

Buenos Aires

**Red de atención para el seguimiento
de los recién nacidos de riesgo
egresados de las unidades de cuidados
intensivos neonatales.**



Buenos Aires

**Red de atención para el seguimiento de
los Recién Nacidos de Riesgo egresados
de las Unidades de Cuidados Intensivos
Neonatales**

Autoridades del Consejo Federal de Inversiones

Asamblea de Gobernadores

Secretario General
Ing. Juan José Ciácerá

Buenos Aires

Red de atención para el seguimiento de los Recién Nacidos de Riesgo egresados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Consultores

Dra. Alicia Escandar; Dra. Vilma Oreiro; Dr. Fabián Tomasoni , a solicitud de la provincia de Buenos Aires

Colaboradores

Dra. Cristina Couceiro; Dra. Valeria Lanzillotta; Dr. Claudio Pedra; Dra. Flavia Raineri

Revisión de textos Convenio USAL-CFI

ABRIL DE 2011

Red de atención para el seguimiento de los Recién Nacidos de Riesgo egresados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

Autores: Dra. Alicia Escandar; Dra. Vilma Oreiro; Dr. Fabián Tomasoni

Colaboradores: Dra. Cristina Couceiro; Dra. Valeria Lanzillotta; Dr. Claudio Pedra; Dra. Flavia Raineri

1ª Edición
500 ejemplares

Consejo Federal de Inversiones

Consejo Federal de Inversiones,
San Martín 871 – (C1004AAQ)
Buenos Aires – Argentina
54 11 4317 0700
www.cfred.org.ar

ISBN XXXXXXXXXXXXXXXX

• 2011 CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES
Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723
Impreso en Argentina - Derechos reservados.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito de los editores. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

NOMBRE Y DOMICILIO IMPRESOR
LUGAR Y FECHA IMPRESIÓN

Al lector

El Consejo Federal de Inversiones es una institución federal dedicada a promover el desarrollo armónico e integral del país.

Su creación, hace ya cinco décadas, provino de la iniciativa de un grupo de gobernadores provinciales democráticos y visionarios, quienes, mediante un auténtico Pacto Federal, sentaron las bases de una institución que fuera, a la vez, portadora de las tradiciones históricas del federalismo y hacedora de proyectos e iniciativas capaces de asumir los desafíos para el futuro.

El camino recorrido, en el marco de los profundos cambios sociales de fin y principio de siglo, motivó al Consejo a reinterpretar las claves del desarrollo regional, buscando instrumentos innovadores e identificando ejes temáticos estratégicos para el logro de sus objetivos.

Así surge en su momento el crédito a la micro, pequeña y mediana empresa, la planificación estratégica participativa, la difusión de las nuevas tecnologías de información y comunicaciones, las acciones de vinculación comercial y los proyectos de infraestructura para al mejoramiento de la competitividad de las producciones regionales en el comercio internacional. Todo ello, con una apuesta creciente a las capacidades sociales asociadas a la cooperación y al fortalecimiento de la identidad local.

Entre los instrumentos utilizados por el Consejo, el libro fue siempre un protagonista privilegiado, el vehículo entre el conocimiento y la sociedad; entre el saber y la aplicación práctica. No creemos en el libro como "isla", principio y fin del conocimiento, lo entendemos – a la palabra escrita y también a su extensión digital– como una llave para generar redes de conocimiento, comunidades de aprendizaje.

Esta noción del libro como medio, y no como un fin, parte de una convicción: estamos inmersos en un nuevo paradigma donde solo tiene lugar la construcción del co-

nocimiento colectivo y de las redes. En esta concepción, los libros son insumos y a la vez productos de la tarea cotidiana.

En un proceso virtuoso, en estos últimos años, el CFI se abocó a esa construcción social del conocimiento, mediante el trabajo conjunto y coordinado con los funcionarios y técnicos provinciales, con profesionales, productores, empresarios, dirigentes locales, estudiantes, todos aquellos interesados en encontrar soluciones a los problemas y en asumir desafíos en el ámbito territorial de las regiones argentinas.

Con estas ideas hoy estamos presentes con un conjunto de publicaciones que conforman la **Colección "Estudios y proyectos provinciales"** y que están referidas a las acciones de la cooperación técnica brindada por nuestra institución a cada uno de sus estados miembro.

Este título: **"Red de atención para el seguimiento de los recién nacidos de riesgo egresados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales"**, que hoy, como Secretario General del Consejo Federal de Inversiones, tengo la satisfacción de presentar, responde a esta línea y fue realizado por solicitud de la provincia de Buenos Aires.

Damos así un paso más en esta tarea permanente de promoción del desarrollo de las regiones argentinas, desarrollo destinado a brindar mayores oportunidades y bienestar a su gente. Porque, para nosotros, "CFI, DESARROLLO PARA TODOS" no es una "frase hecha", un eslogan, es la manifestación de la vocación federal de nuestro país y el compromiso con el futuro de grandeza y equidad social que anhelamos todos los argentinos.

Ing. Juan José Ciácerá
Secretario General

Índice

11	Introducción	23	Diagnóstico de la situación regional
11	Antecedentes y contexto	23	Elaboración del instrumento
12	Justificación	23	Primer nivel de atención
12	Lineamientos requeridos para generar una red de atención de los recién nacidos de riesgo externados de las UCIN	24	Metodología propuesta
12	Objetivo general	24	Programa y contenido de las capacitaciones
12	Objetivos específicos	26	Elaboración e impresión de documento de información y actualización
13	Alcance	26	Segundo nivel de atención
		26	Planificación de las capacitaciones
		27	Detalle de los encuentros
		27	Libreta de Seguimiento del recién nacido Egresado de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
17	Líneas de acción	28	Informes regionales
	Componente 1. Red		Región Sanitaria VII
17	Actividades	29	Aplicación del instrumento de evaluación de los servicios para la atención del recién nacido enfermo y su seguimiento al egreso de la UCIN
17	Jornadas para diagnóstico de situación regional	29	Planificación, organización y coordinación de las jornadas destinadas a elaborar los diagnósticos regionales
18	Reuniones para diseño de la red	31	Otros temas tratados
18	Componente 2. Capacitación	32	Acuerdo con autoridades y equipo regional sobre la estrategia de implementación y sostenimiento de la red
18	Capacitación a integrantes del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS	34	Desarrollo y supervisión de las Capacitaciones
18	Actividades propuestas	36	Primer nivel de atención (CAPS)
18	Capacitación sobre atención del RNR en el primer nivel de atención	36	Capacitación al segundo nivel de atención
19	Componente 3. Capacitación	37	Consultorio de seguimiento
19	Creación de Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con el mismo	38	Comentario final y recomendaciones
19	Actividades propuestas	39	Región Sanitaria XII
19	Sensibilización	39	Aplicación del instrumento en los servicios de la RS XII
19	Capacitación sobre organización y actividades a desarrollar en Consultorio de Seguimiento	46	Aplicación del instrumento en los servicios de la RS XII: Hospitales Municipales
20	Apoyo a las iniciativas de creación de Consultorios de Seguimiento del RNR	50	Planificación, organización y coordinación de las jornadas destinadas a elaborar los diagnósticos regionales
20	Cronograma de actividades	50	Estructuras de las UCIN
21	Responsabilidades de los consultores		
22	Desarrollo de los lineamientos generales para la construcción de una red de atención de los RNR externados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales		

50	Equipamiento	63	Anexo I
50	Servicios Auxiliares	63	Mapa RS VII
50	Acuerdo con autoridades y equipo regional sobre la estrategia de implementación y sostenimiento de la red	63	Mapa RS XII
50	Participación en la planificación de capacitación a nivel regional	65	Anexo II
51	Capacitaciones al primer nivel de atención	65	Cuadro de correlación, objetivos, actividades, productos e indicadores
51	Marco teórico	69	Tabla: Instrumentos para la evaluación
51	Organización de las capacitaciones	71	Anexo III
52	Observaciones	71	Texto N° 1. Plan de trabajo. Coordinador General
53	Capacitación al segundo nivel de atención	78	Texto N° 2. Plan de trabajos. Referente de la RS VII
53	Introducción	85	Texto N° 3. Plan de trabajos. Referente de la RS XII
53	Metodología	91	Anexo IV
53	Observaciones	91	Puntos LLave del desarrollo típico en los primeros 2 años de vida
53	Comentario final	91	Material didáctico 1
53	Fortalezas	92	Material didáctico 2
54	Desafíos y propuestas	94	Material didáctico 3
54	Informe final coordinador general	94	Material didáctico 4
54	Resumen	101	Material didáctico 5
56	Consideraciones generales sobre la Libreta de Seguimiento	103	Anexo V
56	Consideraciones sobre las capacitaciones en el Primer Nivel de Atención	103	Libreta de Seguimiento del Recién Nacido Egresado de Neonatología
57	Consideraciones sobre la capacitación a los responsables de los Consultorios de seguimiento del RNR	113	Anexo VI
58	1ª Jornada de Seguimiento del RN egresado de UCIN	114	Diagrama de Prevención de Partos y de Seguimiento Posalta de RNR
59	Apoyo a las iniciativas de creación de Consultorios de Seguimiento	116	Evaluación de Hospitales con Servicio de Neonatología RS VII
59	Conclusiones		
59	Recomendaciones		

Introducción

En la siguiente publicación se presentan los lineamientos reformulados para generar una red de atención de los recién nacidos de riesgo externados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Para ello fue necesario el trabajo articulado entre los profesionales integrantes del Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo que atienden en hospitales y los profesionales del Primer Nivel de Atención. Con el fin de lograr un esquema de atención conjunta para la detección temprana de complicaciones, reducir las rehospitalización, evitar deserciones y favorecer el proceso de crecimiento y desarrollo en la población de niños de alto riesgo.

La principal estrategia de intervención asumida fue la capacitación de los recursos humanos de hospitales y de establecimientos del primer nivel de atención o Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

Antecedentes y contexto

La provincia de Buenos Aires es la que concentra la mayor superficie (un 10% del total) y la mayor cantidad de población del país (38%), con 307.571 Km² y 13.818.677 habitantes (censo 2001). El 96% de la población habita en zonas urbanas y si bien su densidad promedio es de 44,5 habitantes por Km², estos valores cambian radicalmente en los 24 partidos del Conurbano bonaerense donde algunos partidos alcanzan los 9.000 habitantes por Km².

1. Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.2007

2. Informe ejecutivo, Informe de lactancia materna 2004 y Encuesta antropométrica de recién nacidos 2004; Publicación del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Sistema de información y vigilancia epidemiológica. Año 2005, pág. 46-64

3. Distribución porcentual de los nacidos vivos, según RS de residencia de la madre y peso al nacer, Provincia de Bs. As. Dirección de Información Sistematizada.

http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/salud_materno_infantil_2007/archivos/nacidos_factores/cuadro5.pdf

En la provincia de Buenos Aires durante el año 2007 hubo 126.273 partos en el subsector estatal (nacional, provincial y municipal)¹. De acuerdo con la información obtenida a través de la Encuesta Antropométrica del Recién Nacido del año 2005, realizada por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires, se observa que el 9% de los recién nacidos ingresa a la UCIN directamente desde la sala de partos, mientras que un 7% requirió algún tipo de intervención médica dentro de las primeras horas de vida². Por otro lado, la distribución porcentual del bajo peso al nacer (BP) según Región Sanitaria (RS) de residencia de la madre para la Provincia de Buenos Aires durante el año 2007 fue del 7,6%³, mientras que el porcentaje esperado de prematuros (edad gestacional menor de 37 semanas) es de 6,7% aproximadamente. Ambas situaciones (bajo peso al nacer y nacimiento prematuro) son causas de ingreso a la UCIN.

Justificación y relevancia de la problemática

El éxito de los cuidados intensivos neonatales ha conducido a la sobrevivencia de un número creciente de recién nacidos considerados de riesgo. El alta hospitalaria luego de internaciones prolongadas y tratamientos complejos y costosos, no siempre implica la resolución de los problemas del niño. Algunos de estos niños se recuperan en forma completa requiriendo no más que los cuidados médicos y familiares habituales de todo lactante, mientras que otros pueden desarrollar enfermedades crónicas y discapacidades que exigen la participación de múltiples servicios, consultas médicas frecuentes y hospitalizaciones repetidas. Esta situación produce un impacto tanto sobre el niño como sobre su familia.

Tras el alta los niños con una edad inferior a 32 semanas o con un peso de nacimiento inferior a 1500 gramos, precisan de una serie de cribados y controles sistematizados, ya que, como se ha comentado, están en mayor riesgo de presentar problemas en el desarrollo, ya sean de crecimiento,

neurológicos, sensoriales o psicológicos⁴; por otro lado, se comunicaron índices de rehospitalización cercanos al 50% para los niños de muy bajo peso (PN <1500 gramos) con displasia broncopulmonar (DBP) durante el primero y segundo año después del alta⁵. Las razones más comunes para re-hospitalización en esta población fueron enfermedad reactiva de vía aérea, neumonía, infección por virus sincicial respiratorio (RSV) y empeoramiento de la DBP⁶.

Muchos niños tendrán que enfrentar al nacer un doble riesgo: biológico y ambiental. Una proporción significativa de ellos presentará luego mayor incidencia de trastornos del crecimiento, mayor morbilidad general, y déficits del neurodesarrollo que se pondrán en evidencia durante los primeros años de vida.⁷

Se considera que los egresados de las UCIN, en especial los niños de muy bajo peso al nacer, tienen una mortalidad post neonatal y post alta 5 a 10 veces mayor que los lactantes sin patología neonatal. El 33% de la Mortalidad Infantil en la República Argentina es aportada por los niños que pesaron menos de 1500 gramos al nacer⁸, que representan sólo el 1,2 % de los nacidos vivos.⁹

4. Carmen Rosa Pallás Alonso Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños PREMATUROS con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años. 2008 http://www.aepap.org/prev-infad/pdfs/previnfad_menor32-1500.pdf

5. Furman L, Baley J, Borawski-Clark E, Aucott S, Hack M. Hospitalization as a measure of morbidity among very low birth weight infants with chronic lung disease. *J Pediatr* 1996; 128 : 447-452.

6. Anita Bhandari y Vineet: Bhandari Displasia Broncopulmonar, *Indian Journal of Pediatrics* Volumen 74 pp 73 - 78 Enero 2007. <http://www.prematuros.cl/webagosto07/DBP/DbpUpdate.htm>

7. Benitez A., Sepúlveda M. T.: Aspectos psicosociales. Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2005. 3ra. Ed. Pág. 25

8. Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2005. 3ra. Ed. Pág. 13.

9. Distribución porcentual de los nacidos vivos, según RS de residencia de la madre y peso al nacer, Provincia de Bs. As. Dirección de Información Sistematizada.

10. http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/salud_materno_infantil_2007/archivos/nacidos_factores/cuadro5.pdf
http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/seguimiento_de_las_defunciones_infantiles_2008.pdf

11. Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2005. 3ra. Ed. Pág. 120.

12. Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires. 2007

Las patologías perinatales¹⁰, constituyen la principal causa de muerte durante el primer año de vida, siendo responsables de la mitad de las mismas. La segunda causa de muerte son las malformaciones congénitas. En conjunto son responsables de algo más del 70% de la mortalidad infantil.¹¹

Actualmente, las UCIN incluyen en forma habitual a los egresados de riesgo en programas de seguimiento que permiten el monitoreo sistemático del estado neurológico, evolución clínica, nutricional y psicosocial. Estos programas propios para cada consultorio se aplican sin la participación de los profesionales que desempeñan sus actividades en el primer nivel de atención, siendo que ellos pueden realizar los controles de salud habituales y tratar patologías que no estén vinculadas a la internación en UCIN.

La articulación entre ambos niveles desempeña un papel fundamental al asegurar que los esfuerzos realizados en las unidades de cuidados intensivos no sean afectados por problemas potencialmente evitables que se desarrollen después del alta. Esta articulación es esencial para mejorar la calidad de vida de los niños y de sus familias, reducir la tasa de re-hospitalización y la tasa de mortalidad infantil.

Lineamientos requeridos para generar una red de atención de los recién nacidos de riesgo externados de las UCIN

Objetivo general

Reducir la morbimortalidad de recién nacidos egresados de las UCIN de la Provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos

OE 1. Promover la conformación de una Red de Seguimiento de los RNR egresados de las UCIN, mediante la articulación entre los Consultorios de Seguimiento del RNR, el primer nivel de atención y, cuando corresponda, los servicios hospitalarios complementarios.

OE 2. Generalizar las normas de atención del RNR en el primer nivel de atención, mediante la capacitación del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.

OE 3. Favorecer la creación de Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con el mismo.

Alcance

La Provincia de Buenos Aires se encuentra dividida en 12 regiones sanitarias. La propuesta se centrará en el trabajo en dos Regiones Sanitarias: VII (Municipios: Moreno, Hurlingham, Morón, Itzaingó Tres de Febrero, Merlo, General Las Heras, General Rodríguez, Marcos Paz y Luján) (anexo I - mapa N° 1) y XII (Municipio: La Matanza) (anexo

I - mapa N° 2).

Ambas regiones sanitarias concentran los establecimientos que dan cobertura a toda la zona oeste del conurbano, con un total de 25.298 partos para 2007¹² que representaban el 20% del total de partos de la provincia (126.273) para el mismo año.

Componen la oferta de segundo y tercer nivel de atención del subsector estatal en ambas regiones los siguientes establecimientos:

Total de partos de la Región Sanitaria VII en establecimientos nacionales, provinciales y municipales Año 2007

Establecimientos	Partos 2007	Nivel Complejidad/ Consultorio Seguimiento
Hurlingham		
Hosp. Atención Primaria San Bernardino (municipal)	0	No
Itzaingó		
Hosp. Atención Primaria Itzaingó (municipal)	5	No
Morón		
Hosp. O. B. de Lavignolle (municipal)	1.636	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Hosp.Prof. Dr. A Posadas (nacional)	1.422	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Tres de Febrero		
Hosp. Zonal Gral. Agudos Prof. Dr. R. Carrillo (provincial)	711	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales
Hosp. Zonal Gral. de Agudos Dr. Bocalandro (provincial)	1.726	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Moreno		
Hosp. Mariano y Luciano de la Vega (provincial)	3.084	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Gral Las Heras		
Hosp. Local Dr. Pedro Arozarena (municipal)	24	No
Gral Rodríguez		
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Vte. López y Planes (provincial)	1.943	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Luján		
Hosp. Local Nstra. Sra. de Luján (municipal)	1.043	UCIN y Consultorio de Seguimiento

Establecimientos	Partos 2007	Nivel Complejidad/ Consultorio Seguimiento
Marcos Paz		
Hosp. Dr. A. D'Agnillo (municipal)	737	No
Merlo		
Hosp. Zonal Gral. de Ag. H. de Malvinas (provincial)	1.814	UCIN/NO
Hosp. Eva Perón (municipal)	4	
Hosp. Materno Infantil Pontevedra (municipal)	1.290	Bajo y mediano Riesgo Neonatal
Hosp. Local Esp. Materno Infantil Dr. P. Chutro (municipal)	1.717	Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y Consultorio de Seguimiento

Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. 2007.

Total de partos de la Región XII en establecimientos nacionales, provinciales y municipales Año 2007

Establecimientos	Partos 2007	Nivel Complejidad/ Consultorio Seguimiento
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Dr. Paroissien (provincial)	1.799	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Hosp. Zonal de Ag. De González Catán Km. 32 (provincial)	754	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales
Hosp. Local Materno Infantil Dra. Germani (municipal)	754	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Hosp. Materno Infantil Dr. J. Equiza (municipal)	2.270	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Policlínico Central San Justo (municipal)	1.721	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales
Niños de San Justo (municipal)	1.577	UCIN y Consultorio de Seguimiento

Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. 2007.

Líneas de acción

Componente 1. Red

- Acuerdo de mecanismos de articulación entre niveles de atención para el alta referenciada del Recién Nacido de Riesgo (RNR) desde el Servicio de Neonatología al primer nivel de atención.
- Articulación entre hospitales para complementarse en la atención de RNR con situaciones especiales para su seguimiento.

La referencia y contrarreferencia son procesos ordenados y normatizados de flujo de pacientes entre diferentes niveles de atención de la salud, generalmente entre el primero, constituido por centros de atención primaria de la salud (CAPS) y su hospital de referencia (segundo nivel).

El lactante egresado de la UCIN debe ser referido al médico del primer nivel donde un pediatra / generalista de cabecera efectuará el control pediátrico habitual. La accesibilidad de la familia al CAPS permitirá la generación de mayor confianza, que incide positivamente en la disminución de la deserción en el seguimiento del RNR.

A nivel de los profesionales del primer nivel de atención, las ventajas de un contacto fluido y continuo con el grupo de profesionales del hospital de referencia permite contar con una instancia de consulta, intercambio académico y de actualización continua.

Para el médico encargado del Consultorio de Seguimiento (CS), la articulación con el primer nivel asegura el control pediátrico habitual del RNR, disminuye la deserción en el seguimiento clínico y social, y los costos, tanto para el sistema de salud como para el paciente, evitando erogaciones por traslados innecesarios para atenciones que pueden llevarse a cabo en su zona de residencia.

Es importante tener claro que las acciones no comienzan al externar al paciente, sino desde la misma UCIN, con

un trabajo grupal apropiado, que priorice los objetivos más relevantes: el niño, su familia y un vínculo sólido que permita el desarrollo de los integrantes de este núcleo. En la UCIN deben anticiparse situaciones de riesgo: el riesgo biológico estará marcado por el curso neonatal y las condiciones al momento de planearse el egreso. El riesgo social acompañante, debe ser detectado durante la internación, intervenido adecuada y oportunamente y acompañado hasta el afianzamiento del vínculo.

Actividades propuestas

Jornadas para elaborar diagnóstico de situación regional

Se realizó un diagnóstico regional con la participación de los actores involucrados en una Jornada de trabajo destinada a integrantes de los CS, de las UCIN, Secretarios de Salud, Responsables Atención Primaria de la Salud y del Programa Materno Infantil (PMI) de los municipios, de Regiones ó Áreas municipales y a directores de hospitales nacionales, provinciales y municipales de cada Región.

El objetivo fue hacer un diagnóstico de la estructura sanitaria existente y de la problemática del seguimiento del RNR, de modo consensuado, a la vez que sensibilizar sobre la problemática.

Se realizaron cuatro jornadas:

En Región Sanitaria XII (La Matanza): una

En Región Sanitaria VII: tres

1.- General Rodríguez, Luján, Gral. Las Heras y Marcos Paz.

2.- Merlo y Moreno.

3.- Tres de Febrero, Hurlingham, Ituzaingó y Morón.

La planificación, convocatoria y coordinación de estas jornadas estuvo a cargo de los consultores contratados por el proyecto, de modo articulado con el nivel central y con el Referente Regional del PMI.

Reuniones para diseño e implementación de la red

Se realizaron reuniones de trabajo con Responsables de Consultorios de Seguimiento para acordar las pautas de seguimiento. Estos acuerdos debieron incluir al menos los siguientes temas:

- Planificación del alta: identificación y manejo de riesgos biológicos y sociales.
- Condiciones al egreso hospitalario: relativas al niño (condiciones clínicas), a la familia (condiciones sociales y vinculares) y al médico que establece el egreso hospitalario (continuidad del cuidado).
- Situaciones de consideración especial.
- Incorporación de Libreta de Seguimiento del Recién Nacido Egresado de la UCIN, en la que se registrará: datos filiatorios del niño/a y su familia; diagnósticos al egreso de la UCIN, controles médicos en el Consultorio de Seguimiento y en el Centro de Salud, fecha y resultado de estudios complementarios e interconsultas a otros especialistas, pautas de alarma para la familia.

Reuniones con Jefes de Servicios de neonatología, de servicios auxiliares de hospitales de referencia (oftalmología, fonoaudiología, diagnóstico por imágenes, otros) y autoridades municipales y responsables de los CAPS para generar acuerdos de procedimientos técnico-administrativos para la referencia-contrarreferencia de RNR. Estos acuerdos quedaron formalizados y difundidos entre todos los integrantes de la red.

Tanto el primero como el segundo nivel debieron tener conocimiento de los nombres, días y horarios de atención de los profesionales a quienes referir a los pacientes.

A medida que se fueron sustanciando los acuerdos, se pusieron en práctica, con seguimiento y ajustes periódicos.

Componente 2. Capacitación

Capacitación a integrantes del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.

El conocimiento preciso y actualizado de los procesos y prácticas que deben aplicarse cuando se recibe en el CAPS un RNR garantiza un adecuado seguimiento del lactante. La cercanía de la familia al centro de atención primaria y el lazo

de confianza que se genera con su pediatra contribuyen a evitar la deserción en los controles habituales que debe tener el niño y que deben realizarse en el CAPS del barrio.

Es de destacar que los niños nacidos prematuros pueden desarrollarse libres de enfermedad o presentar signos sutiles que impacten a largo plazo. No necesariamente debe considerarse que tienen riesgo constante, ni secuelas inevitables. El acompañamiento a través del tiempo, promueve la detección precoz de alteraciones y esto conlleva el beneficio de la derivación e intervención oportuna.

Valorar adecuadamente la calidad de los logros; al tiempo que ser exigentes en el cumplimiento de metas y solicitar precozmente intervención cuando se considere necesario, son herramientas simples, económicas y que solo requieren del entrenamiento continuo. Quizá lo más difícil de conseguir sea el compromiso que de nuestra parte debe ofrecerse a los que están esperando nuestras respuestas.

Es imprescindible dotar a los profesionales del primer nivel de atención de normas homogéneas para la detección precoz de alteraciones y de mecanismos de derivación para la intervención oportuna.

Actividades propuestas

- Producción de material para la capacitación de integrantes de equipos del primer nivel de atención, en particular, médicos pediatras y generalistas.

El material de base para la capacitación es la *Guía de Seguimiento del RN de Riesgo* elaborada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en el año 2005. Este documento fue reimpresso y se entregó un ejemplar a cada CAPS.

Los contenidos de las guías se ajustaron con las incumbrencias de los profesionales para la capacitación en el primer nivel de atención. Además, algunas temáticas debieron ser actualizadas, por lo que se debió elaborar, diseñar e imprimir un documento complementario.

Capacitación sobre atención del RNR en el primer nivel de atención

Destinada al equipo encargado de la atención de niños en el primer nivel de atención: médicos pediatras y gene-

ralistas, en particular y a enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales y otros.

Los docentes fueron profesionales de los Consultorios de Seguimiento, no sólo por su formación y experiencia, sino también como estrategia de articulación entre niveles de atención.

Se previó una capacitación centralizada de 6 horas en cada municipio, en grupos de hasta 25 participantes.

Para la Región Sanitaria VII, 10 municipios, con 160 CAPS: una jornada por municipio, en total 10 jornadas.

Para la Región Sanitaria XII, un municipio con 78 CAPS organizados en 3 áreas o regiones: una jornada por área, en total 3 jornadas.

En los municipios con más CAPS, tales como Merlo, Moreno y La Matanza, se hicieron capacitaciones en dos franjas horarias (matutino y vespertino), a fin de que todos puedan participar.

Componente 3. Consultorio de seguimiento

- Creación de Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con el mismo.

Tal como se expresa en la *Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo*, los objetivos de un Programa de Seguimiento dentro del marco de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo¹³, son:

- Asistenciales.
- Docentes.
- De investigación.
- De auditoría.

Asistenciales: para brindar atención integral desde el alta hospitalaria hasta que haya desaparecido la situación de riesgo potencial o se hayan resuelto las patologías y/o secuelas derivadas de sus problemas al nacer.

Docentes: Generar y transmitir conocimientos que permitan ratificar o modificar pautas de atención.

13. Boccaccio C., Lomuto C y otros: Organización de un Programa de Seguimiento de Recién nacidos de Riesgo en Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, Ministerio de Salud de la Nación, Capítulo 1, pág. 16.

De investigación: realizar investigación epidemiológica y clínica.

Auditoría: evaluación a largo plazo de los pacientes detectando supervivencia y calidad de vida.

La mayoría de los hospitales con servicio de neonatología que no cuentan con Consultorio de Seguimiento son de dependencia municipal, por tanto, se promovió su creación y se hará una reserva presupuestaria que permita llevar adelante la capacitación de los neonatólogos que lo integren y la compra de equipamiento mínimo para su funcionamiento.

Se organizó una jornada de sensibilización acerca de la importancia de la creación de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; el resto de las actividades que se mencionan a continuación de sensibilización, se desarrollaron sólo en los casos en que durante el lapso de ejecución del proyecto, autoridades hospitalarias y/o municipales demostraron su intención de crear un Consultorio de Seguimiento.

Actividades propuestas

Sensibilización

Se incorporó la temática a todas las instancias de reunión con profesionales de quienes dependa la creación de Consultorios de Seguimiento: jornadas de sensibilización, reuniones con jefes de servicios y directores de hospitales, reuniones con autoridades municipales, otras.

Además, se realizó una jornada de sensibilización sobre la importancia de la creación de los Consultorios de Seguimiento del RNR de 4 horas en cada Región Sanitaria, destinada a los neonatólogos de los servicios que aún no cuentan con Consultorio. Los docentes fueron profesionales de Consultorios de Seguimiento.

Capacitación sobre la organización y las actividades a desarrollar en los Consultorios de Seguimiento

Estuvieron destinadas a los futuros integrantes del Consultorio de Seguimiento. A esta capacitación se invitó a todos los neonatólogos de las UCIN, como forma de sensibilizar sobre la necesidad de creación de los consultorios.

Los docentes fueron profesionales de Consultorios de Seguimiento, se previó una jornada de 4 horas por Región Sanitaria.

Lo deseable es que el equipo de los Consultorios estuviera integrado por: un neonatólogo, un enfermero, un trabajador social, un psicólogo y un terapeuta ocupacional y/o un médico rehabilitador. No obstante, podrían comenzar a funcionar al menos con un neonatólogo y un enfermero.

Apoyo a las iniciativas de creación de Consultorios de Seguimiento del RNR

Se brindó asesoramiento a jefes de Servicio e integrantes de UCIN para la creación y organización de los Consultorios de Seguimiento en los hospitales que aún no han incorporado esta modalidad de atención.

En ANEXO II, cuadro N° 1 se presenta la correlación, objetivos, actividades, productos e indicadores.

Arreglos de ejecución

La coordinación institucional para la ejecución del proyecto quedó a cargo del Programa Materno Infantil (PMI) del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

El PMI cuenta con referentes propios en las 12 regiones sanitarias en que se encuentra dividida la provincia. La totalidad del personal pertenece a la estructura del Ministerio de Salud. Todos los Referentes Regionales se encuentran designados por Resolución Ministerial y dependen funcionalmente de la oficina central.

El área técnica del PMI central está integrada por cinco subprogramas: Perinatología y Lactancia Materna, Salud Sexual y Procreación Responsable, Salud de Niño Menor de 5 años, Salud del Niño en Edad Escolar y Salud del Adolescente.

Por las competencias en el tema del proyecto, el Subprograma de Perinatología fue directamente responsable de la coordinación institucional, monitoreo y evaluación final del proyecto.

Cronograma de actividades

Mes 1: 1° de Diciembre/09

Componente 1. Red	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.1 Jornadas para elaboración de Diagnósticos Regionales (4 jornadas).			X	X	X				
1.1.1 Aplicación del Instrumento de Evaluación.	X	X							
1.2 Reuniones para diseño e implementación de las redes regionales.			X	X	X	X	X	X	X
1.3 Diseño, impresión y distribución de Libretas de Consultorio de Seguimiento.	X	X	X	X	X	X	X		
Componente 2. Capacitación CAPS.									
2.1 Producción de material para capacitación:									
2.1.1 Producción de material para capacitación: Reimpresión de <i>Guía de Seguimiento RNR</i> de Ministerio de Salud de la Nación.	X	X	X						
2.1.2 Producción de material para capacitación. Elaboración e impresión de documento de actualización.	X	X	X						

Componente 1. Red	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.2 Seguimiento de la capacitación sobre atención del RNR a equipos 1er. nivel de atención.					X	X	X	X	X
Componente 3. Consultorios de seguimiento RNR.									
3.1 Sensibilización.									
3.1.1 Sensibilización en general.			X	X	X	X	X	X	X
3.1.2 Seguimiento Jornadas de sensibilización para neonatólogos.					X	X			
3.2 Seguimiento de la Capacitación sobre organización y actividades a desarrollar en Consultorio de Seguimiento.					X	X	X		
3.3 Apoyo a iniciativas de creación de Consultorios de Seguimiento.									
3.3.1 Orientación a directores, jefes de servicio, integrantes UCIN.				X	X	X	X	X	X
Seguimiento.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación final.								X	X
Informes (P: Parcial; F: Final).			P			P			F

Responsabilidades de los consultores

Actividad	Responsable		
Componente 1. Red			
1.1 Jornadas para elaboración de Diagnósticos Regionales.	CG	CRS	PMI RS
1.2 Reuniones para diseño e implementación de la red.	CG	CRS	PMI RS
1.3 Diseño, impresión y distribución de Libretas de Consultorio de Seguimiento.	CG	CR	
Componente 2. Capacitación CAPS			
2.1 Producción de material para capacitación.	CG		PMI NC
2.2 Capacitación sobre atención del RNR a equipos 1er. nivel de atención.		CR	D
Componente 3. Consultorios seguimiento RNR			

Actividad	Responsable		
Componente 2. Capacitación CAPS.			
2.1 Producción de material para capacitación.	CG		PMI NC
2.2 Capacitación sobre atención del RNR a equipos 1er. nivel de atención.		CR	D
Componente 3. Consultorios seguimiento RNR.			
3.1 Sensibilización.			
3.1.1 Sensibilización en general.		CR	
3.1.2 Jornada de sensibilización para neonatólogos.		CR	D
3.2 Capacitación sobre organización y actividades a desarrollar en Consultorio de Seguimiento.		CR	D
3.3 Apoyo a iniciativas de creación de Consultorios de Seguimiento.			
3.3.1 Orientación a directores, jefes de servicio, integrantes UCIN.		CR	
3.3.2 Compra de equipamiento.	CG	CR	
Evaluación final del proyecto.	CG	CR	PMI NC

CR: Coordinador General del proyecto.

CR: Coordinador Regional.

D: Docente.

PMI NC: Nivel central del PMI.

PMI RS: Nivel regional del PMI.

Informes

Se produjeron los siguientes informes y productos finales.

Mes 3: informe parcial. Dio cuenta de la realización de la Jornada para la elaboración de Diagnóstico Regional y del grado de avance en el diseño de la red y en la sensibilización para el armado de Consultorio de Seguimiento en los hospitales donde no existe.

Mes 6: informe parcial. Comprendió la Capacitación a equipos de salud del primer nivel de atención (4 jornadas), Jornada de sensibilización para neonatólogos, disponibilidad de Libretas de Consultorio de Seguimiento, del avance en la implementación de la red y actividades

de sensibilización y orientación para la creación de Consultorios de Seguimiento del RNR.

Mes 9: informe final. Se comunicó la totalidad de los productos esperados y alcanzados que se desarrollaron en los informes parciales y lo logrado en los últimos meses de ejecución.

En ANEXO III se encuentran el Plan de Trabajos correspondiente al Coordinador General (Texto N° 1), el correspondiente al Coordinador Regional de la región Sanitaria VII (Texto N° 2) y el correspondiente al Coordinador Regional de la Región Sanitaria XII (Texto N° 3). Los mismos están basados en los distintos componentes que fundamentaron el Proyecto.

Desarrollo de los lineamientos generales para la construcción de una red de atención de los recién nacidos de riesgo externados de las UCIN

Con la finalidad didáctica de otorgar coherencia a la lectura y evitar la repetición, se desarrollan en primer lugar

todas aquellas intervenciones en común para ambas regiones sanitarias, mientras que en los informes de los Coordinadores Regionales se desarrolla lo relacionado al nivel regional.

Diagnóstico de la situación regional

Para el análisis de la situación regional se elaboró un Instrumento de evaluación de la estructura para la atención del recién nacido enfermo y su seguimiento.

Elaboración del instrumento

Participaron de la elaboración del mismo las Coordinadoras Regionales, doctoras : Vilma Oreiro y Alcira Escandar, representante del PMI de la provincia de Buenos Aires, doctor Roberto Santos, referentes regionales del PMI: doctores Claudio Pedra, Valeria Lanzillotta y María Julia Cuetos (Regiones Sanitarias VII y XII respectivamente) y el Coordinador General, doctor Tomasoni, N.F. .

Se consensuaron los contenidos del mismo cuyo objetivo se centró en la evaluación de la estructura para la atención de la embarazada y del recién nacido enfermo de cada hospital. Fue incluida la atención a la embarazada durante el proceso de atención del parto como una de las variables de calidad del proceso de atención madre-hijo. (Anexo II – Tabla 2).

Dicho instrumento estuvo conformado por cinco partes: Parte I: datos de la institución, objetivo del análisis, su categorización de acuerdo con lo dispuesto por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y su ubicación geográfica.

Parte II: estructura para la atención de la embarazada y del recién nacido, teniendo en cuenta el recurso humano disponible, el número de salas de partos y disponibilidad de quirófanos exclusivos para realizar cesáreas; la ubicación del sector de recepción, la reanimación del recién nacido, la disponibilidad de equipamiento para realizar una reanimación completa y de oxígeno central las 24 horas y la presencia de incubadora de transporte para el traslado intrainstitucional del neonato a la UCIN.

Parte III: estructura de la UCIN. Recurso humano. Nivel de experticia del Jefe de servicio y la existencia o no de un jefe de sala nombrado, en caso afirmativo se evaluó el nivel de experticia alcanzado. Número de profesiona-

les que participan en la atención del recién nacido (de guardia y planta) y cantidad de profesionales médicos de guardia cada día de la semana.

Cantidad de enfermeros con que cuenta el servicio, nivel de instrucción alcanzado (universitarios o licenciados).

Parte IV: evaluación del equipamiento disponible: incubadoras, servocunas, respiradores (número y modalidades respiratorias que ofrecen), cantidad de saturómetros, disponibilidad de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Parte V: egreso del recién nacido:

- a) Traslado: evalúa quién lo realiza y la modalidad; así como los centros de referencia.
- b) Egreso hospitalario: si poseen consultorio de seguimiento del recién nacido de riesgo y recurso humano que participa en la atención dentro del consultorio.

Para el ajuste de instrumento se realizó un ensayo en los hospitales Doctor Diego Paroissien de Isidro Casanova, La Matanza (RS XII) y Profesor Doctor Alejandro Posadas de Haedo (Región Sanitaria VII). Para la aplicación del instrumento se dividió a los hospitales con UCIN dependiente del subsector nacional, provincial y del municipal; en este último fueron solicitadas las autorizaciones pertinentes a los Secretarios de Salud Municipal para su aplicación.

Primer nivel de atención Producción de material para las capacitaciones y participación en la elaboración del material de actualización

Se realizaron encuentros de trabajo presencial entre el coordinador general y los coordinadores regionales para la selección de contenidos y para organizar las actividades de capacitación acerca de todos los temas previstos en el programa para los CAPS, con el fin de facilitar una herramienta simple para el uso cotidiano en los controles de salud de los niños egresados de las UCIN. Desde las primeras reuniones se abordó como temática y se analizaron los distintos materiales didácticos impresos disponibles y se trabajó en la producción de nuevo material que si bien en muchos casos son temas ya desarrollados por otros autores, se orientó el contenido manteniendo la calidad de los mismos pero atendiendo a quiénes serían los receptores del mismo, en particular, médicos pediatras y generalistas.

Se realizaron reuniones con los capacitadores (doctora Cristina Couceiro, doctor Norberto E. Santos, doctor Claudio Pedra, doctora Valeria Lanzillotta) para fortalecer la utilización de herramientas que permitan el uso de un lenguaje común entre el primer y segundo nivel de atención. La sistematización de la transmisión de los conocimientos por igual a todos los destinatarios mediante la utilización de modalidades didácticas acordadas y conocidas por todos los docentes para permitir la coherencia en la transmisión del conocimiento.

Durante la capacitación los docentes pusieron énfasis en:

1. Articular la referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.
2. Mejorar la calidad del proceso de atención.
3. Realizar una visión compartida del paciente a través del trabajo conjunto.
4. La detección precoz de diferentes problemáticas que pueden presentar los niños egresados de la UCIN, tales como problemas físicos (trastornos del crecimiento), en su desarrollo mental, motor (disfunción motora no progresiva, en sus diferentes grados) o del comportamiento (déficit de atención, hiperquinesia) y/o problemas sensoriales (hipoacusia, vicios de refracción). Teniendo en cuenta en todos los casos, que estas condiciones, de alguna manera, pueden afectar la calidad de vida de estos niños y sus familias.

Metodología propuesta

Las capacitaciones se realizaron a través de clases teórico-prácticas mediante la problematización de casos; es de destacar que las mismas se ajustaron a la dinámica de grupo. Las metodologías incluyeron: exposiciones directas con problemáticas puntuales que motivaron la inquietud del auditorio, no solo con preguntas específicas,

sino con cuestionamientos de conductas habituales en la práctica médica, dejando espacio para el debate. Los temas debatidos deben servir como disparadores para la discusión de los pacientes atendidos por los profesionales del primer nivel de atención, buscando optimizar no solo la calidad de prestación en cuanto a primer nivel de detección de desvíos en el neurodesarrollo, crecimiento o problemáticas asociadas a la enfermedad que motivo la internación, sino también para reflatar los sistemas de redes existentes, en pro de un mejor aprovechamiento de las mismas. Para el desarrollo de la actividad docente se contó con recursos audiovisuales para la proyección de imágenes, videos. Laboratorio, que es la representación en colchoneta, de los hitos del desarrollo, para observar las modificaciones en el propio cuerpo del médico o terapeuta para mejor comprensión de lo que sucede en el paciente con desvíos y/o retrasos del desarrollo.

Se fundamentó el conocimiento del neurodesarrollo en la utilización de puntos clave, dado que se considera que un pediatra o un médico de familia que de acuerdo con la realidad local atiende 20 niños en una mañana, no puede hacer un test de Bayley* a cada paciente.

Programa y contenido de las capacitaciones

La revisión de los acontecimientos que tienen lugar en el niño en etapas precoces, ha demostrado una fuerte relación con su potencial intelectual futuro. El período que comprende desde la vida fetal hasta los tres primeros años de vida, es tan rico en experiencias, que constituye la verdadera escuela primaria de un niño. La naturaleza es tan sabia que ha dispuesto que todos estos fenómenos se produzcan en forma simultánea con la culminación de un proceso imprescindible para el desarrollo infantil: el crecimiento, la organización y maduración del sistema nervioso.

Sabemos actualmente que estas etapas, a través de las cuales el niño se conoce a sí mismo y a quienes le rodean y se adueña del medio ambiente en el cual transcurre su vida, son imprescindibles para sus aprendizajes posteriores, a todo lo largo de su vida. También la forma en que ocurran tendrá incidencia en su actitud futura frente a la vida y sus dificultades. Los niños egresados de unidades de cuidado intensivo neonatal y sus familias sufren un alto impacto por los procesos que transcurrieron durante la

* La Escala de Bayley del Desarrollo Infantil (BSID), es una de las pruebas de desarrollo más utilizadas para evaluar el desempeño del niño en la primera infancia. Esta escala fue creada por Nancy Bayley en los Estados Unidos de Norteamérica en el año 1933, revisada en 1969 y en 1993, siendo esta la última versión. Ha sido diseñada para valorar el estado de desarrollo en niños con edades comprendidas entre un mes y tres años y medio. A través de la misma se obtiene una comprensión integral del infante ya que consta de tres secciones (escala mental, escala motora y registro del comportamiento) que se complementan.

internación y constituyen la porción más vulnerable de la población infantil, dado que se suman en ellos riesgos biológicos a los riesgos sociales que todos conocemos, asociados fuertemente en especial, al nacimiento prematuro. Los procesos descriptos más arriba pueden no darse de la misma manera y por lo tanto ameritan una vigilancia especial.

Dado que las familias eligen por razones fundamentalmente económicas recurrir a los servicios de salud más cercanos geográficamente a sus domicilios, resulta propio manejar en todos los niveles del sistema de salud las normativas concernientes al control de estos niños y convenir la mejor manera de articular su control en los consultorios de seguimiento.

El desarrollo del programa previsto para las capacitaciones a los profesionales del primer nivel de atención estuvo orientada a la unificación de normas y criterios para la detección temprana de desviaciones de la normalidad en el crecimiento y desarrollo en la población de recién nacidos de riesgo egresados de las unidades de cuidados intensivos neonatales y a los mecanismos de derivación para la intervención oportuna.

Temas seleccionados para los encuentros

- Desarrollo de la red de articulación entre los distintos niveles de atención.
- Importancia del trabajo en red, beneficios para el equipo de salud y para el paciente.
- Referencia y contrarreferencia.
- ¿Qué es un Programa de Seguimiento? ¿En qué consiste? ¿Quiénes los desarrollan?
- Rol del Pediatra y/o médico de familia de atención primaria en el equipo de seguimiento. Ventajas de la integración a la red tanto para el paciente como para el médico de cabecera.
- Evaluaciones básicas de un Programa de Seguimiento.
- Desarrollo del programa de seguimiento: plan de visitas, registros y deserción.
- Epicrisis: datos relevantes que no pueden faltar, utilidad para el seguimiento ambulatorio. Problemas secuelares o estudios al alta pendientes.
- Presentación de la libreta de seguimiento. Utilidad como herramienta de comunicación entre los diferentes niveles de atención y sus contenidos sobre el cumplimiento del Programa de Seguimiento del Niño.
- ¿Qué y cuándo controlar?: momento oportuno de la contrarreferencia para los estudios o evaluaciones.
- Concepto de edad cronológica, corregida y edad postconcepcional. Utilidad para el pediatra y para el terapeuta interviniente.
- Crecimiento. Antropometría. Utilización de las Tablas de crecimiento de Lejarraga, H. y Fustiñana, C. 1986, recomendadas por la Sociedad Argentina de Pediatría y la Guía de Seguimiento del Ministerio de Salud de la Nación.
- Valoración nutricional.
- Osteopenia y anemia: recomendaciones para el seguimiento pediátrico ambulatorio.
- Causas de reinternaciones en especial enfermedades respiratorias, cirugías (ej: hernias), gastroenteritis, etcétera.
- Necesidades especiales y riesgos de pacientes con secuelas al egreso de la UTIN como: displasia broncopulmonar, hidrocefalia con válvula, ostomías, trastornos en la succión – deglución (alimentación por sonda), etcétera.
- Recomendaciones para el sostén y o recuperación de la lactancia materna.
- Vacunas del programa oficial y las especiales (vacuna para neumococo, vacuna para virus sincicial respiratorio). Cumplimiento y cuándo vacunar.
- Recomendaciones para prevención de muerte súbita: posición de dormir, lactancia materna, ambientes libres de humo, prevención sobre las enfermedades respiratorias para el niño y su familia.
- Evaluación del tono muscular y pautas madurativas en cada control de salud. Detección de desvíos en los mismos y su derivación oportuna al segundo nivel de atención.
- Cumplimiento de los programas de prevención oftalmológicos (retinopatía del prematuro), auditivos (otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos) y /o asistencia a tratamientos especiales como estimulación temprana, fonoaudiología, etc., importancia, utilidad y problemas por la deserción del paciente a dichos controles.
- Detección temprana de trastornos de lenguaje, comunicación, conducta e integración con sus pares, visomotores y aprendizaje. La importancia de la anticipación, para evitar el fracaso escolar.
- Detección de problemas vinculares familiares.
- Presentación y discusión en grupo de casos clínicos sobre problemáticas de niños de alto riesgo.

Elaboración e impresión de documentos de información y actualización

En consenso con los integrantes del proyecto, docentes, expertos y el PMI se formularon documentos para ser entregados en las capacitaciones con el fin de actualizar temas, apoyar las acciones de seguimiento y como material informativo para los padres.

Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo. Publicación del Ministerio de Salud de la Nación.

Para completar la cantidad de Guías necesarias para hacer frente a la demanda y ante la falta de las guías disponibles en el Ministerio de Salud de la Nación, se procedió a la impresión y anillado de 150 ejemplares financiados por el Consejo Federal de Inversiones (CFI). De esta forma se pudo cubrir la demanda en las capacitaciones del 1º Nivel de Atención y de las Unidades de Neonatología.

Guía Procedimientos Lactancia Materna

Se realizó una actualización de la publicación del Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires sobre Lactancia Materna (*Guía de Procedimientos Lactancia Materna 2010*), para su reimpresión y entrega durante las capacitaciones.

Esta guía hace hincapié en la importancia de la lactancia como estrategia de bajo costo y alto impacto, conjugando soluciones en tres áreas: mejor nutrición, mejor crecimiento cerebral y desde lo vincular, promoviendo el rol protagónico de la madre y la recuperación del lazo fetal perdido.

Sus acciones están dirigidas a todo el equipo de salud capacitado y entrenado debidamente en fomento, promoción, apoyo y protección de la lactancia en el 1º Nivel de Atención, maternidad, UTIN y consultorio de seguimiento. Se gestionó la impresión de las mismas, las cuales fueron financiadas por el CFI, a lo que se hace referencia en la contratapa. En el anexo se incluye el documento terminado.

Puntos Llave del Desarrollo Típico en los primeros 2 años de vida

Recopilación: Oreiro, Vilma. (ANEXO IV – Material Didáctico 1)

El bebé *prematuro* se va a casa. Recomendaciones dirigidas a la comunidad (desarrolladas por el grupo de expertos del proyecto y el PMI, basadas en las recomendaciones universales de cuidado del RNR), (Recopilación: Alcira Escandar. (ANEXO IV – Material Didáctico 2).

Documentos complementarios

Algoritmo del Desarrollo Motor en Recién Nacidos de Riesgo. (ANEXO IV – Material Didáctico 5).

Recién Nacidos con Riesgo Nutricional. Marcadores Bioquímicos. (ANEXO IV – Material Didáctico 3).

Aplicación de las normas nacionales de vacunación en la unidad de cuidados intensivos neonatales. (ANEXO IV – Material Didáctico 4). Autores: Gloria Echarri, Silvia Romero, Norberto E. Santos, María Rosa Agosti. Nombre de la publicación: *Actualización de Temas Neonatales*. Editorial: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Tomo: II, capítulo 4. Páginas: 39-47. Año de edición: 2005.

Cada participante recibió una carpeta con ejemplares del material mencionado.

Segundo nivel de atención: profesionales de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo

Con el objetivo de actualizar conocimientos sobre nuevos tratamientos y la valoración del crecimiento y desarrollo del lactante egresado de la UCIN, se planificó realizar dos capacitaciones por región sanitaria para los profesionales que desarrollan sus actividades en los consultorios de seguimiento del recién nacido de riesgo; una primera jornada especial donde se decidió unificar la capacitación para los profesionales encargados de los Consultorios de Seguimiento de las Regiones Sanitarias VII y XII.

Planificación de capacitaciones

Se realizaron una serie de encuentros con los dos grupos de trabajo del proyecto y la coordinación general, para la planificación de las capacitaciones de segundo nivel (fechas y contenidos), evaluación del desarrollo del proyecto, selección del material impreso para entregar en las capacitaciones, invitados especiales para la Jornada de la Casa de la Provincia, etcétera.

Detalle de los encuentros

16 / 06. Casa de la Provincia de Buenos Aires. Evaluación de las oportunidades, fortalezas y debilidades de la estrategia de capacitación a los profesionales de ambas regiones sanitarias en conjunto. Participantes: Coordinador General del proyecto: doctor Tomasoni, Coordinadoras Regionales del Proyecto; Referente Programa Materno Infantil. Docentes, doctores: Valeria Lanzillotta, Claudio Pedra, Cristina Couceiro, Norberto Santos. 28/06. Casa de la Provincia de Buenos Aires.

Coordinación del proceso de Capacitación. Metodología. Capacitadores. Definición de la fecha de Jornada el 5 de agosto en la Casa de la Prov. de Buenos Aires. Participantes, doctores: Fabián Tomasoni, Vilma Oreiro, Alcira Escandar, Norberto Santos, Valeria Lanzillotta y M. Julia Cuetos.

08/07. Higa Doctor. Diego Paroissien (La Matanza- Región Sanitaria XII).

Elaboración del temario de las Jornadas de Seguimiento de R. N. de Riesgo, invitación a disertantes especiales: doctor Luis Novali, médico neonatólogo del Hospital Garrahan, Coordinador de Red de Seguimiento de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.; doctor Eduardo Candiz, médico neonatólogo, Hospital. Posadas. Confirmación de fecha y sede de la jornada.

Participantes, doctores: Norberto Santos, Alcira Escandar, Valeria Lancillotta.

A los fines prácticos y para continuar con una secuencia lógica para la lectura se desarrollará lo referente a la primera capacitación efectuada en común para ambas regiones en la sección correspondiente al informe final del Coordinador General del Proyecto.

Libreta de Seguimiento del recién nacido egresado de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Participación en la definición de contenidos de la Libreta de Seguimiento

La Libreta de Seguimiento del Neonato Egresado de Neonatología fue elaborada como un instrumento de articulación entre los profesionales responsables del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo y los profesionales del Primer Nivel de Atención; además de nexo de articulación sirvió como instrumento de alarma para los profesionales en el caso de abandono de controles o de interrupción de tratamientos.

Para evaluar los contenidos y que los mismos fueran de utilidad para los fines planteados, se realizaron reuniones convocadas por el Coordinador General del Proyecto de las cuales participaron las coordinadoras regionales, los representantes del PMI de la provincia de Bs. As. y de las Regiones Sanitarias XII y VII. Se realizaron entrevistas informales de opinión con profesionales encargados del Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo. Doctoras: Cristina Couceiro del Hospital Eva Perón de San Martín; Patricia Climent y Nancy Aparicio del Hospital de Niños de La Plata.

Se evaluaron algunos modelos de Libreta de Seguimiento tales como la existente en la *Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación*¹⁴ y la Libreta de Seguimiento propuesta por la asociación de padres de niños prematuros (APAPREM)¹⁵; si bien ambos modelos resultaron enriquecedores al momento de la discusión no se ajustaban a nuestra propuesta.

Se decidió incluir los siguientes contenidos:

- Datos del niño y su familia.
- Información del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido (domicilio, días de atención, horarios, médico a cargo del niño y teléfono).
- Información del centro de salud donde concurre la madre para la atención con el pediatra (domicilio, días de atención, horarios, médico a cargo y teléfono).
- *Tablas de perímetro cefálico, longitud corporal y peso para niñas y niños* propuestas por el Doctor Horacio Lejarraga¹⁶, aceptadas por la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud de la Nación.

14. Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y ambiente de la Nación. 3ra. Edición. Mayo 2005. Pág. 122-129

15. Libreta de Salud para la Familia. Programa de Seguimiento del Recién Nacido de alto riesgo. APAPREM. <http://www.apaprem.org.ar/archivos/Libreta%20de%20salud%20baja.pdf>

16. Lejarraga Horacio. Tablas de Percentilación de Niños y Niñas. Arch. argent. pediatr. 1986; 84:210-214

- Controles médicos de salud (para el primer nivel de atención).
- Controles neurológicos con fecha, diagnóstico, resultado y fecha de próxima consulta (para los profesionales de seguimiento).
- Controles oftalmológicos con fecha, diagnóstico, resultado y fecha de próxima consulta (para los profesionales de seguimiento).
- Controles fonoaudiológicos con fecha, diagnóstico, resultado y fecha de próxima consulta (para los profesionales de seguimiento).
- Estudios complementarios de diagnóstico por imágenes: ecografías, radiología.
- Reinternaciones (fechas, edad, diagnóstico y tratamiento).
- Sección e informes de Trabajo Social del Hospital y del CAPS.
- Sección para los CEAT (Centro de Estimulación temprana).
- Pautas de alarma para los padres.
- Consejos para los padres de niños prematuros.
- Consejos relacionados con la lactancia materna.
- Pautas del control del desarrollo.

En ANEXO V se encuentra el modelo con los contenidos seleccionados de la Libreta de seguimiento del recién nacido egresado de neonatología.

Los contenidos seleccionados para ser incluidos en la Libreta de Seguimiento no fueron elegidos al azar sino dentro del marco de las necesidades de los profesionales de contar con un instrumento en el que volcar los resultados de los estudios que con posterioridad al alta requieren estos niños y los informes de los profesionales pertenecientes a otras especialidades.

Se incluyó un espacio para las rehospitalizaciones ya que en especial los prematuros con peso de nacimiento menor de 1500 gramos, están expuestos a una tasa 2 a 5 veces más alta de rehospitalizaciones que los de mayor peso durante el primer año de vida¹⁷.

Pautas del control del neurodesarrollo para los profesionales del primer Nivel de Atención, ya que la frecuencia de anomalías del neurodesarrollo es mayor en los RN de Riesgo que en el resto de la población infantil¹⁸.

Una sección para los Centros de Estimulación Temprana, ya que la estimulación temprana se utiliza en el tratamiento de niños con patologías del desarrollo ya establecidas y con una orientación más pedagógica.¹⁹

Por otro lado y considerando la importancia de la lactancia materna como estrategia de bajo costo y alto impacto y además que conjuga soluciones en tres áreas: mejora la nutrición y el crecimiento cerebral (no solo en tamaño sino en composición y promoviendo adecuada mielinización) y desde lo vincular, devuelve a la mamá su rol protagónico y la ayuda a recuperar el lazo fetal perdido, por ende, a jugar su rol de mediadora del desarrollo, modulando los estímulos ambientales. Por estas razones es que se incluyó este tema, tan difícil de abordar desde la patología neonatal.

Informes regionales Región Sanitaria VII

La Región Sanitaria (RS) VII ubicada en la zona noroeste del conurbano bonaerense, incluye los siguientes municipios: Moreno, Hurlingham, Morón, Ituzaingó, Tres de Febrero, Merlo, General Las Heras, Gral. Rodríguez, Marcos Paz y Luján (Anexo I – Mapa N° 1); con una población estimada para el año 2009 de 2.296.329 habitantes de los cuales 1.104.153 son varones y 1.156.176 son mujeres, con un índice de masculinidad de 95,5²⁰. Al observar la ubicación geográfica de los municipios, encontraremos algunos urbanos como Tres de Febrero, Hurlingham, Morón, Ituzaingó (primer cordón de conurbano); Moreno y Merlo (segundo cordón) y Gral. Rodríguez (tercer cordón); mientras que también encontraremos municipios rurales como Marcos Paz, Las Heras y Luján). Los municipios con el mayor número de habitantes son Merlo y Moreno, con más de 500.000 habitantes cada uno, seguidos por Tres

17. Rodríguez Diana. Rehospitalización en Guía de Seguimiento del recién Nacido de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. 3ra. Ed. 2005. Pág 94.

18. Couceiro C., Escandar A. y otros. Evaluación del Neurodesarrollo. Guía de Seguimiento del recién nacido de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación 3ra. Ed. 2005. Pág 59 y 123.

19. Couceiro C., Escandar A. y otros. Evaluación del Neurodesarrollo. Guía de Seguimiento del recién nacido de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación 3ra. Ed. 2005. Pág 70.

20. Dirección Provincial de Información Sistematizada: Proyección población 2009 e indicadores demográficos. <http://www.ms.gba.gov.ar/determinantes/demograficos/ProyeccionPoblacion2009.pdf>

de Febrero y Morón; mientras que los menos poblados son Las Heras, con 14.087 habitantes y Marcos Paz, con 52.339 habitantes²¹. La tasa de natalidad para el año 2008 en la RS VII fue de 18,3 frente a 18,6 para la provincia de Buenos Aires²². Los municipios que presentan la tasa de natalidad más alta son Moreno y Merlo con 21,0 y 20,4 respectivamente²³. Al observar la tasa de mortalidad infantil (TMI) y sus componentes para la RS VII, se notó que la misma para el año 2008 fue de 12,1 %, significativamente inferior que para el 2007 donde fue de 14,2%. El componente neonatal para el año 2008 fue de 8,2% mientras que el post neonatal, de 3,9 % en tanto que los mismos componentes para el año 2007 fueron de 8,7% y 5,4 % respectivamente²⁴. Observamos que el descenso de la TMI, fue a expensas del componente post neonatal. De la información brindada por la Dirección de Información Sistematizada en relación a las TMI de los municipios del conurbano de la RS VII, también observamos que el municipio con la TMI más alta es Merlo (13,9%), seguido por Ituzaingó, con 13,3%²⁵.

En la RS VII existen 160 Centros pertenecientes al Primer Nivel de Atención y dependientes de los municipios. Hay hospitales nacionales, y provinciales. Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se encuentran tanto en los efectores nacionales (hospital profesor doctor Alejandro Posadas de Morón), como en los provinciales (Hospital Bocalandro y Hospital Doctor R. Carrillo, de Tres de Febrero, Héroes de Malvinas, de Merlo, L. y M. de la Vega, de Moreno y Vicente López y Planes, de Gral. Rodríguez) y municipales (Doctor Chutro, de Merlo y Nuestra Señora de Luján, Luján). También existen municipios

cuyos hospitales no cuentan con UCIN (Gral. Las Heras, Marcos Paz, Hurlingham e Ituzaingó).

Aplicación del instrumento de evaluación de los servicios para la atención del recién nacido enfermo y su seguimiento al egreso de la UCIN (RS VII)

Para la aplicación del instrumento se dividieron los servicios de neonatología según su pertenencia al subsector nacional, provincial o municipal.

Se realizó contacto y la aplicación del instrumento en el 100% de las UCIN pertenecientes al subsector Nacional (hospital profesor doctor Alejandro Posadas).

En los hospitales provinciales en una primera etapa se realizó el contacto con el 100% de los Jefes de Servicio de las UCIN (Bocalandro, V. López y Planes, Doctor Ramón Carrillo, Héroes de Malvinas y L. y M. de la Vega) para su posterior aplicación en los meses siguientes.

En el caso de los Servicios de Neonatología dentro del marco de los hospitales municipales, antes de la realización de la encuesta, se informó al 100% de las autoridades municipales y se solicitó autorización para realizarla en dichos establecimientos (Chutro y Ntra. Sra. de Luján).

Planificación, organización y coordinación de las jornadas destinadas a elaborar los diagnósticos regionales

Para la planificación y organización de las jornadas para el diagnóstico regional se procedió de la siguiente manera:

1. Se sensibilizó a las autoridades del Servicio de Neonatología y se establecieron pautas para el desarrollo de la jornada en reunión realizada en el hospital profesor doctor Alejandro Posadas, de la cual participaron el Referente del PMI para la RS VII, el doctor Claudio Pedra, y la Jefa del Servicio de neonatología, doctora Lidia Parga.
2. Se contactó a los Jefes de Servicio de Neonatología de hospitales provinciales con UCIN para realizar una entrevista, establecer la fecha para la aplicación del instrumento y la organización de la jornada de diagnóstico regional.

21. Dirección Provincial de Información Sistematizada. Proyección Población 2009 e Indicadores demográficos (Partidos RS VII). <http://www.ms.gba.gov.ar/determinantes/demograficos/ProyeccionPoblacion2009.pdf>

22. Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/salud_materno_infantil2008/archivos/natalidad/natalidad_2008_region.pdf

23. Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/salud_materno_infantil2008/archivos/natalidad/natalidad_2008_cono.pdf

24. Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/salud_materno_infantil2008/archivos/mortalidad_infantil/cuadro1.pdf

25. Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/salud_materno_infantil2008/archivos/mortalidad_infantil/cuadro2.pdf

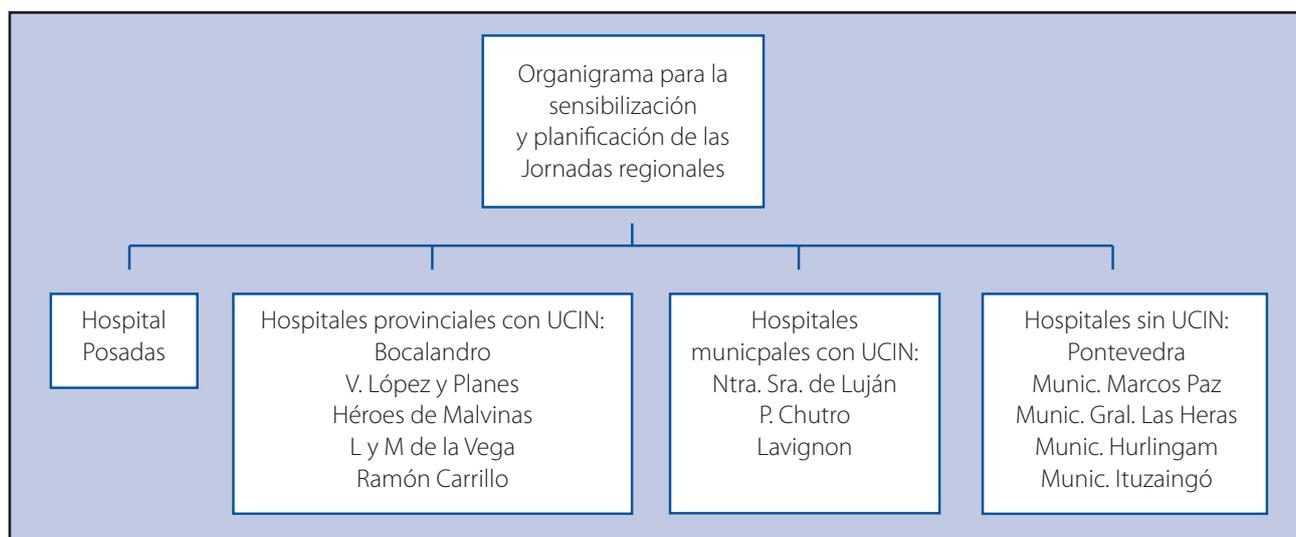
Estuvieron presentes los doctores: Eduardo Picoroso, del Hospital Doctor. Carlos Bocalandro, Leonor Carbone, del Hospital Héroes de Malvinas, Santamarina, del Hospital V. López y Planes, María del Carmen Antón, del Hospital L. y M. de la Vega y Fabiana Pestchjnaker, del Hospital Doctor Ramón Carrillo.

3. Se organizaron encuentros con los Secretarios de Salud de los municipios donde hubiera hospitales con UCIN: municipios de Luján, Merlo y Morón.
4. Se contactó a los Jefes de Servicio de Neonatología de hospitales municipales con UCIN para realizar una entrevista, establecer una fecha para la aplicación del instrumento y la organización de la jornada de diagnóstico regional. Se contactó con los doctores: Sergio Paro, del Hospital. Nuestra Señora de Luján (en este caso se contactó al Director por falta de Jefe de Neonatología), Rey, del Hospital. Lavignon, Liliana Canicchio, del Hospital. Pedro Chutro.
5. Se organizaron encuentros con los Secretarios de Salud de los municipios con hospitales con maternidad sin UCIN: Hospital Pontevedra de Merlo, Hospital municipal de General Las Heras, Hospital Municipal de Marcos Paz, Hospital Municipal de Hurlingham.

Con el objetivo de elaborar un diagnóstico de situación regional sobre la atención de los RNR con la finalidad de constituir una red de atención para su seguimiento, se convocó a través de la Región Sanitaria VII a los Jefes de Servicio de Neonatología de los hospitales, al Director de

Emergencias de la Región Sanitaria VII, autoridades de la Región Sanitaria VII y representantes del Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires a una reunión que se concretó en el Salón de Actos del hospital M. y L. de la Vega del Municipio de Moreno. Del encuentro participaron los doctores: Claudio Pedra por la RS VII; Norberto Santos por el Programa Materno Infantil de la provincia de Buenos Aires, Fabián Tomasoni, Coordinador General del Proyecto, Eduardo Picoroso, Jefe de Servicio de Neonatología del Hospital Doctor. Bocalandro de Tres de Febrero, la Jefa de Servicio de Neonatología del Hospital Héroes de Malvinas de Merlo, Leonor Carbone, la Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Doctor Pedro Chutro de Merlo, Liliana Canicchio, la Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Doctor Ramón Carrillo de Tres de Febrero, Fabiana Pestchjnaker; la Sub Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital L. y M. de la Vega de Moreno, Rosana Boni y el Director de la Región Sanitaria VII de Emergencias Médicas.

Durante la reunión se transmitieron los resultados del análisis de las planillas que se habían completado para definir la estructura existente en la RS para la atención del recién nacido enfermo. Los resultados de la aplicación del instrumento se presentan en: Anexo VI – Tabla 1). En la RS existen nueve hospitales con Servicio de Neonatología; como se mencionó 1 (11,1%) es de dependencia nacional, 5 (55,5%) son de dependencia provincial y 3 (33,4%) son de dependencia municipal. En ellos durante el año 2009 se realizaron 18.988 partos; se internaron en los Servicios de neonatología 2.790 niños (14,69% del total de partos).



Hay que tener en cuenta que el Hospital R. Carrillo tuvo cerrado el servicio de neonatología durante este período y el hospital municipal de Luján no brindó la información.

Al realizar la evaluación de la estructura de los servicios encontramos que el 100% de los mismos cuentan con respiradores convencionales, pero solo el 37,50 % posee las nuevas modalidades ventilatorias (respiradores sincronizados) y el 12,50% tiene respiradores de alta frecuencia, lo que demuestra un déficit en cuanto a modernidad de los equipos.

El 87,50% de los servicios puede administrar nutrición parenteral total (NPT), sólo uno no puede realizarlo sistemáticamente; considerando que la NPT es uno de los pilares actuales de la atención de los recién nacidos enfermos, este hospital posee un déficit en la atención nutricional.

El 87,50% de los servicios refieren poseer Consultorio para el Seguimiento del Recién nacido Externado de la Unidad de Cuidados Intensivo, sólo uno refiere que no puede realizar el seguimiento en forma sistematizada y depende de la disponibilidad de la Jefa de Servicio, como se mencionará más adelante. En cuanto al recurso humano médico para la atención del recién nacido enfermo, el 50% de los hospitales refieren tener guardia activa todos los días de la semana, 25% dependen de la rotación de los profesionales del servicio durante el fin de semana, 12,5% tiene que contratar médicos para los días que no cuenta con profesionales y no cuenta con profesionales para los fines de semana el 12,5% los servicios. Se realiza cirugía pediátrica en el 37,50% de los hospitales, ese porcentaje debería ser suficiente para el número de partos, aunque uno de los hospitales refiere que no cuenta con anestesiólogo para cada día de la semana.

En cuanto a los Servicios auxiliares al servicio de neonatología, el 100% de los hospitales cuentan con guardia activa de laboratorio para la realización de gases en sangre y diagnóstico por imágenes para la realización de radiografías. Sólo el 50% cuenta con cardiólogo pediatra y el 75% con oftalmólogo para la realización del fondo de ojo para la detección de la retinopatía del prematuro. Los hospitales que no poseen cardiólogo u oftalmólogo deben referir a los neonatos a otro establecimiento cuando se encuentren hemodinámicamente estables, lo que demuestra un déficit en la atención. Por último, sólo refieren al primer nivel de atención después del alta hospitalaria, el 50% de los servicios de neonatología.

Del análisis individual observamos que el servicio de neonatología que se encuentra en mejor situación estructural para brindar atención al recién nacido enfermo es del Hospital Profesor Doctor Posadas y el que se encuentra en una situación más deficitaria es el servicio de neonatología del Hospital Héroes de Malvinas de Merlo, considerando que el Hospital Doctor. Ramón Carrillo se encontraba cerrado.

Otros temas tratados

1. Presentación del Proyecto con énfasis en la etapa de capacitación a los responsables de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido externado de las UCIN.
2. Fortalecimiento de la estrategia de conformación de la red de seguimiento del RNR articulando los CAPS con los Consultorios de Seguimiento.
3. Presentación de la Libreta de Seguimiento y de sus contenidos.
4. Cada jefe de servicio realizó una exposición de la situación actual de sus servicios; un común denominador es la falta de recurso humano médico y de enfermería calificado para completar el cuerpo de profesionales para la atención del recién nacido enfermo. Surgieron algunas estrategias tal como la implementada en el Hospital L. y M. de la Vega: se realizó un acuerdo con el Servicio de Pediatría, este se encargan de la atención del recién nacido sano en internación conjunta.
5. Todos los jefes de servicios se mostraron entusiasmados con el proyecto y comprometieron la participación de los profesionales de los Consultorios de Seguimiento en las capacitaciones a realizar.
6. Se entregó el material bibliográfico del proyecto.

Dentro de los puntos sobresalientes del encuentro se destacan:

1. El sistema de emergencias regional se encuentra enmarcado dentro del Sistema de Emergencias Sanitarias (SIES conurbano) por lo tanto la solicitud de derivación y traslado se hace a través de este, pero no se cuenta en todas las oportunidades con unidades para hacer el traslado. Bajo esta situación los Jefes de

Servicio hicieron referencia a que el traslado del neonato se demoraba y tenía que ser realizado por otros medios.

2. Dentro de las capacidades existentes, el único hospital que cuenta con equipo permanente para la realización de cirugía neonatal compleja es el hospital profesor doctor Posadas; si este no da respuesta, los lugares de derivación son el hospital de Niños de La Plata y el Hospital Garrahan.

Las cirugías neonatales de menor complejidad pueden realizarse en el hospital de Gral. Rodríguez que no cuenta con anestesiólogo para cada día de la semana. Mencionaron que si las cirugías no son resueltas en los hospitales de la RS, los pacientes deben ser derivados al Hospital de niños Sor Ma. Ludovica de La Plata o al Hospital Garrahan de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Hospital Nuestra Señora de Luján ha realizado pocas intervenciones quirúrgicas neonatales y en esos casos ha contratado al equipo de cirujanos, anestesiólogos e instrumentadores.

Otras de las capacidades existentes en la RS es la de contar en el hospital profesor doctor Posadas con profesionales y equipamiento para la realización de cirugía láser para el tratamiento de los prematuros con retinopatía; en el momento de realizar el relevamiento el equipo se encontraba con desperfectos, por lo cual los pacientes eran derivados al Hospital Garrahan de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El Servicio de Neonatología del Hospital Carrillo se encontraba en remodelación, por lo cual no brindaba asistencia; la inauguración con equipamiento nuevo y mayor cantidad de plazas disponibles pero sin contrato para más recursos humanos, se realizó poco antes de la finalización del Proyecto.

Los Servicios de Neonatología cuentan con Consultorio de Seguimiento con excepción del Hospital Héroes de Malvinas donde los egresados son controlados por el Jefe de Servicio y luego referidos a los CAPS.

No realizan articulación con el primer nivel de atención los siguientes hospitales: Nuestra Señora de Luján; V. López y Planes, Lavignon, Mariano y Luciano de la Vega.

Todos los jefes de servicio refieren la disminución en el número de recursos humanos capacitados para realizar la cobertura de las guardias; así como el de enfermeros capacitados para la atención del recién nacido de riesgo.

Se aludió a la necesidad de que los hospitales cuenten con equipamiento para realizar otoemisiones acústicas, tanto a los recién nacidos sanos egresados de las maternidades, como a los neonatos egresados de las UCIN, remarcando los jefes de servicio de la falta de personal entrenado para su realización.

Se hizo mención también a la posibilidad de ampliación de las determinaciones para la detección de otros errores congénitos del metabolismo y fibrosis quística del páncreas.

Los hospitales que cuentan con la visita del oftalmólogo itinerante para la realización del fondo de ojo a los prematuros en riesgo de retinopatía, hicieron referencia a la necesidad de que dicho profesional contara con equipamiento aportado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ya que el que se encuentra en uso es de su propiedad.

Se consideró la estrategia de capacitación y articulación con el Primer Nivel de Atención como una estrategia para la conformación de la red de atención del RN.

Acuerdo con autoridades y equipo regional sobre la estrategia de implementación y sostenimiento de la red

En primera instancia se realizó una reunión con las autoridades de la Región Sanitaria VII de la que participaron el Coordinador general del proyecto doctor Fabián Tomasoni, el representante del PMI de la Provincia de Buenos Aires, doctor Norberto Santos, el Referente Regional del PMI, doctor Claudio Pedra y el Director Ejecutivo de la región sanitaria (RS), doctor Daniel Levato.

Durante la reunión se procedió a la sensibilización de las autoridades regionales y se puso en conocimiento del proyecto al Director Ejecutivo de la RS, este se mostró entusiasmado por la elección de la RS VII para llevarlo a cabo y facilitó el acompañamiento del referente regional del

PMI para el desarrollo de las reuniones de organización y planificación de las jornadas de diagnóstico regional.

A partir del encuentro de diagnóstico regional, se realizaron reuniones de trabajo con las autoridades de la RS, doctor Daniel Levato, autoridades del ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, doctora Flavia Raineri, con el objetivo de articular estrategias entre los distintos efectores que permitieran cumplir con los estudios complementarios que requirieran los bebés internados en los Servicios de Neonatología o a su egreso; a tal fin se estableció:

1. El Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires mantendrá el nombramiento de un oftalmólogo itinerante para la realización del fondo de ojo (FO) a los prematuros en aquellos hospitales que no cuenten con dicho profesional. El oftalmólogo itinerante cubrirá la atención de los prematuros internados en los hospitales: Bocalandro, Héroes de Malvinas, Carrillo y V. López y Planes. Los hospitales: L. y M. de la Vega, Posadas, Lavignone cuentan con oftalmólogo propio. El Hospital Nuestra Señora de Luján no cuenta con oftalmólogo debiendo ser trasladados los niños al Hospital de General Rodríguez para realizar el FO.
2. El Ministerio de Salud de la Nación a través del PMI de la provincia de Buenos Aires entregará en comodato equipos para realizar oftalmoscopia indirecta a los recién nacidos prematuros en riesgo de desarrollar retinopatía del prematuro.
3. El Ministerio de Salud de la Nación entregará al Servicio de Oftalmología del hospital Posadas un nuevo equipo para realizar cirugía láser a los recién nacidos prematuros que lo requieran. Allí se efectuarán los tratamientos para los niños de la RS.
4. El Ministerio de Salud de la Provincia incluyó a partir del mes de agosto de 2010 las nuevas determinaciones de errores congénitos del metabolismo y fibrosis quística, incluyendo a los niños nacidos en hospitales municipales (total: siete determinaciones).
5. El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a través de la Dirección Provincial de Hospitales adquirió equipamiento para realizar otoemisiones acústicas (OEA) para los hospitales que no cuenten con

el mismo, además de la entrega del equipamiento se realizará la capacitación de los profesionales para su realización.

6. El Hospital V. y M. de la Vega que cuenta con equipo de OEA y que no está en uso por falta de profesionales capacitados, capacitará a un profesional para su manejo.
7. El Hospital Héroes de Malvinas fortalecerá los trámites a través de la oficina de referencia y contrarreferencia para la articulación con el primer nivel de atención ya que no puede dar respuesta de atención a los egresados de la UCIN.
8. Los Jefes de Servicio se comprometieron a la utilización de la Libreta de Seguimiento del recién nacido egresado de la unidad de cuidados neonatales como estrategia vinculatoria entre los distintos niveles de atención.

Participación en la planificación de capacitación a nivel regional

Se realizaron encuentros con los responsables de los distintos municipios que integran la RS y que cuenten con UCIN para llevar adelante las capacitaciones a los profesionales de los CAPS y convenir las fechas de realización de las mismas:

En Municipio de Merlo participaron de la reunión los doctores: Norberto Santos, representante del PMI de la Provincia de Buenos Aires, Claudio Pedra, referente regional del PMI, Alberto Lazo, Subsecretario de Salud de Merlo y Beatriz Roat, Directora de Atención Primaria de la Salud. Se realizó la sensibilización de las autoridades municipales y se acordó la realizar la actividad durante el mes de abril, en fechas establecidas por el Municipio. Por pedido de las autoridades municipales se dividió a los profesionales para ser capacitados en dos grupos; unos que recibieron la capacitación durante la mañana y otros por la tarde. Participaron pediatras, generalistas y maestras estimuladoras de las CEAT locales.

En el Municipio de Tres de Febrero participaron de la reunión los doctores: Norberto Santos, representante del PMI de la Provincia de Buenos Aires, Claudio Pedra, refe-

rente regional del PMI, Beatriz Tullo, Directora de Salud del Municipio de Tres de Febrero y Liliana Quinzán, Referente Materno Infantil del Municipio. Se realizó la sensibilización de las autoridades municipales y se acordó el desarrollo de las capacitaciones en dos turnos: mañana y tarde. Participarán pediatras, generalistas y maestras estimuladoras de las CEAT locales.

En el Municipio de Luján participaron de la reunión: la Directora de APS, doctora Adriana Fernández, la Coordinadora regional del proyecto, doctora Vilma Oreiro, el referente del PMI RS VII, doctor Claudio Pedra, el Coordinador General del proyecto, doctor Fabián Tomasoni. Se realizó la sensibilización referida a la capacitación a los CAPS, se presentaron los contenidos y se acordaron las fechas.

En la Secretaría de Salud del municipio de Morón participaron por parte del Municipio: la Directora de Programas Sanitarios, señora Marcela Vanderperre, la Subsecretaría de Atención Primaria, doctora Camila Comes y la Referente PMI, doctora Andrea Caro y por parte del Proyecto, la Coordinadora Regional y el Coordinador General, por parte de la RS VII, el doctor Claudio Pedra. Se realizó la sensibilización referida a la capacitación a los CAPS, se presentaron los contenidos y se acordaron las fechas de las mismas.

Los Municipios de General Rodríguez y Moreno acordaron las fechas de reunión con las autoridades municipales y las capacitaciones después del período invernal, aduciendo que se encontrarían abocados a la resolución de los casos de bronquiolitis.

Desarrollo y supervisión de las Capacitaciones Primer nivel de atención (CAPS) Municipio de Merlo

Por solicitud de la Secretaria de Salud Municipal la actividad se dividió en dos grupos para facilitar la participación de los pediatras y no dejar CAPS sin ellos para la atención de la población; a su vez cada grupo recibió dos capacitaciones de cuatro horas cada una con lo cual el número de capacitaciones realizadas en el Municipio fueron cuatro de cuatro horas cada una.

Lugar: Salón del Hospital Eva Perón.

Fechas: Grupo 1, 1er. Encuentro 13/04/10. Grupo 2. 1er. Encuentro 15/04/10.

Grupo 1, 2do. Encuentro 20/04/10. Grupo 2, 2do. Encuentro 22/04/10.

Participantes: Todos los participantes fueron médicos pediatras y generalistas de los CAPS: N° 3, 5, 9,11, 14, 20, 24, 26, 33, 34, 35, 37, 26, Sociedad de Fomento Castelar y Consultorios externos del Hospital Eva Perón.

Docentes: doctores, Norberto E. Santos y Claudio Pedra.

Tres de Febrero

Por solicitud de la Secretaria de Salud y del Programa Materno Infantil Municipal, la actividad se dividió en dos grupos para facilitar la participación de los pediatras en los horarios de actividad laboral, por lo cual las capacitaciones se dividieron en matutinas y vespertinas; a su vez cada grupo recibió dos capacitaciones de cuatro horas cada una con lo cual el número de capacitaciones realizadas en el Municipio fueron cuatro de cuatro horas cada una, por lo tanto, cada pediatra recibió un total de ocho horas de capacitación.

Lugar: Salón auditorio de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Tres de Febrero.

Fechas: Grupo 1, 1er. Encuentro 16/04/10. Grupo 2. 1er. Encuentro 16/04/10.

Grupo 1, 2do. Encuentro 23/04/10. Grupo 2, 2do. Encuentro 23/04/10.

Participantes: Los participantes fueron médicos pediatras, generalistas, enfermeros, trabajadores sociales y residentes de medicina general con actividad en los CAPS. Docentes: doctores, Norberto E. Santos, Claudio Pedra y Cristina Couceiro.

Luján

Por solicitud de la Secretaria de Salud Municipal, la actividad se dividió en dos capacitaciones de cuatro horas cada una, con lo cual el número de capacitaciones realizadas en el municipio fueron dos de cuatro horas; cada participante recibió un total de ocho horas..

Lugar: CIC de Luján.

Fechas: 05/05/10 de 9 a 13 hs. y 12/05/10 de 9 a 13 hs.

Participantes: los participantes fueron médicos pediatras, generalistas, enfermeros, trabajadores sociales y residentes de medicina general, estimuladoras temprana de los CEATS de Luján.

Docentes: doctores, Claudio Pedra y Cristina Couceiro.

Moreno

Las capacitaciones correspondientes al Municipio de Morón por solicitud de las autoridades municipales fueron divididas en dos encuentros, el primero durante los primeros días del mes de junio y el segundo a fines del mes de agosto. El sentido de esta solicitud se basó que en los meses de invierno los profesionales de los CAPS convocados estarían abocados a la patología respiratoria pediátrica (bronquiolitis).

Fechas: 11 de junio de 2010.

Lugar: CAPS de Moreno.

Actividad: Capacitación dirigida al 1º nivel de atención (CAPS).

Coordinadora RS VII: doctora Vilma (coordinadora docente).

Docentes: doctores Couceiro, Cristina y Pedra, Claudio.

Duración de la actividad: 4 horas reloj.

2do. encuentro

Fecha de la Actividad: 26 de Agosto de 2010.

Lugar: C.I.C La Bibiana. Ruta 23 y O'Brien. Moreno.

Actividad: Capacitación dirigida al 1º nivel de atención (CAPS).

Coordinadora RS VII: doctora Oreiro, Vilma (coordinadora docente).

Docentes: doctores Couceiro, Cristina y Pedra, Claudio.

Duración de la actividad: 5 horas reloj.

Marcos Paz, Las Heras e Ituzaingó

Dado que estos municipios no cuentan con hospitales con UCIN se tomó la decisión de unificar la capacitación de los profesionales que desarrollan sus actividades en los CAPS y en los CEAT de estos municipios. Si bien los hospitales no cuentan con UCIN, los recién nacidos enfermos son derivados en primer lugar a los hospitales de la región que sí cuentan, por lo cual se trabajó la contrarreferencia a los CAPS locales.

Fecha de la Actividad: 27 de Agosto de 2010.

Lugar: CIC de Marcos Paz. Ruta 200, Región Sanitaria VII.

Actividad: Capacitación dirigida al 1º nivel de atención (CAPS).

Coordinadora RS VII: doctora Oreiro, Vilma (coordinadora docente).

Docentes: doctores Couceiro, Cristina y Pedra, Claudio.

Duración del encuentro: 5 horas reloj.

Análisis de las capacitaciones realizadas con los profesionales del primer nivel de atención

Como se mencionó anteriormente, de los encuentros participaron fundamentalmente médicos pediatras y generalistas de los CAPS; se contó con la participación de Estimuladoras tempranas de los CEAT (Centro de Atención Temprana) de los municipios de Luján y Tres de Febrero; enfermeros, trabajadores sociales y fonoaudióloga. Lo expuesto en las reuniones de capacitación fue recibido con beneplácito por el auditorio, habida cuenta del sentimiento de aislamiento que los profesionales de los CAPS y CEAT refirieron al finalizar los encuentros. Los médicos participantes del Municipio de Merlo comentaron que por primera vez se consideraban incluidos en un programa de capacitación que los tenía en cuenta para formar parte de una red; fue tal la demanda de los profesionales de los CAPS de este municipio que el Secretario de Salud solicitó en dos oportunidades la realización en el municipio de nuevas capacitaciones para aquellos profesionales que por razones operativas (IRAB) no tuvieron posibilidad de concurrir a las mismas.

Los grupos más numerosos se observaron en los municipios de Luján, Moreno y Tres de Febrero. En los tres municipios fue planteada la inquietud de continuar con este tipo de actividades, no solo por la actualización de conocimientos y sino también por la apertura que facilita la red al conocimiento entre colegas y a los centros de segundo nivel de atención. Esto también fue mencionado por las autoridades del Municipio de Tres de Febrero (Responsable del Programa Materno Infantil Municipal).

Consideramos en cada encuentro que los pediatras y médicos de familia necesitan ayuda para encontrar soluciones aplicables dentro de su realidad, en especial con niños nacidos prematuros que tienen tantas aristas a considerar.

Ofrecerles alternativas incluyendo el trabajo en red, complementando y enriqueciendo lo valioso de su tarea, destacando lo valioso que es el primer nivel para la detección del riesgo.

Se jerarquizó la recuperación vincular a través de la lactancia, fortaleciendo el concepto que no solo implica un cuidado diferente del bebé sino también un aporte inmunológico vital, para evitar que el niño se reinterne. El ahorro de dinero que implica evitar gastos de reinternaciones es importante pero además se ahorra al niño la desnutrición que se asocia

a enfermedad y el estancamiento del desarrollo neurosensorial que ocurre cuando un niño se reinterna.

Consideramos que todos los conceptos que reciben durante la capacitación en términos de diagnóstico temprano y promoción del neurodesarrollo, son útiles al pediatra y médico de familia, para aplicarse no sólo en el niño de riesgo conocido, sino en el riesgo oculto, es decir, en el resto de la población a su cargo. Este es un efecto secundario muy importante, pues si bien los niños nacidos prematuros comprenden los tres riesgos: biológico, vincular y ambiental, el resto de la población de niños supuestamente sanos que suelen atender, también está sujeta a los efectos socio ambiental y vincular.

Por otro lado y si bien no pertenecen a Salud, consideramos altamente provechosa la participación de los terapeutas de CEAT así como de las maestras especiales que también concurren en el municipio de Luján para la detección de problemas relacionados con el desarrollo y rehabilitación correspondiente se han tratado temas como la prevención de los trastornos del aprendizaje y la conducta, prevención de los trastornos de la comunicación, las dificultades visomotoras en el paciente de alto riesgo, así como las medidas anticipatorias dirigidas a evitar el fracaso escolar.

Recordemos que los terapeutas de los CEAT y las maestras especiales pertenecen al Ministerio de Educación. La participación de las maestras de los CEAT representa un beneficio para el niño que así lo requiere por los riesgos y morbilidades analizadas y fortalece las acciones que desde Salud se instrumentan para mejorar las habilidades cognitivas del paciente.

Se delineó el rol del pediatra del centro de atención dentro del programa de seguimiento, proponiendo que el programa lo incluya como parte del mismo. Esto significa ventajas para el pediatra de la zona sanitaria del sitio en el cual reside el niño que egresa con riesgo biológico (al que se suma en general, el riesgo social), y para el paciente y su familia que se benefician ampliamente, al contar con su médico de cabecera, cerca de su domicilio. Dicha circunstancia minimiza los costos no sólo de la familia sino del sistema de salud.

Los pediatras y resto de los integrantes del equipo de salud, así como los médicos generalistas de algunos CAPS,

refirieron la enorme ventaja para ellos como profesionales, de sumarse a los programas de los Centros desde los cuales se refieren los niños. Los concurrentes comentaron en cada uno de los encuentros, y en forma espontánea, que les llamaba la atención que la capacitación fuera ofrecida en los sitios de trabajo. Plantearon que advierten que estando en la "frontera del área de influencia" de cada región, en general sólo desarrollan tareas asistenciales y que el tiempo con el que cuentan para su propia formación se ve notablemente interferido por la imposibilidad de trasladarse ellos mismos hacia otros sitios para lograrla. Por ello, agradecieron todos, la iniciativa que esta estrategia de trabajo les ofrecía. También refirieron que se sentían de esta forma, parte del equipo de trabajo, más cerca de otros colegas, y menos solitarios en su labor cotidiana.

El establecer nexos en forma presencial fortalece la estructura de trabajo al tiempo que acerca modalidades de trabajo. El poder reunir profesionales de distintas áreas, pero todos abocados al objetivo final de cuidar los niños y a sus familias, unió y generó la expectativa de producir nuevas ideas que pudieran mejorar el sistema de atención del niño y su familia.

Capacitación al segundo nivel de atención. Profesionales de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo

Debemos recordar que la RS VII fue dividida en dos subregiones para realizar las capacitaciones al 2do. Nivel de atención. Los profesionales de los Consultorios de Seguimiento de cada subregión (sub región I y II) recibieron dos capacitaciones con idénticos contenidos. Dada la estrategia de unificar la primera capacitación de las RS VII y XII, cuyo informe se encuentra desarrollado en el informe final del Coordinador Regional, en este apartado, se desarrollará la 2da. Capacitación para las dos subregiones de la RS VII.

2da. capacitación subregión.

Fecha: 19 de Agosto de 2010.

Duración: de 8:30 a 13:30hs.

Lugar: Centro Comunal. San Antonio de Padua. Municipio de Merlo.

Región Sanitaria VII.

Coordinadora RS VII: doctora Oreiro Vilma (coordinadora docente).

Docentes: doctores Couceiro, Cristina y Pedra, Claudio.

El temario abarcó contenidos orientados a los cuidados y prevención de la discapacidad en la unidad de internación, entre los cuales se desarrollaron:

- Cuidados orientados al neurodesarrollo.
- Prevención de la discapacidad visual y auditiva. Cuidados y tamizaje.
- Lactancia y oralidad.

Abrió la presentación de contenidos la doctora Cristina Couceiro cuya temática se centro en la prevención de la discapacidad visual y auditiva en la unidad de internación. Luego, el doctor Claudio Pedra continuó con los temas: nutrición, oralidad y lactancia.

La discusión fue planteada en base a casos clínicos referidos por los propios concurrentes y se concluyó en la necesidad de extremar los cuidados de los recién nacidos de muy bajo peso al nacimiento, como así también en la importancia de la prevención para evitar discapacidades auditivas, visuales y motoras. Se hizo hincapié en la importancia de la lactancia materna como estrategia efectiva y de bajo costo en la nutrición de los niños egresados de las unidades de neonatología.

2da. Capacitación. Subregión II

Fecha: 14 de Septiembre de 2010.

Lugar: Hospital Mariano y Luciano de la Vega. Municipio de Moreno.

Región Sanitaria VII.

Coordinadora RS VII: doctora Oreiro, Vilma (coordinadora docente).

Docentes: doctores Cristina Couceiro y Claudio Pedra.

Duración del encuentro: 5 horas reloj.

Entre los concurrentes se encontraban médicos pediatras y neonatólogos, enfermeras y trabajadores sociales de los municipios de Moreno, Morón, Luján, Hurlingham, General Rodríguez, Merlo y Marcos Paz.

Al inicio de la jornada se hizo una breve descripción del proyecto, los objetivos y alcances del mismo.

La temática se centró en la integración del pediatra a los programas de seguimiento y de la organización de los programas y consultorios.

El temario abarcó contenidos orientados a los cuidados y prevención de la discapacidad en la unidad de internación, entre los cuales se desarrollaron:

- Cuidados orientados al neurodesarrollo.
- Prevención de la discapacidad visual y auditiva. Cuidados y screening.
- Lactancia y oralidad.

Se entregaron 2.700 ejemplares de la libreta de seguimiento del recién nacido egresado de la UCIN a las autoridades regionales, quienes se encargaron de remitirlas a los servicios de neonatología que cuenten con consultorio de seguimiento del RNR.

Consultorio de seguimiento

Sensibilización

En la reunión con el Director de la RS VII y el referente del PMI de la RS VII se observó que el hospital Héroes de Malvinas no posee Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo y en entrevistas previas realizadas por el referente regional se detectó que los pacientes eran derivados al Consultorio de Seguimiento del Hospital Posadas. Se decidió trabajar al respecto y sensibilizar a los Directores de Hospital y a la Jefatura del Servicio de Neonatología.

La jefe de servicio se comprometió a abordar esta temática, aunque aclaró que uno de los mayores problemas que presenta, es la falta de recurso humano capacitado para atender a los recién nacidos. Se debatió cómo optimizar la resolución de las problemáticas del paciente de riesgo y la contención, apoyo y guía para las familias, desde cada lugar de trabajo, mancomunando esfuerzos para mejorar logros con los recursos con que se cuenta.

Además se intercambió información sobre los CEAT (Centros de Atención y Estimulación Temprana) de la zona, dependientes del área de educación, con el fin de lograr integrarlos al equipo interdisciplinario. A la finalización del Proyecto no se habían logrado cambios entre las autoridades del Hospital Héroes de Malvinas sobre la importancia del seguimiento del niño egresado de la UCIN, con lo cual no se logró la implementación del Consultorio de Seguimiento.

Comentario final y recomendaciones

La estrategia de conformar una Red para el Seguimiento del Recién Nacido egresado de la Unidad de Cuidados Intensivos basada en la capacitación por parte del recurso humano de los Consultorios de Seguimiento y dirigido al recurso humano encargado de la atención de estos niños, se constituyó en una novedosa estrategia de capacitación que fue bien recibida tanto por las autoridades municipales de quienes dependen los profesionales del Primer Nivel de Atención, como por los Jefes de Servicio de Neonatología independientemente al subsector de pertenencia; así como la incorporación de la Libreta de Seguimiento del recién nacido externado de neonatología como un instrumento útil para fortalecer la red a través de la comunicación de los efectores.

- 1) El camino recorrido fue extenso y las situaciones presentadas diversas, lo que nos permite realizar algunas recomendaciones:
En primer lugar es necesaria la participación de un referente regional o local que tenga conocimientos previos de la situación de los municipios, que conozca a las autoridades municipales y que sea un interlocutor válido. En nuestro caso se logró gracias a la colaboración del Director de la RS VII y del Referente del Programa Materno Infantil de la RS VII. Este último fue la llave que nos abrió todas las puertas para acceder a las entrevistas con los Secretarios de Salud, Directores de APS e integrantes del PMI municipal.
- 2) Cada municipio tiene sus tiempos y las fechas para los encuentros con las autoridades municipales pueden cambiarse hasta con 24 horas de anticipación; esto dificulta la planificación.
- 3) En la RS VII en particular encontramos efectores pertenecientes a distintos subsectores: municipal (CAPS y Servicios de Neonatología de hospitales municipales); provincial (Servicios de Neonatología de hospitales Provinciales) y nacional (Servicio de Neonatología del hospital nacional), por lo cual la única forma de avanzar, es a través de acuerdos con las autoridades responsables de cada subsector.
- 4) Los intereses de los responsables de cada subsector son distintos por lo cual el proyecto debe ajustarse a la planificación del interlocutor sin dejar de perder sus objetivos.
- 5) A nivel municipal es necesario que el proyecto se incluya dentro de las acciones que desde el municipio se están implementando en el área materno-neonatal para realizar las actividades de capacitación.
- 6) Pudimos observar que los municipios se encuentran con la necesidad de capacitar al recurso humano; en especial a aquellos que desempeñan sus actividades en el primer nivel de atención, con lo cual la implementación de la red no debe ser el primer tema a abordar sino la capacitación.
- 7) Hay que considerar que el período de desarrollo del proyecto incluye los meses de invierno durante los que debido al aumento de la demanda de la población por cuadros respiratorios, es casi imposible que se autorice a los profesionales de los CAPS a concurrir a capacitaciones. Debe preverse que las completará hacia el final del proyecto.
- 8) Cuando una Región Sanitaria como la VII incluye varios municipios, hay que prever la posibilidad de cambios en las autoridades municipales, esto hace que las fechas acordadas queden suspendidas y deba iniciarse otra vez el proceso de sensibilización de las autoridades para nuevos acuerdos.
- 9) El material didáctico debe encontrarse disponible antes de indicado para las capacitaciones ya que hemos sufrido incumplimiento por parte de diseñadores e imprenta.
- 10) Las técnicas didácticas pueden variar de acuerdo con el nivel de conocimientos con que cuenten los asistentes. En general son grupos heterogéneos donde los saberes varían pero todos son enriquecedores a la hora de la discusión.
- 11) Dado que el proyecto no es de intervención sobre el déficit del recurso humano, nos encontramos que, en el caso de los hospitales sin consultorio de seguimiento, sólo avanzamos hasta la sensibilización.

- 12) La circunstancia mencionada, no permitió realizar las actividades propuestas para brindar las herramientas para la instalación y puesta en funcionamiento de los nuevos consultorios de seguimiento.
- 13) La mayor participación y recepción del Proyecto fue a nivel de los Profesionales de los CAPS y CEAT quienes durante las discusiones hacían referencia a que por primera vez se sentían parte de un proyecto que los tenía en cuenta en relación a su formación y a la participación en una red.

Informes regionales Región Sanitaria XII

Una situación particular se observa en la RS XII donde un único municipio (La Matanza) constituye toda la Región; a diferencia de las otras RS de la Provincia de Buenos Aires que están conformadas por varios municipios. Esto se debe a que la población que presenta La Matanza supera el 1.500.000 habitantes. El municipio de La Matanza por su extensión y número de habitantes se encuentra dividido en tres RS municipales.

Aplicación del instrumento en los servicios de la RS XII

Previo a la realización de la encuesta y para el ajuste del instrumento se realizó un ensayo en el Hospital Doctor Diego Paroissien de Isidro Casanova, La Matanza.

La encuesta se realizó en primer término en los dos hospitales Provinciales de la región que cuentan con Maternidad y Servicios de Neonatología: Hospital Paroissien y Simplemente Evita. (ANEXO I). A continuación se presenta la información brindada por los jefes de servicio al momento de la elaboración de este informe, con comentario debajo de cada cuadro

Estructura para la atención de la madre y del recién nacido en sala de partos

Items	Hospital Diego Paroissien	Hospital Simplemente Evita
Ubicación	Isidro Casanova	Km 32
Nacimientos 2009	2899	1877
Total de Cesáreas	659 (22,7%)	S/D
Guardia activa de Obstetricia	Sí	Sí
Guardia activa en Neonatología	Sí	Sí
Guardia activa de Pediatría	Sí	Sí
Guardia activa de Anestesiología	Sí	Sí
Número de Sala de Partos	2	1
Quirófano exclusivo para realizar cesáreas	Sí (2)	Sí (1)
Sector para la recepción del recién nacido	Dentro de la sala de partos y sector independiente	Sector independiente
Sector para la recepción del recién nacido	Sí	Sí
Equipamiento para realizar una reanimación completa	Sí	Sí
Oxígeno central las 24 horas	Sí	Sí

De esta información se desprende que ambos hospitales presentan estructura similar para la atención de la embarazada y del recién nacido, con sectores independientes,

capacidad para llevar a cabo una reanimación completa e incubadora de transporte para el traslado del recién nacido desde la sala de partos hasta la UCIN.

Estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Items	Hospital Diego Paroissien	Hospital Simplemente Evita
Servicio de neonatología.	SÍ	SÍ
Formación de post grado del jefe de servicio.	SÍ	
Residencia de Neonatología.	SÍ	
Residencia de Pediatría.		
Titulo de especialista en neonatología.	SÍ	
Sociedad Científica.	SÍ	
Universidad.		
Jefatura de Sala.	SÍ	NO
Formación de postgrado jefe de sala.	Concurrencia en Pediatría.	
Titulo de especialista en neonatología.	Colegio de Médicos.	
Cantidad de médicos que no realizan guardia.	5	1
Cantidad de médicos que realizan guardia.	18	9
Cobertura de guardia todos los días de la semana.	SÍ	NO
Total de enfermeros.	40	S/D
Enfermeros universitarios.	SÍ	S/D
Licenciados en Enfermería.	SÍ	S/D

La estructura de los recursos humanos es más sólida en el Hospital Doctor Diego Paroissien, fundamentalmente por tener todos los días de la semana cubiertos con guardia activa; en el Hospital Simplemente Evita no se

informó cobertura los fines de semana. La presencia de enfermeros universitarios y licenciados en enfermería es un indicador del nivel de capacitación alcanzado por el recurso humano.

Equipamiento

Items	Hospital Diego Paroissien	Hospital Simplemente Evita
Nº de incubadoras	26	12
Nº de Servocunas	5	3
Nº de respiradores y característica	7 (Convencional 5, Sincronizados y Alta frecuencia 2)	3 (sincronizados)
Nº de saturómetros	24	12
Plazas para el cuidado intensivo	8	3

Se observa mayor equipamiento en el Hospital Diego Paroissien y con mayor variedad en los respiradores que ofrecen distintas modalidades ventilatorias. Es de destacar que entre ambos hospitales suman 4.776 partos anuales.

Consultorio de seguimiento

Sensibilización

En la reunión con el Director de la RS VII y el referente del PMI de la RS VII se observó que el Hospital Héroes de Malvinas no posee consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo y en entrevistas previas realizadas por el referente regional se detectó que los pacientes eran derivados al Consultorio de Seguimiento del Hospital Posadas. Se decidió trabajar al respecto y sensibilizar a los Directores de Hospital y a la Jefatura del Servicio de Neonatología.

La jefe de servicio se comprometió en abordar esta temática, aunque aclaró que, uno de los mayores problemas que presenta es la falta de recurso humano capacitado para atender a los recién nacidos.

Se debatió cómo optimizar la resolución de las problemáticas del paciente de riesgo y la contención, apoyo y guía para las familias, desde cada lugar de trabajo, mancomunando esfuerzos para mejorar logros con los recursos con que se cuenta.

Además se intercambiaron información sobre los CEAT (Centros de Atención y Estimulación Temprana) de la zona,

dependientes del área de educación, con el fin de lograr la integrarlos al equipo interdisciplinario. A la finalización del Proyecto no se habían logrado cambios entre las autoridades del Hospital Héroes de Malvinas sobre la importancia del seguimiento del niño egresado de la UCIN, con lo cual no se logró la implementación del Consultorio de Seguimiento.

Comentario final y recomendaciones

La estrategia de conformar una Red para el Seguimiento del Recién Nacido egresado de la Unidad de Cuidados Intensivos basada en la capacitación por parte del recurso humano de los Consultorios de Seguimiento y dirigida al recurso humano encargado de la atención de estos niños, se constituyó en una novedosa estrategia de capacitación que fue bien recibida tanto por las autoridades municipales de quienes dependen los profesionales del Primer Nivel de Atención, como por los Jefes de Servicio de Neonatología independientemente del subsector de pertenencia. También se consideró importante la incorporación de la Libreta de Seguimiento del recién nacido externado de neonatología como un instrumento útil para fortalecer la red a través de la comunicación de los efectores.

El camino recorrido fue extenso y las situaciones presentadas diversas. Realizaremos algunas recomendaciones.

En primer lugar es necesaria la participación de un referente regional o local que tenga conocimientos previos de la situación de los municipios, que conozca a las autoridades

municipales y sea un interlocutor válido. En nuestro caso se logró gracias a la colaboración del Director de la RS VII y el Referente del Programa Materno Infantil de la RS VII. Este último fue la llave que nos abrió todas las puertas para acceder a las entrevistas con los Secretarios de Salud, Directores de APS e integrantes del PMI municipal.

Cada municipio tiene sus tiempos y las fechas para los encuentros con las autoridades municipales pueden cambiarse hasta con 24 horas de anticipación; esto dificulta la planificación.

En la RS VII en particular encontramos efectores pertenecientes a distintos subsector: municipal (CAPS y Servicios de Neonatología de hospitales municipales); provinciales (Servicios de Neonatología de Hospitales Provinciales) y nacionales (Servicio de Neonatología del Hospital Nacional) por lo cual la única forma de avanzar es a través de acuerdos con las autoridades responsables de cada subsector.

Los intereses de los responsables de cada subsector son distintos por lo cual el proyecto debe ajustarse a la planificación del interlocutor sin dejar de perder sus objetivos.

A nivel municipal es necesario que el proyecto se incluya dentro de las acciones que desde el municipio se están implementando en el área materno-neonatal para poder llevar adelante las actividades de capacitación.

Pudimos observar que los municipios se encuentran con la necesidad de capacitar al recurso humano; en especial aquellos que desempeñan sus actividades en el primer nivel de atención, con lo cual la implementación de la red no debe ser el primer tema a ser abordado sino la capacitación.

Hay que considerar que el periodo de desarrollo del proyecto incluye los meses de invierno donde por el aumento de la demanda de la población por cuadros respiratorios, es casi imposible que se autorice a los profesionales de los CAPS a concurrir a capacitaciones, por lo cual hay que prever que la disminución en el número de capacitaciones en dicho periodo incrementará el número de las mismas hacia el final del proyecto.

Cuando una Región Sanitaria como la VII incluye varios municipios hay que prever la posibilidad de cambios en

las autoridades municipales, por lo tanto las fechas acordadas pueden quedar suspendidas y se deba iniciar otra vez el proceso de sensibilización de las autoridades para la aplicación de nuevas fechas.

El material didáctico debe encontrarse disponible antes de indicado el proceso de capacitaciones ya que hemos sufrido incumplimiento por parte de diseñadores e imprenta.

Las técnicas didácticas pueden variar de acuerdo con el nivel de conocimientos con que cuenten los asistentes; en general son grupos heterogéneos donde los saberes varían pero todos son enriquecedores a la hora de la discusión.

Dado que el proyecto no es de intervención sobre el déficit de recurso humano, nos encontramos que en el caso de los hospitales sin consultorio de seguimiento, no pudimos avanzar más allá de la sensibilización.

La circunstancia anteriormente mencionada, no permitió realizar las actividades propuestas para brindar las herramientas para la instalación y puesta en funcionamiento de los nuevos consultorios de seguimiento.

La mayor participación y recepción del Proyecto fue a nivel de los profesionales de los CAPS y CEAT quienes durante las discusiones hacían referencia a que por primera vez se sentían parte de un proyecto que los tenía en cuenta en relación a su formación y a la participación en una red.

Informes regionales Región Sanitaria XII

Una situación particular se observa en la RS XII donde un único municipio (La Matanza) constituye toda la Región; a diferencia de las otras RS de la Provincia de Buenos Aires que están conformadas por varios municipios. Esto se debe a la población que presenta La Matanza supera el 1.500.000 habitantes. El municipio de La Matanza a su vez por su extensión y número de habitantes se encuentra dividido en tres RS municipales.

Aplicación del instrumento en los servicios de la RS XII

Previo a la realización de la encuesta y para el ajuste del instrumento se realizó un ensayo en el Hospital Doctor Diego Paroissien de Isidro Casanova, La Matanza.

La encuesta se realizó en primer término en los dos hospitales Provinciales de la región que cuentan con Maternidad y Servicios de Neonatología (Hospital Doctor Diego Paroissien y Simplemente Evita) (ANEXO I). A continuación se presentan la información brindada por los jefes de servicio al momento de la elaboración de este informe con comentario debajo de cada cuadro.

Estructura para la atención de la madre y del recién nacido en sala de partos

Items	Hospital Diego Paroissien	Hospital Simplemente Evita
Ubicación.	Isidro Casanova	Km 32
Nacimientos 2009.	2899	1877
Total de cesáreas.	659 (22,7%)	S/D
Guardia activa de obstetricia.	SÍ	SÍ
Guardia activa en neonatología.	SÍ	SÍ
Guardia activa de pediatría.	SÍ	SÍ
Guardia activa de anestesiología.	SÍ	SÍ
Número de Sala de Partos.	2	1
Quirófano exclusivo para realizar cesáreas.	SÍ (2)	SÍ (1)
Sector para la recepción del recién nacido.	Dentro de la sala de partos y sector independiente.	Sector independiente.
Sector para la recepción del recién nacido.	SÍ	SÍ
Equipamiento para realizar una reanimación completa.	SÍ	SÍ
Oxígeno central las 24 horas.	SÍ	SÍ

De esta información se desprende que ambos hospitales presentan una estructura similar para la atención de la embarazada y del recién nacido, con sectores indepen-

dientes, capacidad para llevar a cabo una reanimación completa e incubadora de transporte para el traslado del recién nacido desde la sala de partos hasta la UCIN.

Estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Items	Hospital Diego Paroissien	Hospital Simplemente Evita
Servicio de neonatología.	SÍ	SÍ
Formación de post grado del jefe de servicio.	Residencia de neonatología.	Residencia de pediatría.
Título de especialista en neonatología.	SÍ (Soc. Científica)	SÍ (Universidad)
Jefatura de Sala.	SÍ	NO
Formación de post grado jefe de sala.	Concurrencia en pediatría.	
Titulo de especialista en. neonatología.	SÍ (Colegio de Médicos)	
Cantidad de Médicos que no realizan guardia.	5	1
Cantidad de Médicos que realizan guardia.	18	9
Cobertura de guardia todos los días de las semana.	SÍ	NO
Total de enfermeros.	40	S/D
Enfermeros universitarios .	SI	S/D
Licenciados en Enfermería.	SI	S/D

La estructura del recursos humanos es más sólida en el Hospital Doctor Diego Paroissien, fundamentalmente al tener todos los días de la semana cubiertos con guardia activa; en el hospital Simplemente Evita no se

informó cobertura los fines de semana. La presencia de enfermeros universitarios y licenciados en enfermería es un indicador del nivel de capacitación alcanzado por el recurso humano.

Equipamiento

Items	Hospital Diego Paroissien	Hospital Simplemente Evita
Nº de incubadoras	26	12
Nº de Servocunas	5	3
Nº de respiradores y característica	7 (Convencional 5, Sincronizados y Alta frecuencia 2)	3 (sincronizados)
Nº de saturómetros	24	12
Plazas para el cuidado intensivo	8	3

Ambos hospitales tiene servicios auxiliares fundamentales para el cuidado del recién nacido con guardia activa. Realizan tamizaje neonatal y aplicación de Hepatitis B en

sala de partos. El Hospital Simplemente Evita no realiza otoemisiones acústicas (OEA).

Traslado del recién nacido

Items	Hospital Diego Paroissien	Hospital Simplemente Evita
Incubadora de transporte propia.	SÍ	NO
Mecanismo de ventilación.	ARM	
Convenios con empresas privadas de transporte.	NO	NO
El traslado lo realiza siempre el Sies coconurbano.	NO	SÍ
Hospitales de referencia.	Garrahan	
Ludovica.		
Posadas.	Garrahan	
Ludovica.		
Niños de San Justo.		

El Hospital Simplemente Evita no cuenta con mecanismo de traslado propio, depende del Sistema de Emergencias Sanitarias (SIES Conurbano); el Hospital Paroissien posee

incubadora de transporte propia y Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), por lo cual no depende enteramente del SIES Conurbano.

Consultorio de Seguimiento

Items	Hospital Diego Paroissien	Hospital Simplemente Evita
Consultorio de seguimiento.	SÍ	SÍ
Todos los días de la semana.	NO	NO
Participación de otros profesionales además del neonatólogo.	SÍ	NO
Oficina de contrarreferencia.	NO	NO
Realizan la referencia la primer nivel de atención.	NO	NO

Ambos hospitales cuentan con Consultorio de Seguimiento en días discontinuos y no articulan con el primer nivel de atención.

Se observa mayor equipamiento en el Hospital Diego Paroissien y con mayor variedad en los respiradores que ofrecen distintas modalidades ventilatorias. Es de destacar que entre ambos hospitales suman 4.776 partos anuales.

Aplicación del instrumento en los servicios de la RS XII: Hospitales Municipales

La encuesta se aplicó en los tres hospitales municipales de la región que cuentan con Maternidad y Servicios de Neonatología (Hospital Doctor. Equiza de González Catán, Hospital Teresa Germani de Laferre, y Policlínico de San Justo); dichas encuestas fueron realizadas por las doctoras Valeria Lancillota, Ref. Materno Infantil, Julia Cuetos, Ref. Perinatal y Alcira B. Escandar, Coordinadora Regional del Proyecto en la Región Sanitaria XII, según

lo acordado con las autoridades del municipio de La Matanza.

A continuación se presentan la información brindada por los jefes de servicio o médicos de planta, al momento de la elaboración de este informe con comentario debajo de cada cuadro. Es importante aclarar que el servicio de neonatología del Policlínico de San Justo no realiza prestaciones, solo para urgencias desde fines del año 2007, por lo cuál la mayor parte de la información solicitada no tuvo respuesta.

Estructura para la atención de la madre y del recién nacido en sala de partos

Items	Hospital Diego Paroissien	Hospital Simplemente Evita
Ubicación.	Isidro Casanova	Km 32
Nacimientos 2009.	2899	1877
Total de cesáreas.	659 (22,7%)	S/D
Guardia activa de obstetricia.	SÍ	SÍ
Guardia activa en neonatología.	SÍ	SÍ
Guardia activa de pediatría.	SÍ	SÍ
Guardia activa de anestesiología.	SÍ	SÍ
Número de Sala de Partos.	2	1
Quirófano exclusivo para realizar cesáreas.	SÍ (2)	SÍ (1)
Sector para la recepción del recién nacido.	Dentro de la sala de partos y sector independiente.	Sector independiente.
Sector para la recepción del recién nacido.	SÍ	SÍ
Equipamiento para realizar una reanimación completa.	SÍ	SÍ
Oxígeno central las 24 horas.	SÍ	SÍ

De esta información recibida de los hospitales Municipales se observa que dos de ellos cuentan con estructura para realizar la atención de la embarazada y el recién nacido, con sectores independientes, capacidad para llevar a cabo una reanimación completa e incuba-

dora de transporte para el traslado del recién nacido desde la sala de partos hasta la UCIN. Similar a los Hospitales Paroissien y Simplemente Evita presentados en el informe anterior. Los efectores municipales suman un total de 3.463 partos.

Estructura de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Items	Hospital Equiza	Hospital Germani	Policlínico de San Justo
Servicio de neonatología.	Sí	Sí	s/d
Formación de post grado del jefe de servicio.	Residencia pediatría	s/d	s/d
Título de especialista en neonatología.	Neonatología Soc. científica	Neonatología S/d	s/d
Jefatura de Sala.	no	no	s/d
Formación de post- grado jefe de sala.			s/d
Título de especialista en neonatología.			s/d
Cantidad de médicos que no realizan guardia.	1	3	s/d
Cantidad de médicos que realizan guardia.	9	8	s/d
Cobertura de guardia todos los días de las semana.	Sí	Sí, por Módulos Algunos días 12 hs.	s/d
Total de enfermeros.	20	14	s/d
Enfermeros universitarios.	s/d	Sí	s/d
Licenciados en Enfermería.	s/d	no	s/d
Total de enfermeros.	40	S/D	
Enfermeros universitarios.	Sí	S/D	
Licenciados en Enfermería.	Sí	S/D	

En el área recursos humanos, se observó falta de médicos y enfermería para cumplir con el estándar de calidad de atención requerido para un funcionamiento óptimo del las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Equipamiento

Items	Hospital Equiza	Hospital Germani	Policlínico de San Justo
Nº Incubadoras	5	12	s/d
Nº de Servocunas	3	3	s/d
Nº de respiradores y característica	4 convencional	1 convencional	s/d
Nº de saturómetros	6	12	s/d
Plazas para el cuidado intensivo	s/d	s/d	s/d

En el equipamiento del Hospital Equiza el número de respiradores no está en relación al número plazas y de los recursos humanos . Una relación más armónica presenta el hospital Germani entre equipamiento y recurso humano.

Servicios Auxiliares

Items	Hospital Equiza	Hospital Germani	Policlínico de San Justo
Guardia activa en Radiología.	Sí	Sí	s/d
Guardia activa en Laboratorio.	Sí	Sí	s/d
Ecografía en la IN.	No	s/d	s/d
Oftalmólogo para el control de ROP.	Sí	s/d	s/d
OEA.	No	s/d	s/d
Tamizaje neonatal hipotiroidismo.	Sí	s/d	s/d
Vacuna Hepatitis B en sala de partos.	Sí	s/d	s/d

Ambos hospitales cuentan con guardia activa de laboratorio y rayos. Con respecto a los otros ítems, no se puede realizar una evaluación por falta de datos.

La falta del dato sobre evaluación oftalmológica en la UCIN, es de mucha relevancia.

Traslado del recién nacido

Ítems	Hospital Equiza	Hospital Germani	Policlínico de San Justo
Incubadora de transporte propia.	Sí	Sí	s/d
Mecanismo de ventilación.	Sí	s/d	s/d
Convenios con empresas privadas de transporte.	No	s/d	s/d
El traslado lo realiza siempre el Sies conurbano.	No	s/d	s/d
Hospitales de referencia.	Hosp. Niños de San Justo	s/d	s/d
Ludovica			
Posadas	Garrahan		
Ludovica			
Niños de San Justo			

El Hospital Equiza y el Germani cuentan con incubadora de transporte. El Policlínico refiere derivación a otros hospitales con complejidad ya que el área de UTIN no está en funcionamiento actualmente y el Hospital Equiza deriva principalmente al Hospital de Niños de San Justo. Todos los hospitales de la región utilizan el sistema de emergencias regional que se encuentra enmarcado dentro del SIES conurbano, por lo tanto la solicitud de derivación y traslado se hace a través de este.

Los hospitales adonde se realizan la mayoría de los traslados son: Posadas, Garrahan y Sor Ludovica de la Plata, principalmente porque cuentan con servicios de cirugía general, cardiocirugía y neurocirugía infantil. En el caso del embarazo de alto riesgo, en el cual se deriva a la embarazada por requerir en muchos casos Unidad de Cuidados Intensivos, los hospitales de referencia son el Paroissien de la RS XII, Posadas de la RS VII y Santojani de Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Consultorio de Seguimiento

Ítems	Hospital Equiza	Hospital Germani	Policlínico de San Justo
Consultorio de seguimiento.	Sí	Solo de RN sano	s/d
Todos los días de la semana.	no	S/d	s/d
Participación de otros profesionales además del neonatólogo.	no	Fonoaudiólogo realiza OEA	s/d
Oficina de contrarreferencia.	no	S/d	s/d
Realizan la referencia al primer nivel de atención.	no	s/s	s/d

Observamos que solo el Hospital Equiza cuenta con consultorio de seguimiento de los RN egresados de las UTIN. El Hospital Germani solo atiende a los RN sanos. En los tres hospitales analizados no se utiliza la contrarreferencia de la atención primaria.

Comentario

Del análisis de los cinco hospitales del Partido de la Matanza, que se asisten 8.239 partos anuales, se desprende que los hospitales provinciales están mejor dotados para su funcionamiento.

Todos los Jefes de Servicio refieren falta de médicos neonatólogos y personal capacitado en enfermería; de allí la importancia del trabajo en red, no solo para la atención de recién nacido de riesgo después del alta hospitalaria, sino también de la problemática en la respuesta para la atención del embarazo de alto riesgo. El trabajo coordinado del primer nivel con el segundo, el conocimiento de la realidad de cada institución puede dar luz a soluciones con los recursos que actualmente contamos, y mejorar la calidad de atención de la población en general.

Planificación, organización y coordinación de las jornadas para elaborar los diagnósticos regionales

Para poder aplicar las estrategias del proyecto y planificar y coordinar las jornadas de diagnóstico regional, el primer paso fue conformar un grupo constituido por las partes involucradas, sensibilizándolo con el proyecto, sus objetivos y la importancia de su desarrollo, acordando tiempo y formas dentro de la RS XII.

Participaron de los diferentes encuentros: el Director y Referentes Materno Infantil y de Perinatología de la Región Sanitaria XII, el Secretario de Salud y Referentes de Materno Infantil y Subsecretaría de Planificación de Políticas Saludables de la Municipalidad de Matanza, el Director del Hospital HIGA Doctor Diego Paroissien, Directores de Regiones Sanitarias Municipales, Directores de los CAPS, el Coordinador General y la Coordinadora General. Dado que la Municipalidad de la Matanza se encuentra desarrollando un Programa de Prevención del Parto Prematuro y Seguimiento Postalta del RNR, al cual nuestro proyecto de conformar una red y capacitar a los

profesionales del primer y segundo nivel de atención, se complementa perfectamente, porque, a través de la formación académica, la unificación de criterios de atención y facilitando la referencia y contrarreferencia para la atención de estos niños se favorece la no deserción a los Programas de Seguimiento.

Acuerdo con autoridades y equipo regional sobre la estrategia de implementación y sostenimiento de la red

Para definir esta complementariedad entre el Programa Municipal, las acciones del PMI y el Proyecto, se llevó a cabo un encuentro en el que participaron autoridades de la Municipalidad de La Matanza: Secretario de Salud, Referente Materno Infantil, Subsecretaría de Planificación de Políticas Saludables, Directores de Regiones Sanitarias Municipales, Directores de los CAPS y Regionales, Referente Programa Materno Infantil y Referente de Perinatología de RS XII y la Coordinadora Regional del Proyecto. En dicha Jornada se realizó la Presentación del Proyecto, la implementación de Redes Regionales, la fusión al Programa Municipal Prevención del Parto Prematuro y del Seguimiento Post Alta del RNR, sumándose el Proyecto de Red de Atención para el Seguimiento del RNR. En ANEXO VI – Diagrama 1, se presenta cómo dentro del organigrama de las actividades organizadas desde el municipio, se articuló el Proyecto para alcanzar objetivos comunes.

Participación en la planificación de capacitación a nivel regional

La reunión contó con la presencia de la referente del PMI RS XII, doctora. Valeria Lanzillotta, la referente de perinatología del PMI RS XII, doctora María Julia Cuetos, la referente Materno Infantil de La Matanza, doctora Ana María Bello, del PMI municipal, doctora Beatriz Mishajiro y la subsecretaría de Planificación, doctora María Delia Pene y su secretario Rubén Carnevaro; el coordinador General, doctor Fabián Tomasoni y del PMI de la Provincia de Buenos Aires, doctor Norberto Santos. Durante la reunión se trataron temas relacionados con la organización, distribución de fechas y lugares de realización de las capacitaciones para los Profesionales de los CAPS.

Durante los meses de junio y julio no se realizaron actividades de capacitación, por solicitud expresa de las auto-

ridades municipales, justificando dicho pedido en que la movilización de profesionales de los CAPS podrían tener impacto en la atención, ya que es época de aumento de la demanda por bronquiolitis y otras enfermedades de las vías respiratorias.

Capacitaciones al primer nivel de atención

Durante los meses abril, mayo, agosto se llevaron a cabo los encuentros con los profesionales de la salud de los CAPS de las Región I, II y III del Municipio de la Matanza (RS XII). Dichos encuentros se caracterizaron por el reconocimiento del personal de salud, presentaciones, funciones y lugar de trabajo del que provenían. Las capacitaciones pusieron énfasis en la importancia del trabajo entre distintos profesionales y en red, resaltaron el rol de médico pediatra, generalista o de familia en el equipo de seguimiento y su conexión con el segundo nivel para el cumplimiento de las metas del Programa de seguimiento de los recién nacido egresados de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Los conceptos se fundamentaron en:

- Las características de estos niños que presentan aspectos múltiples, distintos y complejos de su salud, que se prolongan en el tiempo, requiriendo para su atención un equipo multidisciplinario de profesionales.
- La importancia de constituir una organización horizontal, entre los profesionales, imprescindible para estar abierto a otras miradas y dispuesto a respetar el territorio de trabajo de otro profesional.
- En lo que respecta a lo institucional, es importante el reconocimiento oficial del programa, lo que implica facilitar espacios de intercambio, proporcionando un lugar físico de reunión y tiempo para los mismos.

Se desarrollaron todos los temas previstos en el programa para los CAPS, facilitando herramientas simples para el uso cotidiano en los controles de salud de los niños, y la utilización de un lenguaje común entre el primer y segundo nivel de atención. La sistemática de trabajo acordada y conocida por todos, aporta coherencia al trabajo en común y la presencia de referentes profesionales, promueve la creación de afectos y confianza de las familias.

Además, la toma de decisiones consensuadas, permite diagnósticos más certeros, y el fruto de esta modalidad obtiene mejores resultados, que la suma de componentes.

Marco teórico

El conocimiento del objetivo primario del proyecto, que es la conformación de la red y el rol de cada uno de los actores principales permitiendo desarrollar una forma de trabajo conveniente y necesaria para la atención de los problemas de salud, que contribuya a:

1. Articular la referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención,
2. Mejorar la calidad de asistencia,
3. Crear una visión compartida del paciente a través del trabajo interdisciplinario
4. Capacitar para la detección precoz de diferentes problemáticas que puedan presentar estos niños, como problemas físicos (trastornos del crecimiento), en su desarrollo mental, motor (disfunción motora no progresiva, en sus diferentes grados) o del comportamiento (déficit atencional, hiperquinesia) y/o problemas sensoriales (hipoacusia, vicios de refracción). Teniendo en cuenta en todos los casos que estas condiciones, de alguna manera, pueden afectar la calidad de vida de éstos niños y de sus familias.

Organización de las Capacitaciones

Se realizó una reunión previa al inicio de las capacitaciones con el objetivo de revisar la organización de los encuentros, los contenidos de la información a transmitir y el material a distribuir en cada ocasión. Participaron del mismo: Coordinadora Regional: doctora Alcira Escandar, Referente Programa Materno Infantil: doctora Lancillota, Valeria, Referente de Perinatología: doctora Cuetos, María Julia, Coordinador General Central: doctor Fabián Tomasoni.

Las capacitaciones se realizaron según organigrama concertado con las autoridades de Municipio de la Matanza para la Regiones I y II. La capacitación de la Región III de Matanza se planificó en conjunto con el municipio en una reunión realizada el 13 de agosto donde participaron la Coordinadora Regional: doctora Alcira Escandar, Referente Programa Materno Infantil, la doctora Lancillota, Valeria, Referente de Perinatología, la doctora Cuetos, María Julia, y la Referente Materno Infantil de la Municipalidad de la Matanza, doctora Ana Bello, acordando para el 24

de agosto el encuentro. Las capacitaciones se organizaron por región, seleccionando el hospital más cercano a los CAPS para favorecer la concurrencia de los profesionales involucrados. En cada Región se realizaron dos jornadas de capacitación, con concurrencia de médicos pediatras, generalistas o de familia, fonoaudiólogos, estimuladoras tempranas. En el caso particular de la Región III, se realizó de una jornada con doble carga horaria.

Las jornadas contaron con la participación de: Representantes del programa Materno Infantil del Municipio:

Ref. doctora Ana Bello, doctora Mishajiro, Beatriz, doctor Enrique Bermúdez, Programa Materno Infantil de Región Sanitaria XII, Ref. doctora. Valeria Lanzillota, doctora María Julia Cuetos, Referente Regional del proyecto, doctora Alcira Escandar. Coordinación General, doctor Fabián Tomasoni.

Colaboradores docentes: doctora Miriam Guerrero, doctora Magdalena Bisbal.

Desarrollo de las Capacitaciones

Lugar: Municipio de la Matanza, Región 1 (González Cacán y Virrey del Pino), Hospital Municipal Equiza.

Fecha: 13 de abril y 4 de mayo de 2010.

Horario: de 8 a 14:00 hs.

Docentes: doctora Valeria Lanzillota y doctor Norberto Santos, Coordinador docente, doctora Alcira Escandar. Participación docente: doctoras, Miriam Guerrero, Magdalena Bisbal y Beatriz Mishajiro.

Lugar: Municipio de la Matanza, Región 2 (Laferrere, R.Carrillo), Hospital Municipal Teresa Germani.

Fecha: 14 de abril y 5 de Mayo de 2010

Horario: de 8 a 14:00 hs

Docentes: doctora Valeria Lanzillota y doctor Norberto Santos, Coordinador docente, doctora Alcira Escandar. Participación docente: doctoras, Miriam Guerrero, Magdalena Bisbal y Beatriz Mishajiro, doctor Enrique Bermúdez.

Lugar: Hospital Doctor .Diego Paroissien de la Matanza (Región 1 y 2 Vespertina).

Fecha: 21 de abril y 14 de Mayo de 2010.

Horario: 13hs a 18hs.

Docentes: doctora Valeria Lanzillota y doctor Norberto Santos. Coordinador docente, doctora Alcira Escandar. Participación docente: doctora Miriam Guerrero, doctora Magdalena Bisbal y doctora Beatriz. Mishajiro.

Lugar: Centro Odontológico Municipal de San Justo - La Matanza, Región 3 (SanJusto, Tablada, Villa Celina, Lomas del Mirador, Tapiales, Villa Luzuriaga, Ramos Mejía, Ciudad Evita, Isidro Casanova),

Fecha: 25 de Agosto del 2010.

Horario: 8.30 a 16hs.

Docentes: Doctoras Alcira Escandar y Valeria Lanzillota.

Participación docente: doctoras Miriam Guerrero, Magdalena Bisbal y Beatriz Mishajiro.

Debemos aclarar que junto con los contenidos ya mencionados incluidos en las capacitaciones, las autoridades del municipio de La Matanza realizaban la apertura haciendo una exposición sobre la situación epidemiológica y el "Programa de Prevención del Parto Prematuro y Seguimiento Post Alta del Recién Nacido de Alto Riesgo" con el ensamble del proyecto " Red de atención para el seguimiento del recién nacido de alto riesgo egresado de las unidades de cuidados intensivos neonatales" y su objetivo principal: el desarrollo de la red entre los distintos niveles de atención y la capacitación.

Observaciones

Los encuentros contaron con la participación de médicos pediatras de los CAPS; estimuladoras y fonoaudióloga, profesionales del CEAT (Centro de Atención Temprana N° 1 de La Matanza).

Los grupos de cada encuentro se mostraron interesados por los temas que se desarrollaron, participando activamente en la propuesta. Los docentes fueron muy bien recepcionados, y agradecieron la invitación a las capacitaciones, ya que nos es habitual para los profesionales de atención primaria recibir entrenamiento en terreno.

Presentaron la inquietud de continuar con este tipo de actividades, no solo por la actualización de conocimientos y sino también por la apertura que facilita la red al conocimiento entre colegas y a los centros de segundo nivel de atención. Se enfatizó la importancia de la Libreta de Seguimiento como herramienta común para la comunicación entre los profesionales y para el paciente. En lo que respecta a los pacientes y su familia, la opinión general fue el beneficio de tener un médico de cabecera cercano al domicilio y a su vez el profesional sentirse apoyado en su tarea cotidiana por la estructura de salud.

Capacitación segundo nivel de atención

Introducción

Como se viene mencionando, la primer capacitación para los profesionales que desarrollan sus actividades en los Consultorios de Seguimiento del RNR, se realizó en forma conjunta con la RS VII en la Casa de la Provincia de Buenos Aires, en CABA, que se desarrollará con el informe final del Coordinador General del proyecto.

Se realizó una jornada durante el mes de setiembre, cuyos actores principales fueron autoridades provinciales y municipales, directores de hospitales, jefes de servicios de Neonatología, referentes zonales, profesionales de los centros de estimulación temprana, asistentes sociales, médicos neonatólogos y de otras especialidades que conforman los equipos de seguimiento.

Metodología

Se realizó una reunión de tipo coloquial, con exposición y proyección de diapositivas con cañón multimedia.

Programa y contenidos

- Presentación por parte del Municipio de su situación epidemiológica y el “Programa de Prevención del Parto Prematuro y Seguimiento Post Alta del Recién Nacido de Alto Riesgo” con el ensamble del proyecto “Red de atención para el seguimiento del recién nacido de alto riesgo egresado de las unidades de cuidados intensivos neonatales” y su objetivo principal: el desarrollo de la red entre los distintos niveles de atención y la capacitación.
- Mapa de situación de la región respecto a la salud materno-infantil. Indicadores básicos para monitoreo de calidad de atención. Estadísticas actualizadas sobre mortalidad materna-neonatal e infantil. Objetivos a cumplir.
- Sensibilización de los decisores, en relación a la creación de consultorios de seguimiento en aquellos servicios de neonatología que todavía no lo tienen. Facilitación para la capacitación de neonatólogos en seguimiento.
- Desarrollo de la red como objetivo entre los distintos niveles de atención. Como instrumentarla. Herramientas
- Importancia de trabajar interdisciplinariamente y en red, beneficios para el equipo de salud y para el paciente.

- Uso de la referencia y contrarreferencia, dificultades. Discusión, búsqueda de soluciones.
- Acuerdo sobre estrategias para la implementación y sostenimiento de los programas de seguimiento y de la red.
- Rol del pediatra de atención primaria en el equipo de seguimiento. Ventajas de la integración en la red para el paciente y para el médico de cabecera.
- Evaluaciones básicas de un Programa de Seguimiento. Lenguaje común.
- Desarrollo del programa de seguimiento: plan de visitas, registros y deserción.
- Epicrisis: Datos relevantes que no pueden faltar, utilidad para el seguimiento ambulatorio.
- Presentación de la Libreta de Seguimiento. Utilidad como herramienta de comunicación entre los diferentes niveles de atención y sus contenidos sobre el cumplimiento del Programa de seguimiento del niño.
- Acuerdo sobre estrategias para la implementación y sostenimiento de los programas de seguimiento y la red.

Se entregaron a las autoridades de la RS Libretas de seguimiento del recién Nacido egresado de neonatología para ser distribuidas entre los Consultorios de seguimiento del RNR de la RS.

Observaciones

Los neonatólogos presentes, actualmente realizan seguimiento de niños de riesgo. El objetivo de la presencia de los jefes de UCIN es: asumir el compromiso de fomentar y colaborar con el seguimiento facilitando a los profesionales capacitación, tiempo y un lugar en el servicio para desarrollar el consultorio. Dar importancia a los registros de seguimiento y sus aportes. La entrega de las libretas de seguimiento, jerarquizó los objetivos del proyecto.

Comentario final

Fortalezas

- El proceso de gestión y sensibilización de las autoridades y los referentes del Programa Materno Infantil del Municipio permitió trabajar en forma conjunta con el proyecto Municipal “Programa de Prevención del Parto Prematuro y seguimiento Post Alta del Recién Nacido de Alto Riesgo” y el ensamble del proyec-

to “ Red de atención para el seguimiento del recién nacido de alto riesgo egresado de las unidades de cuidados intensivos neonatales”, y su objetivo principal, el desarrollo de la red entre los distintos niveles de atención y la capacitación.

- Elaborar un diagnóstico regional a través de la aplicación del instrumento de evaluación de los servicios, y la utilización de la información para orientar los recursos a fin de mejorar la calidad de atención, y determinar en el marco de la red el rol de cada hospital de acuerdo con su complejidad.
- La participación de los profesionales de los CAPS y de los CEAT (centros de estimulación temprana) a las capacitaciones en las distintas Regiones que componen la Región Sanitaria XII. La experiencia del encuentro y del conocimiento de las realidades que cada una tiene en su lugar de trabajo, fue más que enriquecedora para los asistentes, permitiendo además adecuar el programa de seguimiento.
- Favorecer el uso de la referencia y contrarreferencia, como un mecanismo habitual de atención, permitiendo la integración del pediatra del primer nivel y recuperación del protagonismo dentro del equipo de seguimiento de los niños de alto riesgo.
- Realización de la jornada general, con la presencia de autoridades del Ministerio de Salud de la provincia. de Buenos Aires., directores de hospitales y de los CAPS, autoridades del CFI, referentes regionales, médicos neonatólogos, estimuladoras tempranas, fonoaudiólogas, etc. de las dos Regiones Sanitarias VII y XII que participaron en el proyecto, e invitados especiales, y referentes de otras regiones sanitarias, reforzando los objetivos del proyecto de la “ red de seguimiento de recién nacido de riesgo” y la creación o jerarquización de consultorios de seguimiento.
- Reunión con los jefes de Servicio de los hospitales de la Región y neonatólogos que realizan seguimiento, con el fin de consensuar normativas, fomentar los vínculos entre instituciones, continuar con acciones que favorezcan mejorar la atención y crear consultorios de seguimiento en las UCI que no los tengan.
- El lanzamiento de la libreta de seguimiento y su distribución para comenzar con el uso alta de los RNR, en los hospitales provinciales y municipales de la región. Reconocimiento de la libreta por partes de las autoridades como una herramienta de uso común para los consultorios de seguimiento.

Desafíos y propuestas

- Sostener en el tiempo los objetivos del proyecto, a través de encuentros con los protagonistas para actualización de temas relacionados con el seguimiento y fortalecimiento de la red.
- Utilización de la información brindada por el instrumento de evaluación de los servicios para organizar la regionalización y hacer uso óptimo de los recursos.
- Monitoreo permanente para la detección de posibles problemas en el buen funcionamiento de la red de la referencia y contrarreferencia, designando responsables de la misma.
- Convocatoria a diferentes actividades que organicen indistintamente municipio y provincia o ambas en relación al cuidado de la salud materno infantil, como cursos de capacitación en lactancia, jornadas por la semana del prematuro, etc. Dichas actividades favorecen los vínculos entre los profesionales relacionados con el cuidado de la salud materno infantil (neonatólogos, obstetras, obstétricas, enfermería, asistentes sociales, etc.).

Grupo de trabajo

El desarrollo del proyecto permitió fortalecer los vínculos entre el grupo que trabajó de ambas regiones y la coordinación. Cada uno contribuyó con su esfuerzo a poder cumplir con los objetivos, en forma armoniosa y responsable.

Informe final del Coordinador General Resumen

Proyecto del PMI con financiamiento del CFI, cuya finalidad es contribuir a la reducción de la morbimortalidad de los RNR egresados de la UCIN en la Provincia. de Bs. As.. La intervención se centró en las RS VII y XII. El conocimiento del estado de situación de los CS y la oferta sanitaria regional fue el objetivo inicial, para lo cual se elaboró una encuesta en cada institución. La estrategia principal del proyecto fue la capacitación de los recursos humanos del 1º nivel (CAPS), de los profesionales de los CS existentes y la construcción de consensos y acuerdos entre los actores intervinientes. Se desarrollaron acciones dirigidas a la conformación de una Red de atención de estos RNR, articulando los CS con el 1º nivel de atención. Para ello se llevaron adelante actividades de sensibilización y gestión

con las autoridades sanitarias responsables a nivel municipal, directores de los hospitales, CAPS, jefes de servicio y de ambas RS.

Los contenidos de las capacitaciones incluyeron promoción de la red y sus fines, uso de la referencia y contrarreferencia, jerarquización de los equipos en los CAPS, uso de la guía de seguimiento del RNR e implementación de la Libreta de Seguimiento como herramienta formal de comunicación.

La aceptación y compromiso por parte de autoridades locales y regionales, los integrantes de los CS y el 1º nivel fueron el marco que permitió promover la creación de nuevas redes, fortalecer y formalizar las ya existentes.

El éxito de los cuidados intensivos neonatales ha conducido a la supervivencia de un número creciente de RN considerados de riesgo. El egreso de las UCIN de estos niños, luego de internaciones prolongadas y tratamientos complejos y costosos, no siempre implica la resolución de sus problemas. Algunos logran recuperarse en forma completa requiriendo no más que cuidados médicos y familiares habituales, mientras que otros pueden desarrollar enfermedades crónicas y discapacidades que exigen la participación multidisciplinaria, consultas médicas

frecuentes y alto riesgo de hospitalizaciones repetidas. Esta situación produce un impacto, sobre el niño, sobre su familia y el sistema.

Estos niños nacidos prematuramente, sobre todo el grupo < de 32 semanas y/o con peso de nacimiento < 1.500 g, requieren de una serie de cribados y controles sistematizados, ya que, como se ha comentado, están en mayor riesgo de presentar problemas en el desarrollo, de crecimiento, neurológicos, sensoriales y/o psicológicos²⁶. Por otro lado, se han comunicado índices de re-hospitalización cercanos al 50% para los niños de muy bajo peso al nacer (<1500 g) con DBP durante el 1º y 2º año después del alta²⁷. Las razones más comunes que condujeron a re-hospitalización en esta población fueron la enfermedad reactiva de vía aérea, neumonía, infección por RSV y empeoramiento de la DBP.²⁸

Una proporción significativa de ellos presentará luego mayor incidencia de trastornos del crecimiento, mayor morbilidad general, y déficits del neurodesarrollo que se pondrán en evidencia durante los primeros años de vida.²⁹

Se considera que los RN egresados de las UCIN, especialmente los de muy bajo peso al nacer, tienen una mortalidad post neonatal y post alta 5 a 10 veces mayor que los lactantes sin patología neonatal. El 33% de la Mortalidad Infantil en la República Argentina es aportada por el grupo de niños que pesaron menos de 1.500g al nacer³⁰ y que representan sólo el 1,2 % de los todos los nacidos vivos.³¹

Las patologías perinatales³², constituyen la principal causa de muerte durante el 1º año de vida, siendo responsables de la mitad de las mismas. La 2º causa de muerte son las malformaciones congénitas. En conjunto son responsables de algo más del 70% de la mortalidad infantil³³.

Actualmente, las UCIN incluyen en forma habitual a los egresados de riesgo en programas de seguimiento que permiten el monitoreo sistemático del estado neurológico, evolución clínica, nutricional y psicosocial. Estos programas de seguimiento se aplican sin la participación de los profesionales que desempeñan sus actividades en el 1º nivel de atención, aún cuando ellos pueden realizar los controles de salud habituales y tratar patologías que no estén vinculadas a la internación en UCIN.

26. Carmen Rosa Pallás Alonso Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños PREMATUROS con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años. 2008 http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_menor32-1500.pdf

27. Furman L, Baley J, Borawski-Clark E, Aucott S, Hack M. Hospitalization as a measure of morbidity among very low birth weight infants with chronic lung disease. *J Pediatr* 1996; 128 : 447-452.

28. Anita Bhandari y Vineet: Bhandari Displasia Broncopulmonar, *Indian Journal of Pediatrics* Volumen 74 pp 73 - 78 Enero 2007. <http://www.prematuros.cl/webagosto07/DBP/DbpUpdate.htm>

29. Benitez A., Sepúlveda M. T.: Aspectos psicosociales. Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2005. 3ra. Ed. Pág. 25

30. Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2005. 3ra. Ed. Pág. 13.

31. Distribución porcentual de los nacidos vivos, según RS de residencia de la madre y peso al nacer, Provincia de Bs. As. Dirección de Información Sistematizada.

32. http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/salud_materno_infantil_2007/archivos/nacidos_factores/cuadro5.pdf

33. http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/seguimiento_de_las_defunciones_infantiles_2008.pdf

Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2005. 3ra. Ed. Pág. 120.

La articulación entre ambos niveles desempeña un papel fundamental al asegurar que los esfuerzos realizados en las unidades de cuidados intensivos no sean afectados por problemas potencialmente evitables que se desarrollen después del egreso. Esta articulación es esencial para mejorar la calidad de vida de estos niños y de sus familias, reducir la tasa de rehospitalización y la de mortalidad infantil.

Consideraciones generales sobre la Libreta de Seguimiento

Definición de los contenidos

Con el objeto de evaluar los contenidos y el diseño final de la misma, se llevaron adelante reuniones entre coordinación general y regional del proyecto, representantes del PMI de la provincia de Buenos Aires y de las RS VII y XII.

Como se mencionó, fueron considerados distintos modelos existentes de Libreta de Seguimiento como la propuesta en la *Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo* (MSAL Nación) y la *Libreta de Seguimiento de la ONG de Padres de Prematuros* (APAPREM).

Finalmente se optó por un diseño propio cuyos contenidos están basados en lograr un instrumento para mejorar el seguimiento del RNR externado de la UCIN y que permite una adecuada comunicación entre el Consultorio de Seguimiento y el primer nivel de atención.

Como se podrá observar esta libreta no contempla consideraciones universales como plan de vacunación, controles odontológicos y pautas de alarma generales que se encuentran en la Libreta Sanitaria Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires y a la cuál esta libreta no reemplaza.

Distribución de la Libreta de Seguimiento

La libreta fue presentada en el 1º encuentro con los equipos de Consultorios de Seguimiento, el 5 de agosto de 2010, en la Casa de la Provincia de Buenos Aires, CABA, con gran aceptación por parte de la concurrencia.

Comenzó su distribución tal como estaba pautado, haciendo entrega a todos los Consultorios de Seguimiento y a las RS de 5.000 libretas cuya impresión fue financiada por el CFI.

Las libretas se distribuyeron así: Región Sanitaria XII: 2900 libretas. 600 libretas de seguimiento a los referentes del materno infantil para los hospitales municipales y 300 a cada uno de los CS de hospitales provinciales (Hospital Paroissien y Simplemente Evita).

Región Sanitaria VII: 2100 libretas distribuidas entre los referentes de CS y referentes de los PMI locales.

Consideraciones sobre las capacitaciones en el Primer Nivel de Atención

Capacitación de equipos del 1er. nivel de atención

A lo largo de la primera etapa del proyecto fueron realizadas reuniones para consensuar los contenidos de la capacitación al 1º nivel de atención. Durante las mismas se definieron los contenidos y material bibliográfico para estas actividades mencionados oportunamente.

Se llevó adelante el programa previsto para estas capacitaciones en el 1º nivel de atención, el cual estuvo orientado a la unificación de normas y criterios para la detección temprana y derivación oportuna de desviaciones de la normalidad en el crecimiento y neurodesarrollo en la población de RNR egresados de las UTIN. Se trabajó la motivación y el intercambio interdisciplinario con otros integrantes del sector para fortalecer el acompañamiento del paciente con necesidades especiales.

Durante las capacitaciones los conceptos fueron expuestos mediante clases teórico prácticas, presenciales, con el apoyo de recursos docentes, audiovisuales (*Power Point* y videos mediante cañón multimedia) y uso de otros métodos pedagógicos tales como el debate grupal, técnicas de taller y autoevaluación de los contenidos vertidos durante la jornada.

Algunos temas permitieron llevar adelante otras estrategias de "laboratorio" como son las experiencias con el "propio cuerpo" de los participantes, en donde sobre colchonetas se simulan las percepciones sensoriales del desarrollo normal del niño así como su perturbación, lo que permite elaborar las estrategias terapéuticas pertinentes para abordar la problemática.

De esta forma se cumplieron los objetivos principales de esta capacitación: poder distinguir las necesidades espe-

ciales de los recién nacidos de riesgo y su atención en tres niveles: prevención en salud, dando orientación adecuada a los padres, detección precoz de anomalías y la referencia oportuna.

En todas las jornadas hubo acuerdo respecto de la importancia del rol que desempeña el pediatra de cabecera en la vida del niño con necesidades especiales, del acompañamiento y contención que el mismo puede ofrecer y como eslabón de enlace con los centros de referencia. En este sentido y en sintonía con los objetivos de este proyecto se acordó junto a estos profesionales la necesidad de articular y mantener un contacto fluido con los centros de los cuales egresan estos niños. En muchos casos este contacto se realiza de manera informal, no consensuada y no extendido a la totalidad de centros y referentes. Se deberá trabajar con las unidades de neonatología y los centros de atención primaria en esta dirección, formalizando estas redes existentes y consensuando normativas de atención y contra referencia.

La experiencia vivida en el CIC (Centro Integración Comunitaria) de Luján durante las jornadas del 5 y 12 de mayo fue muy enriquecedora en este sentido. La fuerte presencia en esta zona de los profesionales de los CEAT que concurren a la capacitación y que son parte de esta red informal de la que se valen los profesionales de los CAPS de la región. Son un recurso genuino y fundamental para la inserción de estos niños en la educación y contrasta con la situación de otros municipios, como Merlo, en donde no existe articulación alguna entre el primer nivel y CEAT. Hay un CEAT en la zona, perteneciente a la Sociedad de Fomento del Barrio San Lorenzo de Merlo. Por desconocimiento o por falta de un mecanismo formal de articulación, este recurso no es utilizado o al menos no lo es en todo su potencial.

De esta forma y como una herramienta estratégica fundamental de la red, se convocará a través de los referentes del PMI de las RS VII y XII a los profesionales y responsables de los CEAT a participar de la próxima jornada integradora.

El sitio para el desarrollo de las actividades fue consensuado con las autoridades de cada municipio y región sanitaria teniendo como objetivo puntos equidistantes de los CAPS para favorecer la concurrencia de los profesionales.

Se registró la asistencia en una planilla donde se solicitaron datos de filiación, teléfonos y/o correo electrónico para fortalecer el contacto y la formación de la red.

Si bien el número de concurrentes durante las actividades de ciertos municipios por ejemplo Merlo, fue escaso, se cumplió con el objetivo de que todos los CAPS estuvieran representados en estas jornadas. La problemática actual de falta de profesionales médicos para cubrir la demanda de atención en todos los centros de 1º nivel, hace que muchos de estos atiendan en más de un centro de salud durante la semana.

Consideraciones sobre la capacitación a los responsables de los Consultorios de seguimiento del RNR

Planificación de las jornadas de actualización a Neonatólogos (CSR)

En el mes de junio de 2010, en la reunión con la Coordinadora del Programa Materno Infantil de la provincia de Buenos Aires y Responsable del Proyecto, doctora Flavia Raineri, el Coordinador General del Proyecto, doctor Tomasoni, N.F. y las Coordinadoras Regionales, doctoras Escandar, A. y Oreiro, V., se presentaron los avances del Proyecto, sus fortalezas y debilidades.

Se comenzó con la planificación de la capacitación para los neonatólogos y se decidió la importancia estratégica de realizar un primer encuentro con los equipos de Consultorios de Seguimiento de los Hospitales de las RS VII y XII.

Se decidió participar a los responsables de dichos consultorios, a los responsables de los CEAT, Secretarios de Salud, PMI municipal y Directores de las Regiones Sanitarias VII y XII.

Se acordó como fecha de realización del encuentro 5 de agosto de 2010, en la Casa de la Provincia de Buenos Aires en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Planteando como ejes fundamentales:

- El trabajo en red como estrategia para la reducción de la deserción del lactante egresado de la UCIN.
- Organización del Consultorio de Seguimiento teniendo como base el trabajo multidisciplinario.
- La articulación entre hospitales como estrategia para la realización de estudios complementarios.

Se propuso la convocatoria a expertos para desarrollar la actividad docente. Fue así que se invitó a los doctores Luis Novalli y Eduardo Candiz para exponer sobre “Planificación del trabajo en RED” y “Planificación del alta”, respectivamente.

El resto de los temas serían desarrollados por la doctora Cristina Couceiro y las Coordinadoras regionales Vilma Oreiro y Alcira Escandar.

La presentación del Proyecto y la Libreta de Seguimiento con sus contenidos quedó a cargo del Doctor Tomasoni, Néstor.

La coordinación de las mesas estaría a cargo de los doctores Claudio Pedra y Valeria Lanzillotta (ambos docentes del proyecto).

Surgió la propuesta de invitar a un representante del Consejo Federal de Inversiones.

1º Jornada de Seguimiento de Recién Nacido Egresado de las UCIN.

Fecha: 5 de Agosto de 2010.

Lugar: Casa de la provincia de Buenos Aires (CABA).

La actividad contó con la participación de la doctoras Raineri, Flavia (Coordinadora del Programa Materno Infantil de la Pcia de Bs. As., PMI), Pietra, Beatriz (Unidad Coordinadora de Proyectos, Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.), los doctores Novali, Luis y Candiz (Consultorio Seguimiento del Hospital de Pediatría J. P. Garrahan y del Hospital Nacional Posadas, respectivamente), las doctoras Oreiro y Escandar (Coordinadoras regionales del proyecto por las RS VII y XII respectivamente), docentes del proyecto, los doctores Santos, Norberto (PMI central), Pedra, Claudio y Lancillotta, Valeria (referentes PMI regiones VII y XII respectivamente), Couceiro, Cristina; y Tomasoni, N. F. (Coordinador General del proyecto).

Estuvieron presentes también referentes de la Dirección de Programas Sanitarios de La Matanza, las doctoras Mishajiro, Beatriz y la Referente del PMI de La Matanza, Bello, Ana, como así también la Directora de APS y Medicina Preventiva del Municipio de Luján, Fernández, Adriana.

Fueron invitados a esta actividad referente de servicios de neonatología, consultorio de seguimiento y CAPS co-

respondientes a las regiones VII y XII. La invitación se hizo extensiva a otras regiones sanitarias (V y VI) con el fin de que tomen conocimiento del proyecto y para valorar la posibilidad de replicar el mismo en otras regiones. Entre estos se encontraban: referentes del PMI de RS VI, como así también representantes del Hospital Iriarte de Quilmes, Ana Goitia y Presidente Perón de Avellaneda, Lucio Meléndez de Adrogué, Madre Teresa de Calcuta de Ezeiza, Evita Pueblo de Berazategui y Evita de Lanús entre otros.

En lo que a concurrencia respecta, la actividad cumplió con las expectativas planeadas: participaron 55 personas.

Abrió la presentación la doctora Raineri, desarrollando la temática centrada en la problemática de la morbimortalidad pediátrica/neonatal y haciendo hincapié en los programas que actualmente se desarrollan desde la Nación y la provincia de Buenos Aires en este sentido y dentro de los cuales se encuentra este proyecto. Seguidamente el doctor Tomasoni N. F., Coordinador General, hizo una breve descripción del proyecto, los objetivos y alcances del mismo.

Se refirió también a las tareas realizadas a la fecha durante las distintas etapas del proyecto como así también presentó la Libreta de seguimiento del recién nacido egresado de neonatología.

Continuando con el programa el doctor Luis Novali describió la red de CABA y la situación actual de la misma. De igual forma el doctor Eduardo Candiz, conceptualizó los criterios de egreso del recién nacido de riesgo de la UTIN en una presentación muy clara.

El mecanismo de financiamiento del proyecto estuvo a cargo de dos referentes técnicos del CFI, quienes además explicaron el funcionamiento y alcances del ente. Su presencia en las jornadas dio el marco necesario y justo para el respaldo del proyecto y para bosquejar nuevas estrategias.

Durante la segunda etapa de la jornada se desarrollaron los temas más específicos, desde el punto de vista de la asistencia del recién nacido de riesgo, desde la unidad de internación y tras el egreso en el seguimiento. Los temas estuvieron a cargo de las doctoras Couceiro, C. (capacitadora), y Oreiro, V. y Escandar, A..

Al ingreso de los concurrentes se entregaron carpetas conteniendo: *Guías de Lactancia Materna* del Ministerio e impresiones anilladas de las *Guías de Seguimiento del Recién Nacido*, del Ministerio de Salud de la Nación.

Se entregó a cada uno de los presentes una certificación de concurrencia a las Jornadas.

Apoyo a las iniciativas de creación de Consultorios de Seguimiento

Los neonatólogos de los servicios de neonatología de la RS XII, presentes durante las capacitaciones realizan el Seguimiento del RNR. Los jefes de las UCIN asumieron el compromiso de fomentar y colaborar con el Seguimiento facilitando a los profesionales capacitación, tiempo y un lugar en el servicio para desarrollar el consultorio. Se entregaron las libretas de Seguimiento tal como estaba pautado, lo que jerarquizó los objetivos del proyecto.

Por otro lado y como se mencionó anteriormente en el informe de evaluación, los Servicios de Neonatología de la RS VII cuentan con Consultorio de Seguimiento, a excepción del Hospital Héroes de Malvinas de Merlo, donde los egresados de la UCIN son controlados por el Jefe de Servicio y referidos a los CAPS. Se gestionó con las autoridades sanitarias regionales y los Directores de dicho Hospital, La búsqueda de una solución a esta problemática. De igual forma se logró el compromiso regional en este sentido.

Conclusiones

¿Cuáles han sido las fortalezas?

- La elaboración del diagnóstico de situación de los CS y la oferta sanitaria regional que permitió conocer los recursos existentes y determinar el rol que cada hospital tendría de acuerdo a su complejidad en el contexto de la red.
- El proceso de gestión y sensibilización frente a autoridades sanitarias, (locales y provinciales, referentes del PMI, directores de hospitales, jefes de servicio y el 1º nivel). Esto permitió la construcción de consensos y acuerdos que promovieron la conformación de nuevas redes y el fortalecimiento y formalización de las ya existentes. De igual manera este compromiso posibilitó el ensamble de la red con otras redes locales,

tal como ocurrió en la RS XII (Programa de Prevención del Parto Prematuro y seguimiento Post Alta del Recién Nacido de Alto Riesgo) o la Red de Seguimiento del Niño de Riesgo, en Moreno, entre otras.

- Durante las capacitaciones la participación de los médicos pediatras, generalistas del 1º nivel y de los profesionales de los CEAT, permitió tomar conocimiento de las realidades de cada región, y ajustarlas al programa de seguimiento. De esta forma cada uno de los agentes tomó contacto con los profesionales de los centros de referencia y se consensaron formas de trabajo.
- La articulación y consensos logrados entre Regiones Sanitarias, Municipios y Provincia que posibilitaron el trabajo en red como estrategia superadora de la organización sanitaria tradicional.
- La posibilidad de la integración del profesional del 1º nivel al seguimiento de estos niños de riesgo que viven en el área programática de su centro. El uso de la referencia y contrarreferencia, como mecanismo habitual de atención.
- Se reforzaron los objetivos del proyecto, jerarquizando la necesidad de la creación de Consultorios de Seguimiento y el fortalecimiento de los ya existentes
- Los vínculos generados entre los jefes de servicio, neonatólogos de seguimiento y el 1º nivel favorecieron las acciones para mejorar la atención de los RN. Esto abrió la posibilidad de pasantías/rotaciones a los centros de referencia de los profesionales interesados en el seguimiento.
- El diseño e impresión de la Libreta de Seguimiento. Su reconocimiento como herramienta formal de comunicación por parte de las autoridades (Provinciales, Regionales y Municipales).

Recomendaciones

- Utilizar la información obtenida a partir de la evaluación de los servicios, para organizar, regionalizar y ajustar los recursos.
- Fortalecer la red promoviendo la capacitación continua y jerarquizada en temas relacionados al seguimiento del RNR y dirigidas a todos los efectores que la conforman.
- Monitoreo permanente del sistema de referencia y contrarreferencia, designando responsables del mismo.
- Ampliar el uso de la Libreta de Seguimiento como herramienta única de comunicación en todo el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.

- Utilización la *Guía de Seguimiento*, la *Guía de Lactancia Materna* y el material bibliográfico desarrollado durante el proyecto como normativa común entre los integrantes de la red, promoviendo su actualización y revisión continúa.
- Implementar un registro único de los RNR en seguimiento con el objetivo de evaluar la evolución de esta población en las diferentes regiones y establecer políticas sanitarias ajustadas a los resultados.

Anexo I

Mapa N°1: Región Sanitaria VII
Provincia de Buenos Aires



Mapa N° 2: Región Sanitaria XII
Provincia de Buenos Aires



<p>Municipios Comprende los municipios de: Moreno, Hurlinghan, Morón, Ituzaingó, Tres de Febrero, Merlo, General Las Heras, General Rodríguez, Marcos Paz y Luján.</p>	<p>Centros de Salud En La Región VII funcionan aproximadamente 160 Centros del Primer Nivel de la Salud.</p>
--	--

<p>Municipios Comprende el municipio de La Matanza.</p>	<p>Centros de Salud En La Región XII funcionan aproximadamente 78 Centros del Primer Nivel de la Salud.</p>
---	---

Autor: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Fuente: <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/12.html>

Autor: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Fuente: <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/7.html>

Anexo II

Cuadro Nº 1. Correlación, objetivos, actividades, productos e indicadores

Objetivo específico	Componente	Actividades	Productos	Indicadores de producto	Medios de verificación
OE 1. Promover la conformación de una RED de Seguimiento de los RNR egresados de las UCIN, mediante la articulación entre los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, el primer nivel de atención y, cuando corresponda, los servicios hospitalarios complementarios.	1. Red de atención del RNR.	1.1 Jornadas para elaboración de diagnóstico de situación regional.	1.1.1 Tres Jornadas Regionales realizadas en RS VII y una en RS XII.	Total de jornadas realizadas. / Total de jornadas programadas.	Informe de cada Jornada (Diagnóstico regional).
		1.2 Reuniones para diseño e implementación de la red.	1.2.1 Alta referenciada del RNR dirigida al médico de CAPS.	Total de Consultorios de Seg. con información sobre profesionales y horarios de CAPS. / Total de Consultorios de Seguimiento.	Informe del Consultor.
		1.3 Diseño e impresión de Libretas de Consultorio de Seguimiento.	1.3.1 Disponibilidad de Libreta de Consultorio de Seguimiento del RNR.	Total de niños con control en CAPS dentro de las 72 hs. del alta. / Total de altas de RNR.	Muestra en Consultorios de Seguimiento y en los CAPS de su área programática.
OE 2. Generalizar las normas de atención del RNR en el primer nivel de atención, mediante la capacitación del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.	2. Capacitación a integrantes del equipo de salud encargados de la atención de niños en los CAPS.	2.1 Producción de material para capacitación.	2.1.1 Reimpresión de la <i>Guía de Seguimiento del RN de Riesgo</i> (MS de la Nación)	Cantidad de Guías reimpresas / Cantidad de Guías reimpresas programadas.	<i>Guías de Seguimiento del RN de Riesgo</i> (MS de la Nación) reimpresas.
		2.2 Capacitación sobre atención del RNR en el 1er nivel de atención.	2.2.1 Diez jornadas de capacitación en RS VII y tres en RS XII.	Cantidad de documentos de actualización elaborados e impresos / Cantidad de documentos previstos.	Documento de actualización elaborado e impreso.
				Total de jornadas realizadas / total de jornadas programadas por RS.	Informe de cada jornada de capacitación (con identificación de asistentes, contenidos, desarrollo y evaluación).

Continúa en la página siguiente

Objetivo específico	Componente	Actividades	Productos	Indicadores de producto	Medios de verificación
OE 3. Favorecer la creación de Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con ellos.	3. Consultorios de Seguimiento RNR en hospitales con UCIN.	3.1 Sensibilización.	3.1.1 Identificación de la falta de Consultorio de Seguimiento como un problema.	Que la falta de Cons. de Seguimiento haya sido identificada como problema en los Diagnósticos Regionales.	Diagnósticos regionales.
			3.1.2 Una Jornada de sensibilización para neonatólogos de las UCIN por Región Sanitaria.	Total de neonatólogos participantes de capacitación. / Total de neonatólogos convocados.	Informes de capacitación (con identificación de asistentes, contenidos, desarrollo y evaluación).
		3.2 Capacitación sobre organización y actividades a desarrollar en Consultorios de Seguimiento.	3.2.1 Una Jornada de capacitación para neonatólogos de las UCIN por Región Sanitaria.	Total de neonatólogos participantes de capacitación. / Total de neonatólogos convocados.	Informes de capacitación (con identificación de asistentes, contenidos, desarrollo y evaluación).
		3.3 Apoyo a iniciativas de creación de Consultorios de Seguimiento.	3.3.1 Orientación a Directores de hospitales, Jefes de Servicio e integrantes de UCIN.		Informe de Consultor.
			3.3.2 Compra de equipamiento para instalar en Consultorios de Seguimiento.		Informe de Consultor.

Tabla 1. Instrumento para la evaluación

ESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO ENFERMO Y SU SEGUIMIENTO

HOSPITAL

CATEGORIA

UBICACIÓN

MUNICIPIO RS

TOTAL DE NACIDOS VIVOS 2009

TOTAL DE CESÁREAS % TOTAL DE PARTOS %

ESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA MADRE Y DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS

	GUARDIA ACTIVA		GUARDIA PASIVA	
	SI	NO	SI	NO
TOCOGINECÓLOGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NEONATÓLOGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEDIÁTRA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBSTÉTRICA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANESTESIOLOGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NÚMERO DE SALAS DE PARTO

POSEE QUIRÓFANO EXCLUSIVO PARA LA REALIZACIÓN DE CESÁREAS SI NO

NÚMERO DE QUIRÓFANOS EXCLUSIVOS PARA REALIZAR CESÁREAS

SECTOR DE RECEPCIÓN REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

UBICACIÓN DENTRO DE LA SALA DE PARTOS SECTOR INDEPENDIENTE

CUENTA CON: INCUBADORA DE TRANSPORTE SI NO

EQUIPAMIENTO PARA REALIZAR UNA REANIMACIÓN COMPLETA SI NO

OXIGENO CENTRAL LAS 24 HORAS PARA ADMINISTRAR AL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS SI NO

ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEPENDE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA SI NO

PERSONAL JEFE DE SERVICIO

TÍTULO DE ESPECIALISTA PEDIATRÍA OTORGADO POR COLEGIO DE MÉDICOS UNIVERSIDAD SOCIEDAD CIENTÍFICA

NEONATÓLOGO COLEGIO DE MÉDICOS UNIVERSIDAD SOCIEDAD CIENTÍFICA

RESIDENCIA COMPLETA PEDIATRÍA NEONATOLOGÍA OTRA

CONCURRENCIA PEDIATRÍA OTRA

NO HA REALIZADO RESIDENCIA NI CONCURRENCIA

REALIZA GUARDIA FIJA SEMANAL EN EL SERVICIO SI NO

JEFE DE SALA (EL SERVICIO NO CUENTA CON JEFE DE SALA)

TÍTULO DE ESPECIALISTA PEDIATRÍA OTORGADO POR COLEGIO DE MÉDICOS UNIVERSIDAD SOCIEDAD CIENTÍFICA

NEONATÓLOGO COLEGIO DE MÉDICOS UNIVERSIDAD SOCIEDAD CIENTÍFICA

RESIDENCIA COMPLETA PEDIATRÍA NEONATOLOGÍA OTRA

CONCURRENCIA PEDIATRÍA OTRA

NO HA REALIZADO RESIDENCIA NI CONCURRENCIA

REALIZA GUARDIA FIJA SEMANAL EN EL SERVICIO SI NO

CANTIDAD DE MÉDICOS QUE NO REALIZAN GUARDIA EN EL SERVICIO (INCLUYENDO JEFE DE SERVICIO Y/O DE SALA SI CORRESPONDE)

CANTIDAD DE MÉDICOS QUE REALIZAN GUARDIA EN EL SERVICIO (INCLUYENDO JEFE DE SERVICIO Y/O DE SALA SI CORRESPONDE)

Continúa en la página siguiente

MÉDICOS DE GUARDIA POR DÍA EN LA UCIN

LUNES
MARTES
MIÉRCOLES
JUEVES
VIERNES
SÁBADO
DOMINGO

24 HS.

12 HS.

NÚMERO DE ENFERMEROS QUE DESARROLLAN SU TAREA EN NEONATOLOGÍA

--	--

POSEEN ENFERMEROS UNIVERSITARIOS

SI

NO ¿CUANTOS?

POSEEN LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

SI

NO ¿CUANTOS?

EQUIPAMIENTO

NÚMERO DE INCUBADORAS (NO INCLUIR LAS QUE SE ENCUENTRAN EN REPARACIÓN)

NÚMERO DE SERVOCUNAS (NO INCLUIR LAS QUE SE ENCUENTRAN EN REPARACIÓN)

NÚMERO DE RESPIRADORES (NO INCLUIR LOS QUE SE ENCUENTRAN EN REPARACIÓN)

TIPO DE RESPIRADORES:

CONVENCIONAL
SINCRONIZADOS
ALTA FRECUENCIA

NÚMERO DE SATURÓMETROS (NO INCLUIR LOS QUE SE ENCUENTRAN EN REPARACIÓN)

NÚMERO DE UNIDADES PARA EL CUIDADO INTENSIVO (INCUBADORA Y/O SERVOCUNA+ RESPIRADOR + SATURÓMETRO)

--	--

SERVICIOS AUXILIARES DISPONIBLES

GUARDIA ACTIVA

GUARDIA PASIVA

RADIOLOGÍA

LABORATORIO PARA GASES EN SANGRE

¿REALIZAN ECOGRAFIAS EN LA UCIN?

SI

NO

¿CONCURRE OFTALMÓLOGO PARA EL CONTROL DE FO A LOS PREMATUROS?

SI

NO

¿REALIZAN OTOEMISIONES ACÚSTICAS?

SI

NO

¿REALIZAN TAMIZAJE PARA FENILCETONURIA E HIPOTIROIDISMO?

SI

NO

¿ADMINISTRAN VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B EN SALA DE PARTOS?

SI

NO

EN CASO DE TRASLADO DEL RECIÉN NACIDO

¿POSEEN INCUBADORA PROPIA PARA EL TRASLADO DE RECIÉN NACIDOS ENFERMOS QUE REQUIEREN MAYO

SI

R COMPLEJIDAD?

NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿ MECANISMO DE VENTILACIÓN DURANTE EL TRASLADO?

ARM

BOLSA Y TUBO

POSEEN CONVENIOS CON SISTEMAS PRIVADOS DE TRASLADO?

SI

NO

EL TRASLADO DE RECIÉN NACIDOS QUE REQUIEREN MAYOR COMPLEJIDAD LO REALIZA SIEMPRE EL SIES CONURBANO?

SI

NO

¿CUÁL/ES ES/SÓN EL/LOS HOSPITALES DE REFERENCIA PARA LA DERIVACIÓN NEONATAL:

SI

NO

EN CASO AFIRMATIVO: DIAS DE ATENCIÓN

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN EN EL CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO:

ENFERMERO
MÉDICO NEONATÓLOGO
FONOAUDIÓLOGO
PSICÓLOGO
TRABAJADOR SOCIAL
NEURÓLOGO
OTROS

EL HOSPITAL POSEE OFICINA DE CONTRAREFERENCIA

SI NO

¿ REALIZAN LA REFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EGRESADO DE LA UCIN?

SI NO

AÑO EN QUE ORGANIZÓ EL ÚLTIMO CURSO DE RCP NEONATAL

Anexo III

Texto N° 1: Plan de trabajo. Coordinador General

1. Motivo

Los Recién Nacidos (RN) de una edad inferior a 32 semanas o con un peso de nacimiento inferior a 1500 gr., tras ser dados de alta de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) precisan una serie de controles sistematizados, ya que están en mayor riesgo de presentar trastornos en su crecimiento y desarrollo, así como de ser rehospitalizados por patologías vinculadas a su internación en UCIN.

Los Recién Nacidos egresados de las UCIN, en especial los de muy bajo peso al nacer, tienen una mortalidad postneonatal y postalta 5 a 10 veces mayor que los lactantes sin patología neonatal. El 33% de la Mortalidad Infantil en la República Argentina es aportada por los niños que pesaron menos de 1500 gramos al nacer¹, que son sólo el 1,2 % de los nacidos vivos². Las patologías perinatales³ constituyen la principal causa de muerte durante el primer año de vida, siendo responsables de la mitad de las mismas.

Actualmente, las UCIN incluyen en forma habitual a sus egresados de riesgo en programas de seguimiento que permiten el monitoreo sistemático del estado neurológico, evolución clínica, nutricional y psicosocial. Esos programas se implementan a través de los Consultorios de Seguimiento,

pero sin la participación de los profesionales que desempeñan sus actividades en el primer nivel de atención (Centros de Atención Primaria de la Salud ó CAPS).

Ahora bien, dada la especificidad de los CAPS (atención de la baja complejidad, promoción de la salud, mayor accesibilidad geográfica para la población), es conveniente que sus profesionales realicen los controles de salud habituales y traten patologías que no estén vinculadas a la internación en UCIN.

La articulación entre ambos niveles de atención desempeña un papel fundamental para mejorar la calidad de vida de los niños y reducir la tasa de rehospitalización y la tasa de mortalidad infantil.

2. Finalidad

La finalidad de este proyecto es reducir la morbimortalidad de recién nacidos egresados de las UCIN de la Provincia de Buenos Aires.

3. Objetivos

O 1. Promover la conformación de una Red de Seguimiento de los RNR egresados de las UCIN de las Regiones Sanitarias VII y XII, mediante la articulación entre los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo de hospitales, el primer nivel de atención y, cuando corresponda, los servicios hospitalarios complementarios que funcionen en hospitales diferentes del que posee Consultorio de seguimiento.

O 2. Generalizar las normas de atención del RNR en el primer nivel de atención, mediante la capacitación del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.

O 3. Favorecer la creación de Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con el mismo.

1. Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2005. 3ra. Ed. Pág. 13.

2. Distribución porcentual de los nacidos vivos, según RS de residencia de la madre y peso al nacer, Provincia de Bs. As. Dirección de Información Sistematizada.
http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/salud_materno_infantil_2007/archivos/nacidos_factores/cuadro5.pdf

3. http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/seguimiento_de_las_defunciones_infantiles_2008.pdf

4. Alcance

Se trata de un proyecto de intervención, cuyas principales estrategias son la capacitación del recurso humano de hospitales y de establecimientos del primer nivel de atención o Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y la construcción de consensos y acuerdos de los actores intervinientes.

El proyecto apunta a generar una RED de atención de los Recién Nacidos de Riesgo (RNR) externados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y prevé el trabajo articulado entre los profesionales integrantes del Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo que funcionan en hospitales y los profesionales del Primer Nivel de Atención.

5. Área

La propuesta se centrará en el trabajo en dos Regiones Sanitarias: VII (Moreno, Hurlingham, Morón, Ituzaingó, Tres de Febrero, Merlo, General Las Heras, General. Rodríguez, Marcos Paz y Luján) y XII (partido de La Matanza).

En lo que respecta al primer nivel de atención, los municipios tienen a cargo 226 Centros de Atención primaria de la Salud (CAPS).

Componen la oferta de segundo y tercer nivel de atención del subsector público en ambas Regiones los siguientes establecimientos:

Hospitales con Servicios de neonatología de la Región Sanitaria VII con cantidad de partos Año 2007

Establecimientos	Partos 2007	Nivel Complejidad/ Consultorio Seguimiento
Hurlingham		
Hosp. Atención Primaria San Bernardino (municipal)	0	NO
Ituzaingó		
Hosp. Atención Primaria Ituzaingó (municipal)	5	NO
Morón		
Hosp. O. B. de Lavignolle (municipal)	1.636	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Hosp.Prof. Dr. A Posadas (nacional)	1.422	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Tres de Febrero		
Hosp. Zonal Gral. Agudos Prof. Dr. R. Carrillo (provincial)	711	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales
Hosp. Zonal Gral. de Agudos Dr. Bocalandro (provincial)	1.726	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Moreno		
Hosp. Mariano y Luciano de la Vega (provincial)	3.084	UCIN y Consultorio de Seguimiento

Continúa en la página siguiente.

Establecimientos	Partos 2007	Nivel Complejidad/ Consultorio Seguimiento
Gral Las Heras		
Hosp. Local Dr. Pedro Arozarena (municipal)	24	NO
Gral Rodríguez		
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Vte. López y Planes (provincial)	1.943	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Luján		
Hosp. Local Nstra. Sra. de Luján (municipal)	1.043	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Marcos Paz		
Hosp. Dr. A. D'Agnillo (municipal)	737	NO
Merlo		
Hosp. Zonal Gral. de Ag. H. de Malvinas (provincial)	1.814	UCIN/NO
Hosp. Eva Perón (municipal)	4	
Hosp. Materno Infantil Pontevedra (municipal)	1.290	Bajo Riesgo Neonatal
Hosp. Local Esp. Materno Infantil Dr. P. Chutro (municipal)	1.717	Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y Consultorio de Seguimiento

Hospitales con Servicios de neonatología de la Región Sanitaria XII con cantidad de partos Año 2007

Establecimientos	Partos 2007	Nivel de complejidad/ Consultorio de seguimiento
Hosp. Zonal Gral. Dr. Paroissien (provincial)	1.799	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Hosp. Zonal De González Catán Km. 32 (Provincial)	754	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales
Hosp. Local Materno Infantil Dra. Germani (municipal)	2.270	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Hosp. Materno Infantil Dr. J. Equiza (municipal)	1.721	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Policlínico Central San Justo (municipal)	1.577	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales
Niños de San Justo (municipal)	0	UCIN y Consultorio de Seguimiento

Cantidad de Hospitales con UCIN, Consultorio de Seguimiento de RNR, otras unidades de atención del RNR y CAPS por Región Sanitaria y Partido

Región Sanitaria	Partido	Hosp. c/ UCIN	UCIN c/ Consult. Seguim. RNR	Otras unidades de mediano y bajo riesgo	Otras unidades c/ Cons. Seg. RNR	Cant. de CAPS
VII	Gral. Las Heras	0	0	0	0	4
	Gral. Rodríguez	1	1	0	0	17
	Hurlingham	0	0	0	0	10
	Ituzaingó	0	0	0	0	7
	Luján	1	1	0	0	22
	Marcos Paz	0	0	0	0	5
	Merlo	1	0	2	1	31
	Moreno	1	1	0	0	36
	Morón	2	2	0	0	16
	Tres de Febrero	1	1	1	0	12
XII	La Matanza	4	4	2	0	66
						226

6. Plan de tareas

Para el componente 1. Red

- Acuerdo de mecanismos de articulación entre niveles de atención para el alta referenciada del Recién Nacido de Riesgo (RNR) desde la UCIN al primer nivel de atención.
- Articulación entre hospitales para complementarse en la atención de RNR con situaciones especiales para su seguimiento.

La referencia y contrarreferencia son procesos ordenados y normatizados de flujo de pacientes entre diferentes niveles de atención de la salud, generalmente entre el primero, constituido por centros de atención primaria de la salud (CAPS) y su hospital de referencia - segundo nivel.

El lactante egresado de la UCIN debe ser referido al médico del primer nivel allí un pediatra generalista de cabecera hará el control habitual. La accesibilidad de la familia

al CAPS permitirá la generación de mayor confianza, que incide positivamente en la disminución de la deserción en el seguimiento del RNR.

Para el médico encargado del Consultorio de Seguimiento, la articulación con el primer nivel asegura el control pediátrico habitual del RNR, disminuye la deserción en el seguimiento clínico y social, y disminuye costos tanto para el sistema de salud como para el paciente, evitando erogaciones por traslados innecesarios para atenciones que pueden llevarse a cabo en su zona de residencia.

Para el componente 2. Capacitación

- Capacitación a integrantes del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.

El conocimiento preciso y actualizado de los procesos y prácticas que deben aplicarse cuando se recibe en el CAPS un RNR garantiza un adecuado seguimiento del lactante. La cercanía de la familia al centro de atención primaria y el lazo de confianza que se genera con su pe-

diatra contribuyen a evitar la deserción en los controles habituales que debe tener el niño y que deben realizarse en el CAPS del barrio.

Es de destacar que los niños nacidos prematuros pueden desarrollarse libres de enfermedad o presentar signos sutiles que impacten a largo plazo. No necesariamente debe considerarse que tienen riesgo constante, ni secuelas inevitables. El acompañamiento a través del tiempo, promueve la detección precoz de alteraciones y esto conlleva el beneficio de la derivación e intervención oportuna.

Valorar adecuadamente la calidad de los logros; al tiempo que ser exigentes en el cumplimiento de metas y solicitar precozmente intervención cuando se considere necesario, son herramientas simples, económicas y que sólo requieren del entrenamiento continuo. Quizá lo más difícil de conseguir sea el compromiso que de nuestra parte debe ofrecerse a los que están esperando nuestras respuestas.

Es imprescindible dotar a los profesionales del primer nivel de atención de normas homogéneas para la detección precoz de alteraciones y de mecanismos de derivación para la intervención oportuna.

Para el componente 3. Consultorio de seguimiento

- Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con el mismo.
- Actualización a médicos neonatólogos sobre seguimiento del RNR egresado de UCIN.

Varios de los hospitales con servicio de neonatología que no cuentan con Consultorio de Seguimiento son de dependencia municipal, por tanto, el proyecto promoverá su creación y se hará una reserva presupuestaria que permita llevar adelante la capacitación de los neonatólogos que lo integren.

Se trabajará en todos los ámbitos sobre la importancia de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo: en actividades de sensibilización, de orientación sobre su organización en caso de que surja alguna

iniciativa de creación. Se apoyarán las actividades de los Consultorios de Seguimiento existentes mediante la actualización de los médicos neonatólogos

7. Procedimientos

7.1 Actividades para el componente 1. Red

7.1.1 Diagnóstico de Situación regional

El objetivo es conocer el estado de situación del seguimiento del RN egresado de UCIN y la oferta sanitaria regional que para tal fin existe. Se pretende que este proceso sea a la vez una instancia para la sensibilización sobre el tema. Para elaboración del diagnóstico, realizará:

7.1.1.1 Análisis, evaluación y ajuste del instrumento de Evaluación de los servicios de atención del Recién Nacido egresado de UCIN y su seguimiento, con la colaboración de los Coordinadores Regionales. Seguimiento de su aplicación en los servicios de cada Región Sanitaria y de la sistematización y análisis de los datos relevados.

7.1.1.2 Planificación y coordinación de las Jornadas destinadas a elaborar los diagnósticos regionales. Participaron autoridades municipales (Secretarios de Salud, Responsables de Atención Primaria y del Programa Materno Infantil, de las Regiones/Áreas), directores de hospitales, representantes de las UCIN, de los Centros de Salud y autoridades y equipos regionales.

Se realizaron jornadas: Rgión Sanitaria XII (La Matanza) y en Región Sanitaria VII tres jornadas, agrupando a los municipios del siguiente modo: Gral. Rodríguez, Luján, Gral. Las Heras y Marcos Paz; Merlo y Moreno y Tres de Febrero, Hurlingham, Ituzaingó y Morón.

7.1.2 Reuniones para diseño e implementación de la red.

7.1.2.1 Coordinación con los directores de las regiones sanitarias, directores de hospitales y autoridades municipales para facilitar la implementación de redes regionales.

7.1.2.2 Seguimiento del proceso de diseño e implementación de las redes regionales.

7.1.3 Elaboración, diseño e impresión de Libretas de Se-

guimiento del Recién Nacido Egresado de la UCIN

7.1.3.1 Elaboración de la Libreta de Seguimiento del Recién Nacido Egresado de la UCIN (instrumento de comunicación entre el médico neonatólogo del Consultorio de Seguimiento del RNR y el médico pediatra o generalista

del Primer Nivel de Atención) mediante el acuerdo de contenidos con el equipo del Programa Materno Infantil y con los Coordinadores Regionales sobre los contenidos

7.1.3.2 Gestión del diseño e impresión de la Libreta.

7.2 Actividades para el Componente 2: Capacitación de equipos. 1er. nivel de atención

7.2.1 Planificación de las actividades y coordinación de la producción de material para la capacitación de integrantes de equipos del primer nivel de atención, en particular, médicos pediatras y generalistas.

7.2.1.1 Coordinación del proceso de planificación de la capacitación: definición de contenidos, de metodología, de evaluación.

7.2.1.2 Gestión de la reimpresión de la Guía de Seguimiento del RN de Riesgo elaborada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en el año 2005.

7.2.1.3 Elaboración del material de actualización, complementario de la Guía de Seguimiento del RN de Riesgo mediante el acuerdo de contenidos con equipo del Programa Materno Infantil y con los Coordinadores Regionales.

7.2.1.4 Gestión del diseño e impresión del material de actualización.

7.2.1 Implementación capacitación para atención del RNR en el 1er nivel de atención

7.2.1.1 Seguimiento de la capacitación destinada a equipos del primer nivel de atención: 12 capacitaciones en la Región Sanitaria VII y 4 en la Región Sanitaria XII.

7.3 Actividades para el componente 3. Consultorio de seguimiento

Se trabajará en todos los ámbitos sobre la importancia de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo: en actividades de sensibilización, de orientación sobre su organización en caso de que surja alguna iniciativa de creación. Se apoyarán las actividades de los Consultorios de Seguimiento existentes mediante la actualización de los médicos neonatólogos.

7.3.1 Sensibilización

7.3.1.1 Incorporación de la temática en todas las instancias de reunión con decisores de quienes dependa la creación de Consultorios de Seguimiento.

7.3.2 Actualización a médicos neonatólogos de UCIN y de Consultorio de Seguimiento.

7.3.2.1 Coordinación del proceso de planificación de la actualización a neonatólogos: definición de contenidos, de metodología, de evaluación.

7.3.2.2 En caso de existir iniciativas para la creación de Consultorio de Seguimiento, coordinación del proceso de planificación de la capacitación sobre su organización y actividades que se llevan a cabo, destinada neonatólogos: definición de contenidos, de metodología, de evaluación.

7.3.2.3 Seguimiento de la capacitación de neonatólogos.

8. Informes

Comprenderán lo detallado en los puntos 6 y 7.

Mes 3: Informe Parcial

Dará cuenta del ajuste del instrumento de Evaluación de los servicios de atención del Recién Nacido egresado de UCIN y su seguimiento, de su aplicación, sistematización y análisis; de la elaboración, diseño e impresión de las Libretas de seguimiento y de la producción del material de capacitación (Guía y documento de actualización); del grado de avance en el diseño de las redes y en la sensibilización para la creación de Consultorio de Seguimiento.

Mes 6: Informe Parcial

Dará cuenta de la planificación y realización de Jornadas para elaboración de diagnósticos regionales; de la capacitación a equipos de salud del primer nivel de atención; de la distribución de Libretas de Consultorio de Segui-

miento; de las Jornadas de actualización para neonatólogos, así como del avance en diseño e implementación de las redes regionales y de sensibilización para la creación de Consultorios de Seguimiento del RNR.

Mes 9: Informe Final

Se dará cuenta de la totalidad de los productos esperados y alcanzados que se desarrollaron en los informes parciales y de lo logrado en los últimos meses de ejecución.

Anexo IV cronograma. Mes 1: diciembre/09

Componente 1. Red	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Análisis, evaluación y ajuste del Instrumento de evaluación de servicios	X	X							
Seguimiento de su aplicación, sistematización y análisis		X	X						
Planificación y coordinación de Jornadas para elaboración de Diagnósticos Regionales (4 jornadas)				X	X	X			
Coordinación con directores de RS, hospitales y autoridades municipales para facilitar implementación de redes		X	X	X					
Seguimiento del proceso de diseño e implementación de las redes regionales		X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración, diseño, impresión y distribución de Libretas de Consultorio de Seguimiento	X	X	X	X	X	X	X		
Componente 2. Capacitación CAPS									
Coordinación del proceso de planificación de la capacitación: definición de contenidos, metodología y evaluación	X	X	X						
Gestión de reimpresión de <i>Guía de Seguimiento RNR</i> de Ministerio de Salud de la Nación		X	X	X					
Elaboración e impresión de documento de actualización	X	X	X	X					
Seguimiento de la Capacitación sobre atención del RNR a equipos 1er. nivel de atención					X	X	X	X	
Componente 3. Consultorio seguimiento RNR									
Sensibilización		X	X	X	X	X	X	X	X
Coordinación del proceso de planificación de la actualización a neonatólogos: definición de contenidos, metodología y evaluación				X					
Seguimiento de la actualización a neonatólogos					X	X	X		
Evaluación Final								X	X
Informes (P: Parcial; F:Final)			P			P			F

Texto N° 2- Plan de trabajo. Referente Regional del proyecto de la Región Sanitaria VII

1. Motivo

Los Recién Nacidos (RN) de una edad inferior a 32 semanas o con un peso de nacimiento inferior a 1500 g tras ser dados de alta de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) precisan una serie de controles sistematizados, ya que están en mayor riesgo de presentar trastornos en su crecimiento y desarrollo, así como de ser rehospitalizados por patologías vinculadas a su internación en UCIN.

Los Recién Nacidos egresados de las UCIN, en especial los de muy bajo peso al nacer, tienen una mortalidad post neonatal y post alta 5 a 10 veces mayor que los lactantes sin patología neonatal. El 33% de la Mortalidad Infantil en la República Argentina es aportada por los niños que pesaron menos de 1500 gramos al nacer⁴, que son sólo el 1,2 % de los nacidos vivos.⁵ Las patologías perinatales⁶ constituyen la principal causa de muerte durante el primer año de vida, siendo responsables de la mitad de las mismas.

Actualmente, las UCIN incluyen en forma habitual a sus egresados de riesgo en programas de seguimiento que permiten el monitoreo sistemático del estado neurológico, evolución clínica, nutricional y psicosocial. Esos programas se implementan a través de los Consultorios de Seguimiento, pero sin la participación de los profesionales que desempeñan sus actividades en el primer nivel de atención (Centros de Atención Primaria de la Salud ó CAPS).

Ahora bien, dado especificidad de los CAPS (atención de la baja complejidad, promoción de la salud, mayor accesibilidad geográfica para la población), es conveniente que sus profesionales realicen los controles de salud ha-

bituales y traten patologías que no estén vinculadas a la internación en UCIN.

La articulación entre ambos niveles de atención desempeña un papel fundamental para mejorar la calidad de vida de los niños y reducir la tasa de rehospitalización y la tasa de mortalidad infantil.

2. Finalidad

La finalidad de este proyecto es reducir la morbimortalidad de recién nacidos egresados de las UCIN de la Provincia de Buenos Aires.

3. Objetivos

1. Promover la conformación de una Red de Seguimiento de los RNR egresados de las UCIN de las Regiones Sanitarias VII y XII, mediante la articulación entre los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo de hospitales, el primer nivel de atención y, cuando corresponda, los servicios hospitalarios complementarios que funcionen en hospitales diferentes del que posee Consultorio de Seguimiento.
2. Generalizar las normas de atención del RNR en el primer nivel de atención, mediante la capacitación del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.
1. Promover la conformación de una Red de Seguimiento de los RNR egresados de las UCIN de la Región Sanitaria VII, mediante la articulación entre los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo de hospitales, el primer nivel de atención y, cuando corresponda, los servicios hospitalarios complementarios que funcionen en hospitales diferentes del que posee Consultorio de seguimiento.
2. Generalizar las normas de atención del RNR en el primer nivel de atención, mediante la capacitación del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.
3. Favorecer la creación de Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con el mismo.

4. Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2005. 3ra. Ed. Pág. 13.

5. Distribución porcentual de los nacidos vivos, según RS de residencia de la madre y peso al nacer, Provincia de Bs. As. Dirección de Información Sistematizada.

http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/salud_materno_infantil_2007/archivos/nacidos_factores/cuadro5.pdf

6. http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/seguimiento_de_las_defunciones_infantiles_2008.pdf

4. Alcance

Se trata de un proyecto de intervención, cuyas principales estrategias son la capacitación del recurso humano de hospitales y de establecimientos del primer nivel de atención o Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y la construcción de consensos y acuerdos de los actores intervinientes.

El proyecto apunta a generar una RED de atención de los Recién Nacidos de Riesgo (RNR) externados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y prevé el trabajo articulado entre los profesionales integrantes del Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo que funcionan en hospitales y los profesionales del Primer Nivel de Atención.

5. Área

La propuesta se centrará en el trabajo en la Región Sanitaria VII compuesta por 10 municipios: General Las Heras, General. Rodríguez, Hurlingham, Ituzaingó, Luján, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón, y Tres de Febrero.

Esta Región Sanitaria tiene 7 hospitales con UCIN, 6 con Consultorio de Seguimiento de Recién Nacido de Riesgo, 3 hospitales con Unidades de Cuidados Intermedios y de Bajo riesgo y 160 Centros de Atención Primaria de la Salud de dependencia municipal.

Hospitales con servicios de neonatología de la Región Sanitaria VII con cantidad de partos Año 2007

Establecimientos	Partos 2007	Nivel Complejidad/ Consultorio Seguimiento
Hurlingham		
Hosp. Atención Primaria San Bernardino (municipal)	0	NO
Ituzaingó		
Hosp. Atención Primaria Ituzaingó (municipal)	5	NO
Morón		
Hosp. O. B. de Lavignolle (municipal)	1.636	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Hosp.Prof. Dr. A Posadas (nacional)	1.422	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Tres de Febrero		
Hosp. Zonal Gral. Agudos Prof. Dr. R. Carrillo (provincial)	711	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales
Hosp. Zonal Gral. de Agudos Dr. Bocalandro (provincial)	1.726	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Moreno		
Hosp. Mariano y Luciano de la Vega (provincial)	3.084	UCIN y Consultorio de Seguimiento
General Las Heras		
Hosp. Local Dr. Pedro Arozarena (municipal)	24	NO
General Rodríguez		
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Vte. López y Planes (provincial)	1.943	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Luján		
Hosp. Local Nstra. Sra. de Luján (municipal)	1.043	UCIN y Consultorio de Seguimiento
Marcos Paz		
Hosp. Dr. A. D'Agnillo (municipal)	737	NO

Continúa en la página siguiente.

Establecimientos	Partos 2007	Nivel Complejidad/ Consultorio Seguimiento
Merlo		
Hosp. Zonal Gral. de Ag. H. de Malvinas (provincial)	1.814	UCIN/NO
Hosp. Eva Perón (municipal)	4	
Hosp. Materno Infantil Pontevedra (municipal)	1.290	Bajo Riesgo Neonatal
Hosp. Local Esp. Materno Infantil Dr. P. Chutro (municipal)	1.717	Unidad de Cuidados Intermedios neonatales y Consultorio de Seguimiento

Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Cantidad de Hospitales con UCIN. Consultorio de Seguimiento de RNR, otras unidades de atención del RNR y CAPS por Partido.

Partido	Hosp. c/ UCIN	UCIN c/ Consult. Seg. RNR	Otras unidades de mediano y bajo riesgo	Otras unidades c/ Cons. Seg. RNR	Cant. de CAPS
Gral. Las Heras	0	0	0	0	4
Gral. Rodríguez	1	1	0	0	17
Hurlingham	0	0	0	0	10
Ituzaingó	0	0	0	0	7
Luján	1	1	0	0	22
Marcos Paz	0	0	0	0	5
Merlo	1	0	2	1	31
Moreno	1	1	0	0	36
Morón	2	2	0	0	16
Tres de Febrero	1	1	1	0	12
Total	7	6	3	1	160

6. Plan de tareas

Para el componente 1. Red

- Acuerdo de mecanismos de articulación entre niveles de atención para el alta referenciada del Recién Nacido de Riesgo (RNR) desde la UCIN al primer nivel de atención.
- Articulación entre hospitales para complementarse en la atención de RNR con situaciones especiales para su seguimiento .

La referencia y contrarreferencia son procesos ordenados y normatizados de flujo de pacientes entre diferentes niveles de atención de la salud, generalmente entre el primero, constituido por centros de atención primaria de la salud (CAPS) y su hospital de referencia - segundo nivel.

El lactante egresado de la UCIN debe ser referido al médico del primer nivel donde un pediatra / generalista de cabecera efectuará el control pediátrico habitual. La accesibilidad de la familia al CAPS permitirá la generación de mayor confianza, que incide positivamente en la disminución de la deserción en el seguimiento del RNR.

Para el médico encargado del Consultorio de Seguimiento, la articulación con el primer nivel asegura el control pediátrico habitual del RNR, disminuye la deserción en el seguimiento clínico y social, y disminuye costos tanto para el sistema de salud como para el paciente, evitando erogaciones por traslados innecesarios para atenciones que pueden llevarse a cabo en su zona de residencia.

Para el componente 2. Capacitación

- Capacitación a integrantes del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.

El conocimiento preciso y actualizado de los procesos y prácticas que deben aplicarse cuando se recibe en el CAPS un RNR garantiza un adecuado seguimiento del lactante. La cercanía de la familia al centro de atención primaria y el lazo de confianza que se genera con su pediatra contribuyen a evitar la deserción en los controles habituales que debe tener el niño y que deben realizarse en el CAPS del barrio.

Es de destacar que los niños nacidos prematuros pueden desarrollarse libres de enfermedad o presentar signos sutiles que impacten a largo plazo. No necesariamente debe considerarse que tienen riesgo constante, ni secuelas inevitables. El acompañamiento a través del tiempo, promueve la detección precoz de alteraciones y esto conlleva el beneficio de la derivación e intervención oportuna.

Valorar adecuadamente la calidad de los logros; al tiempo que ser exigentes en el cumplimiento de metas y solicitar precozmente intervención cuando se considere necesario, son herramientas simples, económicas y que sólo requieren del entrenamiento continuo. Quizá lo más difícil de conseguir sea el compromiso que de nuestra parte debe ofrecerse a los que están esperando nuestras respuestas.

Es imprescindible dotar a los profesionales del primer nivel de atención de normas homogéneas para la detección precoz de alteraciones y de mecanismos de derivación para la intervención oportuna.

Para el componente 3. Consultorio de seguimiento

- Promoción de la creación de Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con el mismo
- Actualización a médicos neonatólogos sobre seguimiento del RNR egresado de UCIN.

Varios de los hospitales con servicio de neonatología que no cuentan con Consultorio de Seguimiento son de dependencia municipal, por tanto, el proyecto promoverá su creación y se hará una reserva presupuestaria que permita llevar adelante la capacitación de los neonatólogos que lo integren.

Se trabajará en todos los ámbitos sobre la importancia de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo: en actividades de sensibilización, de orientación sobre su organización en caso de que surja alguna iniciativa de creación. Se apoyarán las actividades de los Consultorios de Seguimiento existentes mediante la actualización de los médicos neonatólogos.

7. Procedimientos

7.1 Actividades para el componente 1. Red

7.1.1 Diagnóstico de Situación regional

El objetivo es conocer el estado de situación del seguimiento del RN egresado de UCIN y la oferta sanitaria regional que para tal fin existe. Se pretende que este proceso sea a la vez una instancia para la sensibilización sobre el tema. Para elaboración del diagnóstico, realizará:

7.1.1.1 Colaboración en el análisis, evaluación y ajuste del instrumento de Evaluación de los servicios de atención del Recién Nacido egresado de UCIN y su seguimiento.

7.1.1.2 Aplicación del instrumento en los servicios de la Región, sistematización y análisis de los datos relevados.

7.1.1.3 Planificación, organización y coordinación de las Jornadas destinada a elaborar el diagnóstico regional. Participarán: autoridades municipales (Secretarios de Salud, Responsables de Atención Primaria y del Programa Materno Infantil, de las Regiones/Áreas), directores de hospitales, representantes de las UCIN, de los Centros de Salud y autoridades y equipo regional.

Jornada 1: municipios de Gral Rodríguez, Luján, Gral. Las Heras y Marcos Paz.

Jornada 2: municipios de Merlo y Moreno.

Jornada 3: municipios de Tres de Febrero, Hurlingham, Ituzaingó y Morón.

7.1.2 Diseño, implementación y seguimiento de la red

7.1.2.1 Acuerdo con autoridades y equipo regional sobre la estrategia de implementación y sostenimiento de la red.

7.1.2.2 Reuniones de trabajo para diseño e implementación de la red, a fin de lograr acuerdos sobre: pautas de seguimiento (Planificación del Alta, Condiciones al Egreso Hospitalario; situaciones de consideración especial; incorporación de Libreta de Seguimiento del Recién Nacido Egresado de la UCIN); procedimientos técnico-administrativos para la referencia-contrarreferencia de RNR (entre Servicios de Neonatología con servicios auxiliares de hospitales de referencia tales como oftalmología, fonoaudio-

logía, diagnóstico por imágenes, otros y entre hospitales y CAPS). Estos acuerdos deberán quedar formalizados y difundidos entre todos los integrantes de la red.

7.1.2.3 Seguimiento de la implementación

7.1.3 Libretas de Seguimiento del Recién Nacido Egresado de la UCIN

7.1.3.1 Participación en la definición de contenidos de la Libreta de Seguimiento.

7.1.3.2 Distribución de Libretas de Seguimiento en los Consultorios de Seguimiento

7.2 Actividades para el componente 2. Capacitación

7.2.1 Producción de material para la capacitación de integrantes de equipos del primer nivel de atención, en particular, médicos pediatras y generalistas.

7.2.1.1 Participación en la elaboración del material de actualización, complementario de la Guía de Seguimiento del RN de Riesgo.

7.2.1 Capacitación sobre atención del RNR en el primer nivel de atención

7.2.1.1 Participación en la planificación de la capacitación destinada a médicos pediatras y generalistas, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales de los CAPS de los municipios.

7.2.1.2 Participación en la organización de las jornadas de capacitación conjuntamente con los capacitadores y las áreas municipales involucradas.

7.2.1.3 Supervisión de la implementación de la capacitación y evaluación.

7.3 Actividades para el componente 3. Consultorio de seguimiento

Se trabajará en todos los ámbitos sobre la importancia de los Consultorios de Seguimiento del Recién

Nacido de Riesgo: en actividades de sensibilización, de orientación sobre su organización en caso de que surja alguna iniciativa de creación. Se apoyarán las actividades de los Consultorios de Seguimiento existentes mediante la actualización de los médicos neonatólogos

7.3.1 Sensibilización

7.3.1.1 Incorporación de la temática en todas las instancias de reunión con decisores de quienes dependa la creación de Consultorios de Seguimiento.

7.3.2 Actualización a médicos neonatólogos de UCIN y de Consultorio de Seguimiento.

7.3.2.1 Participación del proceso de planificación de la actualización a neonatólogos: definición de contenidos, de metodología, de evaluación.

7.3.2.2 Organización de la capacitación entre los capacitadores y las áreas involucradas

7.3.2.3 En caso de existir iniciativas para la creación de Consultorio de Seguimiento, participación del proceso de planificación de la capacitación sobre su organización y actividades que se llevan a cabo, destinada a neonatólogos: definición de contenidos, de metodología, y de evaluación.

7.3.2.3 Supervisión de la capacitación implementada y evaluación.

7.3.3 Apoyo a las iniciativas de creación de Consultorios de Seguimiento del RNR (si correspondiera).

7.3.3.1 Asesoramiento a jefes de Servicio e integrantes de UCIN para la creación y organización de los Consultorios de Seguimiento en los hospitales que aún no han incorporado esta modalidad de atención.

7.3.3.2 Acompañamiento a cada una de las iniciativas que se implementen.

8. Informes

Comprenderán lo detallado en los puntos 6 y 7.

Mes 3: Informe Parcial

Dará cuenta de la aplicación, sistematización y análisis del instrumento de evaluación de servicios; del grado de avance en el diseño de la red y en la sensibilización para el armado de Consultorio de Seguimiento en los hospitales donde no existe.

Mes 6: Informe Parcial

Comprenderá informar sobre las Jornadas para elaboración del diagnóstico regional; el grado de avance en el diseño e implementación de la red; la capacitación a equipos de salud del primer nivel de atención; la sensibilización para la creación de consultorios de seguimiento; la disponibilidad de Libretas de Consultorio de Seguimiento y la actualización a neonatólogos.

Mes 9: Informe Final

Se dará cuenta de la totalidad de los productos esperados y alcanzados que se desarrollaron en los informes parciales y de lo logrado en los últimos meses de la ejecución.

Anexo IV – Cronograma. Mes 1. Diciembre/09

Componente 1. Red	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Colaboración en análisis, evaluación y ajuste del Instrumento de evaluación de servicios	X	X							
Aplicación, sistematización y análisis		X	X						
Planificación y coordinación de la Jornada para elaboración de Diagnóstico Regional (3 jornadas)				X					
Reuniones para diseño e implementación de las redes regionales		X	X	X	X	X	X	X	X
Participación en la definición de contenidos de la Libreta de Consultorio de Seguimiento	X	X	X	X					
Distribución de Libreta de Consultorio de Seguimiento					X	X	X	X	
Componente 2. Capacitación CAPS									
Participación en definición de contenidos del material	X	X	X						
Participación en elaboración de documento de actualización	X	X	X						
Planificación de la capacitación a equipos CAPS				X					
Participación en la organización de las capacitaciones					X	X	X	X	
Supervisión de la Capacitación sobre atención del RNR a equipos 1er. nivel de atención (12 jornadas)					X	X	X	X	
Componente 3. Consultorios Seguimiento RNR									
Sensibilización en general		X	X	X	X	X	X	X	X
Participación en la planificación de la actualización destinada a neonatólogos				X					
Participación en la organización de la actualización destinada a neonatólogos					X	X	X		
Supervisión de la capacitación destinada a neonatólogos (2 jornadas)					X	X	X		
Evaluación final								X	X
Informes (P: Parcial; F:Final)			P			P			F

Texto N° 3- Plan de trabajo. Referente Regional del proyecto de la Región Sanitaria XII

1. Motivo

Los Recién Nacidos (RN) de una edad inferior a 32 semanas o con un peso de nacimiento inferior a 1500 gr., tras ser dados de alta de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) precisan una serie de controles sistematizados, ya que están en mayor riesgo de presentar trastornos en su crecimiento y desarrollo, así como de ser rehospitalizados por patologías vinculadas a su internación en UCIN.

Los Recién Nacidos egresados de las UCIN, en especial los de muy bajo peso al nacer, tienen una mortalidad post neonatal y post alta 5 a 10 veces mayor que los lactantes sin patología neonatal. El 33% de la Mortalidad Infantil en la República Argentina es aportada por los niños que pesaron menos de 1500 gramos al nacer⁷, que son sólo el 1,2 % de los nacidos vivos.⁸ Las patologías perinatales⁹ constituyen la principal causa de muerte durante el primer año de vida, siendo responsables de la mitad de las mismas.

Actualmente, las UCIN incluyen en forma habitual a sus egresados de riesgo en programas de seguimiento que permiten el monitoreo sistemático del estado neurológico, evolución clínica, nutricional y psicosocial. Esos programas se implementan a través de los Consultorios de Seguimiento, pero sin la participación de los profesionales que desempeñan sus actividades en el primer nivel de atención (Centros de Atención Primaria de la Salud ó CAPS).

Ahora bien, dado especificidad de los CAPS (atención de la baja complejidad, promoción de la salud, mayor ac-

cesibilidad geográfica para la población), es conveniente que sus profesionales realicen los controles de salud habituales y traten patologías que no estén vinculadas a la internación en UCIN.

La articulación entre ambos niveles de atención desempeña un papel fundamental para mejorar la calidad de vida de los niños y reducir la tasa de rehospitalización y la tasa de mortalidad infantil.

2. Finalidad

La finalidad de este proyecto es reducir la morbimortalidad de recién nacidos egresados de las UCIN de la Provincia de Buenos Aires.

3. Objetivos

O 1. Promover la conformación de una Red de Seguimiento de los RNR egresados de las UCIN de la Región Sanitaria XII, mediante la articulación entre los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo de hospitales, el primer nivel de atención y, cuando corresponda, los servicios hospitalarios complementarios que funcionen en hospitales diferentes del que posee Consultorio de Seguimiento.

O 2. Generalizar las normas de atención del RNR en el primer nivel de atención, mediante la capacitación del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.

O 3. Favorecer la creación de Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con el mismo.

4. Alcance

Se trata de un proyecto de intervención, cuyas principales estrategias son la capacitación del recurso humano de hospitales y de establecimientos del primer nivel de atención o Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y la construcción de consensos y acuerdos de los actores intervinientes.

El proyecto apunta a generar una RED de atención de los Recién Nacidos de Riesgo (RNR) externados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y prevé

7. Guía de Seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Mayo 2005. 3ra. Ed. Pág. 13.

8. Distribución porcentual de los nacidos vivos, según RS de residencia de la madre y peso al nacer, Provincia de Bs. As. Dirección de Información Sistematizada.

http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/salud_materno_infantil_2007/archivos/nacidos_factores/cuadro5.pdf

9. http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/seguimiento_de_las_defunciones_infantiles_2008.pdf

el trabajo articulado entre los profesionales integrantes del Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo que funcionan en hospitales y los profesionales del Primer Nivel de Atención.

Esta Región Sanitaria tiene 4 hospitales con UCIN y Consultorio de Seguimiento de Recién Nacido de Riesgo, 2 hospitales con Unidades de Cuidados Intermedios y 66 Centros de Atención Primaria de la Salud de dependencia municipal organizados regionalmente (Regiones I, II y III).

5. Área

La propuesta se centrará en el trabajo en la Región Sanitaria XII compuesta por el partido de La Matanza.

Hospitales con Servicios de Neonatología de la Región Sanitaria XII con cantidad de partos Año 2007

Establecimientos	Complejidad de Neonatología / Consultorio Seguimiento	Partos 2007
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Dr. Paroissien (provincial)	UCIN y Consultorio de Seguimiento	1.799
Hosp. Zonal de Ag. De González Catán Km. 32 (Provincial)	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales	754
Hosp. Local Materno Infantil Dra. Germani (municipal)	UCIN y Consultorio de Seguimiento	2.270
Hosp. Materno Infantil Dr. J. Equiza (municipal)	UCIN y Consultorio de Seguimiento	1.721
Policlínico Central San Justo (municipal)	Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales	1.577
Niños de San Justo (municipal)	UCIN y Consultorio de Seguimiento	0

6. Plan de tareas Para el componente 1. Red

- Acuerdo de mecanismos de articulación entre niveles de atención para el alta referenciada del Recién Nacido de Riesgo (RNR) desde la UCIN al primer nivel de atención.
- Articulación entre hospitales para complementarse en la atención de RNR con situaciones especiales para su seguimiento.

La referencia y contrarreferencia son procesos ordenados y normatizados de flujo de pacientes entre diferentes niveles de atención de la salud, generalmente entre el primero, constituido por centros de atención primaria de la salud (CAPS) y su hospital de referencia - segundo nivel.

El lactante egresado de la UCIN debe ser referido al médico del primer nivel donde un pediatra / generalista de cabecera efectuará el control pediátrico habitual. La accesibilidad de la familia al CAPS permitirá la generación de mayor confianza, que incide positivamente en la disminución de la deserción en el seguimiento del RNR.

Para el médico encargado del Consultorio de Seguimiento, la articulación con el primer nivel asegura el control pediátrico habitual del RNR, disminuye la deserción en el seguimiento clínico y social, y disminuye costos tanto para el sistema de salud como para el paciente, evitando erogaciones por traslados innecesarios para atenciones que pueden llevarse a cabo en su zona de residencia.

Para el componente 2. Capacitación

- Capacitación a integrantes del equipo de salud encargado de la atención de niños en los CAPS.

El conocimiento preciso y actualizado de los procesos y prácticas que deben aplicarse cuando se recibe en el CAPS un RNR garantiza un adecuado seguimiento del lactante. La cercanía de la familia al centro de atención primaria y el lazo de confianza que se genera con su pediatra contribuyen a evitar la deserción en los controles habituales que debe tener el niño y que deben realizarse en el CAPS del barrio.

Es de destacar que los niños nacidos prematuros pueden desarrollarse libres de enfermedad o presentar signos sutiles que impacten a largo plazo. No necesariamente debe considerarse que tienen riesgo constante, ni secuelas inevitables. El acompañamiento a través del tiempo, promueve la detección precoz de alteraciones y esto conlleva el beneficio de la derivación e intervención oportuna.

Valorar adecuadamente la calidad de los logros; al tiempo que ser exigentes en el cumplimiento de metas y solicitar precozmente intervención cuando se considere necesario, son herramientas simples, económicas y que sólo requieren del entrenamiento continuo. Quizá lo más difícil de conseguir sea el compromiso que de nuestra parte debe ofrecerse a los que están esperando nuestras respuestas.

Es imprescindible dotar a los profesionales del primer nivel de atención de normas homogéneas para la detección precoz de alteraciones y de mecanismos de derivación para la intervención oportuna.

Para el componente 3. Consultorio de seguimiento

- Promoción de la creación de Consultorios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo en los establecimientos con UCIN que no cuenten con el mismo.
- Actualización a médicos neonatólogos sobre seguimiento del RNR egresado de UCIN.

Varios de los hospitales con servicio de neonatología que no cuentan con Consultorio de Seguimiento son de dependencia municipal, por tanto, el proyecto promoverá

su creación y se hará una reserva presupuestaria que permita llevar adelante la capacitación de los neonatólogos que lo integren.

Se trabajará en todos los ámbitos sobre la importancia de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo: en actividades de sensibilización, de orientación sobre su organización en caso de que surja alguna iniciativa de creación. Se apoyarán las actividades de los Consultorios de Seguimiento existentes mediante la actualización de los médicos neonatólogos

7. Procedimientos

7.1 Actividades para el componente 1: red

7.1.1 Diagnóstico de Situación regional

El objetivo es conocer el estado de situación del seguimiento del RN egresado de UCIN y la oferta sanitaria regional que para tal fin existe. Se pretende que este proceso sea a la vez una instancia para la sensibilización sobre el tema. Para elaboración del diagnóstico, realizará:

7.1.1.1 Colaboración en el análisis, evaluación y ajuste del instrumento de Evaluación de los servicios de atención del Recién Nacido egresado de UCIN y su seguimiento.

7.1.1.2 Aplicación del instrumento en los servicios de la Región, sistematización y análisis de los datos relevados.

7.1.1.3 Planificación, organización y coordinación de la Jornada destinada a elaborar el diagnóstico regional. Participarán: autoridades municipales (Secretario de Salud, Responsable de Atención Primaria y del Programa Materno Infantil, de las tres Regiones), directores de hospitales, representantes de las UCIN, de los Centros de Salud y autoridades y equipo regional.

7.1.2 Diseño, implementación y seguimiento de la red

7.1.2.1 Acuerdo con autoridades y equipo regional sobre la estrategia de implementación y sostenimiento de la red.

7.1.2.2 Reuniones de trabajo para diseño e implementación de la red, a fin de lograr acuerdos sobre: pautas de seguimiento (Planificación del Alta, Condiciones al Egreso Hospitalario; situaciones de consideración especial; incor-

poración de Libreta de Seguimiento del Recién Nacido Egresado de la UCIN); procedimientos técnico-administrativos para la referencia-contrarreferencia de RNR (entre Servicios de Neonatología con servicios auxiliares de hospitales de referencia tales como oftalmología, fonoaudiología, diagnóstico por imágenes, otros y entre hospitales y CAPS). Estos acuerdos deberán quedar formalizados y difundidos entre todos los integrantes de la red.

7.1.2.3 Seguimiento de la implementación.

7.1.3 Libretas de Seguimiento del Recién Nacido Egresado de la UCIN

7.1.3.1 Participación en la definición de contenidos de la Libreta de Seguimiento.

7.1.3.2 Distribución de Libretas de Seguimiento en los Consultorios de Seguimiento

7.2 Actividades para el componente 2. Capacitación

7.2.1 Producción de material para la capacitación de integrantes de equipos del primer nivel de atención, en particular, médicos pediatras y generalistas.

7.2.1.1 Participación en la elaboración del material de actualización, complementario de la Guía de Seguimiento del RN de Riesgo.

7.2.1 Capacitación sobre atención del RNR en el primer nivel de atención

7.2.1.1 Participación en la planificación de la capacitación destinada a médicos pediatras y generalistas, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales de los 66 CAPS del municipio.

7.2.1.2 Participación en la organización de las jornadas de capacitación conjuntamente con los capacitadores y las áreas municipales involucradas.

7.2.1.3 Supervisión de la implementación de la capacitación y evaluación.

7.3 Actividades para el componente 3. Consultorio de seguimiento

Se trabajará en todos los ámbitos sobre la importancia de los Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo: en actividades de sensibilización, de orientación sobre su organización en caso de que surja alguna iniciativa de creación. Se apoyarán las actividades de los Consultorios de Seguimiento existentes mediante la actualización de los médicos neonatólogos

7.3.1 Sensibilización

7.3.1.1 Incorporación de la temática en todas las instancias de reunión con decisores de quienes dependa la creación de Consultorios de Seguimiento.

7.3.2 Actualización a médicos neonatólogos de UCIN y de Consultorio de Seguimiento.

7.3.2.1 Participación del proceso de planificación de la actualización a neonatólogos: definición de contenidos, de metodología, de evaluación.

7.3.2.2 Participación en la organización de la capacitación conjuntamente con los capacitadores y las áreas involucradas.

7.3.2.3 En caso de existir iniciativas para la creación de Consultorio de Seguimiento, participación del proceso de planificación de la capacitación sobre su organización y actividades que se llevan a cabo, destinada a neonatólogos: definición de contenidos, de metodología, de evaluación.

7.3.2.3 Supervisión de la capacitación implementada y evaluación.

7.3.3 Apoyo a las iniciativas de creación de Consultorios de Seguimiento del RNR (si correspondiera)

7.3.3.1 Asesoramiento a jefes de servicio e integrantes de UCIN para la creación y organización de los Consultorios de Seguimiento en los hospitales que aún no han incorporado esta modalidad de atención.

7.3.3.2 Acompañamiento a las iniciativas que se implementen.

8. Informes

Comprenderán lo detallado en los puntos 6 y 7.

Mes 3: Informe Parcial

Dará cuenta de la aplicación, sistematización y análisis del instrumento de evaluación de servicios; del grado de avance en el diseño de la red y en la sensibilización para el armado de Consultorio de Seguimiento en los hospitales donde no existe.

Mes 6: Informe Parcial

Comprenderá informar sobre la Jornada para elaboración del diagnóstico regional; el grado de avance en el diseño e implementación de la red; la capacitación a equipos de salud del primer nivel de atención; la sensibilización para la creación de consultorios de seguimiento; la disponibilidad de Libretas de Consultorio de Seguimiento y la actualización a neonatólogos.

Mes 9: Informe Final

Se dará cuenta de la totalidad de los productos esperados y alcanzados que se desarrollaron en los informes parciales y de lo logrado en los últimos meses de ejecución.

Anexo IV – Cronograma. Mes 1. Diciembre/09

Componente 1. Red	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Colaboración en análisis, evaluación y ajuste del Instrumento de evaluación de servicios	X	X							
Aplicación, sistematización y análisis		X	X						
Planificación y coordinación de la Jornada para elaboración de Diagnóstico Regional (1 jornada)				X					
Reuniones para diseño e implementación de las redes regionales		X	X	X	X	X	X	X	X
Participación en la definición de contenidos de la Libreta de Consultorio de Seguimiento	X	X	X	X					
Distribución de Libreta de Consultorio de Seguimiento					X	X	X	X	
Componente 2. Capacitación CAPS									
Participación en definición de contenidos del material	X	X	X						
Participación en elaboración de documento de actualización	X	X	X						
Planificación de la capacitación a equipos CAPS				X					
Participación en la organización de las capacitaciones					X	X	X	X	
Supervisión de la Capacitación sobre atención del RNR a equipos 1er. nivel de atención (4 jornadas)					X	X	X	X	
Componente 3. Consultorios Seguimiento RNR									
Sensibilización en general		X	X	X	X	X	X	X	X
Participación en la planificación de la actualización destinada a neonatólogos				X					
Participación en la organización de la actualización destinada a neonatólogos					X	X	X		
Supervisión de la capacitación destinada a neonatólogos (2 jornadas)					X	X	X		
Evaluación final								X	X
Informes (P: Parcial; F: Final)			P			P			F

Anexo IV

Material didáctico 1

Puntos Llave del Desarrollo Típico en los primeros dos años de vida

Las habilidades motoras claves o puntos llave (Ñ) de cada mes son los que abren paso a otras y son la base para el logro de destrezas motoras futuras e importantes.

Si no se logran en la edad cronológica o corregida correspondiente, se controlará el progreso mensual hasta que las alcance (valorando la intervención).

RN y 1º mes:

- Flexión fisiológica de extremidades en cualquier posición.
- Se mueve vivazmente en vigilia.
- 1Ñ. En supino se orienta visualmente cuando la cabeza está sostenida.
- 2Ñ. Reacción al sonido.
- 3Ñ. En bipedestación con sostén, descarga peso y extiende piernas.
- 4Ñ. Reacción de marcha o marcha automática.

2º mes:

- Gran asimetría por la reacción tónico - cervical asimétrica (RTCA) y mayor desorganización.
- 1Ñ. En supino, sigue objetos a 90°.
- 2Ñ. Lleva mano a cabeza y boca para autocalmarse en supino.
- 3Ñ. Intenta levantar la cabeza al traccionarlo al sentado. Fija la vista en el examinador para estabilizarse.

4º mes:

- Orientación hacia línea media.
- Simetría de cabeza y tronco y bilateral de extremidades.
- 1Ñ. Sostén cefálico.
- 2Ñ. Sonrisa social.

- 3Ñ. Disocia movimientos oculares del de cabeza para seguir objetos (180°).
- 4Ñ. En prono se levanta a sí mismo (cuando tiene experiencia).

6º mes:

- Independiente y activo en supino y prono.
- Rola de prono a supino y de supino a prono y a decúbito lateral.
- 1Ñ. Prensión radio-palmar. Transfiere objetos de una a otra mano.
- 2Ñ. Se sienta sin apoyo.
- 3Ñ. Paracaídas anterior.
- 4Ñ. Juega a escondidas.
- 5Ñ. Imita sonidos del lenguaje.

8º mes:

- Explora el medio con variedad de posiciones.
- Más interés en objetos pequeños.
- 1Ñ. Prensión radio-digital.
- 2Ñ. Manipula, transfiere y suelta juguetes y los golpea en línea media.
- 3Ñ. Gatea sobre manos y pies.
- 4Ñ. Distingue a extraños.
- 5Ñ. Se para con apoyo.
- 6Ñ. Encuentra un objeto escondido.
- 7Ñ. En sentado, control del tronco bien desarrollado, con variedad de patrones en MMII: en anillo, sentada larga, lateral, en W (usado por algunos bebés, no debe estimularse)

12º meses:

- Activo e independiente, prueba nuevos ambientes y objetos del mismo.
- Desarrolla nuevos esquemas motores.
- 1Ñ. Pinza fina de índice-pulgar.
- 2Ñ. Camina tomado de muebles, con amplia base de sustentación para mayor estabilidad postural.
- 3Ñ. Pá y má no específicos.

- 4Ñ. Junta manos en la línea media.
- 5Ñ. Gatea para desplazarse rápidamente.
- 6Ñ. Marcha independiente (promedio: 12 meses).

15 meses:

- Comienza a hablar y a buscar y lograr mayor autonomía.
- 1Ñ. Camina bien solo.
- 2Ñ. Dice al menos 3 palabras.
- 3Ñ. Pone una cosa chica (pastilla) dentro de un frasco o vaso.
- 4Ñ. Hace garabatos con un lápiz.

18 meses:

- El lenguaje comprensivo ha evolucionado.
- Afirma su autonomía diciendo no.
- Etapa de rabietas, berrinches y oposición.
- Algunos niños inician el control de esfínteres.
- 1Ñ. Se agacha y se levanta solo.
- 2Ñ. Distingue y muestra distintas partes de su cuerpo (ojos, boca).
- 3Ñ. Se saca la ropa (zapatos, medias).
- 4Ñ. Reconoce el No.

24 meses:

- Corre, salta, trepa.
- los movimientos de manos son más precisos.
- Juega, imita y dibuja.
- 1Ñ. Corre.
- 2Ñ. Combina dos palabras.
- 3Ñ. Saca una pastilla de un frasco dándolo vuelta.
- 4Ñ. Usa la cuchara derramando poco.

Bibliografía material didáctico N°1

- Couceiro C., Escandar A. y otros. Evaluación del Neurodesarrollo. *Guía de Seguimiento del recién nacido de Riesgo*. Ministerio de Salud de la Nación 3ra. Ed. 2005. Pág 59 y 123.
- Couceiro C., Escandar A. y otros. Evaluación del Neurodesarrollo. *Guía de Seguimiento del recién nacido de Riesgo*. Ministerio de Salud de la Nación 3ra. Ed. 2005. Pág 70.

Material didáctico 2

Recomendaciones: "El bebé prematuro se va a casa". Recopilación: Alcira Escandar.

¿Quién es un bebé prematuro?

Es el bebé que ha nacido por lo menos tres semanas antes de la fecha calculada.

Cosas importantes que hay que recordar

- Edad corregida: Es importante que se cuente la edad del bebé a partir del día que tendría que haber nacido, y no desde el día en que nació prematuramente; a esto se llama la edad corregida.
- Prevención de infecciones:
- Siempre lave sus manos antes de tocarlo o darle de comer, después de haber cambiado los pañales, y muy especialmente si usted está enferma.
- Si usted está resfriada use barbijo o pañuelo cubriendo nariz y boca en el momento de atender al bebé.
- Si el papá o hermanos están resfriados, que no lo levanten en brazos, no tosan cerca y no lo besen.
- Limpiar mesas, sillas y superficies que estén en contacto con personas resfriadas.
- El ambiente del bebé debe ser libre de humo.
- Cumpla con el calendario de vacunación.
- Tenga al bebé en sus brazos lo más frecuentemente posible.

Los bebés prematuros son distintos de otros recién nacidos porque:

- Tienen distintas necesidades de acuerdo a cuán prematuros son, si estuvieron enfermos o si necesitaron cuidados intensivos después de haber nacido.
- Tienen un sistema nervioso que necesita más tiempo para desarrollarse completamente.
- Necesitan más tiempo para lograr su crecimiento.

Los bebés prematuros no toleran bien demasiada estimulación. Ya sea ruidos, luz (sol), etcétera.

Es importante que usted:

- aprenda a entender lo que el bebé quiere.
- aprenda a hablar con su bebé.
- aprenda cómo sostener y abrazar a su bebé para calmarlo.

Durante las primeras semanas y meses el bebé se irrita y se cansa fácilmente; por lo tanto es importante que:

- haya poca gente alrededor de su bebé al mismo tiempo.
- levante, abrace, arrulle y arrope a su bebé si está llorando o está irritado.
- sostenga a su bebé permitiéndole que esté ligeramente flexionado (posición fetal).
- permita que el bebé chupe sus manos y dedos, o le puede dar un chupete.
- cuando sostenga a su bebé usted esté calmada y tranquila.
- mantenga luz tenue alrededor del bebé.
- cargue a su bebé cuando esté llorando.
- hable y juegue con su bebé cuando esté contento y tranquilo.

Alimentos. Los bebés prematuros necesitan:

- amamantarse o comer en un ambiente tranquilo y con poca luz.
- mantenerse apretados contra su pecho y con sus manitas cerca de la boca.
- ser amamantados cada 2 o 3 horas. (Algunos bebés pueden necesitar fórmula).
- El pediatra le indicará el momento oportuno de comenzar con la comida semisólida (cereales, zapallo, manzana, etc.).

Su bebé prematuro puede:

- ser lento para amamantar/comer.
- cansarse mientras está amamantando.
- dormirse mientras está amamantando.

Cuando duerme, está despierto o cuando está llorando... Su bebé puede:

- ser inquieto o ruidoso.
- hacer sonidos cuando está durmiendo.
- dormir casi todo el día, en un principio.
- estar irritable y llorar cuando se despierta.
- presentar dificultad para tranquilizarse.

Su bebé puede llorar mucho debido a que:

- tiene hambre, fatiga, se siente solo o necesita que lo levante o que lo cambie de posición.
- percibe demasiada actividad o ruido.

Los bebés prematuros son muy sensibles al ruido y a la estimulación. Cuando su bebé está cansado y no quiere jugar con usted, puede responder:

- tratando de alejarla mirando hacia otro lado y a veces estirando los brazos y piernas.
- llorando.
- sobresaltándose.
- arrugando la frente, bostezando, estornudando o sacando la lengua, escupiendo.
- respirando más rápido que lo usual.
- arqueando la espalda, cuello y cabeza tratando de alejarse de usted.

Salidas y paseos

Después del alta los papás y el bebé reinician la vida familiar en casa. Es conveniente durante las primeras cuatro y seis semanas que las salidas se limiten a los controles médicos. Evitar los viajes largos. Superado este período, la vida familiar debe ser normal.

Consulte al médico de inmediato, si su bebé:

- se pone pálido o de color azulado.
- tiene problemas para respirar o comienza a respirar en una forma distinta a lo usual.
- no deja de llorar.
- no quiere comer.
- tiene dificultades para comer.
- está vomitando o tiene diarrea.
- parece cansado o débil.
- está acalorado (fiebre temperatura axilar mayor a 37° C).
- está frío (temperatura menor 36° C).

Para prevenir el síndrome de muerte súbita infantil (smsi) o muerte de cuna:

- mantenga a su bebé lejos del humo de cigarrillo. Procure no fumar en ninguna habitación de la casa.
- el bebé debe dormir sobre su espalda y no de costado o boca abajo (puede ponerlo boca abajo para jugar).
- No abrigarlo demasiado, mantener al bebé con una temperatura cálida.
- Amamantar cada vez que lo pida.
- Usar colchón firme y sin almohada.
- Dejar brazos y manos del bebé fuera de la ropa de cama.
- Asegúrese de que la cabeza quede descubierta.

Bibliografía correspondiente al material didáctico N° 2

- *Guía para padres de prematuros*. Larguía, M.; Schapira, I.; Aspres, N. y colaboradores: Neonatología, Hospital Materno Infantil R. Sarda. 2008.
- *Recomendaciones para un sueño seguro de su bebé*. Ministerio de Salud de la Nación y Sociedad Argentina de Pediatría. UNICEF. 2003
- *"Your Preterm Baby Comes Home"*. 2007. Multicultural Perinatal Network/o. 416-338-7600. Toronto Public Health.

Material didáctico 3**Recién nacidos de alto riesgo nutricional y marcadores bioquímicos**

- Recién nacidos < de 1500 gramos
- Todos los niños con el peso por debajo del percentilo 10 al alta, con peso adecuado o no al nacimiento.
- Valoración del riesgo de perímetro cefálico y longitud corporal, desviación de la curva normal y asociación a retardo del crecimiento.
- RNR con trastornos en alimentación (reflujo gastroesofágico, trastornos en la deglución, malformaciones craneofaciales, etc.)
- RNR que tengan problemas respiratorios con oxígeno domiciliario y reiteradas internaciones durante el primer año de vida.
- RNR con intestino corto u otras enteropatías.
- RNR con intolerancias alimentarias (ej. leche de vaca)

Parámetros bioquímicos. Marcadores de riesgo nutricional:

- Albúmina en sangre < 2 gr/dl.
- Fosfatemia < 3,5 mg/dl.
- Fosfatasa alcalina:
> 1200 U/L (en ausencia de colestásis, puede estar relacionado a osteopenia).

Material didáctico 4**Introducción**

En las Normas Nacionales de Vacunación, en Aspectos generales sobre inmunización figura: " La presente publicación es un instrumento para mejorar el cumplimiento de la actividad preventiva de mayor impacto sanitario, como es la inmunización".

Los Médicos Neonatólogos que asistimos a los neonatos y lactantes pequeños que tuvieron que ser internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), tenemos la obligación de respetar el Calendario Nacional de Vacunación, aun con el niño internado, administrando aquellas vacunas que puedan ser aplicadas dentro de la UCIN.

La presente publicación tiene como objetivo la aproximación del tema al Especialista en Neonatología, recordando que la información más completa se encuentra en la publicación de las Normas Nacionales de Vacunación en las que nos hemos basado para la redacción de la presente.

Vacunación contra el virus de la Hepatitis B (HBV)

Prevención de la infección perinatal por el HBV

La transmisión del virus de la Hepatitis B de la madre al recién nacido durante el período perinatal, ocurre en los lactantes hijos de madres con marcadores HBsAg y HbeAg positivos. Si no se infectan durante el período perinatal continúan con riesgo elevado de adquirir la infección por HBV por transmisión horizontal durante los cinco primeros años de vida.

La transmisión de la infección perinatal por HBV puede prevenirse en aproximadamente el 95% de los niños nacidos de madres HBsAg positivas mediante la inmunoprolifaxis activa y pasiva temprana de los lactantes, es decir, la vacunación y la administración de inmunoglobulina hepatitis B (HBIG). Posteriormente debe completarse la vacunación en los primeros seis meses de vida. La vacunación anti hepatitis B, administrada al nacer o poco después, para prevenir la infección perinatal por HBV (pudiendo ser tan eficaz como la combinación con HBIG).

Agente inmunizante

La vacuna actualmente disponible se produce por ingeniería genética, utilizando la técnica de ADN recombinante. Cada dosis es una suspensión liofilizada que contiene 5, 10 o 20 ug. de proteína HBsAg por mililitro según sea la presentación pediátrica o de adulto y según el fabricante. La presentación habitual se adsorbe sobre una solución de hidróxido de aluminio que actúa como adyuvante.

Consevación

Debe conservarse entre 2 y 8 °C, en la parte central de la heladera, con control de temperatura de máxima seguridad. Conserva la potencia entre 24 y 31 meses desde la fecha de producción del laboratorio. No debe congelarse.

Indicación y edad para la vacunación

En el recién nacido la primera dosis debe administrarse dentro de las 12 horas de vida, la segunda a los dos meses de vida junto con las vacunas del Calendario Nacional y la tercer dosis a los 6 meses de edad.

Dosis

- Recién nacido con peso de nacimiento mayor de 2.000 gramos.
La primera dosis de la vacuna anti la hepatitis B se debe aplicar dentro de las primeras 12 horas de vida. Para los niños cuyo peso de nacimiento es mayor de 2.000 gramos, la segunda dosis se aplicará a los 2 meses de vida y la tercer dosis a los 6 meses de vida. La dosis es de 5 ug. o 10 ug. (pediátrica) según el fabricante de la vacuna.
- Recién nacido prematuro
Los recién nacidos prematuros deben recibir la vacuna dentro de las 12 horas de vida, sin embargo para este grupo etáreo serán necesarias tres dosis posteriores que se aplicarán a los 2,4 y 6 meses de edad. Se aplicará la misma vacuna que en el mayor de 2.000 gramos.

Vías de administración

Las vacunas anti hepatitis B y la inmunoglobulina deben aplicarse por vía intramuscular profunda. Las agujas empleadas para inyecciones intramuscular deben tener el largo suficiente para llegar a la parte sustancial del músculo. Para los recién nacidos y lactantes menores de 6 meses en la región anterolateral del muslo.

Situaciones especiales

- Recién nacido mayor de 2.000 gramos con más de 12 horas de vida que no haya recibido la vacuna y la serología materna es negativa.

Aplicar la primera dosis de la vacuna y continuar con el esquema correspondiente.

- Recién nacido mayor de 2.000 gramos con más de 12 horas de vida que no haya recibido la vacuna y la serología materna (HBsAg y HBeAg) es positiva.

Administrar inmunoglobulina específica dentro de los 7 días de vida.

- Recién nacido mayor de 2.000 gramos con más de 12 horas de vida que no haya recibido la vacuna y la serología materna es desconocida.

Se solicita serología urgente a la madre antes del 5to. día de vida del niño:

- si es negativa, el niño debe recibir la primera dosis y continúa con esquema.
- si la serología (HBsAg y HBeAg) es positiva, administrar inmunoglobulina específica dentro de los 7 días de vida.
- si la serología materna es desconocida y no existe posibilidad de solicitarla se debe actuar como si fuera positiva y administrar inmunoglobulina específica dentro de los 7 días. Luego evaluar el estado serológico de la madre.

Recién nacido prematuro con más de 12 horas de vida que no haya recibido la vacuna y la serología materna es negativa.

Aplicar la primera dosis de la vacuna cuando alcance un peso de 2.000 gramos o a los dos meses cuando se administran otras inmunizaciones de rutina. Continuar con el esquema de 4 y 6 meses.

- Recién nacido prematuro con más de 12 horas de vida que no haya recibido la vacuna y la serología materna (HBsAg y HBeAg) es positiva.

Administrar inmunoglobulina específica dentro de los 7 días de vida, y primera dosis de vacuna, seguida por esquema a los 2, 4 y 6 meses. Deberán ser evaluados serológicamente para anticuerpos anti-HBs y HBsAg uno a tres meses después de completar la serie de vacunación.

- Recién nacido prematuro con más de 12 horas de vida que no haya recibido la vacuna y la serología materna es desconocida.

Se solicita serología urgente a la madre antes del 5to. día de vida del niño:

- si es negativa, aplicar la primera dosis de la vacuna cuando alcance un peso de 2.000 gramos o a los dos meses cuando se administran otras inmunizaciones de rutina. Continuar con el esquema de 4 y 6 meses.
- si la serología (HBsAg y HBeAg) es positiva, administrar inmunoglobulina específica dentro de los 7 días de vida. y aplicar primera dosis de vacuna, seguida por esquema a los 2, 4 y 6 meses. Deberán ser evaluados serológicamente para anticuerpos anti-HBs y HBsAg uno a tres meses después de completar la serie de vacunación.
- si la serología materna es imposible de evaluar actuar como si fuera positiva y administrar inmunoglobulina específica dentro de los 7 días. Luego evaluar el estado serológico de la madre. Si la misma es negativa, aplicar la primera dosis de la vacuna cuando alcance un peso de 2.000 gramos o a los dos meses cuando se administran otras inmunizaciones de rutina. continuar con el esquema de 4 y 6 meses. Si la serología (HBsAg y HBeAg) es positiva, aplicar primera dosis de vacuna, seguida por esquema a los 2, 4 y 6 meses. Estos últimos deberán ser evaluados serológicamente para anticuerpos anti-HBs y HBsAg uno a tres meses después de completar la serie de vacunación.
- Recién nacido prematuro con una situación clínica no estable y con peso de nacimiento menor de 1.500 gramos con serología materna negativa

Posponer la administración de la primera dosis de vacuna hasta los 2 meses y continuar a los 4 y 6 meses.

- Recién nacido prematuro con más de 12 horas de vida, con una situación clínica no estable y con peso de nacimiento menor de 1.500 gramos con serología materna (HBsAg y HBeAg) positiva.

Administrar inmunoglobulina específica dentro de los 7 días de vida. Aplicar primera dosis de vacuna, seguida por esquema a los 2, 4 y 6 meses. Deberán ser evaluados serológicamente para anticuerpos anti-HBs y HBsAg uno a tres meses después de completar la serie de vacunación.

- Recién nacido prematuro con más de 12 horas de vida, con una situación clínica no estable y con peso de nacimiento menor de 1.500 gramos con serología materna desconocida.

Se solicita serología urgente a la madre antes del 5to. día de vida del niño:

- si la misma es negativa, aplicar la primera dosis de la vacuna cuando alcance un peso de 2.000 gramos o a los dos meses cuando se administran otras inmunizaciones de rutina. continuar con el esquema de 4 y 6 meses.
- si la serología (HBsAg y HBeAg) es positiva, administrar inmunoglobulina específica dentro de los 7 días de vida. y aplicar primera dosis de vacuna, seguida por esquema a los 2, 4 y 6 meses. Deberán ser evaluados serológicamente para anticuerpos anti-HBs y HBsAg uno a tres meses después de completar la serie de vacunación.
- si la serología materna es imposible de evaluar actuar como si fuera positiva y administrar inmunoglobulina específica dentro de los 7 días. Luego evaluar el estado serológico de la madre. Si la misma es negativa, aplicar la primera dosis de la vacuna cuando alcance un peso de 2.000 gramos o a los dos meses cuando se administran otras inmunizaciones de rutina. continuar con el esquema de 4 y 6 meses. Si la serología (HBsAg y HBeAg) es positiva, aplicar primera dosis de vacuna, seguida por esquema a los 2, 4 y 6 meses. Estos últimos deberán ser evaluados serológicamente para anticuerpos anti-HBs y HBsAg uno a tres meses después de completar la serie de vacunación.

“Si un recién nacido no recibió la vacuna dentro de las 12 horas de vida o no recibió oportunamente la inmunoglobulina anti-hepatitis b en caso de estar indicada, debe recibir la vacuna posteriormente, durante el primer mes de vida, sabiendo que la probabilidad de prevención de la transmisión vertical la perdió “

Intercambiabilidad de las vacunas

Se ha demostrado que la respuesta inmune que se produce después de utilizar una o dos dosis de la vacuna producida por un fabricante, seguidas por una o más dosis posteriores de una vacuna elaborada por un fabricante diferente, es comparable a la asociada con una serie completa de vacunación con un producto único.

Vacuna Poliovirus inactivado Agente inmunizante

La vacuna antipoliomielítica es una suspensión acuosa elaborada con virus inactivados (IPV) contiene los tres tipos de poliovirus 1, 2 y 3 obtenida en cultivo de células

de riñón de mono o en células diploides humanas e inactivados con formaldehído.

Inmunogenicidad y eficacia

La IPV es altamente inmunogénica y eficaz para prevenir la poliomielitis.

La administración de IPV produce seroconversión en el 95% o más de los vacunados después de dos dosis y títulos séricos elevados en el 99 a 100% después de tres dosis. La inmunidad es prolongada y tal vez persista toda la vida.

La IPV inhibe la adquisición faríngea de poliovirus y, en menor grado, la adquisición intestinal.

Esquema de inmunización

La serie primaria consiste en tres dosis. Las dos primeras dosis deben administrarse con intervalos de 8 semanas comenzando a los dos meses de edad (edad mínima seis semanas) y se recomienda una tercera dosis a los seis a doce meses después de la segunda. Debe administrarse una dosis suplementaria (cuarta) al ingreso escolar, entre los cuatro y seis años de edad.

Administración con otras vacunas

Pueden ser administrada simultáneamente con otras vacunas recomendadas de rutina.

Reacciones adversas

Hasta la fecha los datos sobre reacciones adversas provenientes de Francia y Canadá que tienen sistemas de vigilancia y los registros de los fabricantes han demostrado la seguridad de la vacuna.

Dado que las vacunas pueden contener cantidades ínfimas de estreptomina, neomicina y polimixina B, es posible que se presenten reacciones alérgicas en los receptores con hipersensibilidad a uno o más de estos antibióticos.

Uso secuencial de Vacuna a Virus Inactivados seguida de Vacuna Oral

El esquema recomendado para este régimen consiste en dos dosis de IPV administradas a los dos meses (edad mínima seis semanas) y a los cuatro meses de edad seguidas por dos dosis de vacuna oral (OPV) a los doce y

a los dieciocho meses y un refuerzo a los cuatro o seis años de edad.

Recomendaciones Se recomienda el uso de vacuna a virus inactivado:

- En las personas inmunocomprometidas y en sus contactos familiares cercanos.
- En los lactantes y niños en los cuales se sabe que un miembro de la familia está insuficientemente vacunado contra la poliomielitis, porque los adultos no inmunizados corren un riesgo más elevado de poliomielitis parálítica asociada con la vacuna.
- Cuando no es posible que el número de inyecciones disminuya el cumplimiento y cuando la IPV es la vacuna preferida por los prestadores de atención de la salud y por los padres u otras personas encargadas del cuidado del niño.

Se recomienda el esquema secuencial de IPV/OPV con el objeto de reducir el riesgo de poliomielitis parálítica asociada a la vacuna mientras se mantiene una inmunidad intestinal óptima, especialmente en personas que viajan a regiones donde los poliovirus siguen siendo endémicos.

Los niños nacidos pretérmino y otros niños de alto riesgo necesitan la protección de las vacunas frente a las enfermedades típicas de la infancia. La inmunización debe realizarse según el calendario vacunal recomendado. Incluso en los grandes prematuros la inmunización debe realizarse a la edad cronológica correspondiente y utilizando dosis completas.

A los niños que todavía permanecen internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal no se les debe administrar vacunas a virus vivos atenuados.

Vacuna triple bacteriana (DPT. DPaT)

Agente inmunizante

Es una asociación de toxoide diftérico y tetánico purificados a partir de cultivos de *Clostridium tetanis* y *Corynebacterium diphtheriae* adsorbidos en hidróxido o fosfato de aluminio y una suspensión de cultivos de microorganismos en fase I de *Bordetella pertussis* inactivada por formalina o por calor.

Toxoide Diftérico

La vacunación universal con Toxoide Diftérico constituye la única medida eficaz para la erradicación de la difteria.

Se aplica por vía intramuscular.

La inmunización de niños de 2 meses de vida a 7 años de edad debe incluir 5 dosis de vacuna que contengan toxoide de difteria y tétanos; esto se logra con la DTP.

Hay que aplicar DT en vez de DTP cuando se vacune contra difteria y tétanos a niños menores de 7 años de vida en quienes está contraindicada la vacunación contra la tos ferina.

Padecer la enfermedad no confiere obligadamente inmunidad, en ese caso la vacunación activa contra la difteria se hará durante la etapa de convalecencia de la enfermedad.

Toxoide Tetánico

Para evitar el tétanos neonatal, las medidas preventivas (además de la vacunación materna) comprenden programas de vacunación en la comunidad para jóvenes adolescentes y mujeres en edad de procreación.

Bordetella pertussis

Existen 2 tipos de vacuna triple que se diferencian por el componente pertussis (*Bordetella pertussis*), dado que ambas contienen toxoide tetánico y diftérico:

- Vacuna con componente pertussis celular, que contiene células enteras muertas de *Bordetella pertussis* (DPT).
- Vacuna con componente pertussis acelular, que contiene sólo antígenos de la *Bordetella pertussis* (DpaT).

Indicación y edad de vacunación

Todos los niños menores de 7 años se hayan expuestos y deben ser vacunados a partir de los 2 meses de edad, hayan o no padecido difteria, tétanos o síndrome coqueluchosos.

Se deben considerar la indicación de vacuna acelular en niños que han presentado efectos adversos importantes, recordando que las contraindicaciones son similares.

Vía de administración. Intramuscular.

Esquema

Tres dosis a partir de las 8 semanas de vida y con intervalo de 4 a 8 semanas, una cuarta dosis (1er. refuerzo) al año de la última dosis, aplicando un segundo refuerzo al ingreso escolar (6 años de vida).

Efectos adversos

Locales: Tumefacción y dolor.

Generales: Fiebre (entre 38° y 40° C).

- Malestar.
- Anorexia.
- Vómitos.

Complicaciones

- Convulsiones: en términos de 48 hs de la administración. Es de un caso por 1.754 dosis administradas. Fueron breves, cedieron espontáneamente y generalizadas; se observaron por lo común en niños febriles después de recibir la tercera o la cuarta dosis de la serie de vacunas. Entre los factores que predisponen a que surjan las convulsiones en término de 48 hs está un cuadro convulsivo primario y los antecedentes personales y familiares de tal problema. El riesgo es más bajo en menores de 4 meses.
- Episodios hipotónicos-hiporreactivos: 1 caso por 1754 dosis aplicadas
- Episodios de somnolencia excesiva, llanto prolongado y persistente.
- Encefalopatía en las primeras 72 hs.: 1 caso en 1 millón de dosis aplicadas.
- Anafilaxia, en la primera hora postvacunal: 20 en 1 millón de dosis aplicadas.

La frecuencia de reacciones locales (eritema, induración en el sitio de la inyección), fiebre y otros síntomas generales comunes (somnolencia, inquietud y anorexia) es mucho menor con las vacunas acelulares.

Las convulsiones que se han vinculado con el uso de DPT, se detectan con menor frecuencia después de emplear la vacuna acelular.

Contraindicaciones

- Reacción anafiláctica inmediata
- Encefalopatía en término de siete días no atribuible a otra causa.

Lactantas y niños con trastornos primarios del sistema nervioso

- Trastorno progresivo del sistema nervioso que se caracteriza por retraso del desarrollo por hallazgos neurológicos: Los trastornos en cuestión constituyen una razón para diferir de manera indefinida la vacunación contra tos ferina. La aplicación de la vacuna triple puede coincidir con la identificación y las manifestaciones inevitables del problema o acelerarlas, y así surgir confusión en cuanto a la causalidad. Entre los ejemplos estarían los espasmos infantiles y otros cuadros epilépticos que comienzan en la lactancia. Es importante diferenciarlos de los que no son progresivos con síntomas que a veces cambian conforme madura el niño.
- Lactantes y niños con el antecedente de convulsiones: Los menores con el antecedente de convulsiones tal vez estén expuestos a un mayor riesgo de mostrarlas después de recibir DTP. Dado que aumenta el peligro de una convulsión después de la vacunación, será mejor diferir la aplicación de la vacuna contra tos ferina en niños que han sufrido recientemente convulsiones, hasta descartar un trastorno neurológico progresivo. Pueden recibir DPAT los lactantes y niños con convulsiones muy bien controladas o aquellos en quienes posiblemente no reaparezca el problema mencionado.
- Lactantes y niños que tienen cuadros neurológicos (o se sospecha de su presencia) que predisponen a la aparición de convulsiones o deterioro neurológico: los trastornos en cuestión incluyen esclerosis tuberosa y algunas metabolopatías hereditarias o enfermedades degenerativas. Hay que analizar la posibilidad de diferir la vacunación contra tos ferina en dichos pacientes. En la evolución normal de tales enfermedades pueden presentar convulsiones o encefalopatía y, por tal razón, también pueden surgir después de cualquier vacunación. Los menores con trastornos del sistema nervioso, inestables o en evolución que pudieran predisponer a convulsiones o a deterioro neurológico deben ser observados antes de la vacunación para precisar el diagnóstico y el pronóstico del trastorno neurológico primario. Si se observa resolución, corrección o erradicación del problema, será posible vacunar a los niños.
- Cuadros neurológicos estables, como serían retraso del desarrollo o parálisis cerebral, no constituyen contraindicaciones para la aplicación de vacuna contra tos ferina.

Vacuna antihaemophilus influenzae tipo b (Hib)

En el Esquema regular la vacuna antihaemophilus influenzae b se administra combinada con DPT como vacuna cuádruple (DPT+Hib).

- Protege contra las infecciones invasivas del cocobacilo Haemophilus influenzae b, que se transmite por vía respiratoria.
- Infecciones invasivas del Hib: meningitis, septicemia, osteomielitis, epiglotitis, artritis séptica, pericarditis, celulitis, neumonía.
- Es una vacuna de origen bacteriano compuesta por un antígeno purificado del Hib y conjugada a una proteína transportadora.
- Vacuna líquida compuesta por :

a) Antígeno purificado: es un polisacárido de la cápsula (polyribosyl-ribitol-phosphate: PRP), o un oligosacárido del mismo, un segmento corto del PRP (Hb-OC).

b) Soporte proteico: (proteínas transportadoras) que provoca la respuesta humoral completa y protectora a partir de los primeros meses de vida, edad en la que se presenta el mayor porcentaje de los casos.

Composición y características

- PRP-T: conjugada al toxoide tetánico. Esquema básico iniciado antes del año de edad.
- PRP-OMP: enlazada a un complejo de proteínas de la membrana externa de N. Meningitidis. Esquema básico iniciado antes del año de edad.
- PRP-HbOC/CRM197: el oligosacárido HBOC del PRP está conjugado directamente con una mutante no tóxica de la toxina diftérica, la CRM 197. Esquema básico iniciado antes del año de edad.
- PRP-D: conjugada al toxoide diftérico. Recomendada para la dosis de refuerzo después de los 18 meses de vida.

Preparación vacunal

- Simple.
- Combinada: con DPT y/o VPI (polio).

Esquema

2 meses a 6 meses: 3 dosis con intervalo de 8 semanas y refuerzo entre 12 – 15 meses de edad.

7 meses a 11 meses: 2 dosis, intervalo de 2 meses y refuerzo e/12–15 meses de edad.

12 meses a 14 meses: 1 dosis y un refuerzo a los 18 meses de edad.

15 meses a 59 meses: 1 sola dosis sin refuerzo.

Dosis: 0,5 ml, IM preferentemente en la región anterolateral del muslo en niños, en niños mayores y adultos se aplica en región deltoidea.

Eficacia de la vacuna: Entre el 90% y el 100% de los vacunados.

Reacciones adversas y complicaciones: Reacciones locales y fiebre.

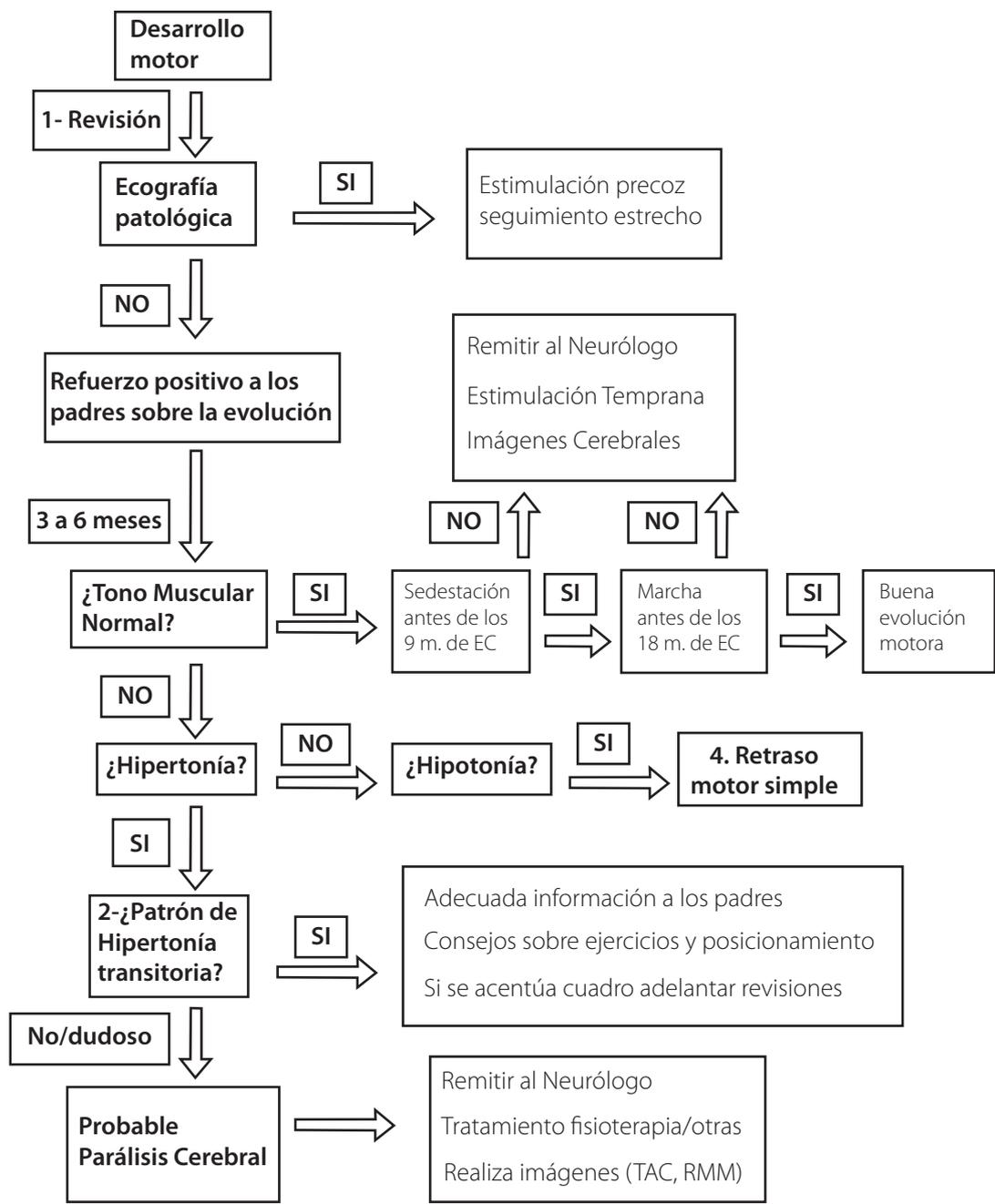
Uso simultáneo con otras vacunas: Con todas, si son aplicadas en distinto lugar del cuerpo.

Bibliografía

Normas Nacionales de Vacunación año 2003/2004. Ministerio de Salud de la Nación.

Material didáctico 5

Algoritmo del Desarrollo Motor en Recién nacido de Alto Riesgo



1. Factores de Riesgo PT < de 1500 gr.; lesiones parenquimatosas cerebrales y HIC grado IV con hidrocefalia por ecografía.
2. La hipertonía transitoria aparece a los 5-6 meses de edad corregida, sigue un patrón cefalocaudal y desaparece antes de los 18 meses y no modifica la cronología de las adquisiciones motoras.
3. La fisioterapia y la estimulación precoz se proporciona habitualmente en los Centros de Atención Temprana
4. El retraso motor simple suele aparecer en niños con múltiples patologías que, de alguna manera, detiene el desarrollo motor. Mejora al mejorar la enfermedad de base.

Anexo V

Libreta de Seguimiento del Recién Nacido Egresado de Neonatología

Tapas de la libreta

<p>La impresión de la presente Libreta de Seguimiento fue financiada con fondos del Consejo Federal de Inversiones dentro del marco del proyecto</p> <p>Red de atención para el seguimiento del recién nacido egresado de la unidad de cuidados intensivos neonatales.</p> <p>Agosto de 2010</p>	<p><i>Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires</i></p>  <p><i>Libreta de seguimiento del recién nacido egresado de neonatología</i></p> <p><i>Programa Materno Infantil</i></p>	
<p>La Libreta de Seguimiento fue pensada como un instrumento de articulación entre los Profesionales que participan en la atención de los niños egresados de las Unidades de Neonatología. Su distribución es gratuita</p>	 <p>por favor, pegue aquí la epicrisis del bebé</p>	

Interior de la libreta

Historia clínica del niño/a N°: _____

Nombre y apellido del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Documento de identidad N°: _____

Nombre y apellido de la madre: _____

Nombre y apellido del padre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Min. de Salud de la Prov. de Buenos Aires — 1 — Programa Materno Infantil

Identificación del Consultorio de Seguimiento

Nombre del Hospital: _____

Domicilio: _____ *Localidad:* _____

Teléfono: _____ *interno:* _____

Otras formas de comunicación: _____

Nombre y apellido del médico: _____

Días/Horario de atención:

<i>lunes</i>	<i>martes</i>	<i>miércoles</i>	<i>jueves</i>	<i>viernes</i>	<i>sábado</i>

N° de historia clínica consultorio de seguimiento: _____

Identificación del Centro de Salud

Nombre del Centro de Salud: _____

Domicilio: _____ *Localidad:* _____

Teléfono: _____

Nombre y apellido del médico: _____

Días/Horario de atención:

<i>lunes</i>	<i>martes</i>	<i>miércoles</i>	<i>jueves</i>	<i>viernes</i>	<i>sábado</i>

N° de historia clínica: _____

- 2 -

*El Bebé Prematuro se va a casa
Cosas Importantes de Recordar!!!*

EDAD CORREGIDA:
Es importante que se cuente la edad del bebé a partir del día que tendría que haber nacido, y no desde el día en que nació prematuramente; a esto se llama la edad corregida.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES:

- Siempre lave sus manos antes de tocar o darle de comer, después de haber cambiado los pañales, y muy especialmente si Usted está enferma.
- Si usted está resfriada usar barbijo o pañuelo cubriendo nariz y boca en el momento de atender al bebé.
- Si el papá o hermanos están resfriados, que no lo levanten en brazos, no tosan cerca y no lo besen.
- Limpiar mesas, sillas y superficies que estén en contacto con personas resfriadas.

LOS BEBÉS PREMATUROS NECESITAN:

- Amamantarse o comer en un ambiente tranquilo y con poca luz.
- Mantenerse apoyados contra su pecho y con sus manitos cerca de la boca.
- Ser amamantados cada 2 o 3 horas. (algunos bebés pueden necesitar fórmula).
- El pediatra le indicará el momento oportuno de comenzar con otros alimentos.
- El ambiente del bebé debe ser libre de humo.
- Cumplir con el calendario de vacunación.



Min. de Salud de la Prov. de Buenos Aires — 3 — Programa Materno Infantil

Diagnóstico por imágenes:

<i>Estudio:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Informe:</i>	

.....

.....

<i>Estudio:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Informe:</i>	

.....

.....

<i>Estudio:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Informe:</i>	

.....

.....

<i>Estudio:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Informe:</i>	

.....

.....

- 12 -

Diagnóstico por imágenes:

<i>Estudio:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Informe:</i>	

.....

.....

<i>Estudio:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Informe:</i>	

.....

.....

<i>Estudio:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Informe:</i>	

.....

.....

<i>Estudio:</i>	<i>Fecha:</i>
<i>Informe:</i>	

.....

.....

Min. de Salud de la Prov. de Buenos Aires - 13 - Programa Materno Infantil

Servicio social del Hospital

<i>Nombre del Trabajador Social:</i>
<i>Fecha e Informe:</i>

.....

.....

<i>Fecha e Informe:</i>

.....

.....

<i>Fecha e Informe:</i>

.....

.....

<i>Fecha e Informe:</i>

.....

.....

- 14 -

Servicio social del Centro de Salud

<i>Nombre del Trabajador Social:</i>
<i>Fecha e Informe:</i>

.....

.....

<i>Fecha e Informe:</i>

.....

.....

<i>Fecha e Informe:</i>

.....

.....

<i>Fecha e Informe:</i>

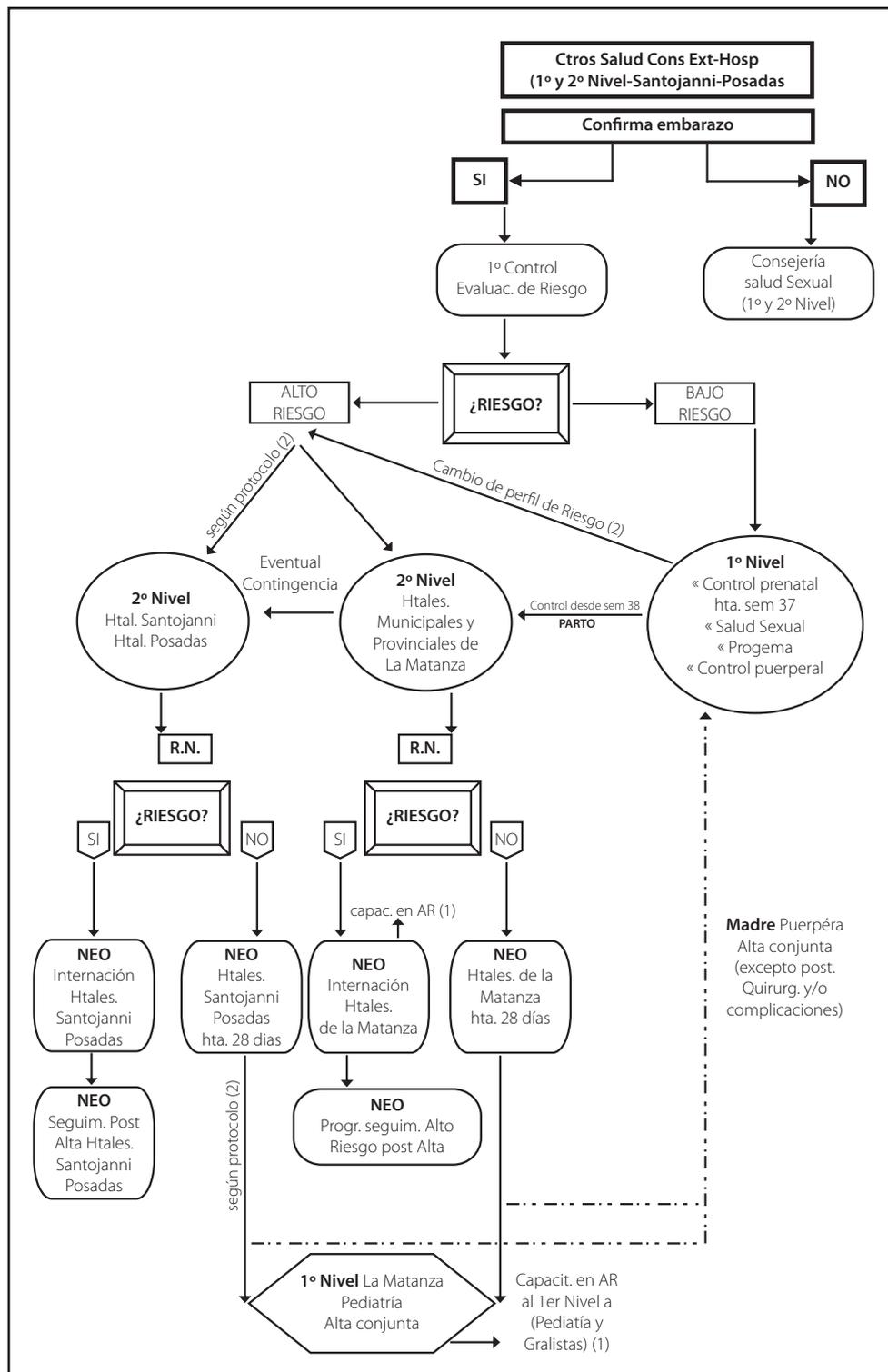
.....

.....

Min. de Salud de la Prov. de Buenos Aires - 15 - Programa Materno Infantil

Anexo VI

Programa de prevención del parto prematuro y de seguimiento posalta del RNR



Fuente: Municipalidad de la Matanza.

Tabla 1. Evaluación de los hospitales con servicio de neonatología. RSVII

Nombre del hospital	Bocalandro	Gral. Rodríguez	H. de Malvinas	L. y M. de la Vega	Luján	Posadas
Dependencia	Prov.	Prov.	Prov.	Prov..	Munic.	Nacional
Número de partos	1648	2383	3500	3200	829	4428
Nº de ingresos neo	326	587	350	420	s/d	907
Resp. convencionales	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Resp. sincronizados	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Alta frecuencia	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Nutrición parenteral	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Residencia Neo.	NO	SÍ	NO	NO	NO	SÍ
Consul. seguimiento	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Guardia activa	SÍ(*)	SÍ	NO(**)	SÍ	SÍ	SÍ
Cirugía Pedriátrica	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Anes. ped. todos los días	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ
Neurocirugía	NO	SÍ	NO	NO	NO	SÍ
Cardiociugía	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ
Bco. de sangre las 24 hs.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Laboratorio las 24 hs.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cardiólogo	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ
Oftalmólogo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Ecografía	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Referencia CAPS	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ

Nombre del hospital	Chutro	Carrillo	Total
Dependencia	Munic..	Prov..	
Número de partos	1800	1200	18988
Nº de ingresos neo	200	Cerrada	2790
Resp. convencionales	SÍ	SÍ	100%
Resp. sincronizados	NO	NO	37,50%
Alta frecuencia	NO	NO	12,50%
Nutrición parenteral	SÍ	SÍ	87,50%
Residencia Neo.	NO	NO	25%
Consul. seguimiento	SÍ	SÍ	87,50%
Guardia activa	SÍ(*)	NO(***)	
Cirugía Pedíatrica	NO	NO	37,50%
Anes. ped. todos los días	NO	NO	25%
Neurocirugía	NO	NO	25%
Cardiociugía	NO	NO	12,50%
Bco. de sangre las 24 hs.	SÍ	SÍ	100%
Laboratorio las 24 hs.	SÍ	SÍ	100%
Cardiólogo	NO	NO	50%
Oftalmólogo	NO	SÍ	75%
Ecografía	SÍ	SÍ	100%
Referencia CAPS	SÍ	NO	50%