivo), un 43,3% a I.R.A (Insuficiencia Respiratoria Aguda), y un 10% a Otras (neumonía, bronquiolitis, asma). Por lo tanto el síndrome bronquial obstructivo fue una de las mayores patologías diagnosticadas, sugiriendo que la mayoría de los niños pasaron por una etapa de catarros y algunas infecciones respiratorias mal curadas, generando al final un cuadro de broncoespasmo agudo y crítico para el paciente el cual tuvo que ser intervenido en dicho Programa de rescate.

Tabla 2

CANTIDAD DE PACIENTES PEDIÁTRICOS DIVIDIDOS SEGÚN EL GÉNERO, QUE FUERON DIAGNOSTICADOS Y ATENDIDOS DURANTE EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA. EN NUMEROS ABSOLUTOS Y EN PORCENTAJES.

SEXO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	29	48,3	48,3	48,3
	Femenino	31	51,7	51,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Ídem

Se observa en el total de la muestra (60 casos), que durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada, fueron atendidos 29 varones, correspondiente a un 48.3% del total de los casos, y 31 mujeres, que corresponden al 51.7% del total de la muestra. Por lo tanto se concluye que la mayoría de pacientes pediátricos atendidos durante el Programa en los C.A.P.S de La Rioja capital fueron mujeres menores de cinco años de edad.

Tabla 3

CANTIDAD DE KINESIÓLOGOS QUE TIENE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN U HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA, JUNTO CON SUS MATERIALES Y MÉTODO DE APLICACIÓN. EN NUMEROS ABSOLUTOS Y EN PORCENTAJES.

CONOCIMIENTO KINÉSICO DEL PROGRAMA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Conoce	4	57,1	57,1	57,1
Conoce muy poco	1	14,3	14,3	71,4
No conoce	2	28,6	28,6	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fuente: Matriz de Datos del kinesiólogo, cuyos resultados se obtuvieron de la encuesta Kinésica formulada en los C.A.P.S de La Rioja capital.

Se observa que del total de la muestra de kinesiólogos (7), un 51.1% tiene conocimiento del Programa de Intervención Abreviada, un 14.3% conoce muy poco, y un 28.6% no lo conoce. Se concluye que la mayoría de los Kinesiólogos tienen un grado de conocimiento sobre el Programa de Intervención Abreviada, y de sus materiales y método de aplicación, pudiendo de esta forma integrarse dentro del equipo interdisciplinario y participar dentro del mismo. Los Kinesiólogos que “no conocen” el Programa, corresponden al grupo de profesionales que no tuvieron intervención porque el médico no derivó al paciente a su sector, o no contaban con las herramientas del conocimiento para abordar dicha situación crítica en forma conjunta con el equipo interdisciplinario.

Discusión

En este trabajo de investigación, se comprobó que la participación del Kinesiólogo durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada, efectiviza el tratamiento y asegura un alto porcentaje de alta médico (79.5%). Se verificó que el Kinesiólogo cuenta con los conocimientos necesarios (51.1%) para intervenir, en articulación, con el equipo interdisciplinario durante el Programa de rescate, y de esta forma optimizarlo.

Según la información obtenida del presente trabajo de investigación, se estudió que los kinesiólogos pertenecientes a los Centros de Salud de la región sanitaria I, no pueden intervenir en forma independiente durante el Programa de rescate. Siempre existió una prescripción médica para que el rehabilitador físico pueda participar y formar parte de la articulación sanitaria de este Programa (anexo 10). En contraposición a la articulación sanitaria en Chile, donde el kinesiólogo puede actuar sin una autorización o prescripción médica para ser parte del Programa e intervenir en forma independiente, siguiendo el protocolo de rescate. (www.Rev.Chil.Pediatr.2001)

Conclusiones

Las afecciones respiratorias son la principal causa de mortalidad infantil en menores de 5 años, siendo posible disminuir este índice, a través, de una buena articulación desde el sector primario de la salud con la comunidad,

Con miras hacia los objetivos propuestos en este trabajo de investigación y los resultados obtenidos, es posible presentar en forma sintetizada las siguientes conclusiones:

- El abordaje kinésico durante la implementación de Intervención u Hospitalización Abreviada para rescatar a niños con afecciones respiratorias agudas, en el primer escalón de la salud, disminuye de forma considerable su derivación a un hospital. Así también, la ejecución de técnicas kinésicas específicas aumenta el porcentaje del alta médico.

En el presente trabajo se evaluó a través de historias clínicas a 60 pacientes con afecciones respiratorias agudas que fueron atendidos durante el Programa para su rescate. El periodo de investigación, abarcó los meses entre enero y julio, siendo este último con el mayor número de casos 45%, y determinando como patología predominante en el género femenino (51.7% del total de ambos sexos.) al S.B.O con un 46.7% del total de las patologías diagnosticadas durante el Programa.

De acuerdo a los datos obtenidos se determinó que la intervención kinésica durante la aplicación de la Hospitalización Abreviada, mejora en forma notable la recuperación del paciente pediátrico en un 79.5%, en relación con el alta médico y disminuye la derivación al hospital, en un 0% del total de los casos intervenidos por el kinesiólogo. La intervención con KTR, asegura la ruptura, desprendimiento y movilización de secreciones, el cual ayuda a la expulsión ya sea por propia voluntad o facilitado por un equipo de aspiración, asegurando el despeje de la vía aérea, la entrada - salida del aire atmosférico, y optimizando el tratamiento médico.

Se llegó a la conclusión que ninguno de los profesionales (kinesiólogos), intervino en forma independiente, si no, a partir de una prescripción médica.

- Otra herramienta utilizada en la presente investigación fue una encuesta que se realizó a un grupo de kinesiólogos anónimos, la cual determinó, que el licenciado en Kinesiología tiene conocimientos sobre el Programa, materiales y método de aplicación. El resultado obtenido fue que un 51.1% tiene noción del Programa y su forma de aplicación.

Se concluye de este modo que el abordaje kinésico durante el Programa de Intervención U Hospitalización Abreviada en los C.A.P.S programáticos de La Rioja capital, efectiviza tanto el tratamiento médico como el propio rescate del broncoespasmo con posterior disminución del porcentaje de derivación al hospital.

Es de suma importancia que el Lic. En Kinesiología y Fisiatría cuente con las herramientas del conocimiento, necesarias para intervenir y poder articular con el equipo interdisciplinario, y de esta forma sumar importancia a su rol dentro del Programa y del propio grupo de salud.

Cabe recalcar que durante el periodo de investigación de este trabajo, se participó en calidad de observador del Programa, junto con la intervención kinésica, y de esta forma concluir, que el Programa de rescate es efectivo solo cuando el equipo interdisciplinario cuenta con las herramientas tanto del conocimiento como las materiales para optimizar la Intervención Abreviada, y de esta forma optimizar la calidad de vida del paciente. Es por ello que deseo enfatizar en la capacitación del Lic. en Kinesiología y dejar asentado que el profesional, cuenta con las herramientas facultativas para poder darse el lugar que merece dentro del equipo de salud.

Citas bibliográficas

1. Rouviere H, Delmas A. : "Anatomía humana"; 11^{ra} edición, elSeviermasson, Barcelona 2005, página 511, 540
2. Thibodeau G, Patton K: "Anatomía y fisiología", 6^{ta} edición, el Sevier, Madrid 2007, página 833, 914.
3. Latarget M, Ruiz Liard A: "Anatomía humana" tomo II, Panamericana, Madrid 1997.
4. Ganong F: "Fisiología medica" 19^{na} edición manual Maduro México 2004.
5. Berner R, Levy: "Fisiología", 1^{ra} edición, Diorki, Madrid 1992, página 331-343
6. Kliegman R, Behrman R: "Nelson tratado de pediatría", 18^{va} edición, volumen II, el Servier, España 2009, página 1719,1773.
7. Ferreras V, Rozman C: "Medicina interna", 16^{ta} edición, volumen II, el Sevier, Barcelona 2009, página 743-745.
8. Rubin R, Strayer D: "Patologia-Fundamentos clínicos patológicos en medicina", 6^{ta} edición, WoltersKlumer, Bachelona 2012.
9. Sola A: "Cuidados neonatales", tomo I, Edimed, república Argentina 2011, página 803, 809, 825,831.
10. Garrison S: "Manual de medicina física y rehabilitación", 2^{da} edición, Ms Granw-hill, 2005, página 261-265.
11. Osuma A: "Salud pública y educación para la salud", Masson, 2000, página 203,271.
12. Meirovich S, Montruil H: "FarmacologiaClinica", tomo II, Ediciones Eudecop, Cordoba Argentina 2000.
13. Zieher L: "Farmacologia general y de los neurotransmisores", 3^{ra} edición, Colección de farmacología 2004.
14. Guido G, Astudillo P, Zuñiga F: "El programa I.R.A Chile, hitos e historia" www.rev.chil.pediatr.v72n4Santiago 2001
15. Garibaldi C, Oppezzi M: "Hospitalización abreviada para menores de 2 años" www.remediar.gov.ar .
16. Rivas J: "Síndrome obstructivo bronquial en el niño menor de 2 años, área de salud integral" www.rev.med.electronvol34n4 julio2012.
17. Moreno L: "Síndrome bronquial agudo", www.clinicapediatrica.fem.unc.edu.ar , Córdoba 2005.
18. Torre, Chavez V, VasquezJ: "Precisión y exactitud de un oxímetro de pulso, www.scielo.org.mx-rev.invest.clin.vol58n01, México 2006.
19. Gallardo H: "Rehabilitación respiratoria en pediatría", www.captura.chile.cl
20. "Consenso argentino de rehabilitación respiratoria", [http://www.scielo.org.ar/Buenos Aires 2004](http://www.scielo.org.ar/BuenosAires2004).
21. Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente.<http://www.scielo.org.ar/>, año 2006
22. Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Bajas. www.msal.gov.ar, año 2010
23. Girardi G, Astudillo P: Tratamiento ambulatorio del síndrome de obstrucción bronquial. Texto Pediatría. Meneghello V Edición. Tomo 1. 1351-1354.
24. Herrera O, Fielbaum O. Síndrome bronquial obstructivo del lactante: Enfermedades respiratorias infantiles.Mediterraneo. Santiago de Chile : 221 -8
25. Variabilidad en el manejo de la bronquiolitis en el primer nivel de atención públicodelaArgentina(http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000300004) año 2009

26. Validación de una herramienta de predicción clínica simple para la evaluación de la gravedad en niños con síndrome bronquial obstructivo. (http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000200005). Año 2010.
27. Factores que determinan la ocurrencia o la recurrencia de la bronquitis obstructiva recidivante (BOR) en niños menores de cinco años. (<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC071525.pdf>). Año 2010.
28. Síndrome bronquial obstructivo en el hospital pediátrico "Juan Pablo II". (http://listas.med.unne.edu.ar/revista/revista195/2_195.pdf). Año 2010.
29. El impacto de las infecciones respiratorias en la población. (<http://www.remедиar.gov.ar/>). Año 2011
30. Síndrome bronquial obstructivo agudo (<http://www.clinicapediatica.fcm.unc.edu.ar/>). Año 2009

ANEXOS



Variables

1. EDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO
2. SEXO DEL PACIENTE PEDIATRICO
3. DIAGNOSTICO DEL PACIENTE PEDIATRICO INTERVENIDO EN EL C.A.P.S
4. TRATAMIENTO DEL PACIENTE PEDIATRICO EN EL C.A.P.S
5. LUGAR DE INTERVENCION DEL TRATAMIENTO
6. CONOCIMIENTO KINÉSICO DEL PROGRAMA (C.K.P)
7. INTERVENCIÓN KINÉSICA POR PACIENTE (I.K.P)
8. INTERVENCIÓN KINÉSICA SIN MEDICO A CARGO (I.K.sin M.C.)
9. TECNICA KINESICA UTILIZADA EN EL PROGRAMA
10. APLICACIÓN DEL PROGRAMA SEGÚN EL MES DEL AÑO (A.P. según M.A.)

Operacionalización de las variables

Variables	Indicadores	Técnica de Relevamiento	Instrumentos
EDAD DEL PACIENTE PEDIATRICO	Cantidad de pacientes pediátricos en años, registrados durante la intervención del Programa en los C.A.P.S	Historia clínica	Formulario
SEXO DEL PACIENTE PEDIATRICO	Cantidad de pacientes pediátricos según el sexo, hombre o mujer, intervenidos en los C.A.P.S	Historia clínica	Formulario
DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE PEDIATRICO INTERVENIDO EN EL C.A.P.S	Porcentaje de las patologías respiratorias pediátricas registrada en los C.A.P.S	Historia clínica	Formulario
TRATAMIENTO DEL PACIENTE PEDIATRICO EN EL C.A.P.S	Porcentaje del resultado en la Intervención Abreviada en los C.A.P.S	Historia clínica	Formulario
LUGAR DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA	Lugar de tratamiento donde se atendió al paciente pediátrico	Historia clínica	Formulario
INTERVENCIÓN KINÉSICA POR PACIENTE	Cantidad de veces que intervino el kinesiólogo por paciente durante el programa	Historia clínica	Formulario

INTERVENCIÓN KINÉSICA SIN MEDICO A CARGO	Cantidad de veces que intervino el kinesiólogo sin estar presente el médico/pediatra	Historia clínica	Formulario
APLICACIÓN DEL PROGRAMA SEGÚN EL MES DEL AÑO	Porcentaje de veces que se implementó el Programa por paciente según el mes del año	Historia clínica	Formulario
TÉCNICA KINÉSICA UTILIZADA EN EL PROGRAMA	Conocer el Tipo de técnica kinésica más utilizada (K.T.R)	Encuesta	Ficha kinésica adaptada
CONOCIMIENTO KINÉSICO DEL PROGRAMA	Cantidad de kinesiólogos de los C.A.P.S. que conocen el método y aplicación del Programa	Encuesta	Ficha kinésica adaptada

Categorización de las variables

Edad del paciente pediátrico: se determinó la edad del paciente para agrupar a los menores de 3 años que presentan un aparato respiratorio menos desarrollado y mayores a 3 años que tienen mejor maduración.

Categorización:

1. Menores de 3 años.
2. Mayores de 3 años.

Sexo del paciente pediátrico: se estableció el sexo de los niños obtenido de las historias clínicas.

Categorización:

- 1: Masculino 2: Femenino

Diagnóstico del paciente pediátrico intervenido en el C.A.P.S: se determinó la patología pediátrica, evaluada por el médico/pediatra, según la historia clínica del Centro de Salud Primario

Categorización:

1. S.B.O
2. I.R.A
3. Otras

Conocimiento kinésico del Programa (C.K.P): se investigó si el kinesiólogo tiene conocimiento sobre los materiales, método y aplicación del Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada

Categorización:

1. Conoce
2. Conoce muy poco
3. No conoce

Tratamiento del paciente pediátrico en el C.A.P.S: se determinó el resultado de la intervención abreviada en los C.A.P.S

Categorización:

1. Alta médico
2. Tratamiento ambulatorio
3. Derivación al hospital

Lugar de intervención del Programa: Se especificó en qué lugar se implementó el Programa y si tuvo un seguimiento domiciliario/ambulatorio en el C.A.P.S.

Categorización:

1. C.A.P.S
2. Ambulatorio en los C.A.P.S.

Intervención kinésica por paciente (I.K.P.): Se tomó en cuenta la cantidad de veces que intervino el kinesiólogo a cargo del médico, para optimizar el Programa de Hospitalización Abreviada.

Categorización

1. Nunca
2. Una vez
3. Más de dos veces

Intervención kinésica sin medico a cargo (I.K. sin M.C.): se investigó las veces que el kinesiólogo intervino en el Programa sin presencia del médico/pediatra.

Categorización:

1. Nunca
2. Una vez
3. Más de una vez

Técnica kinésica utilizada en el programa: Se investigó la técnica kinésica más utilizada (K.T.R), durante la Intervención Abreviada para rescate del paciente pediátrico. En la categoría "Otras" se incluyen (Drenaje postural y criterios para resolver una crisis asmáticas)

Categorización:

1. Vibraciones
2. A.F.E
3. Aspiraciones
4. Otras

Aplicación del Programa según el mes del año (A.P. según M.A.): se agrupó a los casos pediátricos atendidos durante el Programa de Intervención Abreviada, según el mes en que fue aplicado, sectorizándolos a estos últimos en 3 grupos.

Categorización:

1. entre enero-marzo
2. entre abril-junio

Matriz de Datos del paciente

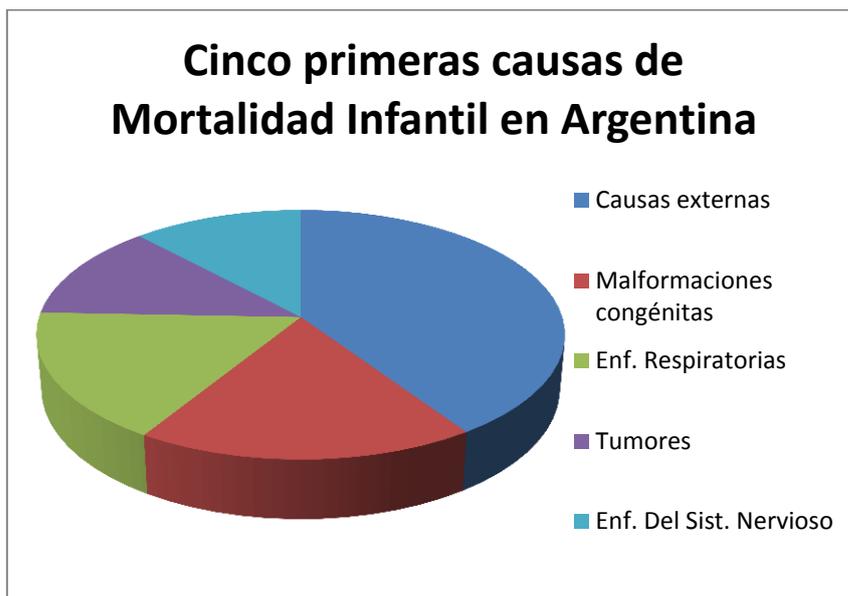
Número	Edad del paciente pediátrico	Sexo del paciente pediátrico	Diagnóstico del paciente pediátrico intervenido en el C.A.P.S	Tratamiento del paciente pediátrico en el C.A.P.S	Lugar de intervención del Programa	I.K. P	I.K sin M.C	A.P. según M.A
1	1	2	1	1	1	2	1	3
2	1	2	1	1	1	1	1	3
3	2	2	1	2	2	2	1	1
4	2	2	1	1	1	2	1	1
5	2	2	3	1	1	1	1	1
6	2	1	2	1	1	2	1	1
7	1	1	1	1	1	2	1	1
8	2	1	2	1	1	2	1	1
9	1	2	2	1	1	2	1	3
10	1	1	1	2	2	1	1	3
11	1	2	2	1	1	2	1	3
12	1	1	3	3	1	1	1	2
13	1	1	2	2	2	2	1	2
14	1	1	1	1	1	2	1	3
14	1	1	2	2	2	2	1	2
16	1	2	1	1	1	2	1	2
17	1	1	1	2	2	2	1	2
18	1	2	1	1	1	2	1	3
19	1	1	2	2	2	1	1	2
20	1	2	2	2	2	1	1	2
21	1	2	1	2	2	1	1	2
22	1	2	1	1	1	2	1	2
23	1	2	1	1	1	2	1	3
24	1	2	1	2	2	1	1	1
25	1	2	2	1	1	2	1	3
26	2	2	2	1	1	2	1	2
27	2	2	1	1	1	2	1	3
28	1	1	1	1	1	2	1	3
29	1	2	2	1	2	1	1	2
30	1	2	2	2	2	1	1	2
31	1	2	1	1	1	2	1	3
32	1	2	3	1	1	2	1	2
33	1	1	1	3	1	1	1	1
34	1	1	3	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	2	1	2
36	1	1	2	1	1	2	1	2
37	1	2	3	1	1	2	1	3

38	2	1	2	1	1	1	1	2
39	1	1	2	1	1	2	1	2
40	2	1	1	2	2	1	1	3
41	1	1	1	2	2	1	1	3
42	1	1	1	1	2	1	1	3
43	1	2	2	1	1	2	1	2
44	1	2	2	1	1	2	1	3
45	1	1	2	2	2	2	1	2
46	2	1	2	1	1	2	1	2
47	2	1	2	2	2	2	1	2
48	1	2	2	1	1	2	1	3
49	1	2	3	1	1	2	1	2
50	1	2	2	1	1	2	1	3
51	1	2	1	1	1	2	1	3
52	1	2	1	1	1	2	1	3
53	1	1	2	2	2	2	1	3
54	1	1	1	1	1	1	1	3
55	1	1	2	2	2	1	1	3
56	2	1	1	1	1	1	1	3
57	2	2	1	1	1	2	1	1
59	2	1	2	2	2	1	1	1
60	1	1	1	2	2	1	1	3

Matriz de datos del kinesiólogo

Numero	C.K.P	Técnica Kinésica
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	1
5	2	3
6	3	3
7	3	4

Anexo 1



Estadísticas Vitales. Información básica 2011. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación diciembre de 2012

Anexo 2

Puntaje clínico de gravedad de TAL.

Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de músculos accesorios	Puntos
	< 6 meses	> 6 meses			
<120	<40	< 30	No	No	0
120-140	40-55	30-45	Fin espiración	Leve, intercostal	1
140-160	55-70	45-60	Inspir./ Espir.	Tiraje generalizado	2
>160	>70	> 60	Sin estetoscopio	Tiraje + aletteo nasal	3

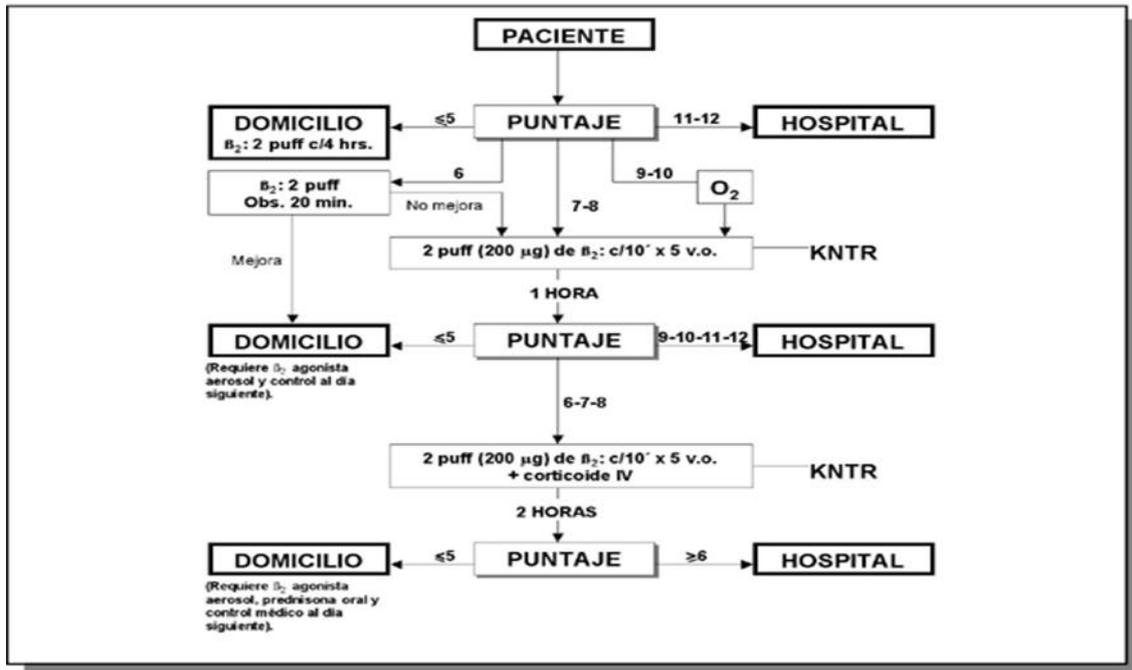
La valoración a través del puntaje clínico de TAL (modificada), permite establecer categorías de gravedad:

4 puntos o menos: LEVE
5 a 8 puntos: MODERADA
9 puntos o más: GRAVE

Fuente: www.msal.gov.ar

Anexo 3

Flujograma de decisión terapéutica con puntaje de TAL modificado



Fuente: www.msal.gov.ar

Anexo 4

Tiraje



Fuente Dra. RAISA MONTERO ÁLVAREZ, Dra. LOURDES MONTERO ÁLVAREZ
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_supl1_07/casos/c6_v13_supl107.html

Anexo 5

Cianosis



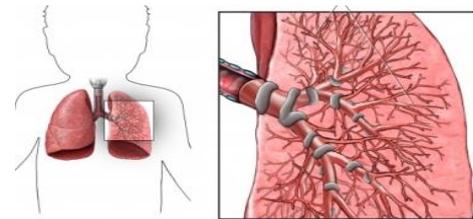
Fuente: www.publicacionesmedicina.uc.cl

Anexo 6

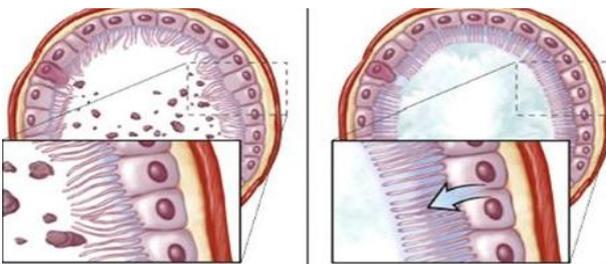
Calibre de la vía aérea disminuido
cartílagos



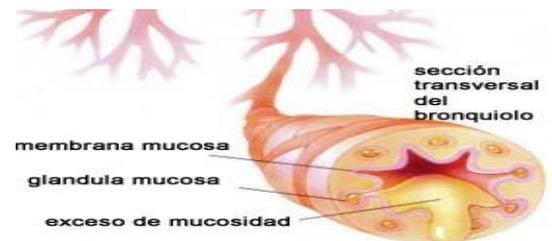
Mayor composición de



Inmadurez de los cilios



Fisiopatología de un broncoespasmo



Anexo 7

Aerocámara



Camilla



Estetoscopio



Reloj



Termómetro



Anexo 8 (A.F.E.)



Aceleración de flujo espiratorio, una de las tantas técnicas que se puede utilizar, después de disminuir la clínica del broncoespasmo y optimizar la expulsión de secreciones.

Anexo 9

Tabla cruzada que relaciona la intervención kinésica con el tratamiento, para conocer el % de incidencia que tiene el abordaje kinesiológico con: el Alta Medico, Tratamiento Ambulatorio y Derivación al Hospital.

		Intervención kinésica por paciente		Total
		Nunca	Una vez	
Tratamiento Alta medico	Recuento	8	31	39
	% dentro de intervención kinésica por paciente	38,1%	79,5%	65,0%
Tratamiento Ambulatorio	Recuento	11	8	19
	% dentro de intervención kinésica por paciente	52,4%	20,5%	37,7%
Derivación al Hospital	Recuento	2	0	2
	% dentro de intervención kinésica por paciente	9,5%	0%	3,3%
	Recuento	21	39	60
	Total	35,0%	65,0%	100%

Fuente: Matriz de Datos

Anexo 10

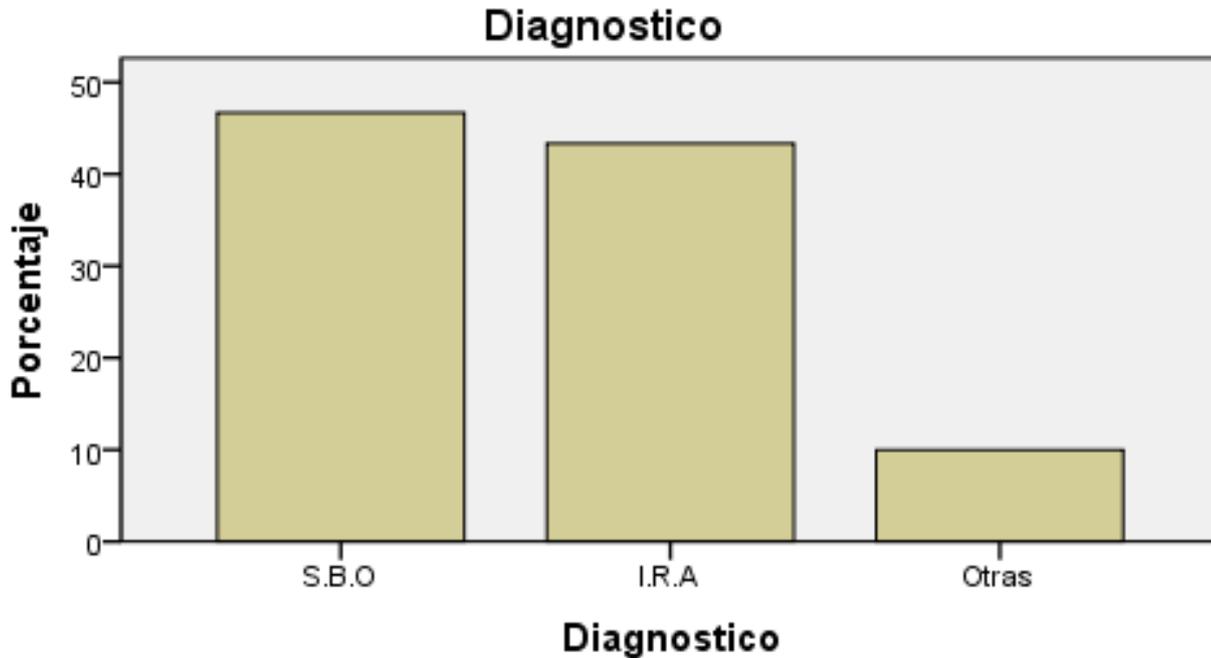
TABLA: INTERVENCIÓN KINÉSICA SIN MEDICO A CARGO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido nunca	60	100,0	100,0	100,0

Fuente: matriz de datos del kinesiólogo, cuyos resultados se obtuvieron de la ficha kinésica adaptada

Anexo 11

Grafico del tipo de patologías atendidas durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada



Fuente: Matriz de Datos

Anexo 12

Grafico que representa la incidencia según el género, durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada.



Fuente: matriz de datos

Anexo 13

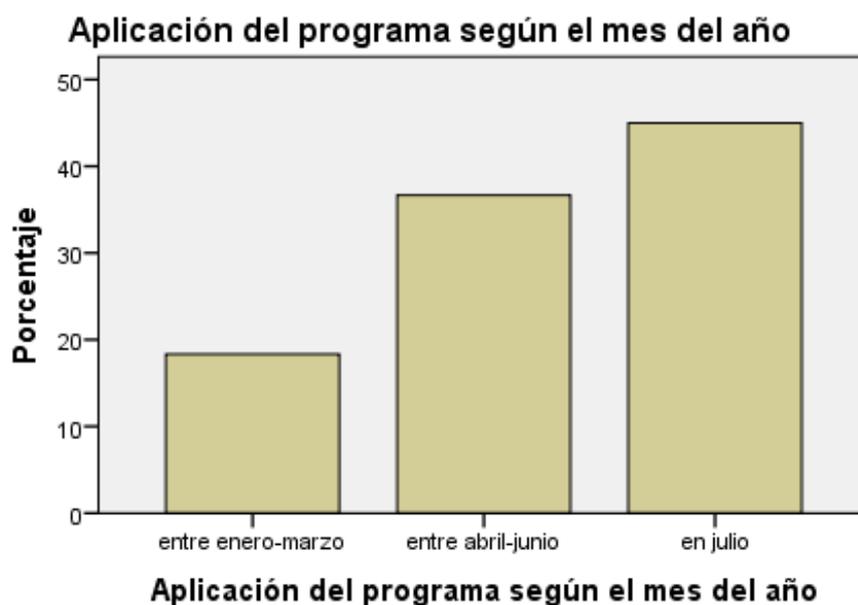


Gráfico
CONOCIMIENTO KINÉSICO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN U HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la Matriz.
51.1% tiene conocimiento del Programa de Intervención Abreviada, un 14.3% conoce muy poco, y un 28.6% no lo conoce.

Anexo 14

Gráfico



Anexo 15

Tabla.

TRATAMIENTO KINÉSICO DURANTE EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN ABREVIADA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Vibraciones	4	57,1	57,1	57,1
Aspiraciones	2	28,6	28,6	85,7
Otras	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la Matriz Kinésica

Ficha kinésica adaptada para niños con afecciones respiratorias agudas

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

N°.....

Datos Demográficos

- Nombre y apellido:.....
- Edad:
- Sexo:
- Centro primario al que acude:
- Diagnóstico médico:
- Fecha de ingreso:
- Fecha de salida:
- Diagnostico por fecha de salida:

Rehabilitación

- Tratamiento con prescripción médica:
- Tratamiento sin prescripción médica:
- Derivación a un centro de complejidad mayor:

Resultados

- Valoración kinésica de la técnica utilizada:

Encuesta anónima a licenciados En kinesiología y fisioterapia

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

N°.....

En los Centros de Atención Primaria de la Salud (C.A.P.S), de La Rioja capital, se aplica el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada, para rescatar a pacientes pediátricos con afecciones respiratorias agudas (broncoespasmos).

Esto disminuye la probabilidad de una posterior hospitalización.

Se investiga, si licenciados en kinesiología conocen este Programa, y si están capacitados para intervenir como agentes de la salud en el mismo.

Marque con una CRUZ (X), su respuesta.

A) ¿Conoce el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada, sus materiales y método de aplicación?

1. (...) Conoce
2. (...) Conoce muy poco
3. (...) No conoce

B) Que tipo de Técnica Kinésica (K.T.R), utilizó durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada

1. (...) Vibraciones
2. (...) A.F.E
3. (...) Aspiraciones
4. (...) Otras

Historia clínica de paciente pediátrico atendido en el C.A.P.S San Vicente durante el Programa de Hospitalización Abreviada.

MC Duran, Lucio Salbutal + Betamexon - **Apel de 500**
Algunos Culetes. Control 48hs.

DR. SALOMÓN
PEDIATRÍA P. S.
CPAS SAN VICENTE

EDAD	EDAD	PESO	TALLA	Puntos Culeros	EMERGENCIAS				ALIMENTACIÓN			Diagnóstico		
					Fiebre	Resaca	Distorsión	Distorsión	Alimentada	1	2	3	Fecha	Próxima visita
28/13	5m			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									

MC Control Pedológico 500. Apel, algunos Culetes aislados.
de trazo pelo y dormir. Culetes hechos or salbutal. Punto de Alas

DR. SALOMÓN
PEDIATRÍA P. S.
CPAS SAN VICENTE

TE COLOR SIGNIFICA ALERTA

COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES Y TRABAJOS FINALES DEL IUCS AUTORIZACION DEL TUTOR

Estimados señores:

Yo Nieto Fernando Emmanuel, identificado (s) con DNI: 32349089, teléfono: 2235783557, E-mail: fernandonieto10@gmail.com autor del trabajo de grado/posgrado titulado "Abordaje Kinésico en pacientes pediátricos con afecciones respiratorias agudas durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada en los Centros de Atención Primaria de Salud", presentado y aprobado en el año 2015 como requisito para obtener el título de Licenciado en Kinesioología y Fisiatría, autorizo a la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud-Fundación Héctor A. Barceló la publicación de mi trabajo con fines académicos en el Repositorio Institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web del Repositorio Institucional de la facultad, de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la misma a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca Central sin reproducir cambios en el contenido; la consulta, la reproducción a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todo los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

Lugar de desarrollo de la tesis: Centros de Atención Primaria de Salud: San Vicente y Faldeo del Velazco Sur.

1. Identificación de la tesis:

TITULO DEL TRABAJO: "Abordaje Kinésico en pacientes pediátricos con afecciones respiratorias agudas durante el Programa de Intervención u Hospitalización Abreviada en los Centros de Atención Primaria de Salud".

TUTORA: Lic. Carrizo Emilia

FECHA DE DEFENSA: 17/04/2015

2. Autorizo la publicación de:

a) Texto completo (*) a partir de su aprobación

b) Texto parcial (*) a partir de su aprobación

Identificar/capítulos:

.....

1. No autorizo: marque dentro del casillero

NOTA: Las tesis no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en la Biblioteca Digital de Tesis mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo tabla de contenido y resumen. Se incluirá en la leyenda "Disponibles solo para consultas en la sala en su versión completa, en Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud-Fundación Héctor A. Barceló"

.....

Firma del Autor

.....

Firma del Director



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Carrera de Lic. En kinesiología y fisiatría

La Rioja, capital 2014

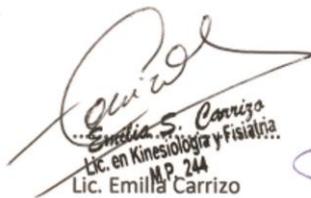
Klga. Marcela Bué

Coordinadora de carrera

María Ernestina Cubiló

Coordinadora de trabajo final

En mi calidad de alumno de la carrera de kinesiología, presento ante ustedes el tema de trabajo de investigación final titulado "Abordaje Kinésico en pacientes pediátricos con afecciones respiratorias agudas durante el Programa de Internación u Hospitalización Abreviada en los Centros de Atención Primaria de Salud", proceso que será acompañado por un tutor de contenido la Lic. Emilia Carrizo, D.N.I. nº...31182022 con numero de matricula.....299..... En espera de su aprobación.



Emilia S. Carrizo
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
N.P. 244
Lic. Emilia Carrizo



Marcela B. Bué
Coordinadora
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Universidad Barcelo



María E. Cubiló



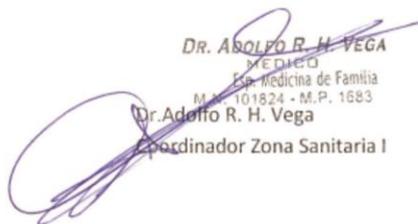
FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

La Rioja,..... de febrero de 2015

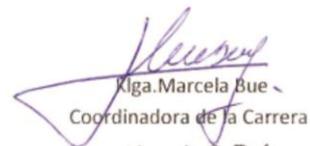
Al Dr. Adolfo R.H Vega
Su despacho

Por medio de la presente me dirijo a UD. A los efectos de solicitar autorización para que el alumno Fernando Emmanuel Nieto, D.N.I Nº 32.349.089 de la carrera de Lic. En Kinesiología y Fisiatría, acceda a las historias clínicas de los centros de salud "Faldeo del Velazco Sur y San Vicente" para obtener información estadística sobre pacientes pediátricos con afecciones respiratorias que hayan sido intervenidos durante el Programa de Internación Abreviada, correspondiente al año 2.014. La información será utilizada para la elaboración de su trabajo de investigación final denominado: Abordaje Kinesico en pacientes pediátricos con afecciones respiratorias durante el Programa de Internación u Hospitalización Abreviada de los CAPS programáticos de La Rioja.

Sin otro motivo, a la espera de una pronta y favorable respuesta, saludo a UD. muy atentamente.

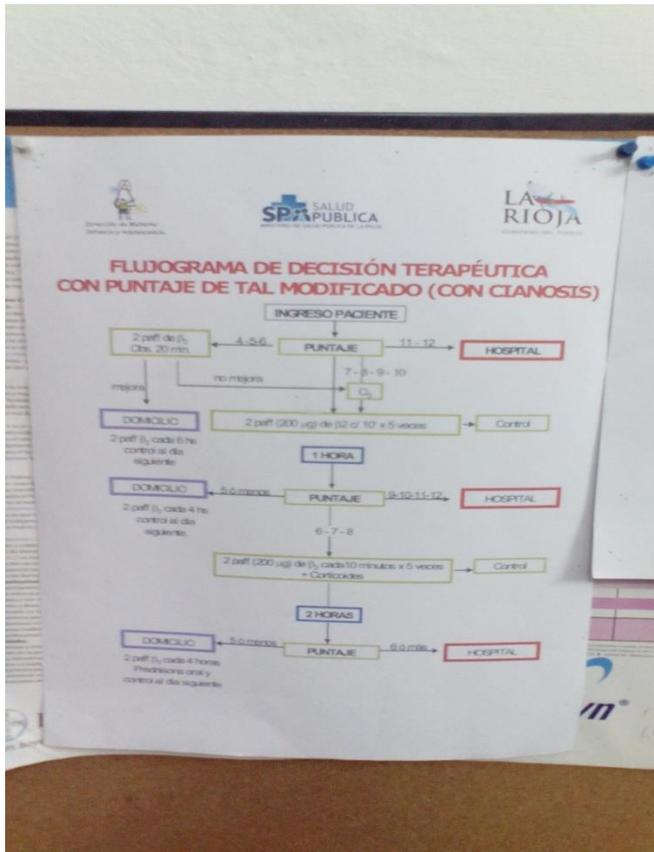


DR. ADOLFO R. H. VEGA
MEDICO
Esp. Medicina de Familia
M.N. 101824 - M.P. 1683
Dr. Adolfo R. H. Vega
Coordinador Zona Sanitaria I



Lic. Marcela Bue
Coordinadora de la Carrera
Marcela S. Bue
Coordinadora
Lic. en Kinesiología y Fisiatría
Universidad Barcelo

Imagen 1



L00664N

PUNTAJE DE TAL MODIFICADO

	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Cianosis	Retracción
	≤ 6 m.	> 6 m.			
0	≤ 40	≤ 30	No (*)	No	No
1	41 – 55	31 – 45	Fin espiración con estetoscopio	Perioral con el llanto	(+) Subcostal
2	56 – 70	46 – 60	Inspirat. y espirat. con estetoscopio	Perioral en reposo	(++) Subcostal e intercostal
3	> 70	> 60	Audibles sin estetoscopio	Generalizada en reposo	(+++)* Universal

(*) Si no hay sibilancias por insuficiente entrada de aire, debe anotarse: 3 puntos

Fuente: imagen obtenida de la sala de pediatría del C.A.P.S San Vicente