

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

**ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL DISEÑO Y CONSOLIDACIÓN DE UN
MODELO DE INTERVENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DEL RECIÉN
NACIDO PREMATURO**

INFORME FINAL

FEBRERO/2018

COORDINADORA: SILVINA GABRIELA MOGGIANO

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	Página
CAPÍTULO 1: Introducción. Presentación del Proyecto y su Contexto	4
1.1 Fundamentación y Antecedentes.	5
1.2 Objetivos.	6
1.3 Alcance territorial.	7
1.4 Plan de Trabajo.	7
1.5 Metodología para la planificación e implementación.	10
1.6 Perfil del Equipo de Trabajo	14
CAPÍTULO 2. Marco Conceptual y Marco de Referencia: Revisión de bibliografía y de antecedentes vinculados al Proyecto en el territorio.	15
2.1 Revisión de bibliográfica y evidencias. <i>(Corresponde a tarea 1)</i>	16
2.2 Revisión de antecedentes y experiencias operativas en terreno. <i>(Corresponde a tarea 3)</i>	23
CAPÍTULO 3: Planificación Participativa, Talleres y Capacitaciones	28
3.1. Primer Taller Participativo: presentación, intercambio y análisis de la propuesta con los actores clave intervinientes. <i>(Corresponde a tarea 7)</i>	29
3.2 Capacitación al equipo de salud local en el abordaje del trabajo con las familias y la utilización de los instrumentos propuestos para la visita domiciliaria <i>(Corresponde a tareas 9 y 10).</i>	32
3.3 Segundo Taller Participativo: presentación del trabajo realizado y de la propuesta a los actores clave intervinientes. Debates, consensos y validaciones <i>(Corresponde a tarea 18)</i>	33
CAPÍTULO 4: Proceso de diseño de un protocolo de visitas domiciliarias.	38
4.1 Planificación del trabajo en terreno. Plan de Visitas. <i>(Corresponde a tarea 11)</i>	39
4.2 Principales componente que organizan y estructuran las Visitas	42
4.3 Selección de los hogares donde se realizó la visita domiciliaria. <i>(Corresponde a tarea 11)</i>	45
4.4 Realización de las visitas domiciliarias. <i>(Corresponde a tarea 12)</i>	47
4.5 Análisis de la información recabada en las visitas domiciliarias. La aplicación del Instrumento de Registro y su potencialidad para la producción de información. <i>(Corresponde a las tareas 13 y 14)</i>	49
4.6 Datos Sanitarios Generales (población objetivo) incluidos en el Programa de Seguimiento del Recién Nacido Prematuro.	50
CAPÍTULO 5: Producto. Diseño de un Sistema Informatizado Online de seguimiento del niño prematuro y su familia	67
5.1 Desarrollo conceptual e informático de Sistema Informatizado Online <i>(Corresponde a tarea 6)</i>	68
5.2 Objetivos del Sistema Informatizado Online <i>(Corresponde a tarea 6)</i>	68
5.3. Variables seleccionadas e indicadores categorizados que contendrá el Sistema de Información <i>(Corresponde a tarea 6)</i>	68
5.4 Especificaciones técnicas del sistema informático online. <i>(Corresponde a tareas 6 y 7)</i>	90
CAPÍTULO 6: Lecciones Aprendidas, Propuestas y Conclusiones. <i>(Corresponde a tareas 17, 18 y 19)</i>	94
6. 1. Balance sobre la prueba piloto: La visita domiciliaria como dispositivo de intervención sociosanitaria.	95
6.2 Fundamentos para una propuesta de seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo.	97
6.3 Recomendaciones y Estrategias para una Propuesta de seguimiento del recién nacido de alto riesgo.	99
6.4 Conclusiones	102
Anexos	105

RESUMEN

El documento presenta los diversos componentes que se han integrado para el Diseño del Programa de Seguimiento del Recién Nacido Prematuro (RNP) y las etapas transitadas para su formulación conceptual, metodológica y operativa.

Se describen en primer lugar los antecedentes revisados, las evidencias bibliográficas relevadas y las experiencias previas que lo sustentan, elementos sobre los cuales se planifica la experiencia piloto desarrollada en el Municipio de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires.

En su fase de implementación, se presentan los talleres participativos realizados con el mapa de actores claves y la metodología aplicada para el trabajo en terreno, particularmente para la realización de las visitas a las familias incluidas en el Programa en su etapa piloto. La información recabada articuló abordajes cuantitativos y cualitativos, triangulando información relevante para el análisis situacional del contexto y de cada familia en particular.

Como producto de esta intervención se desarrolló un sistema informático de carga online, el cual integra múltiples dimensiones claves para el trabajo sociosanitario y para la planificación de acciones oportunas por parte del sistema de salud local frente a la problemática del RNP y sus familias.

Se concluye acerca de los beneficios del registro sistemático, de la estrategia de seguimiento y de las visitas domiciliarias como dispositivo de acompañamiento sociosanitario y de accesibilidad al sistema de salud, recomendando las acciones a seguir para la sustentabilidad de estas propuestas y la replicación del Programa a escala provincial.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

CAPÍTULO 1: Introducción. Presentación del Proyecto y su Contexto

1.1 Fundamentación y Antecedentes.

Los niños nacidos prematuros tienen un mayor riesgo de padecer en el futuro problemas de salud, neurodesarrollo y discapacidad. El bajo peso al nacer es un factor de riesgo biológico, que asociado a otras situaciones de vulnerabilidad, pueden llevar al niño/niña a padecer diversas patologías, incluso a morir durante el período neonatal o post neonatal. El bajo peso al nacer ha sido asociado con una peor salud y con peores resultados de desarrollo en la infancia, con problemas de aprendizaje y un pobre desempeño en la escuela, con un aumento en el número de problemas crónicos de salud en la edad adulta y en la vejez, así como con dificultades en la esfera social y laboral. Los estudios disponibles dejan en claro que el bajo peso al nacer puede tener consecuencias graves y negativas para la salud y el desarrollo de los niños/as, pero que una intervención temprana puede mitigar estos efectos, al menos en parte. Estos niños necesitan al alta acceder a programas de seguimiento integral del crecimiento, desarrollo y monitoreo de su salud. En estos casos un programa integral debe garantizar también el acceso a la contención e inclusión social, a la rehabilitación y asistir a la familia en el cuidado del niño/a. Todos estos derechos deben ser garantizados en forma temprana. Cuando este grupo de niños/as, egresan de las unidades de cuidados intensivos neonatales, requieren de un seguimiento de su salud y de su entorno hasta los 6 años de edad.

En la provincia de Buenos Aires, de un total de 140.000 nacidos vivos registrados en establecimientos del sector público, 6,8% correspondieron a recién nacidos de bajo peso al nacer (Datos DIS y SIP 2014). El 52% de los niños y niñas de bajo peso al nacer que fallecen luego del mes, lo hacen en el domicilio. La mortalidad post-neonatal podría reducirse a través del adecuado seguimiento del recién nacido de alto riesgo y también de la mejora de las condiciones ambientales, sociales y familiares en las que se desarrollan los niños y las niñas cuando regresan a su hogar, en particular de aquellos que nacieron prematuros y/o con muy bajo peso al nacer.

El presente proyecto registra un antecedente de investigación financiado por el CFI (2009-2010) dirigido a promover una red de seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo de las Regiones Sanitarias VII y XII. Si bien su evaluación se consideró una experiencia exitosa al capacitar a los recursos humanos de los Centros de Atención Primaria (en adelante CAPS) en el manejo de la problemática de la prematurez, no se trabajó en el seguimiento domiciliario, lo que conlleva que el sistema sanitario en su conjunto pierde el contacto con los niños dados de alta de las Unidades de Cuidados Intensivos

Neonatales (en adelante UCIN) cuando sus familias no los llevan a los controles lo que implica en términos sanitarios, que una franja poblacional con altas posibilidades de enfermar y morir pierde su vinculación con el sistema sanitario. Esto se debe fundamentalmente a la debilidad del sistema de búsqueda y recuperación activa de estos/as niños/as y sus familias.

En la Argentina, existe escasa experiencia en el seguimiento integral del prematuro luego del alta hospitalaria, que priorice la articulación de los distintos niveles de atención. Si bien la provincia de Buenos Aires fue la primera en contar con el Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo asociado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, fue la provincia de Córdoba una de las primeras provincias en implementar la atención ambulatoria del recién nacido de alto riesgo con un programa de seguimiento ambulatorio del prematuro a nivel provincial.

Sobre la base de las experiencias anteriormente nombradas, este proyecto busca generar una propuesta de intervención para el seguimiento del recién nacido prematuro sostenible en el tiempo. Como fin último se busca el fortalecimiento de las estrategias de la Dirección de Maternidad e Infancia mediante la asistencia técnica en el diseño de los protocolos de seguimiento y capacitación para la implementación eficaz de intervenciones.

1.2 Objetivos.

General

- Diseñar y consolidar un modelo de Intervención para el seguimiento del recién nacido prematuro

Específicos

- Diseñar y proponer los protocolos para aplicarse en el recorrido del niño/a prematuro y su familia dentro del sistema sanitario y su comunidad.
- Desarrollar los instrumentos cuantitativos y cualitativos que posibiliten la aplicación del protocolo de modo integral en cada instancia del recorrido
- Implementar una Prueba Piloto y en base a los datos obtenidos efectuar el ajuste definitivo de la propuesta

1.3 Alcance territorial.

La propuesta tiene como población objetivo a niños/as nacidos prematuros y sus familias al momento de la implementación de la prueba piloto en el Municipio de Florencio Varela. Incluye a los Equipos de Salud del Municipio; Equipos de Salud Región Sanitaria VI, Equipo de UCIN y Equipo de Consultorio de Alto Riesgo del Hospital HIGA “Mi Pueblo”.

Este municipio como escenario de la prueba piloto ha sido seleccionado por varias características claves que dan relevancia a la misma : concentra la mayor cantidad de partos del conurbano bonaerense en sólo un efector (Hospital Mi Pueblo), registra una de las mayores proporciones de niños nacidos con bajo peso, y al mismo tiempo cuenta con una adecuada articulación entre el primero, segundo y tercer nivel de atención, lo cual que viabiliza la implementación del proyecto y su potencial replicación en otras jurisdicciones.

1.4 Plan de Trabajo.

El desarrollo del Plan contempló transitar tres etapas alineadas a los objetivos propuestos. A continuación, se detallan las mismas con las actividades y tareas respectivas:

Etapas I. Diseño de protocolo e instrumentos de intervención

- Actividad I. Análisis de bibliografía, de evidencias sanitarias y científicas y revisión de procedimientos.

Tareas:

1. Revisión bibliográfica de experiencias de intervenciones para el seguimiento de recién nacidos prematuro tanto en el país como en la región;
2. Ordenamiento, evaluación y sistematización de la información recabada en el punto anterior;
3. Revisión de los procedimientos aplicados actualmente en el municipio de Florencio Varela en el recorrido de los niños/as y sus familias en el sistema

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
de salud luego de ser dados de alta de las Unidad Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

- Actividad II. Diseño de Protocolo

Tareas:

4. Establecimiento circuitos de referencia-contrarreferencia¹: principales actores y acciones;

5. Diseño y elaboración de las pautas e instrumentos a ser aplicados durante visitas domiciliarias de seguimiento;

6. Desarrollo conceptual e informático de un Sistema Online de Seguimiento del niño/a prematuro y su familia:

- Definición de las variables a relevar para consolidar la información sobre los casos.

- Definición de los indicadores para el sistema de información.

- Definición de indicadores específicos para identificar problemáticas particulares de cada caso.

- Definición de la información que deberá constar en los informes automáticos que produzca el sistema.

Sobre ésta base, lo que se espera es que el sistema de información sistematice los datos relevados durante la aplicación de la visita domiciliaria, poniendo en evidencia en forma organizada y oportuna los datos relevantes que indiquen el tipo de seguimiento realizado y/o requerido para cada familia.

7. Taller para presentación y debate de la propuesta con los actores clave intervinientes.

8. Ajuste final del diseño del protocolo correspondiente a la Actividad II para poder ser utilizado en la prueba piloto. Cabe destacar que la Dirección de Maternidad e Infancia proveerá de toda la folletería necesaria que ha sido realizada por expertos del Ministerio de Salud en materia prevención de muerte súbita, lactancia materna y cuidados del niño/a, como herramientas de apoyo que contribuirán a la implementación territorial de la prueba.

¹ 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)

Etapa II. Prueba Piloto de la aplicación de la propuesta y ajuste del
diseño preliminar

- Actividad III. Prueba Piloto

Tareas:

9. Capacitación para la utilización del sistema de seguimiento on-line y soporte técnico periódico;

10. Capacitación al Equipo de Salud municipal en el abordaje del trabajo con las familias y la utilización de los instrumentos propuestos para la visita domiciliaria.

11. Selección de los hogares donde se realizará la visita domiciliaria

12. Realización de las visitas domiciliarias

Actividad IV. Sistematización, evaluación y ajuste de la propuesta.

Tareas:

13. Carga de la información en el sistema on-line de seguimiento

14. Análisis de la información recabada en las visitas domiciliarias

15. Evaluación de la prueba piloto

16. Adecuación de las pautas e instrumentos aplicados

Etapa III. Elaboración final de la propuesta y presentación

- Actividad V. Taller de presentación y documento final.

Tareas:

17. Elaboración del documento que contenga la propuesta de seguimiento de los niños prematuros y sus familias para la Provincia de Buenos Aires.

18. Taller de presentación a actores clave. Debates y consensos. Validaciones.

19. Integración de los resultados y conclusión. Realización del proyecto.

1.5 Metodología para la planificación e implementación.

Este Proyecto se sustenta en un enfoque participativo con los actores responsables políticos y técnicos de las estrategias de protección y cuidado de los niños prematuros y sus familias.

Se puso especial énfasis en las convocatorias que permitan el acompañamiento del equipo municipal y regional durante todo el proyecto.

Se utilizó la modalidad de relevamiento de datos cuantitativos y cualitativos y observación participante.

En la etapa de análisis de evidencias científicas se realizó una revisión amplia de la literatura (*scope review*), para obtener experiencias validadas que fundamenten la formulación de la propuesta y la modalidad de intervención. Se realizaron búsquedas en diversas bases de datos, incluyendo PUBMED, LILACS, Cochrane Library, Campbell Library, Health System Evidence. Se realizaron búsquedas manuales en journals y sitios web clave, como Implementation in Science or Journal of Health Politics, Policy and Law, y la Implementation Research Platform², the Evidence Informed Policy Network EVIPnet (<http://global.evipnet.org/es/>) o The National Implementation Research Network (<http://nirn.fpg.unc.edu>), entre otros. Toda la búsqueda de literatura en bases de datos se focalizó artículos publicados de 2010 a la actualidad.

En la etapa de planificación del trabajo en territorio se analizó en primer lugar el mecanismo de referencia y contrarreferencia vigente. De acuerdo a los objetivos de este proyecto, se definió el rol del Equipo de Salud, tanto de la Región Sanitaria como de la Secretaría de Salud del Municipio, actores claves para el desarrollo de cada etapa del proyecto. Para la gestión de procesos, se estableció un instrumento que organizó los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los niños/ as bajo programa, a fin de que la articulación efectiva entre los distintos niveles de atención asegurare el control pediátrico habitual del RNR (recién nacido de riesgo) y reduzca la deserción en el seguimiento clínico y social.

En lo que hace al desarrollo del sistema on-line de seguimiento se diseñó un software que integra un set de indicadores (productos propios del proceso de investigación operativa) adecuados y oportunos para monitorear el seguimiento del niño/a prematuro de bajo peso por parte de los Jefes de

² (<http://www.implementationresearchplatform.org>)

Servicios de Maternidades, Equipo Regional, Equipo Municipal y Sede Central (Equipo de Salud de Florencio Varela-Equipo de Salud Servicio UCIN y Consultorio Seguimiento Alto Riesgo Hospital Mi Pueblo-Equipo de Salud Región Sanitaria VI-Equipo de Perinatología de la Dirección de Maternidad e Infancia Provincia de Buenos Aires). El desarrollo del software se acompañó de las capacitaciones necesarias para su correcta utilización a cargo de un consultor informático en conjunto con el coordinador del proyecto, y participaron de las mismas los Equipos referidos anteriormente durante 3 jornadas de trabajo de 6 horas cada una.

La prueba piloto de la aplicación de los instrumentos se realizó en 10 hogares, considerando los criterios de inclusión en este proyecto (familias con recién nacido prematuro, de bajo peso y en situación social vulnerable). El Equipo de Salud municipal, junto con el Jefe de Servicio de la Neonatología, el Coordinador del proyecto y el consultor pediatra establecieron previamente la vinculación con las familias durante la UCIN, explicándole la estrategia de acompañamiento domiciliario posterior al alta, a fin de colaborar con la familia en el sostenimiento de la evolución y mejora del niño/a así como con la viabilización de los tratamientos que requerirán. Las familias que aceptaron participar dispusieron de un consentimiento informado con la explicación de los alcances del proyecto y su acuerdo con ser incluidos en la prueba piloto. La información obtenida en las visitas domiciliarias se registró en el sistema diseñado para tal fin, se validaron y/o ajustaron sus campos y variables.

En cuanto al diseño y elaboración del instrumento de visita y entrevista domiciliaria incluyó aspectos de salud, relacionales y estructurales, además del consentimiento informado aprobado por comité de ética. Se incluyeron además materiales sobre pautas generales de neurodesarrollo (detección de alteraciones), 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 criterios para el control madurativo a considerar en cada visita. La Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires aportó materiales gráficos para el asesoramiento de los actores claves del proyecto como también el material de promoción destinado a las familias seleccionadas. El trabajo en terreno incluyó además el control del cumplimiento de la asistencia a los programas de prevención oftalmológicos (retinopatía del prematuro), auditivos (otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos) y asistencia a tratamientos especiales como estimulación temprana, fonoaudiología y detección temprana de trastornos de lenguaje, facilitando a las familias el acceso a los mismos. Junto a esto, la definición del abordaje metodológico en su componente cualitativo se estableció en relación

al marco conceptual definido para este estudio y a sus objetivos. En este sentido, el abordaje cualitativo buscó generar evidencias respecto de las experiencias y vivencias de madres y padres, particularmente con el objetivo de identificar las estrategias específicas. Desde una perspectiva cualitativa se asume que los saberes y prácticas, objetivas y simbólicas, de los actores son constitutivas de las interacciones que se producen al momento de definir acciones. (Malgahaes Bosi, Mercado, 2007)³. Las técnicas cualitativas proveyeron un material fundamental para el trabajo de planificación de intervenciones, en tanto posibilitan reconstruir el contexto de aplicación e identificar en éste elementos facilitadores y obstaculizadores para el logro de metas y para la sustentabilidad de las acciones que se proyectan. La entrevista abierta, como instrumento característico del abordaje cualitativo, permitió obtener información contextualizada y diversa relativa a los procesos y actores involucrados, poniendo en evidencia cuestiones significativas, problemáticas y dificultades percibidas⁴. Cabe considerar que, debido a la necesaria flexibilidad que caracteriza a las técnicas cualitativas, se previó la inclusión y registro de aquellas dimensiones y categorías que surgieron como relevantes en el mismo transcurso de las entrevistas y que no estaban definidas a priori⁵.

Respecto a los Talleres Participativos, de presentación y análisis de los avances del proyecto y sus pruebas de implementación, se desarrollaron en conjunto con dichos equipos y el mapa de actores claves del contexto socio sanitario territorial. Durante los Talleres realizados se trabajaron contenidos como: a) Fundamentos sanitarios, epidemiológicos y sociales del Programa de Seguimiento. b) Desarrollo de la red integrada como objetivo entre los distintos niveles de atención, referencia y contrarreferencia. C) Evaluaciones básicas de un Programa de Seguimiento. D) Desarrollo en terreno del Programa de Seguimiento: Plan de visitas, registros, datos relevantes E) Qué y cuándo controlar al niño/a: momento oportuno de la contrarreferencia para los estudios o evaluaciones. F) Necesidades especiales y riesgos de pacientes con secuelas al egreso de la UCIN; G) Presentación de experiencias similares (tanto a nivel nacional como internacional) sobre programas de seguimiento

³Magalhães Bosi, M y Mercado, F (Compiladores) Investigación Cualitativa en Salud, Lugar Editorial, 2007

⁴La entrevista abierta posee la capacidad de aportar insumos para comprender integralmente una situación y planificar luego intervenciones fundamentadas y pertinentes al colectivo destinatario. (Marradi, Archenti, Piovani, 2007,2010)

⁵La identificación de las categorías emergentes es un proceso relacionado no sólo con el material de análisis sino con la formación y el propio marco conceptual del cual se parte. En el caso de las entrevistas, la interacción y las dinámicas de los contextos pueden dar lugar a cuestiones no consideradas de antemano pero que resultan de interés incluir. La validación de las técnicas cualitativas es precisamente dar cuenta de eso evitando predeterminedar respuestas.

domiciliario de niños/as de alto riesgo. H) Debate y acuerdos de trabajo, enfoques intersectoriales. Entre los actores clave que participaron de estos Talleres cabe mencionar : Secretario de Salud Municipal, Director de Atención Primaria del Municipio, Equipo Técnico de Salud Municipal, representantes de la Secretaría de Desarrollo Social y Participación Comunitaria, Referentes municipales y regionales en salud materno-infantil, Director de la Región Sanitaria VI, Directores del Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”, Jefes de Servicio de Neonatología y, Obstetricia del mismo hospital, Oficina de Referencia y Contrarreferencia, Equipo Hospitalario del Consultorio de Seguimiento del Niño de Alto Riesgo, Coordinadores del Programa de Investigación en Salud Materno Infantil de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, Médicos y Equipos de la Unidad de Pediatría del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce.

La inclusión de herramientas de abordaje cualitativo se estableció en relación al marco conceptual definido para este estudio y a sus objetivos. En este sentido, el abordaje cualitativo buscó generar evidencias respecto de las experiencias y vivencias de madres y padres, particularmente con el objetivo de identificar las estrategias específicas. Desde una perspectiva cualitativa se asume que los saberes y prácticas, objetivas y simbólicas, de los actores son constitutivas de las interacciones que se producen al momento de definir acciones⁶.

Las técnicas cualitativas proveen un material fundamental para el trabajo de planificación de intervenciones en salud, en tanto posibilitan reconstruir el contexto de aplicación e identificar en éste elementos facilitadores y obstaculizadores para el logro de metas y para la sustentabilidad de las acciones que se proyectan. La entrevista abierta, como instrumento característico del abordaje cualitativo, permite obtener información contextualizada y diversa relativa a los procesos y actores involucrados, posibilitando un acercamiento a las cuestiones consideradas por ellos significativas, eficaces o problemáticas, las dificultades percibidas y la adecuación y pertinencia de las intervenciones.⁷ Cabe considerar que, debido a la necesaria flexibilidad que caracteriza a las técnicas cualitativas, se prevé la inclusión y registro de aquellas dimensiones y categorías que puedan surgir, y ser relevantes, en el mismo transcurso de las entrevistas y que no estuvieran definidas a priori⁸. Conforme a estos fundamentos, se prevé el diseño e

⁶Magalhães Bosi, M y Mercado, F (Compiladores) Investigación Cualitativa en Salud, Lugar Editorial, 2007

⁷Marradi, Archenti, Piovani, 2007,2010

⁸La identificación de las categorías emergentes es un proceso relacionado no sólo con el material de análisis sino con la formación y el propio marco conceptual del cual se parte. En el caso de las entrevistas, la interacción y las dinámicas de los contextos pueden dar lugar a cuestiones no

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
implementación de entrevistas con las madres de los RN a realizarse durante la internación del niño previa al alta programada.

1.6 Perfil del Equipo de Trabajo

El equipo de trabajo que desarrolló el proyecto se caracterizó por su perfil interdisciplinario. Quedó conformado del siguiente modo:

Un coordinador médico especialista en neonatología y pediatría.

Un equipo de consultores expertos integrado por:

- Un consultor experto en Pediatría y desarrollo de primera infancia
- Un consultor experto en informática y desarrollos de sistemas de información
- Dos consultores expertos en ciencias sociales aplicadas a salud y formulación de intervenciones sociosanitarias.
- Un agente administrativo, que dará soporte de apoyo en cada etapa del proyecto, entre otros.

Por parte de la Provincia de Buenos Aires participaron el Equipo Regional de Maternidad e Infancia de la Región Sanitaria VI y Equipo de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia (Salud en el Ciclo de Vida), ambas áreas colaboraran con la ejecución del proyecto.

Cabe destacar que el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires facilitó el trabajo colaborativo y articulado entre los diversos equipos interinstitucionales e interjurisdiccionales (provincia, municipio) a través de la firma de un acta acuerdo/compromiso entre dicho Ministerio y el municipio de Florencio Varela.

consideradas de antemano pero que resultan de interés incluir. La validación de las técnicas cualitativas es precisamente dar cuenta de eso evitando predeterminar respuestas.

CAPÍTULO 2.

Marco Conceptual y Marco de Referencia: Revisión de bibliografía y de antecedentes vinculados al Proyecto en el territorio.

2.1 Revisión de bibliográfica y evidencias.

La revisión bibliográfica se estructuró conforme a los siguientes ejes, los cuales orientaron el análisis de los estudios publicados que se relevaron:

- Metodología que presenta para la implementación de la estrategia (programas de visitas domiciliarias)
- Inclusión de dispositivos de capacitación de los equipos de salud participantes
- Resultados informados: sobre el desarrollo del recién nacido (RN): motor, neurocognitivo, lactancia, afectivo y sobre el contexto familiar y particularmente sobre el vínculo madre-RN
- Facilitadores, obstaculizadores y externalidades enunciadas de los Programas
- Recomendaciones aportadas por los estudios para una óptima implementación

Las revisiones de estudios publicados acerca de estrategias centradas en visitas domiciliarias para el seguimiento de los niños recién nacidos de bajo peso (menos de 2.500 gramos) dan cuenta de la efectividad de estas intervenciones para proporcionar atención oportuna, adecuada y aumentar la sobrevivencia. Estas estrategias de seguimiento domiciliario cobran aún más relevancia para los recién nacidos que pertenecen a sectores sociales vulnerables, en tanto generan un impacto positivo en la reducción de la mortalidad neonatal y en el desarrollo neurocognitivo. El seguimiento domiciliario contribuye con el desafío familiar del cuidado del niño, monitoreando su desarrollo y detectando en forma oportuna problemáticas vinculadas a la salud del recién nacido que deben ser atendidas.

La revisión de antecedentes realizada por Ruiz, Izcovich González y Catalano (2016) ⁹ aplicando una revisión sistemática sobre cuarenta y ocho estudios plantea que la evidencia da cuenta que las visitas domiciliarias mejoran el desarrollo motor y cognitivo a los 2 años como así también a los 4, 5, 7 y 9 años de edad. Cada 1.000 familias sometidas a la intervención 57 niños más presentaron desarrollo cognitivo normal (ausencia de cualquier tipo de deterioro en el desarrollo cognitivo) y cada 1.000 familias sometidas a la intervención, 107 niños más presentaron desarrollo motor normal (ausencia de cualquier tipo de deterioro en el desarrollo motor). Sobre la base de esta

⁹Ruiz, J.; Izcovich, A; González M; Catalano, H. “Impacto de las Visitas Domiciliarias en la Salud de recién nacidos de alto riesgo: una Revisión Sistemática “Servicio de Clínica Médica. Hospital Alemán, Buenos Aires. Argentina

revisión se establece que tanto el entorno familiar como la interacción madre-hijo también se favorece con la estrategia de la visita domiciliaria, observable por ejemplo por el aumento del tiempo de lactancia.

Con respecto a la organización operativa de los programas de seguimiento, los estudios mostraron que la primera visita se realizaba en el hospital desde una semana antes del alta y hasta 24 horas antes; la cantidad y frecuencia de las visitas fue variable, aunque la mayoría realizaba más de 8 visitas y el promedio fue de 23. Respecto a los equipos que llevaban adelante el programa de seguimiento, se trata de profesionales entrenados para tal fin. En la citada revisión se identificaron además los componentes facilitadores u obstaculizadores que pudieran intervenir en la intervención: entre los primeros se destacaron las relación de confianza de la madre con el visitador, la capacitación adecuada de éste, la promoción del empoderamiento de las madres, la toma de decisiones compartidas y el trabajo colaborativo intersectorial (con otras organizaciones sociales que aborden temas como vivienda, trabajo, violencia); como obstaculizadores se identificó la variabilidad en cuanto al contexto cultural y lingüístico, la alta tasa de recambio de los visitadores y la falta de adaptación de los programas y visitadores a los problemas sociales urgentes de las familias. Se concluye con una reflexión en torno de la necesidad de apoyar los programas de visitas domiciliarias para recién nacidos de alto riesgo con la meta de mejorar desarrollo cognitivo a corto y mediano plazo, el desarrollo motor, el entorno familiar, la interacción de la madre con el niño y el tiempo de lactancia exclusiva. Además, se afirma que la efectividad de las intervenciones dependerá de la identificación de los obstáculos y la utilización de los facilitadores de acuerdo al contexto donde se implementen los programas.

Kaaresen (2006)¹⁰ parte de considerar que el parto prematuro se asocia al aumento de estrés de las/los madres y padres en la infancia temprana, estableciendo que algunos informes han encontrado que esto constituye un factor de riesgo para los problemas de comportamiento del niño en etapas de crecimiento posteriores. Se propone estudiar los efectos de un programa de intervención temprana en la crianza después de un parto prematuro hasta 1 año de edad corregida, evaluando estrés en madres y padres. Se diseñó un ensayo aleatorizado y controlado incluyendo a los niños con un peso al nacer <2.000 atendidos en el Hospital Universitario de Noruega del Norte Trust, para examinar los efectos del estrés de las/ los madres y padres. Se constituyó conjuntamente un grupo de control para la evaluación de indicadores. La

¹⁰Kaaresen Per Ivar, et al. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 2006, vol. 118, no 1, p. e9-e19.

intervención aplicada consistió en 8 sesiones, 4 previas al alta y 4 como visitas en domicilio realizadas por enfermeras especialmente entrenadas para evaluar el entorno del niño, el temperamento, el potencial de desarrollo y la interacción entre el niño y los padres. Entre los principales resultados de la intervención se destacan los siguientes: 71 lactantes fueron incluidos en el grupo de intervención (caso), y 69 fueron incluidos en el grupo de control; 74 recién nacidos se incluyeron en el grupo de control a largo plazo. En comparación con el grupo control, la/las madres/padres del grupo de intervención presentaron niveles más bajos de estrés y mejor control de tensiones. Se concluye que los estudios posteriores deberían abocarse a analizar las potencialidades de los efectos beneficiosos de las intervenciones a largo plazo.

Los estudios de Newman, Milgrom, Skouteris (2009)¹¹ presentan resultados respecto a la eficacia de un programa de seguimiento aplicado a niños prematuros de 3 a 24 meses de edad, consistente en acciones organizadas en visitas antes y después del alta del niño durante los próximos 6 meses. Mediante la metodología de caso-control, la conducta (temperamento) infantil, la interacción madre-hijo y el estrés parental se evaluaron a los 3 y 6 meses y el desarrollo infantil se evaluó a través de un informe de las madres a los 24 meses. Los resultados dieron cuenta de una positiva interacción madre-hijo, y que los niños eran temperamentamente más estables, presentaban menos problemas regulatorios (cólicos, sueño, llanto excesivo), y tenían capacidad de comunicación más desarrollada, asimismo las madres presentaban menores signos de estrés que aquellas no incluidas en la intervención. Prospectivamente, y mediante secuencias temporales de seguimiento, estos primeros logros en el desarrollo de los recién nacidos prematuros pueden explicar el proceso por el cual los infantes incluidos en la intervención mostraron aumento de ventajas cognitivas a los 9 años de edad.

Benzies, Magill-Evans, Hayden y Ballantyne (2013)¹² plantean que los recién nacidos prematuros tienen un mayor riesgo de discapacidades del desarrollo neurológico que nacidos a término, y sobre la base de estas

¹¹Newnham, Carol A.; Milgrom, Jeannette; Skouteris, Helen. Effectiveness of a modified mother–infant transaction program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant behavior and development*, 2009, vol. 32, no 1, p. 17-26.

¹²Karen M Benzies, Joyce E Magill-Evans , K Alix Hayden y Marilyn, Ballantyne: Los componentes clave de los programas de intervención temprana para bebés prematuros y sus padres: una revisión sistemática y meta-análisis; *BMC Embarazo y Childbirth* 2013 13 (Suppl 1): S10; DOI: 10.1186 / 1471-2393-13-S1-S10 © Benzies et al; BioMed Central 2013

evidencias las intervenciones de apoyo a madres/padres para mejorar la calidad del medio ambiente del niño/a deben tener como objetivo mejorar los resultados del desarrollo de los neonatos prematuros. Sin embargo, advierten que muchas intervenciones que involucran a la familia (madres, padres) no miden los cambios en forma integral, sobre el niño/a, familia y contexto socio afectivo. Ante estos “vacíos” en la medición de impactos, resulta pertinente categorizar los componentes clave de los programas de intervención temprana y determinar los efectos directos en todo el ámbito continente de los recién nacidos prematuros. La revisión de estudios que realizan estos autores en bases MEDLINE, EMBASE, CINAHL, ERIC, y la Base de Datos Cochrane (entre 1990 y diciembre de 2011) sobre ensayos controlados aleatorios (ECA) de intervenciones tempranas para los bebés prematuros y sus madres/ padres informaron prevalencia de estrés, ansiedad, síntomas depresivos y sensibilidad en las interacciones con el niño. Frente a estos antecedentes, las intervenciones emplean múltiples componentes clasificados como (a) el apoyo psicosocial, (b) la educación de las madres/ padres, y / o (c) las intervenciones terapéuticas dirigidas desarrollo del bebé. Se destaca como componente clave las visitas a los hogares, y los cuidados del desarrollo en y desde la unidad de cuidados intensivos neonatales. De la sistematización observan que los efectos positivos y clínicamente significativos de las intervenciones tempranas se observaron en algunos aspectos psicosociales de las madres de bebés prematuros. No obstante, metodológicamente este hallazgo se vio limitado en su alcance por la heterogeneidad de las medidas de resultado y el informe inadecuado de las estadísticas. Junto a esto, otra limitación está dada en que la mayoría de las evaluaciones que se hacen sobre las intervenciones en prematuros no explican cómo los componentes clave del programa implementado ejercen su efecto sobre los resultados principales o secundarios. Como principal recomendación se plantea la necesidad de formular instrumentos de monitoreo y evaluaciones eficaces para dar cuenta de indicadores de cambio en el niño/a y su entorno: los resultados para las madres y los recién nacidos prematuros deben ser medidos adecuadamente y con técnicas confiables (contextualizadas) para comprender mejor los mecanismos de cambio.

Fialho Righes (2015)¹³ desarrolla una revisión de diversas estrategias aplicadas para el seguimiento y cuidados del prematuro, entre ellas la creación de una Red de Atención de la Salud que articula apoyos para el cuidado en el

¹³Silvana De Fatima Fialho Righes: Ministério Da Saúde Grupo Hospitalar Conceição Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola Ghc Instituto Federal de Educação, Ciência E Tecnologia Do Rio Grande Do Sul –Atenção Domiciliar Com Ênfase de Gestão Em Redes Seguimento dos Bebês Prematuros e de Baixo Peso na Atenção Domiciliar.

hogar desde la atención primaria de salud, con el fin de acompañar a las madres en la atención domiciliaria de los prematuros y recién nacidos de bajo peso. Esta modalidad de intervención arrojó resultados positivos en tanto posibilitó capacitar a las madres, después del alta hospitalaria del niño, en la identificación de riesgos, en el mejoramiento de la calidad de los cuidados y en la interacción con el niño.

Freitas et al.¹⁴ (2016) muestra los datos de una cohorte retrospectiva de 103 prematuros que recibieron acompañamiento domiciliario entre 2010 al 2015 en Mina Gerais (Brasil), estableciendo como principal resultado que las tasas de lactancia materna fueron superiores a los recién nacido a término en Brasil. Los niños de muy bajo peso y muy bajo peso al nacer incluidos en el programa de seguimiento domiciliario para programar mantuvieron la lactancia, en tanto el estudio concluye en la necesidad de apoyo en los hogares que deben asumir los equipos de salud.

Principales fundamentos y evidencias aportados por la revisión bibliográfica:

- Los resultados de los estudios revisados mostraron el impacto beneficioso de los programas de seguimiento domiciliario mediante visitas en el hogar a niños nacidos prematuros.
- Los estudios que refieren a la aplicación de metodologías de tipo caso-control demuestran que los grupos de estos niños que recibieron visitas han alcanzado mejores indicadores con respecto al desarrollo cognitivo y motor, así como en el entorno del hogar.
- También los estudios publicados mostraron el efecto beneficioso de las intervenciones que incluían las visitas domiciliarias sobre la mortalidad neonatal y observaron una disminución en el riesgo de detener la lactancia materna a los 6 meses en aquellos grupos que recibieron las visitas domiciliarias.
- Un factor clave presente en los estudios revisados es el entrenamiento de los visitantes. Las evidencias recogidas dan cuenta que los encargados de realizar las visitas fueron profesionales entrenados específicamente en el programa ofrecido, y si bien la frecuencia de las visitas fue distinta en cada estudio, estas se realizaron desde el momento del alta del hospital o durante la semana previa al alta.

¹⁴Lamounier, Joel Alves: Aleitamento materno em prematuros: política pública na atenção primária Breastfeeding in preterm infants: public health policy in primary care. Rev Paul Pediatr. 2016;34(2):137---138

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

– La revisión bibliográfica refiere a la necesidad de profundizar en estudios cualitativos que incluyan análisis sobre el contexto cultural y lingüístico, el entrenamiento de los visitantes, los vínculos generados entre visitador y madre, el empoderamiento de madres y familias, y la perspectiva intersectorial con organizaciones y agencias que abordan otros temas sociales.

Conforme a estos aportes, se elaboró esta matriz de análisis que consolida los beneficios y recomendaciones presentes en la literatura revisada acerca de los programas de seguimiento domiciliario del recién nacido prematuro:

Consolidado Revisión bibliográfica/ Matriz de Análisis: Programas de Visita/ Seguimiento Domiciliaria al Prematuro: Dimensiones de Cobertura, Acceso, Contexto Socio-Sanitario¹⁵

Dimensiones	Alcances		
	Si	Parcial	No
Cobertura			
Aumentan la cobertura de los niños en territorio	x		
Posibilitan establecer necesidades de atención y prestaciones requeridas para cada caso particular, fortaleciendo la equidad en lo que hace a prestaciones.	x		
Aumentan la coordinación/integración dentro del sistema de salud, evita la fragmentación	x		
Mejoran y adecuan la asignación de recursos humanos (equipos de salud)	x		
Aumentan la cobertura del sistema de información y optimizan la detección de criticidades.	x		
Promueven procesos asistenciales completos y continuos para el niño.	x		
Accesibilidad	Si	Parcial	No
Eliminan/reducen barreras geográficas	x		
Eliminan /reducen barreras económicas		X	
Eliminan /reducen barreras administrativas (acceso al turno)	x		
Determinantes sociales	Si	Parcial	No
Contrarresta la pobreza eliminando o reduciendo barreras económicas		X	
Promueve reposicionamiento de la mujer	X		
Fomenta los derechos en salud y garantías	X		

¹⁵Esta matriz de análisis fue desarrollada en el documento “Esquemas de Protección Social para la población Materno Infantil. Lecciones aprendidas en América Latina” Organización Panamericana de la Salud 2010, y en este caso se adaptó a la revisión realizada y a la estrategia de atención del RN prematuro que se estudia.

2.2 Revisión de antecedentes y experiencias operativas en terreno.

Junto con la revisión bibliográfica se realizó la revisión de experiencias y procedimientos aplicados en terreno, particularmente de los procedimientos vigentes actualmente en el municipio de Florencio Varela en el recorrido de los niños y sus familias en el sistema de salud luego de ser dados de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Desde el año 1996 funciona en Florencio Varela el Sistema de Referencia Contra-Referencia, creado a partir de la implementación del PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición). Consistía en un programa nacional financiado con fondos provenientes del Banco Mundial, focalizado en la población materno infantil más vulnerable. Sus objetivos fueron: I) Disminuir las tasas de morbilidad materna e infantil a través de la instrumentación de servicios y programas de salud, nutrición, alimentación complementaria y enseñanza preescolar; II) Promover el mejor desarrollo psicosocial de los niños y niñas entre 2 y 5 años de edad; III) Mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de comedores escolares. Los componentes del programa se organizaron en torno de los siguientes ejes de intervención: Salud, Desarrollo Infantil, Nutrición, Capacitación, Asistencia técnica, Sistemas de información y Comunicación Social. La participación del Banco Mundial en el financiamiento de este programa fue de 3 años, y en forma decreciente. Progresivamente el Municipio de Florencio Varela fue asumiendo los costos de su implementación para garantizar la sustentabilidad de los logros del programa. Uno de los objetivos específicos del componente Salud fue fortalecer la capacidad institucional del sistema de salud en su primer nivel de atención y los mecanismos de referencia (entre hospitales locales y centros de referencia) localizados en las áreas de intervención. Dentro de estos objetivos, una de las estrategias propuestas fue la de asegurar una adecuada referencia de recién nacidos y púerperas desde el segundo nivel de atención (Hospital Mi Pueblo) al primer nivel (centros de salud) a fin de posibilitar su incorporación a la atención programada, permitiendo un control adecuado disminuyendo los riesgos de

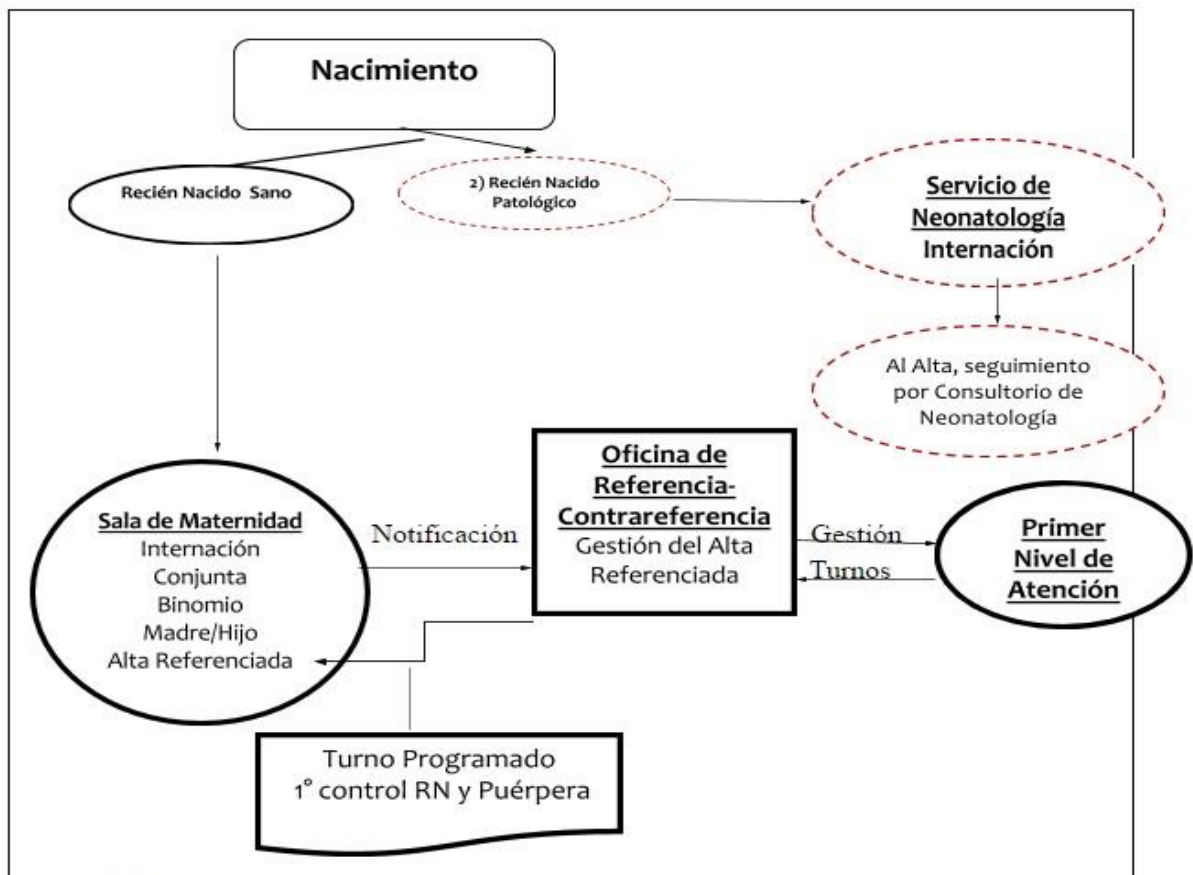
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
morbimortalidad de la madre y el niño. Para tal fin se puso en funcionamiento la Oficina de Referencia y Contra referencia en el segundo nivel de atención estableciéndose sus funciones:

- Incorporar un mecanismo formal e institucional de referencia de recién nacidos y puérperas.
- Incorporar un sistema de registro de todos los pasos del proceso que posibilitara un monitoreo y evaluación adecuados.
- Asegurar, mediante la programación de la primera consulta, la accesibilidad al primer nivel de atención de la madre y el niño.

La referencia del recién nacido y su madre puérpera hacia el primer nivel de atención para poder ser incluidos junto a su familia en la atención en el Centro de Salud más cercano a su domicilio, se realiza desde ese entonces a través de la Oficina de Referencia y Contra referencia del Hospital Mi Pueblo, definiendo dos procesos de acuerdo al estado de salud del niños/a:

- Recién Nacido Sano: la oficina recibe la notificación de alta de la madre y el niño, la registra y solicita por radio o teléfono el turno programado para el pediatra y la obstétrica en el centro de salud que corresponde de acuerdo al domicilio de la madre. Se entregaba un formulario con los turnos concedidos y se constata el llenado adecuado del instrumento de referencia (Libreta Materno infantil o Historia Clínica Perinatal).
- RN Patológico: los recién nacidos internados en el Servicio de Neonatología, cuando son externados continúan en control en el consultorio especializado que funciona en el Hospital Zonal General Agudos “Mi Pueblo” hasta el Alta definitiva.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
Flujograma Referencia y Contra Referencia



Fuente: Elaboración propia

Cabe señalar una experiencia implementada a nivel local que incorpora la valoración del riesgo en los recién nacidos. Esta experiencia fue desarrollada por el Servicio de Neonatología del Hospital Mi Pueblo, el cual realizaba dicha valoración en base a los siguientes criterios:

- Bajo Riesgo: se consideran comprendidos en este grupo los Recién Nacidos que no presentan ninguno de los factores de riesgo establecidos en la Historia Clínica Perinatal. En este caso son derivados para control y seguimiento en el primer nivel de atención.
- Alto Riesgo: se incluyen en este grupo aquellos Recién Nacidos que presentan uno o más de los factores de riesgo que establece la Historia Clínica Perinatal. En este caso el control es

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
realizado por el Servicio de Neonatología hasta que se determinan sus posibilidades de seguimiento en el primer nivel de atención.

Esta metodología de valoración es relevante en tanto antecedente de programas locales, estableciendo una serie de definiciones y criterios respecto a los factores de riesgo del recién nacido:

Riesgo biológico	Riesgo social	Riesgo vincular
Bajo peso al nacer. Edad gestacional menor de 37 semanas. APGAR de 6 ó menor. Necesidad de reanimación respiratoria. Anormalidades en el examen físico. Patologías que requirieron internación. Edad materna mayor de 35 años.	Nivel de instrucción materno (analfabetismo o primaria incompleta). Edad materna menor de 15 años. Madre sola. Vivienda NBI Dificultades permanentes o transitorias para la subsistencia. Beneficiarios de planes alimentarios	Antecedentes de maltrato en el grupo familiar. Alcoholismo de la madre. Alcoholismo del padre. Adicciones de la madre. Adicciones del padre. Enfermedad mental de la madre.

Otras experiencias implementadas en el Servicio de Neonatología del Hospital Mi Pueblo y que constituyen antecedentes a considerar, con sus avances y limitaciones, fueron las siguientes:

- Implementación de los Comités de análisis de muerte materna e infantil: existen desde 1996, sin embargo, su funcionamiento y efectividad han sido muy variables. Su normatización en el nivel local aún requiere formalizar funcionamientos, no obstante representan un espacio de análisis orientado a reducir la mortalidad de este grupo.
- Programa de alta y valoración de score de riesgo para morbilidad perinatal psicosocial: es llevado a cabo por equipo de psicólogos en el consultorio de seguimiento programado para pacientes con vulnerabilidad psicosocial; se realiza en la actualidad con sostenimiento.

- Análisis Causa-Raíz (ACR), es una metodología sistemática y estructurada para identificar las fallas en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios, que pueden no ser evidentes en forma inmediata. El objetivo de un ACR es establecer qué sucedió, por qué y qué puede hacerse para prevenir que suceda nuevamente. Esta estrategia está en proceso de implementación para los Comités de análisis de muerte materna e infantil del nivel local.

- Desde noviembre de 2016 se implementa en Florencio Varela el Programa “Al fin en Casa” de seguimiento del Recién Nacido Prematuro (RNP) organizado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como prueba piloto. Esta iniciativa está patrocinada por Unicef y la lleva adelante un equipo multidisciplinario dependiente de la Secretaría de Salud de Florencio Varela. Este programa se propone garantizar el seguimiento integral del crecimiento y desarrollo de los RNP por medio de visitas domiciliarias del equipo multidisciplinario, para asesorar a los padres en cuestiones relacionadas con el cuidado del niño, poniendo énfasis en: sueño seguro, lactancia materna, alimentación complementaria, vacunas, controles de salud y los temas que surjan en cada caso.

De este modo, tanto las evidencias que presenta la bibliografía respecto a los antecedentes internacionales de programas que incluyen visita domiciliaria y seguimiento sistemático del RNP, como las experiencias que en la práctica se implementaron a nivel local dan cuenta de los beneficios de las intervenciones de este tipo. A la vez, ambos antecedentes (los conceptuales que proveen los estudios internacionales y nacionales y los territoriales que proveen las experiencias referidas) dieron sustento al proyecto planificado y a su prueba piloto.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

CAPÍTULO 3:

Planificación Participativa, Talleres y Capacitaciones

3.1. Primer Taller Participativo: presentación, intercambio y análisis de la propuesta con los actores clave intervinientes.

Cumplimentando los procesos de trabajo pautados, se realizó un Primer Taller de Trabajo Participativo (día 12 de Julio 2017) para presentar y validar con actores clave el Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro (RNP) como estrategia general y el diseño de la herramienta de registro como instrumento específico para la sistematización de los datos que se recolectarán en territorio.¹⁶

Su objetivo central fue analizar y debatir el proceso de planificación e implementación de esta estrategia sanitaria basada en el trabajo de equipos de salud en comunidad para el seguimiento del recién nacido prematuro y sus familias. Se presentaron las características, fundamentos, evidencias y metodología de la estrategia y su prueba piloto en Florencio Varela y se delinearon además las potencialidades de replicación a escala provincial.

Como ya fuera referido, participaron del Taller junto a Coordinadoras y Equipo Técnico de este Programa, los siguientes actores del escenario sanitario provincial y local: Secretario de Salud de Florencio Varela y demás autoridades sanitarias locales; Equipos de Salud del Municipio de Florencio Varela (Atención Primaria de la Salud-Secretaría de Salud) ; Equipo de salud Región Sanitaria VI; Equipo de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Servicio de Obstetricia y Equipo de Consultorio de Alto Riesgo del Hospital HIGA “Mi Pueblo”; Equipos de Pediatría del Hospital el Cruce; Profesionales del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Investigadores y docentes de Instituto de Ciencias de la Salud y Equipo del Programa de Investigación en Salud Materno Infantil (Universidad Nacional Arturo Jauretche), Planificadores y decisores sanitarios, equipos de salud de Centros de Salud (APS) y demás actores claves de áreas sociosanitarias.

El Taller se propuso con una dinámica abierta y participativa, se presentó la propuesta del Modelo de Intervención para el Seguimiento del

¹⁶Ver en Anexo el contenido del Taller

Recién Nacido Prematuro como eje principal de análisis e intercambio de perspectivas de los actores. Los contenidos se organizaron del siguiente modo:

- Presentación del contexto: Estructura y funcionamiento del sistema local de salud y de la interacción en red de los niveles de atención. Específicamente se describió la red perinatal y el mecanismo vigente de referencia/contrarreferencia de los Recién Nacidos Prematuros (RNP)
- Presentación del Programas de Seguimiento de Prematuros: Compilación de las evidencias nacionales e internacionales que sustentan al Programa y las referencias respecto al impacto que tienen estas intervenciones sobre la morbilidad y desarrollo de los niños/as; Presentación de la estrategia metodológica y diseño del trabajo en territorio: herramientas, instrumentos, abordajes de vinculación con las familias; Presentación del sistema informático de soporte, registro, análisis y seguimiento de los procesos y resultados del Programa.
- Mesa de debate, intercambios, posicionamientos, aportes y conclusiones del Taller.

Entre los principales aportes, contribuciones y conclusiones del Taller se destacaron:

- Los participantes coincidieron en la relevancia de este Programa para la atención de salud integrada, integral y continua de los RNP, destacando en esto la centralidad que adquiere el desarrollo del sistema de salud local en el marco de la estrategia de redes. En este sentido, el trabajo territorial y el fortalecimiento de la APS y sus equipos es fundamental como contexto para este Programa.
- Se valoró el abordaje socio-sanitario e interdisciplinario que propone el Programa, siendo innovador como intervención en grupos vulnerables, desde el enfoque de salud pública, la equidad, la accesibilidad y los derechos.

- En términos de oportunidad, se destacó que el Programa facilita el proceso de atención del RNP y posibilita la detección de necesidades específicas que pudieran quedar solapadas en otro tipo de intervenciones. En este punto se resaltó la importancia de que los RNP y sus familias (socioeconómicamente vulnerables) accedan en forma efectiva al sistema de salud, por lo cual la estrategia de seguimiento domiciliario resulta una herramienta fundamental para el trabajo sanitario en comunidad. Considerando que estos niños requieren rehabilitación por la criticidad de sus cuadros clínicos de base, este tipo de Programas contribuyen a la articulación de los efectores de distintos niveles de complejidad y por consiguiente a la cobertura sanitaria efectiva de este grupo vulnerable.

- Se consensuó sobre la necesidad de desarrollar capacitaciones en equipos de salud, con el objetivo de transmitir las experiencias del Programa y establecer un mapa de competencias adecuadas para el abordaje del RNP y sus familias, con el propósito de hacer sustentable en el tiempo y en contexto local la estrategia que implementa el Programa

- Se destacó la importancia de desarrollar un registro claro de la morbilidad de estos niños a fin de evidenciar brechas de atención (necesidad/disponibilidad de prestaciones) y planificar respuestas sanitarias efectivas y adecuadas.

- Se destacó la potencialidad del Programa para ser replicado a mayor escala territorial.

- A nivel técnico-metodológico, los participantes revisaron las herramientas de recolección de datos y con sus aportes contribuyeron a la mejora de la estructura de los contenidos formales (variables, indicadores, categorías) del sistema informático diseñado para el Programa de Seguimiento del Recién Nacido Prematuro

Como producto del Taller, e integrando los aportes del mapa de actores participantes, se consolidó el formulario definitivo que estructura el sistema informático desarrollado para este Programa.

3.2 Capacitación al equipo de salud local en el abordaje del trabajo con las familias y la utilización de los instrumentos propuestos para la visita domiciliaria.

La capacitación para los Equipos Locales se sustentó en estrategias orientadas a facilitar a los mismos la aplicación de herramientas para el trabajo territorial y para el acompañamiento de las familias de un bebé prematuro.

Las capacitaciones implementadas incluyeron:¹⁷

- Contenidos técnico-asistenciales (vinculados al seguimiento efectivo del RNP y sus indicadores clínico-cognitivos-motrices de desarrollo)
- Contenidos metodológicos (vinculados al adecuado uso de los instrumentos de registro).
- Contenidos actitudinales y socio-afectivos (vinculados a las necesarias interacciones que establecen los Equipos de Salud, la familia del RNP y que en este Programa son claves para la sostenibilidad del seguimiento).
- Contenidos interdisciplinarios/intersectoriales (vinculados a las redes comunitarias y sectores de desarrollo social que trasvasan las necesidades sanitarias exclusivas y demandan de acciones de interacción con otros organismos)

Además, se desarrolló un Material de Capacitación, sistematizado en una Guía que contiene ejes específicos de abordaje del RNP y vinculación con la familia para ser utilizada por los Equipos Locales (Equipos de Visita), en ella se han establecido criterios a considerar en el plan de visitas y se puntualizaron

¹⁷Ver en Anexos el contenido de las capacitaciones

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
las acciones a ejecutar en cada encuentro. Para la capacitación a Equipos Locales, la Guía desarrollada establece: Tipo de visita/Etapa/ Objetivos/ Acciones/Pautas de Observación del RNP/ Consejerías/ Cuidado de la salud de la madre/ Pautas de estimulación del RNP (lenguaje, motricidad, vinculación, juego) /Consolidado de lo observado por el Equipo de Visita

3.3 Segundo Taller Participativo: presentación del trabajo realizado y de la propuesta a los actores clave intervinientes. Debates, consensos y validaciones

Cumplimentando los procesos de trabajo pautados, se realizó un **Taller de Trabajo Participativo** en las instalaciones del Hospital Mi Pueblo(25 de enero de 2018)para presentar y validar con actores clave los resultados del trabajo de campo realizado y la propuesta final de intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro como estrategia general y la sistematización de los datos que se recolectaron en territorio.¹⁸

El Taller se realizó con autoridades provinciales, municipales y representantes de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y su objetivo central fue analizar y debatir los datos obtenidos a partir del desarrollo de la prueba piloto.

Se presentó en formato PPT, la metodología utilizada para el trabajo de campo, el sistema de registro utilizado y el análisis de los datos obtenidos. Finalmente se presentó la propuesta de trabajo revisada a partir de estos datos y se puso a consideración de los actores intervinientes.

Participaron del Taller junto a Coordinadoras y Equipo Técnico de este Programa:

El Director Provincial de Salud de la mujer, infancia y adolescencia, y otras autoridades del ministerio de salud de la provincia de Bs. As.; el Secretario de Salud de Florencio Varela y demás autoridades sanitarias locales; Equipos de Salud del Municipio de Florencio Varela (Atención Primaria de la Salud-Secretaría de Salud) ; Equipo de salud Región Sanitaria

¹⁸Ver en Anexos contenidos del Taller

VI; Equipo de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Servicio de Obstetricia y Equipo de Consultorio de Alto Riesgo del Hospital HIGA “Mi Pueblo”; Equipos de Pediatría del Hospital el Cruce; Profesionales del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Investigadores y docentes de Instituto de Ciencias de la Salud y Equipo del Programa de Investigación en Salud Materno Infantil (Universidad Nacional Arturo Jauretche), Planificadores y decisores sanitarios, equipos de salud de Centros de Salud (APS) y demás actores claves de áreas sociosanitarias.

El Taller se propuso con una dinámica abierta y participativa, se presentó la propuesta del Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro como eje principal de análisis e intercambio de perspectivas de los actores.

Los contenidos se organizaron del siguiente modo:

- Presentación de antecedentes: Marco legal a partir del que se crea el “Sistema y/o Red de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo” tendiente a garantizar la atención y protección del Recién Nacido de Alto Riesgo y su familia.¹⁹
- Presentación del Programas de Seguimiento de Prematuros: Objetivos y metodologías utilizadas en el presente trabajo. Se señaló la relevancia del proyecto dado que solamente en la provincia de Córdoba se utiliza la estrategia de las visitas domiciliarias. Se justificó el porqué de la elección del distrito de Florencio Varela para la implementación de este proyecto y se explicitaron los criterios de selección de las familias seleccionadas y las variables utilizadas para el análisis.
- Resultados: Resultados obtenidos a partir de la implementación de la prueba piloto y del análisis de la información recabada y sistematizada.

¹⁹El Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires sancionó la Ley 14.931 (8/06/2017):“Sistema y/o Red de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo” .Esta Ley está en proceso de reglamentación

– Propuesta: presentación de un modelo de intervención para el seguimiento de los recién nacidos prematuros

– Mesa de debate, intercambios, posicionamientos, aportes y conclusiones del Taller.

Principales aportes, contribuciones y conclusiones del Taller:

– Se acordó en adoptar la propuesta para el abordaje integral a familias con niños y niñas prematuros.

– -Se reafirmó el consenso respecto de la necesidad del seguimiento sistemático y acompañamiento al niño/niña alto riesgo y su familia, y en ese sentido se propuso incorporar la visita domiciliaria como una forma más de atención integral de la salud, y no solamente como una estrategia de intervención de los trabajadores sociales.

– Se consensuó el fortalecimiento de la articulación entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Hospital Mi Pueblo y las áreas de salud del Municipio.

– Se aprobó y consensuó la utilización del sistema desarrollado para la carga y análisis de datos en el sistema informático presentado.

– Se planteó la necesidad de un trabajo activo en territorio para el seguimiento sostenido del recién nacido de alto riesgo. El desarrollo integral del niño requiere de intervenciones en los propios contextos habitacionales, sociales y familiares que refuercen las prácticas saludables de autoatención

– Se consensuó la necesidad e importancia de la organización del consultorio de seguimiento para la atención no solo del niño/a alto riesgo sino también la atención de la madre, básicamente en lo referente a su salud sexual.

– También se acordó sistematizar la información de los ítems anteriores y proponer un modelo de organización y gestión de los consultorios de seguimiento de alto riesgo y del control del puerperio inmediato de los hospitales IIIA y IIIB de la Provincia de Buenos Aires

– Se planteó la importancia de definir el perfil de los integrantes del equipo central para conducir la iniciativa, definir roles, responsabilidad, plan de trabajo para el acompañamiento a los equipos hospitalarios y municipales involucrados. Se resolvió convocar a: los establecimientos involucrados en el fortalecimiento de los consultorios de alto riesgo (CAR), 14 IIIA, 25 IIIB, Directores de Regiones Sanitarias, Referentes de Maternidad e Infancia, Secretarios de Salud Municipales, entre otros actores claves, para informar, presentar las líneas priorizadas y poner en marcha la iniciativa.

– También existió consenso entre estos actores en la necesidad de capacitar a los equipos hospitalarios seleccionados en el desarrollo del modelo organizativo y de gestión propuesto.

– Así también se propuso la formación de equipos técnicos en los hospitales para la carga y el seguimiento de la herramienta informática.

– Se planteó que la implementación del sistema a escala provincial permitiría la referencia entre distintos distritos.

– Respecto de la estrategia de visitas domiciliarias, el equipo de trabajo propuso considerar la vulnerabilidad de aquellas familias que presenten al menos uno de los siguientes indicadores de riesgo:

- ❖ Madre con bajo nivel de educación
- ❖ Madre sin apoyo familiar
- ❖ Vivienda con hacinamiento
- ❖ Consumo problemático de alcohol u otras sustancias
- ❖ Presencia de violencia familiar

- ❖ Madre que no ha controlado el embarazo
 - ❖ Hogares donde haya niños en edad escolar sin escolarización formal (4 a 12 años)
 - ❖ Vivienda en asentamientos o barrios con problemas de accesibilidad
- En ese sentido se planteó relevar estos datos socio ambientales a partir de la entrevista a las madres antes del alta del niño/a
 - Consensuaron generar turnos protegidos para la atención de los recién nacidos de alto riesgo (neurología, nutrición, kinesiología, fonoaudiología, estimulación temprana, laboratorio, etc.)
 - Se consensuó el trabajo con los equipos locales de atención primaria de la salud para mejorar la accesibilidad de las embarazadas a los controles.
 - Además, propusieron adecuar el sistema informático existente de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo, incorporando un módulo de turnos programados y alertas on-line que permita el seguimiento para la permanencia del niño de alto riesgo y su familia en el sistema de salud.
 - Se acordó generar propuestas de capacitación específicas para realizar visitas domiciliarias destinadas a profesionales de la salud, particularmente enfermeros/as, reforzando los conceptos de seguimiento, acompañamiento y empatía, intentando evitar que se perciban estas visitas como acciones de vigilancia e intromisión en la vida privada de estas familias.
 - Por último, se acordó realizar el seguimiento continuo de los resultados de la iniciativa

Como producto del Taller, e integrando los aportes del mapa de actores participantes, se consolidó la propuesta definitiva de un **Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro**

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

CAPÍTULO 4:

Proceso de diseño de un protocolo de visitas domiciliarias.

4.1 Planificación del trabajo en terreno. Plan de Visitas.

En este apartado se presentan los procesos involucrados para el diseño de las herramientas de trabajo en terreno, considerando los instrumentos y pautas metodológicas para ser aplicadas en cada una de las instancias.

Esta etapa de diseño consolidó una primera matriz de los componentes a incluir en la guía de entrevistas que será aplicada en la primera etapa del trabajo de campo, previa a la inclusión del recién nacido (RN) y su familia en el Programa Seguimiento del Recién Nacido Prematuro (RNP).

Componentes para el diseño piloto de la Guía de Entrevista Abierta a madre del RN prematuro.

Momento/ Componente	Esquema exploratorio del guion de entrevista
Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Vivencias respecto al embarazo que considere significativas - Cuidados realizados en la vida diaria durante este embarazo - Concurrencia a controles a los Centros de Salud (frecuencia, asistencia a controles) - Vínculo que estableció con los equipos de salud: explicaciones, diálogos, preparación para el parto. Tipo de comunicación (Trato respetuoso, mal trato, tipo de explicaciones) - Trayectorias por los servicios de salud (si consultó varios centros, derivaciones, interconsultas) - Conocimiento sobre la posibilidad de un parto prematuro (si fue informada correctamente)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

	<ul style="list-style-type: none"> - Red de ayuda de la mujer (familia, amigos, vecinos)
Nacimiento / Parto	<ul style="list-style-type: none"> - Vivencia respecto al momento en que se produce el nacimiento. - Preparación que considera haber tenido para afrontar un nacimiento prematuro. - Conocimientos sobre un RN prematuro. - Experiencias previas similares (otros hijos prematuros o alguna mujer cercana que haya tenido una experiencia similar) - Experiencias durante la hospitalización del RN (explicaciones que recibió del equipo de salud, acceso a tener contacto con el RN, acompañamiento de familia durante esta etapa, aprendizajes que siente que incorporó)
Alta (proyectada)	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo planifica el afrontamiento del cuidado del RN en el hogar - Saberes, miedos y dudas para esta etapa. - Dinámica familiar, grupo de convivencia, ayudas para el cuidado del RN. Redes informales. - Expectativas respecto al Programa de Seguimiento y procesos que considera relevantes para la efectividad. (Aceptabilidad y adecuación del Programa a las necesidades)

El diseño contempló una agenda de 2 visitas a los domicilios de los 10 niños/as prematuros incluidos en esta etapa, las que se llevarán a cabo en diferentes periodos y tienen como fin acompañar a la familia a superar las dificultades, obstáculos y situaciones especiales que transcurren fuera de la Unidad de Internación.

En su fase de implementación en terreno, el proceso se organiza en estas etapas:

– **Entrevista en Unidad Neonatal:** Se inicia con una entrevista en la Unidad Neonatal donde el bebé estaba internado, eligiendo el momento de la misma con el equipo de salud tratante, teniendo en cuenta sobre todo el estado de salud y complejidad clínica del RNP. Se consideró como criterio de inclusión a aquellos niños/as con probables posibilidades, a corto plazo, de alta hacia su domicilio. La finalidad de esta entrevista en la Unidad Neonatal reside en la toma de contacto con la familia, con el objetivo comunicar la estrategia de seguimiento, iniciar un vínculo e intentar detectar oportunamente problemáticas sociosanitarias que requieran intervención.

– **Primera Visita “Pre alta” :** Posteriormente se programa junto con la familia, la Primera Visita denominada “Pre Alta” en el domicilio en el cual el bebé vivirá luego de la externación, con un margen no menor a 15 días del alta planificada.

– **Segunda Visita:** la Segunda Visita es programada de acuerdo a una selección aleatoria de niños/as y sus familias conforme al siguiente cronograma según lo planteado en el diseño conceptual del protocolo a saber: 2 familias serán visitadas a los 10 días post alta, 3 familias en el primer trimestre post alta, 3 familias en el segundo trimestre post alta y 2 en el segundo semestre.

Dentro de los objetivos fundamentales de la serie de visitas, se plantean los siguientes componentes: la promoción del desarrollo infantil, aspectos vinculares, parentalidad, desarrollo neuromadurativo, del lenguaje, comunicación y juego. Se brindan recomendaciones para la prevención de la

muerte súbita (sueño seguro, aire libre de humo, prevención de enfermedades respiratorias para el niño y su familia, lactancia materna) Además se espera poder acompañar a las familias a transitar el complejo camino que, por lo general, atraviesan estos bebés y sus cuidadores una vez externados, auditando el 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, detección de trastornos del lenguaje, comunicación, conducta es decir, comorbilidades asociadas a la prematurez. Se prevé trabajar con la figura paterna y su inclusión en el cuidado del bebé y se reforzará el cumplimiento de los controles de salud en el consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo y en otros niveles correspondientes. En este sentido, el Equipo de Visitas actúa como facilitador de estos controles, funcionando como intermediarios con otros actores como los equipos de la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio, y los diferentes niveles de atención. También trabajará en conjunto con el trabajador social del centro de salud del barrio donde reside la familia para la realización de la encuesta social única²⁰ que ha sido adaptada a partir de la que actualmente se utiliza en los servicios de salud para obtener información socio sanitaria.

4.2 Principales componente que organizan y estructuran las Visitas

– Entrevista de presentación en la Unidad Neonatal:

Momento: Entre los 7 y 10 días de nacimiento dependiendo del peso y edad gestacional al nacer y cuando el equipo tratante considere el momento oportuno en función del estado y pronóstico del bebé. Se considera un margen mínimo de 10-15 días antes de ser externado a los efectos de contar con un tiempo prudencial para la realización de la Visita Domiciliaria

Lugar: Unidad de Neonatología

Participantes: Equipo y personas encargadas del cuidado del bebé

²⁰ Ver Formulario de Encuesta Social Única en anexos

Eje prioritario de la visita: Establecimiento del vínculo entre la familia del bebé y el equipo perteneciente al Proyecto: coordinador- especialista en pediatría.

Objetivos: Realizar la presentación del proyecto a la familia e invitarla a participar del mismo; establecer contacto con el equipo neonatal que asiste al bebé y a la mamá.

Acciones:

- Presentación del programa y de los equipos a la familia, se solicita la firma del Consentimiento Informado para la participación del mismo²¹.
- Recopilación de información sobre el estado de salud del RNP, identificando problemáticas específicas.
- Exploración acerca de la red familiar que acompaña a la madre para el cuidado y la atención del niño/a prematuro.
- Puesta en contacto con los cuidadores primarios del niño/a y relevar datos de filiación

Ficha de relevamiento:

Nombre y apellido de niño/a:

DNI:

Nombre y apellido de la madre:

DNI

Condición Laboral y horarios de trabajo

Teléfono

Nombre y apellido del padre:

DNI

Condición Laboral y horarios de trabajo

Teléfono

Otros familiares:

²¹ Se adjunta formulario de consentimiento en anexos.

Nombre y apellido:

DNI

Condición Laboral y horarios de trabajo

Teléfono

Consignar número de hermanos o convivientes menores de 11 años y situación de salud de los mismos

Otros teléfonos de contacto (de ser posible consignar más de uno)

Domicilio, Barrio y Localidad

– **Primera Visita domiciliaria (previa al alta de la Unidad Neonatal)**

Momento: 15 días previos al alta hospitalaria

Lugar: Domicilio donde vivirá el niño/a.

Participantes: Equipo perteneciente al proyecto (Coordinador-Pediatra-Trabajador Social); Trabajador Social del Centro de Salud más cercano al domicilio de la familia; Madre, padre o adulto referente.

Eje prioritario de la visita: reconocimiento de las condiciones socio ambientales que faciliten u obstaculicen la crianza y el desarrollo del niño/a en su domicilio.

Objetivos:

- Conocer previo al alta las condiciones socio ambientales de la familia para acompañar el acondicionamiento de los espacios destinados al bebé.
- Detectar problemáticas de la familia que puedan incidir en la crianza y desarrollo del niño/a.
- Detectar situaciones de enfermedad, adicciones, violencia, etc. de familiares convivientes o cercanos a la familia
- Orientar o reforzar el conocimiento acerca de métodos anticonceptivos
- Reforzar pautas de sostén de la lactancia materna

- Orientar a la familia para que emprenda los trámites correspondientes para obtener los recursos especiales de acuerdo a los requerimientos del bebé antes de la llegada a su hogar.

Acciones:

- Realización encuesta de relevamiento socio sanitario
- Puesta en contacto con el Centro de Atención Primaria de la Salud correspondiente
- Aplicación de la encuesta social y observación del contexto, considerando cuestiones críticas que no surjan en forma directa de la encuesta: Accesibilidad geográfica del Barrio (tipo de calles, transportes, ruralidad); Vivienda (adecuación, precariedad, servicios disponibles, higiene, ventilación, modo de calefacción); Convivientes (número y vínculos); Lugar dormitorio y tipo de cama previsto para el Recién Nacido; Economía familiar: ingresos y estrategias de sostén; Indicadores sociales críticos observados o indagados: indigencia, desnutrición, adicciones, situaciones delictivas, violencia.

4.3 Selección de los hogares donde se realizó la visita domiciliaria.

Para la realización de las visitas domiciliarias se seleccionaron 10 familias con la colaboración del Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela previo acuerdo y presentación del proyecto. Cabe aclarar que en una de las familias seleccionadas se produjo el nacimiento de un par de mellizos, por lo que se observará en la descripción de la selección de las mismas, 11 niños. Estos niños y niñas fueron elegidos aleatoriamente contemplando los siguientes criterios que corresponden al diseño de la propuesta de la prueba piloto:

- tres niños que habían sido dados de alta entre el 25/4/17 y el 2/6/17, cursando el primer trimestre post alta del servicio de neonatología.
- cuatro niños que habían sido dados de alta entre el 31/1/17 y el 20/3/17, cursando el segundo trimestre post alta del servicio de neonatología.

- dos niños que habían sido dados de alta entre el 25/11/16 y el 12/1/17, cursando el segundo semestre post alta del servicio de neonatología.
- dos niños fueron visitados a los 10 días post alta, con alta el 17/7/17 y visitados el 2/8/17.

En la selección se tuvo en cuenta asegurar la confidencialidad de los datos aportados por parte de las familias, así como la voluntad expresa de las mismas de participar de las visitas domiciliarias mediante el consentimiento informado formalizado y considerando a las personas como sujetos de derecho y partícipes de las acciones que involucren su propio desarrollo.

RECIEN NACIDOS SELECCIONADOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS VISITAS

Recién Nacido	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Edad Gestacional	Peso al nacer	Diagnóstico ²²
TGR	22/02/2017	20/03/2017	34	1780	RNPT/AEG
MMC	11/07/2016	01/12/2016	30	1230	RNPT/APEG
MEA	13/10/2016	25/11/2016	35	1380	RNPT/BPEG
MR	27/12/2016	31/01/2017	36	1920	RNPT/BPEG
DGI	11/09/2016	31/01/2017	29	920	RNPT/BPEG

²²Siglas RNPT: Recién Nacido Pre Término, T: Nacido a Término, BPEG: Bajo Peso para la Edad Gestacional; AEG: Adecuado peso para la Edad Gestacional.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

AGI	11/09/2016	31/01/2017	29	850	RNPT/BPEG
SB	09/04/2017	02/06/2017	35	1650	RNPT/BPEG
LC	01/04/2017	25/04/2017	34	1850	RNPT/BPEG
SS	15/05/2017	17/07/17	33	1440	RNPT/BPEG
TP	08/05/2017	17/7/17	30	1330	RNPT/BPEG
KB	19/04/17	24/05/17	36	1850	RNPT/BPEG

4.4 Realización de las visitas domiciliarias.

Durante el mes de agosto (2017) se realizaron 10 visitas a los domicilios de las familias seleccionadas, correspondiente a 10 hogares. Cada hogar fue visitado por el Equipo interdisciplinario integrado por una médica pediatra y una profesional del campo de las ciencias sociales con formación en salud. El encuentro de profesionales del campo de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales da cuenta de un esfuerzo interdisciplinario para el abordaje de las problemáticas de la salud desde una perspectiva integral del proceso salud – enfermedad – atención y cuidados. Desde esta perspectiva, los esfuerzos mencionados permitieron un buen ensamble en estos equipos interdisciplinarios ya que se partió desde una misma concepción de los problemas a abordar.

En lo que respecta al trabajo de campo, el primer contacto con la familia se realizó vía telefónica, acordando y planteando el objetivo y la propuesta de la entrevista, dando cuenta del respeto y cuidado de la información. En este sentido, se trabajó en reuniones de equipo para realizar un encuadre de trabajo para la realización de la visita domiciliaria, abordando la llegada al domicilio, la revisión del instrumento, la presentación del Equipo interdisciplinario, la firma del consentimiento informado y la coordinación de cómo se desarrollaría la entrevista dando especial importancia al registro. Si bien no fue sencillo coordinar los encuentros con las familias, ya que hubo que organizar las

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
acciones de acuerdo a la disponibilidad de las mismas, puede expresarse que esta etapa, tan relevante para la prueba piloto, fue cumplida exitosamente.

Las familias se prepararon para recibir al Equipo constituyendo un momento de aprendizaje en el que pudieron despejarse dudas acerca de todos los temas vinculados a ésta intervención. Cada entrevista tuvo una duración de alrededor de una hora, y en algunas ocasiones fueron grabadas (con el consentimiento de los informantes) a los fines de depurar el registro de los datos cualitativos.

Se viabilizaron en algunos casos turnos médicos para Consultorio de Alto Riesgo del servicio de Neonatología del Hospital Mi Pueblo para los bebés que no los habían podido cumplimentar según la indicación del médico de cabecera. Para esta etapa se contó con la colaboración del Municipio de Florencio Varela a través de la Secretaría de Salud, con la oficina de Referencia y Contrarreferencia y el Servicio de Neonatología del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela.

Esta instancia resultó útil no solamente para poner a prueba el instrumento de relevamiento, sino también para registrar dimensiones socio - culturales que dan cuenta de las pautas de crianza que efectivamente se desarrollan al interior de estos hogares. Además pudo observarse las condiciones socio - ambientales en las que habitan estas personas, lo que permitió incorporar nuevas dimensiones a la herramienta de registro y carga de información.

Otros de los aspectos observados en la realización de las visitas domiciliarias, se relaciona con el sistema de salud local, en este sentido las visitas permiten comprender cómo se da la configuración y red del sistema de salud local, cuáles son sus desventajas en cuanto algunas dificultades de acceso a estudios especiales, turnos y la atención en el servicio de neonatología.

4.5 Análisis de la información recabada en las visitas domiciliarias.

La aplicación del Instrumento de Registro y su potencialidad para la producción de información

Las visitas domiciliarias posibilitaron recabar información relevante respecto al perfil sociosanitario de los hogares relevados. En este sentido, junto al seguimiento y registro particular de cada caso, pudo establecerse un perfil general de los RNP y sus hogares.

La metodología de sistematización de la información en soporte informático resultó pertinente para estructurar datos y características del grupo de intervención. Cabe resaltar el potencial que evidenció el instrumento utilizado para identificar los diversos factores que se interrelaciona en una población objetivo compleja y con necesidades críticas.

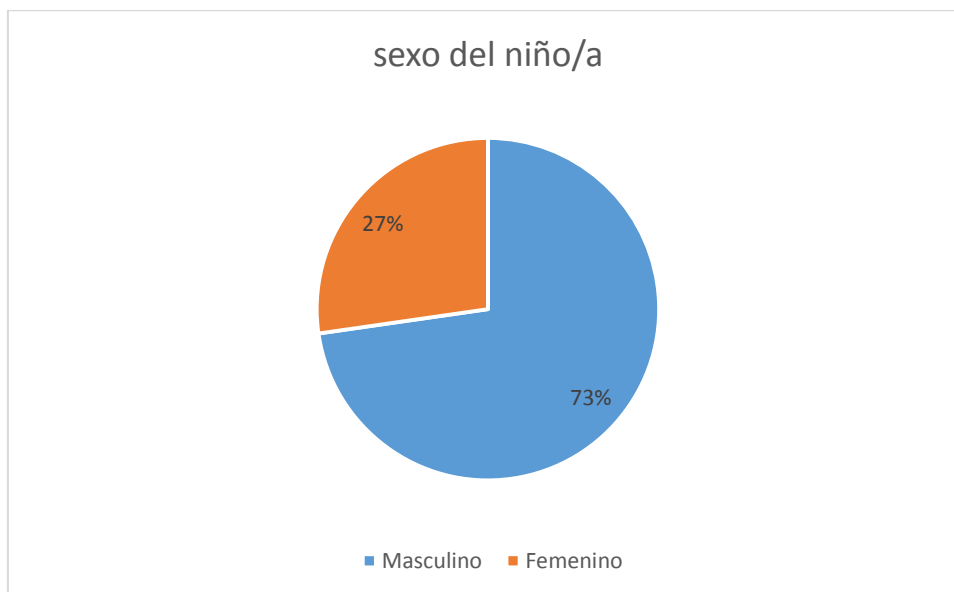
Los datos de la experiencia en terreno ponen de manifiesto la importancia de disponer de registros que permitan el monitoreo del Programa, considerando que la información procesada posibilita planificar estrategias de atención a escala local y provincial, ya que las variables consignadas poseen capacidad para identificar, más allá de esta muestra, áreas o poblaciones de un municipio con población infantil en situación de vulnerabilidad social, habitacional y/o ambiental. Este tipo de instrumentos y sus indicadores permiten estudiar variables que den cuenta de determinantes sociosanitarios, por ejemplo correlaciones entre variables ambientales y nacimientos de niños/as prematuros y/o bajo peso en ciertas áreas, lo cual posibilita generar hipótesis de trabajo no solo para atender mejor a los niños y sus familias sino también para generar estrategias preventivas.

En los puntos siguientes se presentan organizados en las dimensiones claves los datos recolectados.

4.6 Datos Sanitarios Generales (población objetivo) incluidos en el Programa de Seguimiento del Recién Nacido Prematuro.

Como se observa en el gráfico 1, considerando el sexo del niño/a, el grupo de RNP visitados está compuesto mayoritariamente por varones (73%), y un 27% mujeres.

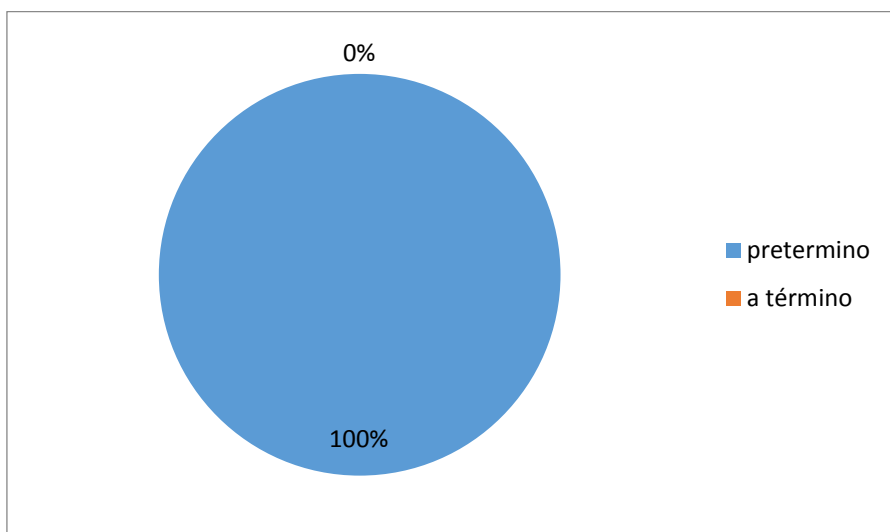
Gráfico 1



N: 11 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Respecto a la edad gestacional (gráfico 2), el total de grupo de intervención nació prematuro (pre- término, esto es: previo a las 36 semanas de gestación)

Gráfico 2



N: 11 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Respecto al peso al nacer (gráfico 3), solo el 9% presentó un peso adecuado; 46% peso bajo; 36% muy bajo; 9% extremo. Estos datos alcanzan suma criticidad considerando que el peso al nacer es una variable reconocida entre las de mayor importancia, por su asociación con el mayor riesgo de mortalidad infantil. Esta información resulta clave a los fines de considerar la vulnerabilidad del grupo analizado y sus potenciales problemáticas de desarrollo. En este sentido, representa una alerta significativa en términos de planificación de respuesta sanitarias adecuadas y oportunas.

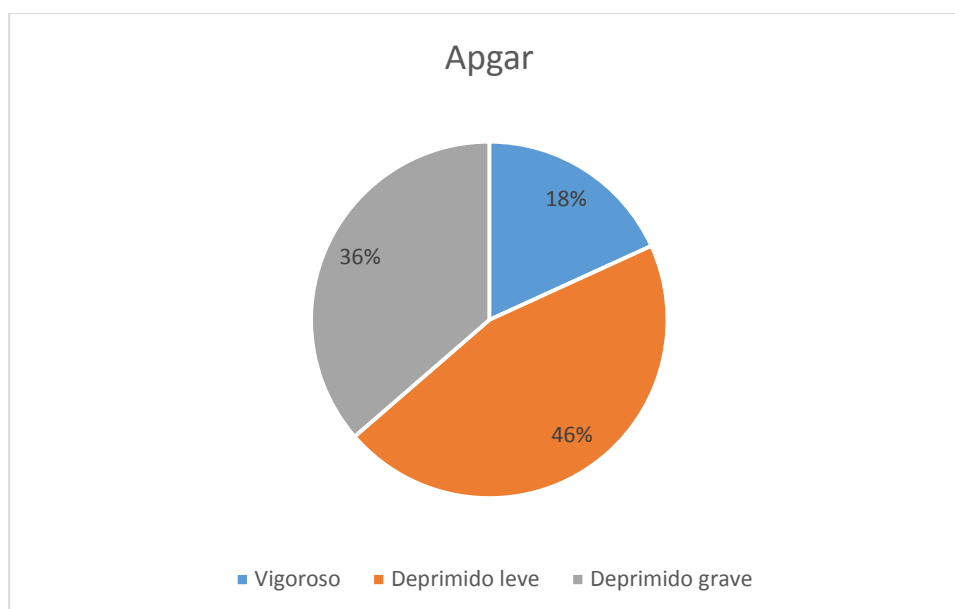
Gráfico 3



N: 11 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

La prueba de Apgar (gráfico 4) es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje indica la tolerancia del niño/a al proceso de nacimiento, determinando la evolución por fuera del vientre materno. Esta prueba establece: esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular, reflejos y color de la piel. Como se observa, el grupo analizado presentó indicadores mayoritariamente críticos (46% deprimidos leves) y muy críticos (36% deprimidos graves). En este caso, los scores obtenidos advierten sobre la estricta observación sobre el estado clínico que requiere esta población.

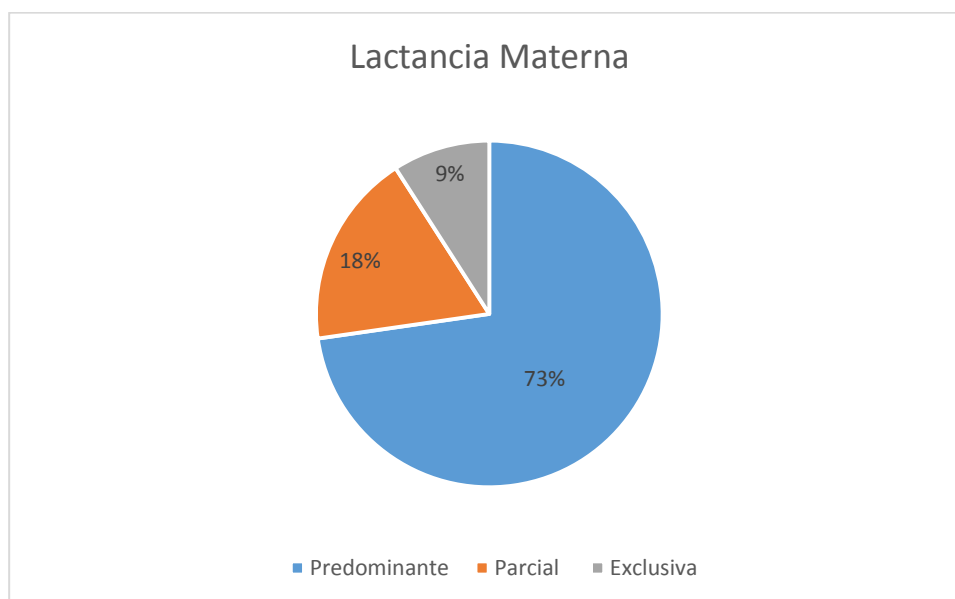
Gráfico 4



N: 11 – Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

En lo que hace a alimentación, (gráfico 5) solo el 9% recibe lactancia materna exclusiva, el 73% predominante y el 18 % parcial. En este caso cabe considerar que la internación que estos niños/as requirieron en unidades de neonatología incidió en el tipo de alimentación, dificultando la lactancia materna exclusiva. Este dato representa un punto crítico a trabajar por parte de los equipos de salud, a fin de revertir o disminuir el pronto destete, teniendo en cuenta los beneficios comprobados de la lactancia para la salud del niño/a y para el fortalecimiento del vínculo materno.

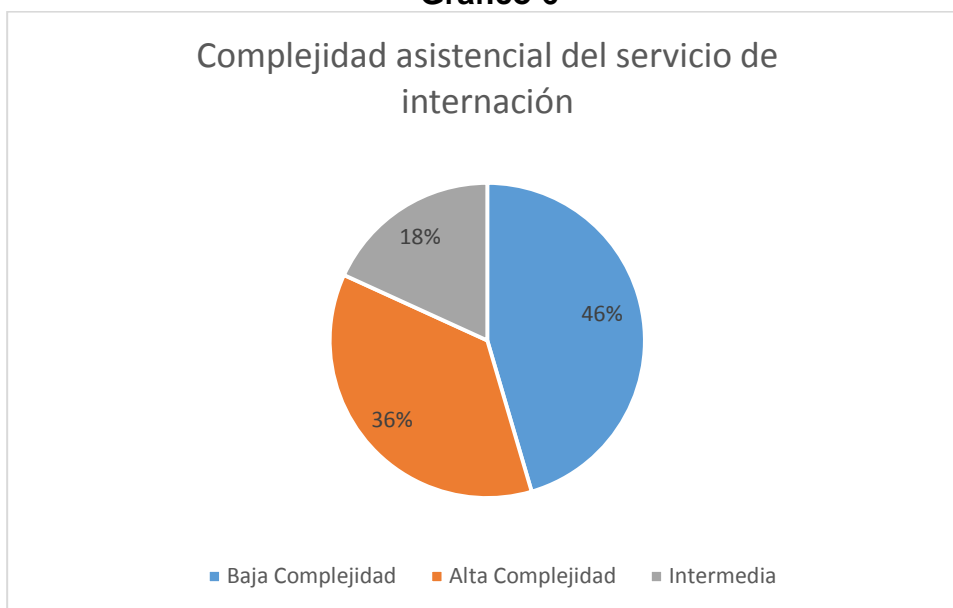
Gráfico 5



N: 11 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Como fuera referido en el párrafo anterior, los niños/as que componen el grupo analizado han permanecido hospitalizados posteriormente a su nacimiento: más de 10 días el total del grupo. Un 36% permaneció en unidades de alta complejidad, dado su cuadro crítico (gráfico 6)

Gráfico 6



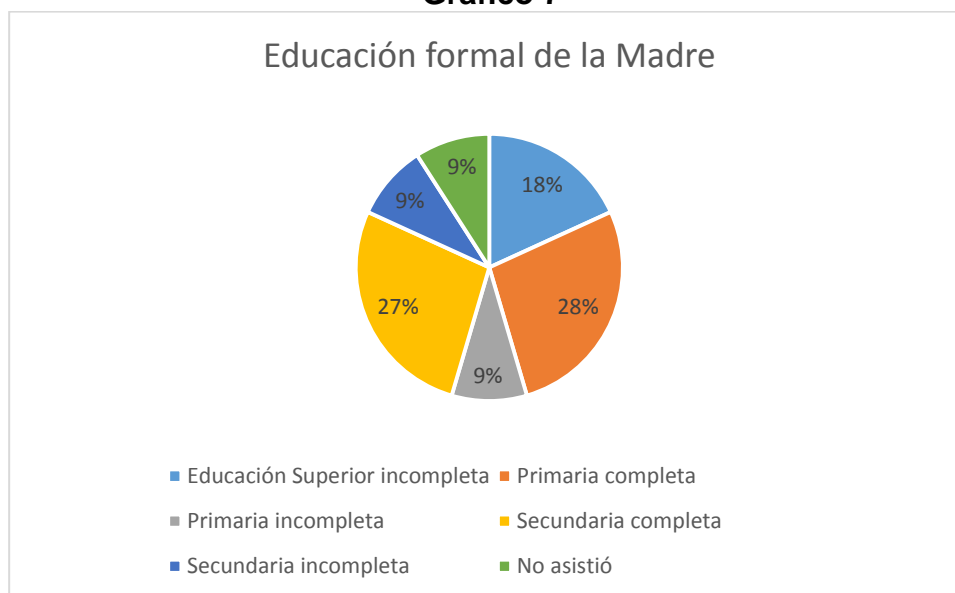
N: 11 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Hábitat: Indicadores socio sanitarios seleccionados:

Respecto al nivel educativo formal de la madre y el padre del niño/a (gráfico 7 y 8), se observa que el nivel educativo alcanzado se concentra en la categoría de “primaria completa” en el caso de la madre y “no asistió” en el caso del padre.

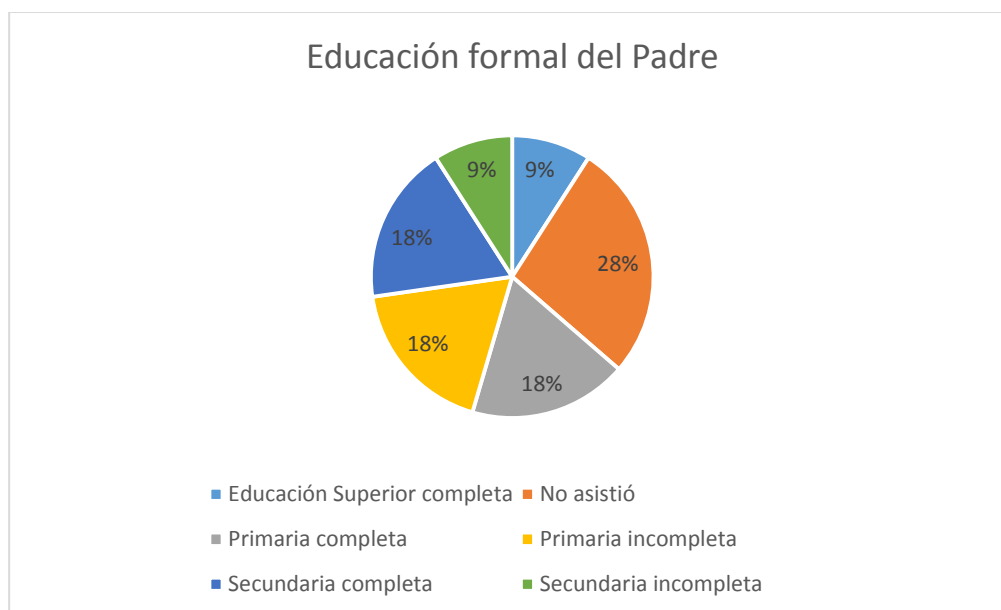
Si bien las madres presentan mayor permanencia y alcance en educación formal que los padres, este indicador de baja escolaridad da cuenta de la situación desfavorable de las familias, no solo a nivel coyuntural sino histórico en término de oportunidades de acceso e inclusión social. Esta problemática estructura situaciones de pobreza y vulnerabilidad que se reproducen intergeneracionalmente de acuerdo a las evidencias disponibles en estudios de este tipo de poblaciones. Las respuestas del sistema de salud, en estos escenarios, no alcanzan si no se articulan con estrategias intersectoriales de desarrollo humano y social.

Gráfico 7



N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Gráfico 8

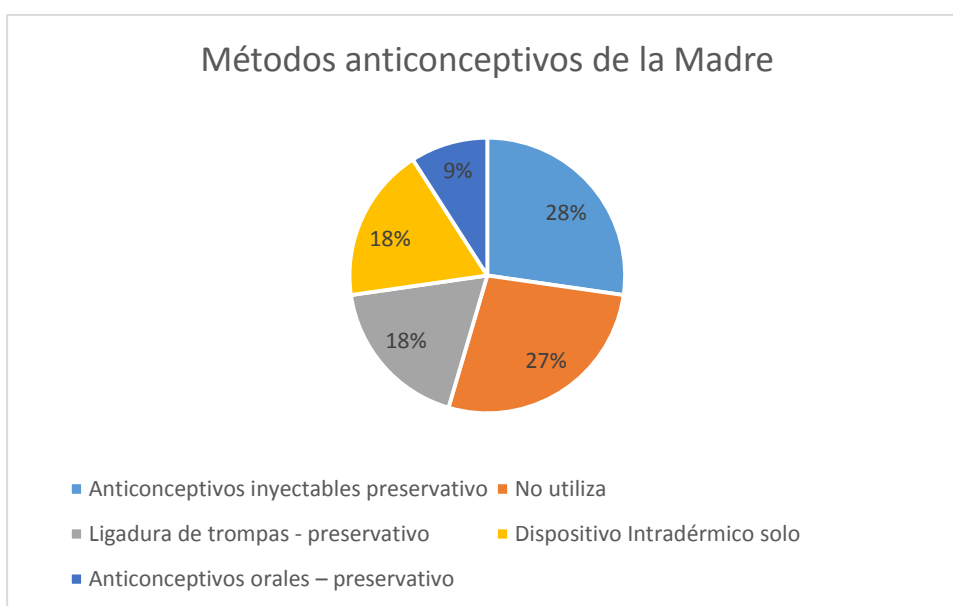


N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Los gráficos 9 y 10 presentan información respecto a salud sexual y reproductiva: un 27 % de las madres no utiliza métodos anticonceptivos, pero más significativo aún es que de los padres varones un 82 % no utiliza método alguno. En este caso aparece una notable desigualdad de género respecto a la anticoncepción.

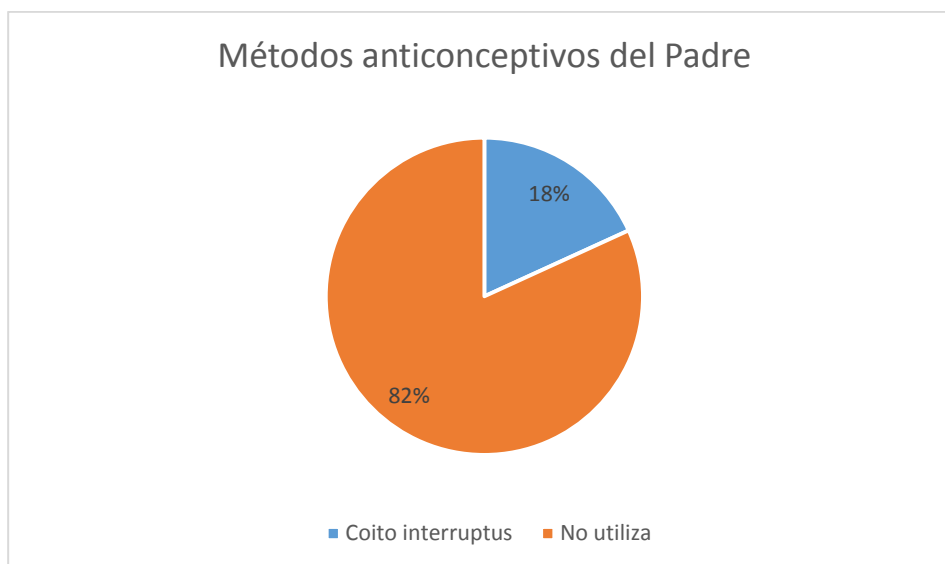
Sanitariamente, garantizar el acceso a programas de salud sexual representa una meta que debe asumir el sistema de salud, principalmente incorporando perspectivas de género a fin de reducir la carga frente a los cuidados anticonceptivos que asumen las mujeres. Estudios observacionales demuestran que cuanto menor es el espaciamiento entre los embarazos mayor es el riesgo de presentar parto prematuro, si bien no hay estudios controlados, la evidencia es sólida en esta recomendación. Particularmente, en estos hogares vulnerables, la educación sexual y planificación familiar es fundamental a fin de revertir desigualdades que se traducen, indirecta o solapadamente, en determinantes de la feminización de la pobreza.

Gráfico 9



N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Gráfico 10

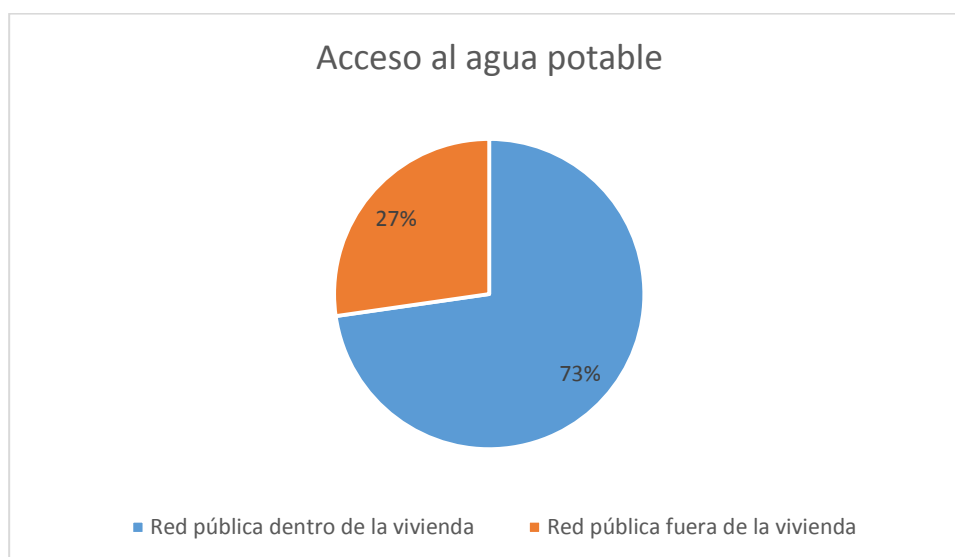


N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Indicadores seleccionados de vulnerabilidad de la vivienda:

Los gráficos 11, 12, 13 y 14 dan cuenta de indicadores críticos a nivel habitacional, considerando que las viviendas precarias y la falta de acceso a servicios básicos resultan insalubres para el ambiente doméstico (falta de acceso al agua potable, saneamiento básico insuficiente en el hogar, hacinamiento, contaminación). Como se observa en el gráfico 11, un 27% de los hogares no posee agua potable dentro de la vivienda.

Gráfico 11

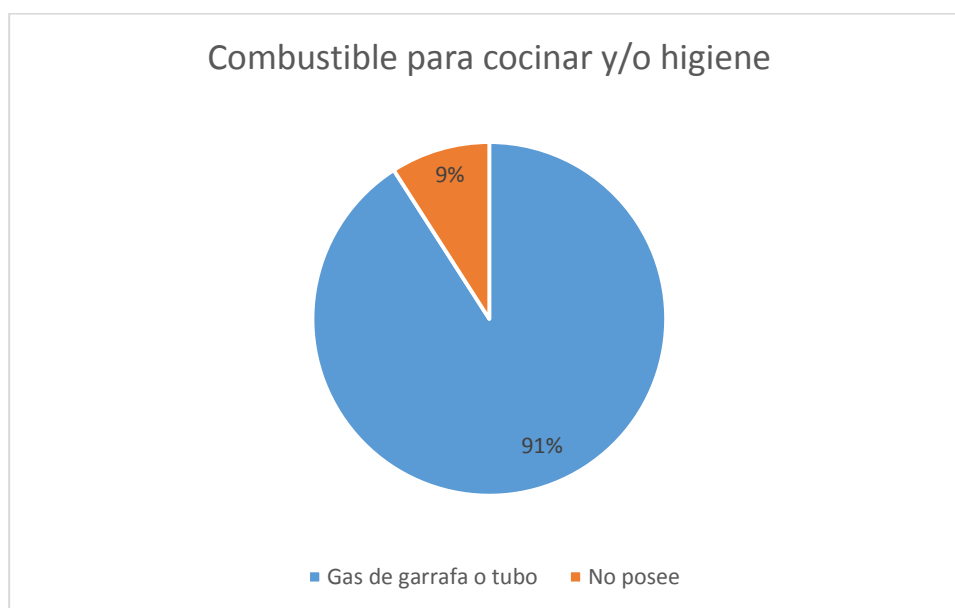


N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Respecto al tipo de energía/combustibles utilizado, prevalece la garrafa o tubo (para cocinar y calefaccionar), dato que deja en evidencia la falta de acceso al gas natural de red (gráfico 12 y 13).

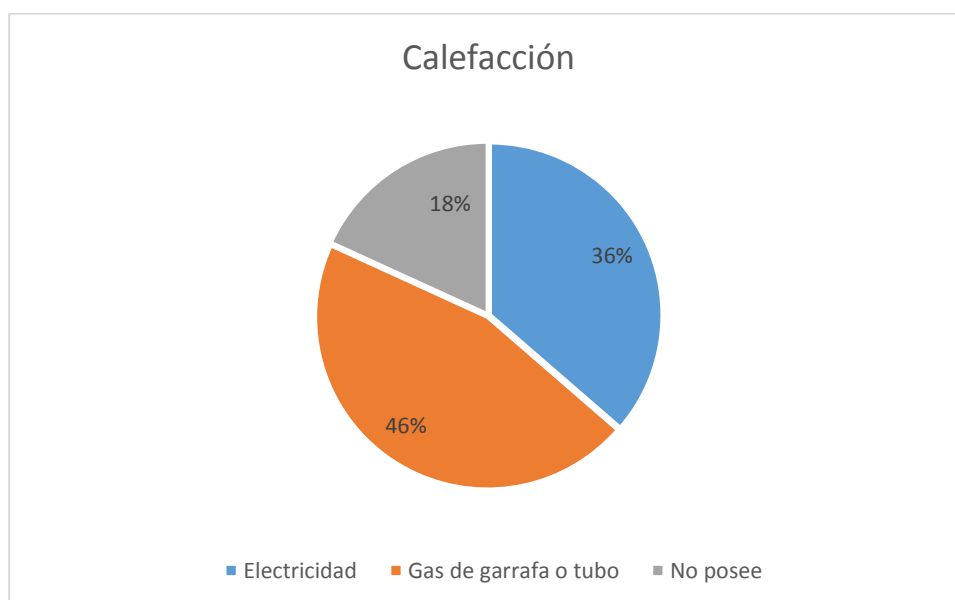
A la vez, este indicador es fundamental para considerar el grado de precariedad del hogar, resaltando que estos dispositivos no alcanzan muchas veces con los controles de calidad y seguridad.

Gráfico 12



N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

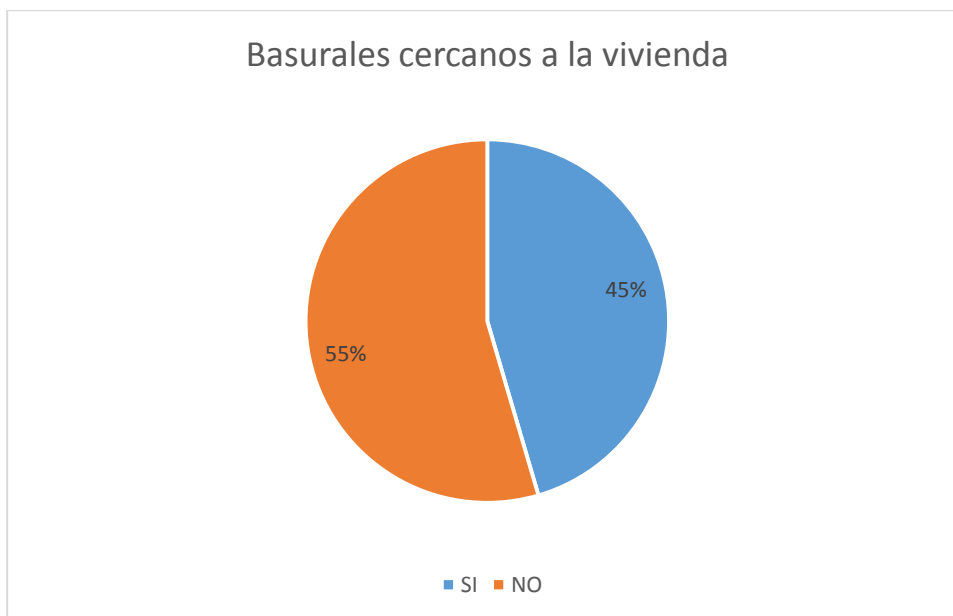
Gráfico 13



N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

En el caso del contexto barrial, también resulta crítico que el 45% de los hogares relevados se emplazan en zonas rodeadas de basurales (gráfico 14)

Gráfico 14



N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Otros indicadores básicos críticos a nivel hogar que se han relevado son:

- Hacinamiento(en los hogares relevados habitan entre 3 y 4 personas por ambiente)
- Acceso al alimento (la totalidad de los relevados concurren en forma frecuente a comedores sociales)

Indicadores seleccionados Crianza y socialización:

En esta dimensión se presentan aquellos datos que hacen (directa o indirectamente) a las condiciones de sociabilización, cuidados y estímulo de RNP. La crianza es el conjunto de creencias, valores, pautas culturales que la familia pone en juego a la hora de cuidar y criar a sus hijos.

Estos conjuntos de valores generalmente han sido construidos a través del tiempo; el rol del equipo de salud es fundamental para acompañar y enriquecerlos respetando las decisiones de las familias.

Algunas pautas culturales pueden trabajarse con la familia, como por ejemplo la promoción del cuidado y la seguridad de los lugares donde está el

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

bebé, el diálogo con el niño y entre los adultos, de los espacios para el juego y la exploración donde pueda moverse libremente, presencia de libros en el hogar, espacio dedicado a los juguetes del bebé, respeto por sus tiempos. Todas estas acciones van a permitir que ese niño se vaya apropiando del mundo que lo rodea con sus competencias y todas sus posibilidades.

La promoción del lenguaje desde la cuna favorece la comunicación aún proverbial en los inicios, luego el niño utilizará las palabras para expresar sus emociones, sus deseos y sus pensamientos por eso es tan importante ésta iniciativa porque las raíces del lenguaje se construyen desde el principio de la vida.

Resulta positivo que en el 82% de los hogares relevador se disponga de cuna o moisés exclusivo para el niño/a, cuestión fundamental para su sueño seguro e higiene (gráfico 15)

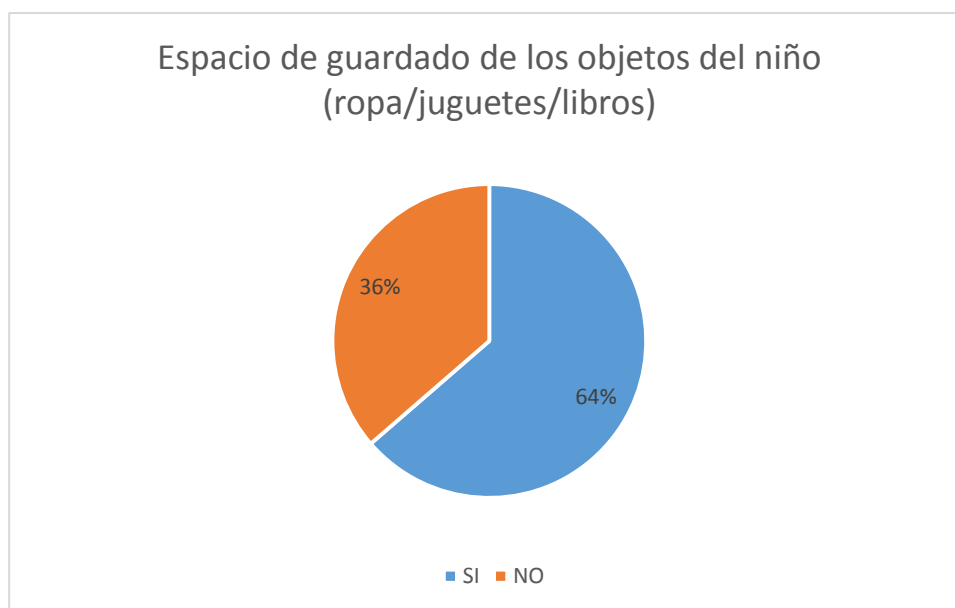
Gráfico 15



N: 11 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

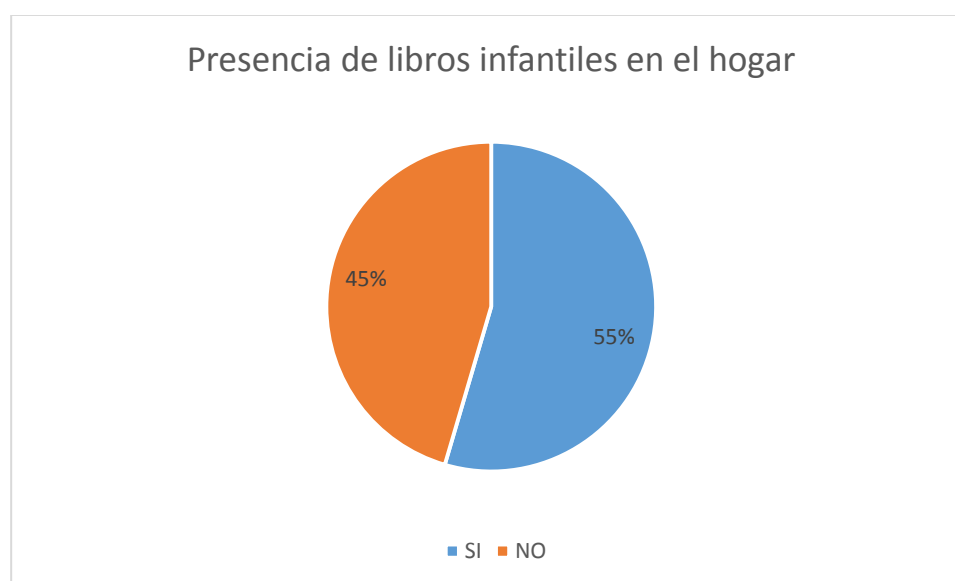
Así también el 64% de los hogares dispone de un espacio para guardar los objetos del niño/a (gráfico 16) y el 55% posee libros infantiles (gráfico 17), ambos indicativos de cuidado y potencial estímulo cognitivo.

Gráfico 16



N: 11 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

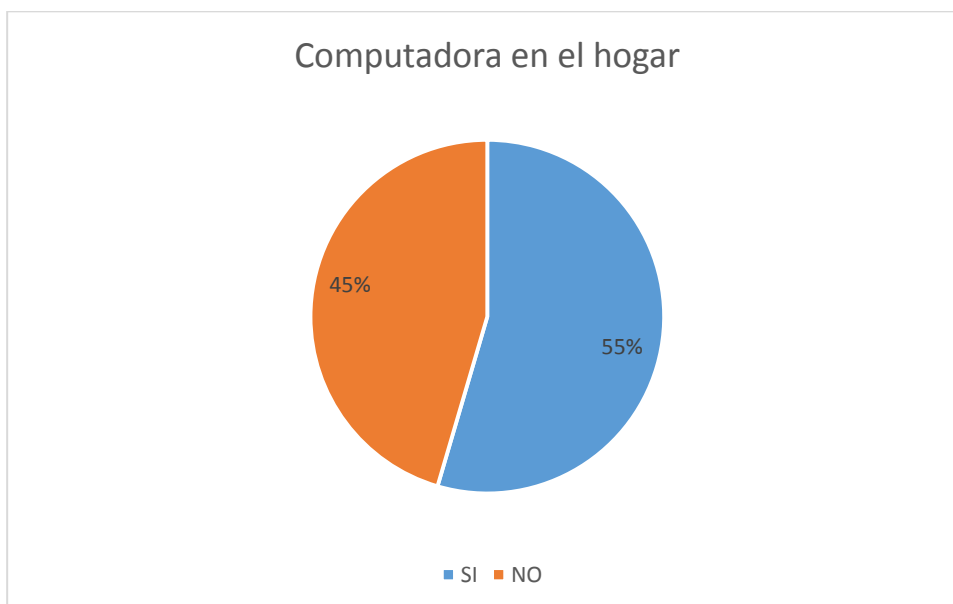
Gráfico 17



N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Los gráficos 18, 19 y 20 sistematizan información sobre acceso a tecnologías de la comunicación. En forma indirecta, estos datos señalan acceso a información, socialización del ámbito familiar y vinculación con el entorno.

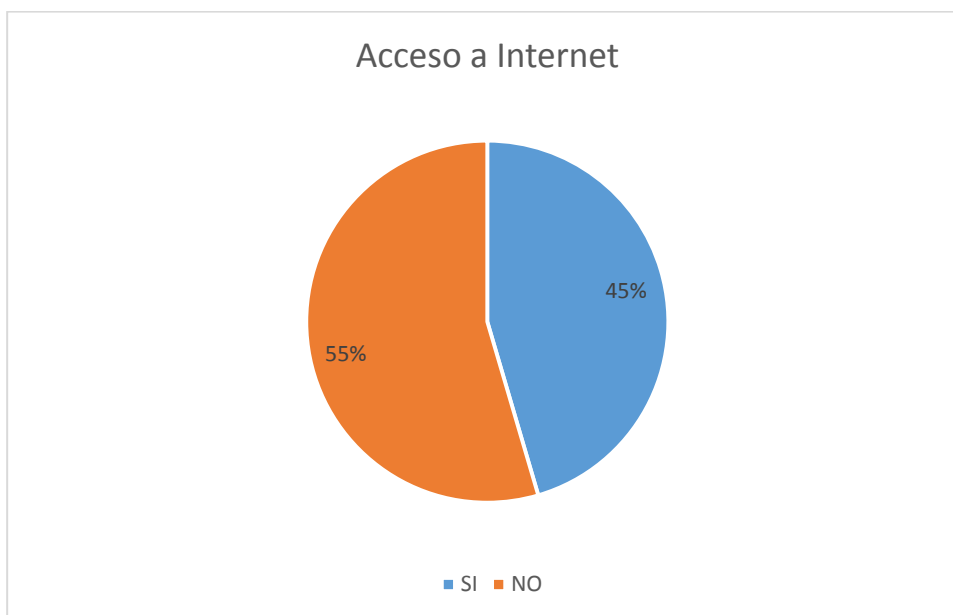
Gráfico 18



N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

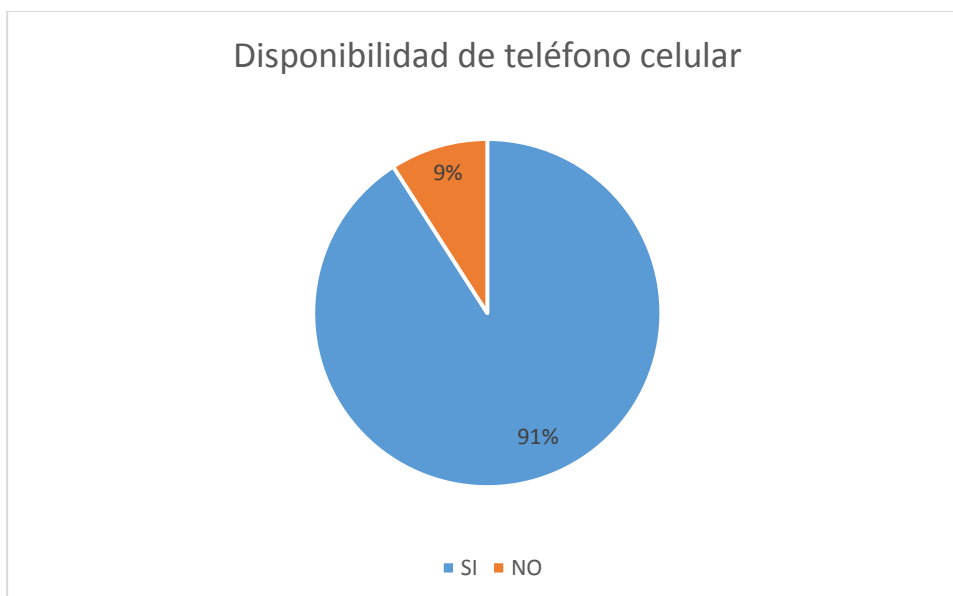
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

Gráfico 19



N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

Gráfico 20



N: 10 - Fuente: Programa Informático Seguimiento del RNP

En el caso de disponibilidad de computadora y acceso a internet, se observa una significativa brecha de acceso en términos de “exclusión digital o tecnológica”. El dato empírico da cuenta de una dinámica de exclusión digital que caracteriza a los sectores más pobres de la población, en donde se ubica el grupo analizado. La exclusión digital refiere a determinantes sociales, económicos y culturales de la distribución desigual de acceso a oportunidades de conocimiento.

En el caso de teléfono celular, por el contrario, el 91% posee al menos uno. Este indicador no representa bienestar objetivo, por el contrario, el uso de telefonía celular por parte de este grupo se vincula a seguridad en cuanto a comunicación considerando la ubicación periférica de las viviendas.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

CAPÍTULO 5:

**Producto. Diseño de un Sistema Informatizado Online de
seguimiento del niño prematuro y su familia**

5.1 Desarrollo conceptual e informático de Sistema Informatizado Online:

El desarrollo de un programa informático resulta clave para el seguimiento del RNP dentro de la estrategia del acompañamiento en domicilio. Esta herramienta es fundamental para sistematizar y estructurar datos que posibiliten: disponer de información oportuna e integrada, establecer mecanismos de monitoreo dinámicos y sistematizar metodologías de trabajo ajustadas en contexto.

Para el diseño de esta herramienta se especificaron los indicadores globales del sistema de información desarrollado, las variables que serán relacionadas, los datos que deberán constar en los informes automáticos, y los indicadores específicos que formarán parte de las consultas puntuales correspondientes a las particularidades de cada caso (Recién nacidos prematuros y sus familias)

A continuación, se especifican los indicadores claves del sistema de información, las variables que aportan datos relevantes y pertinentes a la estrategia, la información que deberá constar en los informes automáticos, y los indicadores que formarán parte de las consultas puntuales.

5.2 Objetivos del Sistema Informatizado Online:

- Disponer de información constante y en línea sobre el recién nacido prematuro y su familia, tendiente a desarrollar una intervención integral y oportuna de todos los actores involucrados en su cuidado;
- Aportar al diseño e implementación de estrategias perinatales preventivas;
- Contribuir a diseñar y consolidar un modelo de intervención para el seguimiento del recién nacido y su familia.

5.3. Variables seleccionadas e indicadores categorizados que contendrá el Sistema de Información

Lugar y responsables de la carga: Obstetricia y Neonatología

Datos Institucionales:

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
Región Sanitaria. RS VI

Hospital Mi Pueblo: dirección

Municipio: Florencio Varela.

Establecimiento:

¿El establecimiento cuenta con residencia para madres?

Si

No

Está en construcción

Derivaciones desde otros establecimientos:

Fecha de recepción

Fecha notificación a la Secretaría de Salud del Municipio al que pertenece el establecimiento que derivó

Condiciones de la derivación:

Intraútero

Niño y Madre

Niño solo

Datos filiatorios del núcleo familiar:

Nº de DNI Materno

Nombre y Apellido de la Madre

Fecha de nacimiento de la madre

Edad de la madre:

Menos de 14 años

15 a 19 años

20 a 24 años

25 a 29 años

30 a 34 años

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

35 a 39 años

Más de 39 años

Cantidad de gestas (contando la actual)

Cantidad de Partos

Cantidad de hijos vivos

Dirección de la Madre: (calle o N° de la calle, N° Barrio)

TE de la madre

TE de otro contacto de la madre

Nombre y Apellido del padre/pareja/acompañante

Dirección del padre: (calle o N° de la calle, N° Barrio)

Fecha de nacimiento del padre

Edad del padre:

Menos de 14 años

15 a 19 años

20 a 24 años

25 a 29 años

30 a 34 años

35 a 39 años

Más de 39 años

TE del padre/pareja/ acompañante

TE de otro contacto del padre/pareja/acompañante

Nombre y Apellido del Niño

N° DNI del Niño

Dirección donde residirá el niño: (calle o N° de la calle, N° Barrio)

Características del nacimiento y alta del niño:

Fecha de nacimiento

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

Hora de nacimiento

Sexo

Edad gestacional en semanas

Prematuro:

Menor de 37 semanas

Menor de 32 semanas

Menor de 28 semanas

Término entre 37 y 41 semanas

Post Término 42 o mayor

Peso en gramos:

500-999

1000-1499

1.500-1999

2000-2499

Más de 2500

Bajo peso (< 2499)

Peso adecuado (2500 – 3999)

Alto peso (> o = 4000)

Bajo peso para la edad gestacional (<2500)

Extremo bajo peso (500 a 999)

Muy bajo peso (menor a 1499)

Peso adecuado para la edad gestacional

Alto peso para la edad gestacional

Apgar:

Deprimido grave

Deprimido leve

Vigoroso

Lugar de internación:

Neonatología:

Unidad de baja complejidad

Unidad intermedia

Unidad intensiva

Días de internación

Menos de un día

De 2 a 10 días

De 11 a 19 día

De 20 a 28 días

De 29 a 37 días

De 38 a 46

De 47 a 56 días

De 57 días a más

Alta: (expresado en N° de semanas)

Fecha probable de alta

Fecha efectiva de alta

Diagnóstico al alta:

Asfixia del nacimiento, no especificada.

Bronquiolitis aguda, no especificada.

Dificultad respiratoria del recién nacido no especificada.

Retardo del crecimiento intrauterino.

Hidrocefalo congénito, no especificado.

Ictericia neonatal, no especificada.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
Incompatibilidad ABO del feto y del recién nacido.

Malformación congénita del corazón, no especificada.

Obstrucción intestinal del recién nacido, no especificada.

Retinopatía del prematuro (ROP) grave.

Hemorragia intracraneal.

Síndrome de Down.

Policitemia neonatal.

Retardo del crecimiento fetal, no especificado.

Sífilis congénita, sin otra especificación

No aplica, niña/o fallecida/durante la internación.

Lactancia materna al Alta:

Lactancia materna exclusiva

Lactancia materna predominante

Lactancia materna parcial

Destete

Anticoncepción en la madre al alta:

Ligadura de trompas + preservativo

Anticonceptivos orales + preservativo

Anticonceptivos inyectables + preservativo

Parches dérmicos + preservativos

Solo preservativo

DIU+ preservativo

Otro (especificar) + preservativo

Dispositivo Intradérmico + preservativo

No utiliza

Anticoncepción del padre/pareja al alta

Vasectomía + preservativo

Solo preservativo

Coito interruptus

Otro (especificar) + preservativo

No utiliza

Reinternaciones:

Fecha de internación:

Días de internación:

Menos de un día

De 2 a 6 días

De 7 a 11 días

De 12 a 16 días

Más de 16 días

Diagnóstico

Lugar de internación:

Neonatología

Unidad de cuidados mínimos

Unidad de cuidados intermedios

Unidad de cuidados intensivos

Fecha de Alta

Diagnóstico al alta de la re internación

No aplica niño/niña fallecido/a en la internación.

Muerte domiciliaria:

Fecha muerte

Hora de la muerte

Edad cronológica

Edad corregida

Diagnóstico

Características de la vivienda, el hábitat y el grupo familiar

Lugar y responsables de la carga: Visita previa al alta del RNP.
Completa equipo técnico.

Fecha de la visita:

Nombre del Responsable de la visita:

¿Con quién vive el niño? (marcar las que corresponden)

Madre y padre/pareja

Hermanas/os

Tías/os

Abuelos

Otros

Hogar²³:

Hogares por Vivienda

1 hogar

2 hogares

3 hogares

Más de tres hogares

Personas por cuarto

1 personas

2 personas

3 personas

4 personas

²³ Se entiende por hogar el grupo de personas que habitan bajo el mismo techo y comparten ingresos.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

5 personas

Más de 5 personas

Personas menores de 14 años que habitan en el hogar

1 persona

2 personas

3 personas

4 personas

Más de 4 personas

Personas menores de 14 años que asisten a una institución educativa formal o informal:

1 persona

2 personas

3 personas

4 personas

Más de 4 personas

¿Cuántos niños reciben AUH?

Total, Ingresos incluyendo AUH

0 a 3000

4.000 a 7.000

8.000 a 11.000

12.000 a 15.000

de 16.000 a 19.000

Más de 19.000

Asistencia alimentaria:

Comedor: Esporádico/ Periódico

Tarjeta: Esporádico/ Periódico

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

Alimentos: Esporádico/ Periódico

Nivel educativo alcanzado por la madre/cuidadora

No asistió

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Educación Superior incompleta

Educación superior completa

Otros estudios post secundarios

Nivel educativo alcanzado por el padre/cuidador

No asistió

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Educación Superior incompleta

Educación superior completa

Otros estudios post secundarios

Hábitat:

¿Existen fábricas alrededor o dentro del barrio?

SI

No

No sabe/No contesta

¿Existen basurales cerca del hogar o dentro del barrio?

SI

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

No

No sabe/No contesta

Provisión de agua

Red pública dentro de la vivienda

Red pública fuera de la vivienda

Pozo con bombeador

Otra forma de provisión

Combustible/energía para cocinar

Gas (por garrafa o tubo)

Gas de red

Electricidad

Kerosene

Otra forma

Combustible/ energía para calefaccionar

Gas (por garrafa o tubo)

Gas de red

Electricidad

Kerosene

Otra forma

Crianza y socialización

Disponibilidad de cuna/moisés exclusiva para el bebé.

Si

No

Comparte cuna/moisés/cama con

Madre/Padre/Pareja

Madre Sola

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

Hermanos

Otros

Disponibilidad de Espacio para la cuna/moisés/cama adecuado

Si

No

Algún niño/a en la familia es cuidado por hermanos menores de 10 años?

Sí, siempre

Si, a veces

Nunca

Hay un espacio para que se guarden los objetos del niño/a (juguetes, ropa, libros)

Si

No

¿En el hogar se dispone de por lo menos 3 libros infantiles?

Si

No

¿Este hogar cuenta con computadora?

Si

No

Este hogar cuenta con conexión a internet

Si

No

¿Las personas que habitan este hogar tienen celular?

Todas las personas adultas tienen celular

Algunas personas adultas tienen celular

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
Ninguna persona tiene celular

¿A cuántas horas de pantalla está expuesto el niño/a? (tv, celulares, computadoras).

De unas dos horas

De tres a cuatro a horas

Más de cuatro horas

No sabe/No contesta

Fortalecimiento y acompañamiento a las familias del RNP sobre crianza y desarrollo.

Estrategia: Visitas domiciliarias

Responsables: Equipo técnico

Fecha de la visita

Nombre del responsable:

Edad del niño/a al momento de la visita:

Edad corregida

Edad cronológica

Lactancia materna

Lactancia materna exclusiva

Lactancia materna predominante

Lactancia materna parcial

Destete

Anticoncepción en la madre

Ligadura de trompas + preservativos

Anticonceptivos orales + preservativos

Anticonceptivos inyectables + preservativos

Dispositivo intradérmico + preservativos

DIU + preservativos

Solo preservativo

Otro (especificar) preservativos

No utiliza

Anticoncepción del padre/pareja:

Vasectomía+ preservativo

Solo preservativo

Otro (especificar) preservativo

No utiliza

Concurrencia a los controles de salud al Consultorio de Alto Riesgo:

Cumple con las consultas programadas a la fecha de la visita

No asistió a la consulta programada de control.

No asistió a dos consultas programadas.

No asistió a ninguna consulta programada

Fue dado de alta del Consultorio de Alto Riesgo y derivado para el
seguimiento al CAPS (las opciones son un menú de la totalidad de los CAPS
de Florencio Varela)

Derivaciones para tratamientos específicos:

Derivado a (especificar institución y/o especialidad)

1.

2.

3.

4.

Cumplimiento de la/s derivaciones indicadas:

Cumplen regularmente en llevar al niño a las instituciones de derivación

Cumplen irregularmente en llevar al niño a las instituciones de derivación

No cumplen

Cumplimiento de indicaciones médicas: se evalúan en relación a la alimentación, vitaminas, baño, posición al dormir, vacunación, escala de Massie Campbell, higiene de manos):

Cumple adecuadamente las indicaciones médicas

Cumple con dificultades las indicaciones médicas

Cumple deficitariamente las indicaciones médicas

Evaluación de la Adherencia

En base la información recabada en cada visita y registrada en el sistema informático diseñado, el equipo técnico evaluará la adherencia de las familias a las pautas recomendadas sobre crianza y desarrollo infantil:

– Primer Trimestre:

Se analizarán las siguientes dimensiones para evaluar la adherencia a las recomendaciones en cuanto a las pautas de crianza:

- Alimentación del bebé (se evalúa por Lactancia Materna y alimentación con biberón) y en el mayor de 6 meses alimentación complementaria,
- Sueño seguro (duerme en su moisés boca arriba, sin juguetes o almohadas)
- Aire puro libre de humo (nadie fuma dentro del hogar, lavado de manos antes de tomar al bebé),
- Vínculo y apego (de acuerdo con la guía de Massie y Campbell),
- Salud materna (puerperal) y anticoncepción.

La adherencia se clasificará como:

Buena adherencia

Relativa adherencia

Escasa adherencia

– **Segundo trimestre:**

Se analizarán las siguientes dimensiones para evaluar la adherencia a las recomendaciones en cuanto a las pautas de crianza:

- Vínculo y apego (de acuerdo con la guía de Massie y Campbell se analiza el vínculo con los cuidadores en lo que refiere a la capacidad de explorar),
- Parentalidad (conocimiento y actitud materna frente al niño/a),
- Prevención de accidentes del hogar (seguir las normativas descritas en el protocolo)

La adherencia se clasificará como:

Buena adherencia

Relativa adherencia

Escasa adherencia

– **Segundo Semestre:**

Se analizarán las siguientes dimensiones para evaluar la adherencia a las recomendaciones en cuanto a las pautas de crianza:

- Desarrollo infantil (posibilidades de desplazamiento, lugar en el hogar),
- Cuidados cotidianos (alimentación, lactancia materna y alimentos semisólidos),
- Juego (objetos para jugar, espacio para jugar, adulto disponible),
- Cambiado (interacción con el adulto durante el cambiado),
- Higiene (lavado de manos, baño)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
– Hábitos y rutinas (organización de la vida cotidiana del
bebé)

La adherencia se clasificará como:

Buena adherencia

Relativa adherencia

Escasa adherencia

Familias que dejaron el Programa

Se mudaron de barrio

No aceptaron el acompañamiento

Otras causas (especificar)

Reportes predeterminados del sistema: Reporte diario individual por niño recién nacido prematuro:

Fecha: día mes año

Derivados:

Si

No

Si fueron derivados, condiciones:

Intraútero

Niña/o y madre

Niña/o solo

Nombre del Establecimiento que derivó

Municipio

RS

N° de DNI Materno

Nombre y Apellido de la Madre

Edad de la madre

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
Dirección de la Madre: (calle o N° de la calle, N° Barrio)
TE de la madre
TE de otro contacto de la madre
Nombre y Apellido del padre/pareja/acompañante
Dirección del padre/pareja/acompañante: (calle o N° de la calle, N° Barrio)
Edad de padre/pareja/acompañante
TE del padre/pareja/acompañante
TE de otro contacto del padre/pareja/acompañante
No aplica
Nombre y Apellido de la Niña/o
Sexo
Fecha de nacimiento
Dirección donde residirá la/el niña/o: (calle o N° de la calle, N° Barrio)
No aplica, Niña/o fallecido

Edad gestacional en semanas
Peso al nacer: 1) Bajo peso; 2) Peso adecuado; 3) Alto peso
Bajo peso para la edad gestacional: 1) Extremo bajo peso; 2) muy bajo
peso;
Peso adecuado para la edad gestacional
Alto peso para la edad gestacional
Apgar
Deprimido grave
Deprimido leve
Vigoroso
Lugar de internación
Neonatología
Unidad de baja complejidad
Unidad intermedia
Unidad intensiva
Diagnóstico

Reporte de indicadores relacionados por periodos (a demanda del usuario):

Periodo de análisis de la información: de / / hasta / /

a) Reporte de indicadores relacionados con: datos institucionales, filiatorios de la madre y pareja, obstétricos, nacimiento, lactancia materna, anticoncepción materna y paterna, diagnostico al alta, días de internación , motivos de reinternación y muerte del niño/a:

Número de madres según edad, cantidad de gestas, número de partos y cantidad de hijos vivos.

Número de padres según edad

Cantidad de Nacidos vivos, según sexo y edad gestacional: 1) prematuro, 2) a término

Cantidad de Nacidos según peso y edad gestacional:

Peso adecuado a la edad gestacional, 2) Alto peso para la edad gestacional

Bajo peso para la edad gestacional: 2.1) muy bajo peso, 2.2) extremo bajo peso

Cantidad de nacidos según sexo y Apgar 1. Deprimido grave 2. Deprimido leve 3. Vigoroso

Nº RN vivos no derivados según peso, sexo y edad gestacional

Nº RN vivos derivados según peso, sexo, edad gestacional y establecimiento que derivó por Municipio.

Nº de derivaciones Intraútero

Nº derivaciones Niñas/os y Madre

Nº derivaciones Niñas/os solas/os

Establecimiento con residencia para madres

Establecimiento sin residencia para madres

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
N° de RN según lugar de internación: Neonatología: Unidad de baja
complejidad, intermedia, intensiva.

N° de RN por sexo, peso adecuado, peso alto, muy bajo peso, extremo
bajo peso.

Según edad y nivel educativo de la madre,

N° de RN por sexo, peso adecuado, peso alto, muy bajo peso, extremo
bajo peso, según edad del padre y nivel educativo.

N° de RN según sexo, peso: (adecuado, peso alto, muy bajo peso,
extremo bajo peso) y tipo de alimentación: lactancia materna exclusiva,
lactancia materna predominante, lactancia materna parcial, destete)

N° RN muertos según peso, sexo, edad cronológica y corregida,
diagnóstico y lugar de ocurrencia

Uso de métodos de anticoncepción de las madres según edad

Uso de métodos de anticoncepción de los padres/parejas según edad

N° de niñas/os según cantidad de días de internación por sexo y edad
gestacional cronológica y corregida y tipo de diagnóstico.

N° de niñas/os según cantidad de días de reinternación por sexo y edad
gestacional cronológica y corregida y tipo de diagnóstico sobre el total de
nacidos vivos prematuros

N° de niñas/os fallecidos en su domicilio, según edad cronológica y
corregida y tipo de diagnóstico por sexo sobre el total de nacidos vivos
prematuros

b) Reportes de Indicadores socio ambientales

N° de Hogares por Vivienda

N° de Personas por Hogar (de la familia del niño) según parentesco, nivel
educativo de la madre, padre/pareja e ingresos totales del hogar

Nº de Personas por cuarto (de la familia del niño)

Nº de Menores de 14 años que habitan en el hogar según ingresos totales del hogar sobre el total de hogares

Menores de 14 años que asisten a una institución educativa formal o informal según, nivel educativo de la madre y el padre/pareja e ingresos totales del hogar sobre el total de hogares

Nº hogares con madre y padre y/o pareja juntos, madre sola, padre/pareja solo, otra personas, según edad, nivel educativo, ingresos totales del hogar y si reciben o no asistencia alimentaria sobre el total de hogares.

Nº de viviendas en barrios con fábricas y/o lugares contaminados cercanos sobre el total de hogares.

Nº de hogares con red de agua pública dentro de la vivienda sobre el total de hogares

Nº de hogares provisión de gas en tubo o garrafa para cocinar sobre el total de hogares

Nº de hogares con gas o electricidad para calefaccionar sobre el total de hogares

Nº de hogares con ventilación adecuada sobre el total de hogares

c)Reportes de Crianza y socialización

Nº de recién nacidos prematuros que tiene un moisés/cuna/cama de uso exclusivo no compartido sobre el total de niños

Nº de recién nacidos prematuros que son cuidados por hermano/otro menor de 10 años sobre el total de niños

Nº de hogares que posee biblioteca para guardar libros/cuentos/juguetes sobre el total de hogares.

Número de hogares que poseen al menos 3 libros infantiles sobre el total de hogares

Nº de hogares que dispone de computadora sobre el total de hogares

Nº de hogares que dispone de conexión a internet sobre el total de hogares

Nº de hogares que dispone al menos una persona dispone de celular sobre el

total de hogares.

Cantidad de niños expuestos a pantalla (TV, celulares), según cantidad de horas.

d) Reportes de fortalecimiento y acompañamiento a las familias del RNP sobre crianza y desarrollo en el domicilio de la niña/o después del alta

Nº de visitas a hogares sobre el total de hogares

Nº de niñas/os según tipo de alimentación

Nº de madres según uso de métodos de anticoncepción

Nº de padres/parejas según uso de métodos de anticoncepción

Nº de niños según cumplimiento de asistencia a la consulta del consultorio de alto riesgo

Nº de niños dados de alta del consultorio de alto riesgo y derivados al CAPS sobre el total de niños

Nº de niños derivados a otras instituciones sobre el total de niños

Nº de niños según cumplimiento de asistencia a las instituciones que son derivados

Nº de niños según cumplimiento de las indicaciones médicas

e) Reportes para la evaluación de la adherencia de la familia a las pautas recomendadas sobre crianza y desarrollo infantil sobre el protocolo definido y aplicado en cada visita, de acuerdo al tiempo estipulado

Primer Trimestre

Nº de familias según tipo de adherencia sobre pautas recomendadas de Alimentación del bebé, sueño seguro, aire puro libre de humo, vínculo y apego, salud materna (puerperal), sobre el total de la familias visitadas

Segundo trimestre

N° de familias según tipo de adherencia sobre pautas recomendadas de Vínculo y apego, parentalidad, prevención de accidentes del hogar, sobre el total de familias visitadas

Primer Semestre

N° de familias según tipo de adherencia sobre pautas recomendadas de Vínculo y apego, cuidados cotidianos y hábitos y rutinas sobre el total de familias visitadas

N° de familias que participan del programa sobre el total de familias empadronadas

N° de familias que no participan del programa sobre el total de familias empadronadas

N° de familias que no participan del programa según sus causas

5.4 Especificaciones técnicas del sistema informático online.

La aplicación se realizó sobre plataforma web.

La localización de la aplicación será en el centro de cómputos del Hospital Mi Pueblo

Equipamiento:

RAM: 4GB

Procesador: Procesador dual core de 3GHz o superior cada uno

Espacio en disco: 40GB

Sistema Operativo: Ubuntu Server 16.04.2 64bits o superior.

Software de base para la aplicación

Apache 2.2 o superior

Mysql server 5.1 o superior.

PHP 5.3 o superior

Desarrollo

Se utilizó el framework Code Igniter ver. 3 con un template de Bootstrap

Implementación:

A partir del relevamiento hecho sobre los indicadores que se gestionarán durante el ciclo del proyecto y las características del mismo, se tomaron las siguientes decisiones:

Se eligió trabajar con un framework PHP llamado Code Igniter, con la plantilla de Bootstrap Kadmin.

Se dividió la gestión en 3 secciones, apuntando al rol de los usuarios que realizaran la carga de los datos:

1. Datos básicos: En esta sección se registran los datos filiatorios de la madre que entra al seguimiento, así como los referidos al niño, parto, y atención neonatal. Los roles más relevantes son Obstetricia y Neonatología.
2. Habitar: En esta sección se cargan los datos referidos al registro de datos socioambientales en donde habitará el niño.
3. Seguimiento: En esta sección, se registran los datos referidos al seguimiento domiciliario que se hará del niño, una vez establecido en su hogar.
4. Informe y estadísticas: Desde esta sección se sacaran los informes y estadísticas relevadas para este proyecto.

Carga de la información en el sistema on-line de seguimiento:

Finalizada cada visita, se realizó la carga del contenido de las mismas en el software (<https://demo.informaticaglobal.com.ar/cm>) creado para tal fin. La carga resultó muy ágil y rápidamente cada visita quedó registrada en el sistema.

Los ítems Evaluación-Estadística y Reportes permitieron el análisis cualitativo y cuantitativo acerca de la alimentación, sueño seguro, aire libre de humo, vínculo y salud materna.

El primer ítem “Datos básicos”, permite cargar información relevante sobre la Institución en la que se produjo el parto y nacimiento del niño/niña

prematuro, la localización en la red de servicios de salud de la región sanitaria sexta dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, si cuenta con “Residencia para madres”: éste dispositivo brinda la posibilidad a la madre del niño internado en las distintas áreas del servicio de neonatología, quedarse dentro del hospital garantizando el derecho que tienen las madres y los recién nacidos a estar juntos durante toda la internación, facilitando la lactancia materna y permitiendo a los padres aprender qué cuidados especiales tienen que tener con sus bebés a la hora de volver a sus casas.

En otro apartado se vuelca la información filiatoria de los padres datos de contacto, antecedentes perinatales maternos.

Finalmente se puede volcar información clínica sobre los antecedentes de enfermedad, evolución y fecha de alta del bebé prematuro y reinternaciones si las hubiere. En forma separada es posible registrar en el caso de presentarse muerte domiciliaria.

El apartado “Hábitat” brinda información sobre aspectos del contexto, medio ambiente, acceso a servicios básicos, características de la vivienda, dinámica familiar (crianza y socialización) lugar donde duerme el niño, posición en el moisés, ingreso económico, asistencia alimentaria y nivel educativo alcanzado por los padres. Uso y exposición del niño a tecnologías y redes sociales.

En el ítem “Domiciliarias” se registra toda la información recogida en la visita domiciliaria correspondiente al 1º, 2º y 3º trimestre de vida del niño, fecha, edad cronológica y corregida, concurrencia a controles y cumplimiento de indicaciones médicas.

Los ítems Evaluación-Estadística y Reportes permitieron el análisis cualitativo y cuantitativo acerca de la alimentación, sueño seguro, aire libre de humo, vínculo y salud materna.

A lo largo de este proceso piloto se fue modificando y readecuando esta herramienta que hoy resulta muy valiosa para todos los actores involucrados en este proyecto, ya que brinda información pormenorizada de los aspectos que

caracterizan a cada familia incluida, enriquecido con la visita domiciliaria que permite visibilizar el entramado social que se dibuja en cada barrio, su dinámica, la vivienda, las redes sociales y la interacción con las familias incluidas en este proyecto.

Adecuación de las pautas e instrumentos aplicados:

La adecuación de las pautas e instrumentos aplicados pudo llevarse a cabo a partir de las visitas realizadas. Las pautas relacionadas con neurodesarrollo, tono muscular, madurativas, de lactancia materna, posición al dormir, ambiente libre de humo, prevención sobre las enfermedades respiratorias en el niño y su familia, crianza, desarrollo y hábitat tal como ha sido propuesto en el presente proyecto han podido volcarse en los formularios de registro y en la carga del sistema desarrollado. Hemos podido disponer luego de la misma, de información constante y en línea sobre el recién nacido prematuro y su familia habiendo realizado sugerencias de modificación de algunas opciones que se detallan a continuación:

Modificaciones realizadas en el software:

Ítem: “Hábitat/Hogar/Asistencia alimentaria” se incorporó la opción “No recibe ninguna”

Ítem: “Hábitat/Madre”: se incorporó un campo donde volcar, “Embarazos que no llegaron a término” Aborto ()

Ítem: “Datos básicos/Alta/Diagnóstico, se amplió la posibilidad de incorporar al menos tres diagnósticos.

Ítem: “Datos básicos/Lugar de internación”: se incorporaron tres opciones no excluyentes: Baja () Intermedia () Intensiva ()

Ítem: “Reportes”: se agregó un reporte individual de cada niño teniendo la opción de escribir comentarios relacionados con algún aspecto de la visita no contemplado en los ítems del software.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

CAPÍTULO 6:

Lecciones Aprendidas, Propuestas y Conclusiones.

6. 1. Balance sobre la prueba piloto: La visita domiciliaria como dispositivo de intervención sociosanitaria.

A partir de la experiencia realizada en esta prueba piloto se comprueba el valor de la estrategia de las visitas domiciliarias. Pudo observarse el esfuerzo que hace cada familia para sostener el cuidado y la salud del RNP, la voluntad de participar de las visitas, la generación de una relación de confianza entre Equipos y familias y el involucramiento y empoderamiento de las madres y padres en la toma de decisiones referidas a su niño/niña. Esta estrategia posibilita un abordaje integral del proceso salud - enfermedad – atención y de las pautas de crianza y desarrollo de estos niños y niñas. Las visitas domiciliarias posibilitan reforzar los saberes que se ponen en juego en la esfera de la autoatención²⁴, entendida como actividad nuclear y sintetizadora que desarrollan los sujetos para el cuidado de la salud. La autoatención no es una acción autónoma sino que constituye un proceso transaccional entre los sujetos y las otras formas de atención que operan como sus referentes, en este sentido los sujetos aprenden, modifican y resignifican sus propias prácticas de autoatención en la interacción con el personal de salud.

Desde esta perspectiva la visita domiciliaria es un como componente estructural de este Programa, en tanto contribuye al buen desarrollo de estos niños/as reorientando las formas de atención que desarrollan las familias a partir de lo aprendido en sus propios espacios de socialización.

El trabajo en terreno puso también de manifiesto las renovadas formas que adoptan las redes sociales y comunitarias: las mamás de estos niños/as prematuros se han empezado a vincular a partir de una red de *Whatsapp*, mediante esta red social circulan consejos y recomendaciones para la crianza de este tipo de bebés. También han desarrollado actividades solidarias para ayudar a aquellas madres que se encuentran ante dificultades económicas o de otro tipo. La promoción de estas interacciones mediante una tecnología

²⁴ Menéndez distingue cinco saberes y formas de prevención y atención de padecimientos, a saber: los de tipo biomédico, los saberes “populares” y/o “tradicionales”, los “alternativos”, los que provienen de otras tradiciones médicas y finalmente los saberes y formas de “autoatención”. En este último grupo es posible identificar las centradas en el grupo doméstico (Menéndez; 2009:31-32).

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
popularmente utilizada puede contribuir a desarrollar nuevas formas de educación para la salud, cuyo buen uso aportaría al fortalecimiento de redes de salud en comunidad.

En la visita, cada familia abrió las puertas de su hogar y permitió el abordaje de cada dimensión planteada en éste trabajo; se ha podido realizar la promoción del desarrollo, trabajando con los aspectos vinculares desde una mirada integral de la maternidad y la paternidad, promover la importancia del sueño seguro, el aire libre de humo y la alimentación oportuna y adecuada según la edad del bebé al momento de la intervención.

Se trabajó con cada familia la importancia del cumplimiento de los controles para el bebé en el Consultorio de Seguimiento del Hospital Mi Pueblo.

En las visitas también fue posible dar cuenta de situaciones de vulnerabilidad social, pudieron valorarse algunos aspectos que hacen al hábitat en el que viven estas familias, los cuales trascienden los datos estadísticos que habitualmente se relevan y que ponen en evidencia situaciones críticas que se traducen en barreras de accesibilidad a los servicios de salud.

De acuerdo a esto, las visitas domiciliarias constituyen una estrategia que aporta al proceso de salud-enfermedad- atención disminuyendo brechas de accesibilidad, entendiendo que no solo la accesibilidad da cuenta de lo geográfico sino de los aspectos culturales, simbólicos, económicos, sociales. Consecuentemente, aportan a pensar la atención del recién nacido de alto riesgo desde una mirada integral (y no solo desde una mirada biológica y patológica), dando cuenta de diferentes trasvasamientos que caracterizan a la perspectiva sociosanitaria que sustenta el Programa.

6.2 Fundamentos para una propuesta de seguimiento del Recién

Nacido de Alto Riesgo.

En el año 2016, la Dirección de Maternidad e Infancia, Área de Neonatología del Ministerio de Salud de la Nación, elaboró una propuesta de Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo. Allí se señala entre otras cosas que:

“la mayor parte de los niños que nacen por año en Argentina crecen y se desarrollan normalmente. No obstante, hay un grupo de niños identificable por factores de riesgo (prematurez, bajo peso al nacer, enfermedad compleja en período neonatal, etc.) que tienen altas tasas de morbilidad en comparación con los niños nacidos a término y que, en consecuencia, pueden presentar alteraciones en su desarrollo a largo plazo”

Y se especifica:

“el objetivo de un programa de seguimiento para niños de alto riesgo puede ser considerado tanto desde la perspectiva de los niños/as como de la familia, de la ética y de la auditoría e investigación. Sus objetivos principales son la detección temprana de trastornos del desarrollo, alteraciones del crecimiento, trastornos neurosensoriales, y alteraciones de la conducta y del aprendizaje, con la finalidad de iniciar una atención oportuna.”²⁵

Asimismo, el Senado y la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires sancionó la Ley 14.931 (8/06/2017) donde crea el “Sistema y/o Red de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo” tendiente a garantizar

²⁵Dirección de Maternidad e Infancia, Área de Neonatología del Ministerio de Salud de la Nación, 2016

la atención y protección del Recién Nacido de Alto Riesgo y su familia. La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud de la Provincia, a través de la Dirección Provincial de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Esta Ley está en proceso de reglamentación

Considerando este marco político - institucional, las directrices que contiene el documento mencionado, la Ley 14.931 “Sistema y/o Red de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo” y las lecciones aprendidas a partir del presente el Proyecto, interesa destacar que:

- La experiencia piloto desarrollada en Florencio Varela representa una estrategia de seguimiento y/o recuperación activa de niños/as recién nacidos que requieren atención por su nivel de riesgo.
- Este tipo de abordajes fortalece la articulación entre hospitales, unidades neonatales y primer nivel de atención, promoviendo acciones conjuntas de seguimiento para los recién nacidos que se encuentran dentro de las situaciones de riesgo que implica la prematurez.
- La metodología de abordaje y trabajo con la familia durante la estadía del niño en la UTI neonatal y luego en el domicilio, permite sostener la relación familia/ comunidad/ servicios y equipos de salud, y por ende fortalece la accesibilidad y continuidad a la atención.
- Las visitas domiciliarias son una estrategia altamente efectiva para el sostenimiento del recién nacido de alto riesgo (RNAR) y su familia.

En lo que hace a factibilidad técnica- informática, la capacidad instalada que cuenta la Provincia para llevar adelante esta propuesta está dada en que el Proyecto “Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro” actualmente en ejecución, aporta un Sistema Informático y una metodología de abordaje de sostenimiento y acompañamiento al niño/a y sus familias. El Sistema aporta en forma periódica información respecto de los niños Recién Nacidos de Alto Riesgo: datos biológicos, de días de internación, diagnóstico, posible alta, alta efectiva, características de los cuidadores a cargo del niño, y las principales rasgos del hábitat sanitario, del hogar y la composición y las principales

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
atributos económicos y sociales de la familia. Contiene además, los principales indicadores que han sido probados y utilizados en programas de desarrollo infantil, que permiten evaluar buenas prácticas de crianza, y que son relevados durante la visita domiciliaria. El sistema está en línea en la UTI del Hospital Mi Pueblo, y en la Secretaría de Salud del Municipio.

Establecer un modelo de gestión para el seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo²⁶ que aborde la articulación continua entre los diferentes servicios de los establecimientos de categoría IIIB²⁷ y disponer de un sistema común y coordinado de control de calidad, contribuye a asegurar la óptima utilización de los recursos y el acceso a las prestaciones en forma adecuada y oportuna. Para eso es necesario establecer estrategias concretas y operativas destinadas a minimizar los obstáculos que impiden la concurrencia a las consultas, facilitando el traslado de los pacientes, utilizando cada oportunidad de atención para realizar los controles correspondientes (por ejemplo, utilizar la instancia de aplicación de vacunas o anticuerpos para realizar los controles oftalmológicos, neurológicos, etc.) , dar alojamiento a la madre durante los días que se realizan todos los controles y establecer la posibilidad de búsqueda domiciliaria o telefónica de los que no concurren a las citas.

6.3 Recomendaciones y Estrategias para una Propuesta de seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo.

La Propuesta que se delinea tuvo en cuenta el consenso y la adherencia de todos los actores intervinientes en el taller de presentación y evaluación del

²⁶ Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo, Área de Neonatología, Ministerio de Salud, 2016. La propuesta se inscribe en un “enfoque de riesgo”. Los Dres. Díaz y Schwarcz (1979) describieron el enfoque de riesgo como: Un método aplicable a la atención de la salud basado en la idea de que no todos los individuos o grupos de individuos tienen el mismo riesgo de enfermar o morir. Se entiende por riesgo a la mayor probabilidad de padecer en el futuro un daño en la salud. Es necesario enfatizar que el concepto de riesgo está relacionado a características o atributos que toman el nombre de **factores de riesgo** porque su presencia se asocia significativamente a un aumento de la probabilidad de padecer un daño. (Organización del Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo, Área de Neonatología, Ministerio de Salud, 2016)

²⁷ Son aquellos que cuentan con UTI Neonatal, y según especifica la Ley 14.931 son los que tienen la complejidad requerida para asistir a los recién nacidos de hasta 1.500 grs. de peso. Para aquellos con peso mayor a 1500 grs. y menor a 2.500 grs. se le brindará atención en establecimientos categorizados IIIA

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
proyecto²⁸. En el plano operativo, resultó de gran importancia la disponibilidad manifestada por el Director del Hospital Mi Pueblo para impulsar y sostener éstos espacios de trabajo para el seguimiento de los niños y niñas de alto riesgo egresados del Servicio de Neonatología. Las líneas de acción enunciadas se relacionan al trabajo en red con la Secretaria de Salud/Atención Primaria, Hospital Mi Pueblo y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, proponiendo la organización de los servicios, el seguimiento, búsqueda activa y la implementación de turnos protegidos a fin de garantizar el acceso a la atención de los niños y niñas de alto riesgo y sus madres.

Acciones a promover:

- **Red de articulación:** Sostener la organización de la red a nivel local entre la Secretaría de Salud Municipal, el Servicio de Neonatología, el Consultorio de Seguimiento de RNAR, Red Perinatal Regional, Oficina de Referencia y Contrarreferencia, CAPS, Recursos Comunitarios (agentes sanitarios, promotores de salud, etc.); familias, Dirección Provincial de Maternidad, Infancia y Adolescencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, otras organizaciones de la sociedad civil.
- **Organización de la atención:** Promover la interacción orgánica del equipo de atención de seguimiento con el resto de los servicios para la atención específica. Para ello, se cree necesario generar turnos protegidos para la atención de los recién nacidos de alto riesgo (neurología, nutrición, kinesiología, fonoaudiología, estimulación temprana, laboratorio, etc.).
- **Gestión de casos:** Propiciar procesos integrados de atención, es importante para el niño, la familia y el equipo de salud, concentrar la atención en un solo día para realizar los controles necesarios con los diferentes especialistas. Se debe considerar en casos que así lo requieran, un día o más de internación de la/el cuidador y del niño. En esta instancia, contar con Residencia para madres es una ventaja importante.
- **Capacitaciones:** Desarrollar competencias en los equipos de salud y promover la educación en salud en comunidad. Se propone que el

²⁸Ver capítulo III del presente informe.

equipo de salud acceda a capacitaciones requeridas en forma permanente, y que dispongan de tiempo protegido para esta actividad. Del mismo modo, se propone la organización de talleres para madres/padres/cuidadores y otros familiares y referentes comunitarios sobre pautas de crianza y desarrollo del RNAR

- **Seguimiento y búsqueda activa:** Garantizar que el seguimiento del niño se inicie en la UTI neonatal, una vez que el niño ingresa, y todos los actores se informan a través del sistema de información del RNAR en línea. Ello genera un primer mecanismo de contacto del equipo de la Secretaría de Salud del Municipio con la familia, y una primera entrevista con los padres/cuidadores del niño/a. A partir de aquí y de esta pre evaluación familiar, se impulsan actividades como aplicación de un formulario para profundizar el diagnóstico familiar, visita domiciliaria, cuya cantidad varía de acuerdo al score de riesgo que se tiene previsto elaborar.

- **Turnos Programados:** Establecer aplicaciones específicas para el sistema informático con un módulo de turnos protegidos y un mecanismo de alerta cuando el niño/a y su familia no asiste a fin de generar el mecanismo de búsqueda activa inmediatamente, que estará a cargo en forma coordinada con el servicio social del hospital y la Secretaría de Salud del Municipio. Esta red que contempla también la comunicación con los padres/cuidadores del niño o niña, a través de Whatsapp los CAPS y los agentes o promotores de salud para la búsqueda activa.

- **Participación de la familia y la comunidad en la asistencia brindada:** Promover el abordaje en la diversidad, involucrando a los hombres en el trabajo conjunto con las mujeres y familias, y en todas las formas de relaciones familiares y de pareja, como por ejemplo las familias diversas de padres gay, bisexuales o trans, puesto que la paternidad no siempre es biológica y tampoco es siempre heterosexual. La participación de la comunidad es un aspecto vital en el acompañamiento de las familias y nexos con las distintas instancias del sistema de salud.

- **Promoción de una ética del cuidado, la justicia y la inclusión:** El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto

de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.²⁹

6.4 Conclusiones.

El Programa diseñado y la experiencia transitada en su implementación piloto pone de manifiesto que la voluntad político-sanitaria representa el sustento básico para el desarrollo de intervenciones orientadas a los grupos vulnerables, en este caso en particular al recién nacido de alto riesgo y su familia.

En este sentido, la inclusión en agenda de este tipo de intervenciones es fundamental para sostenerlas en su fase de formulación, aplicación y permanente monitoreo. La traducción de los principios y valores de una salud inclusiva a términos operativos solo es posible en el contexto de políticas públicas que ejerzan rectoría para implementaciones de este tipo, y en este caso el trabajo con la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de la Provincia de Buenos Aires y con la Secretaría de Salud de Florencio Varela han posibilitado el ejercicio orgánico y efectivo del trabajo planteado, comprometiendo acciones concretas a nivel local y provincial.

La propuesta generó pautas para un trabajo integrado y sinérgico entre sectores y organismos, reconociendo que solo se puede mejorar las condiciones de vida de estos niños/s si se trabaja conjuntamente con estrategias intervención que incluyan visiones amplias de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de abordarlos con intervenciones multisectoriales que lleguen a los territorios y hogares más vulnerables y

²⁹ Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos. Nota descriptiva n 323. Diciembre 2015

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”
postergados, fortaleciendo los diversos niveles de atención y empoderando a las personas en sus comunidades.

El trabajo realizado deja planteadas un conjunto de conclusiones que pueden sistematizarse a partir de los diversos niveles y componentes que interactúan en el mapa organizativo del Programa:

- **Sistema de Salud:** La incorporación por parte del sistema de salud de este tipo de intervenciones constituye un avance hacia la accesibilidad de la atención, reforzando estrategias para los grupos críticos que requieren de acciones oportunas de asistencia y acompañamiento. El trabajo en red de hospitales y centros de salud resulta clave para la detección de necesidades y para la adecuación de la atención a las mismas. Así también, el sostenimiento de este Programa requiere de dinámicas de gestión eficaces y facilitadoras del acceso a consultas y diagnósticos para el recién nacido de riesgo y sus complejidades.

- **Equipos de Salud:** El desafío para los equipos de salud es fortalecer las estrategias de trabajo territorial y las competencias para los abordajes interdisciplinarios e interprofesionales. La capacitación y actualización permanente representa un elemento fundamental para promover perfiles profesionales adecuados a nivel técnico y social. La experiencia puso de manifiesto la necesidad de avanzar hacia la consolidación de Equipos de Salud altamente calificados para el trabajo comunitario, considerando la complejidad de los casos abordados. Resulta de vital importancia que los Equipos de Salud puedan reconocer, intervenir y reforzar este tipo de prácticas, como parte de sus actividades.

- **Información sanitaria y sistemas de registro:** El sistema de registro informático desarrollado posibilitó visualizar la relevancia de los datos integrados a partir de la multiplicidad de variables que incorporó. La generación de datos es imprescindible para sustentar la elaboración de políticas, planes, programas y proyectos, en tanto la evidencia constituye la base de sustentación de la adopción de decisiones adecuadas y de la ejecución de medidas eficaces.

Interesa destacar que la intervención realizada ha dado evidencias de ser pertinente para generar conocimientos que permitan ratificar o modificar pautas de atención, basados en el análisis prospectivo sistematizado recién nacidos de riesgo, especialmente la estrategia de la visita en domicilio permite a los niños/as ejercer el derecho de acceder a programas especiales de seguimiento, y a sus familias el derecho a la información y la participación.

La sustentabilidad de estas intervenciones requiere de enfoques dinámicos en función de los escenarios y fundamentalmente de la adecuación de las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los destinatarios en virtud de generar impacto sanitario con arraigo territorial.

El avance en la consolidación de redes de salud en la región requiere de la formulación de objetivos comunes y del trabajo intersectorial integrado, factor prioritario para el desarrollo y la aplicación de estrategias y políticas sociosanitarias que produzcan mejores resultados de salud.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Municipio de Florencio Varela
CFI – Consejo Federal de Inversiones
“Asistencia Técnica para el diseño y consolidación de un Modelo de Intervención para el
Seguimiento del Recién Nacido Prematuro”

ANEXOS