



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA DE ADMINISTRACION



**IMPACTO DEL INTERNADO EN LA POBLACIÓN DE
O A 12 MESES
DEL PROGRAMA ADUANA,
QUE SE ASISTE EN EL CENTRO DE SALUD CRUZ DE CARRASCO**

Autoras:

Br. Casanova, Gimena
Br. Larranda, Fatima
Br. Migliónico, Andrea
Br. Santos, Valeria
Br. Silvera, Saira

Tutor:

Prof. Adj. Lic. Enf. Destefano, Silvia

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010

Agradecimientos:

A NUESTRA FAMILIA, AMIGOS Y A TODOS AQUELLOS
QUE NOS ACOMPAÑARON A LO LARGO DE ESTE CAMINO.

Abreviaturas

AIEPI: Atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia.

APS: Atención primaria de la salud

ASSE: Asociación de servicios de salud del estado.

BCG: Bacilo de Calmette y Guérin

CAIF: Centro de atención a la infancia

CEV: Certificado de esquema de vacunación.

C7V: Vacuna antineumococcica

Def.: Definición.

DIGESA: Dirección general de la salud

Dr.: Doctor

EDA: Enfermedad diarreica aguda

Etc.: Etcétera

HIV: Human

IRA: Infección respiratoria aguda

Lic. Enf.: Licenciada en Enfermería.

LV: Leche de vaca.

MBP: Madre de bajo peso.

MSP: Ministerio de salud pública.

Nº: Número

OMS: Organización mundial de la salud

Pág: Página

PD: Pecho directo

PDE: Pecho directo exclusive.

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo
Prof. Adj: Profesor adjunto.

Prof. Mg: Profesor magister

RN: Recién nacido.

Rx: Rayos x

SIP: Sistema informático perinatal.

SMSL: Síndrome de muerte súbita del lactante.

SNIS: Sistema nacional integrado de salud

SSAE: Servicio de salud de asistencia externa

SUP: Sociedad Uruguaya de pediatría.

TSH: Thyroid stimulating Hormone

UNICEF: United Nations International Children´s Emergency Fund

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

ÍNDICE:

PREGUNTA PROBLEMA.....Pág. 6

FUNDAMENTACION.....Pág. 7

MARCO CONCEPTUAL.....Pág. 8

Programa internado de enfermería
Programa aduana (recursos humanos, materiales, recursos)
Control de salud del niño
Normalización del control de salud de los niños
Esquema de control del primer año de vida
Niveles de riesgo
Impacto
Productividad

OBJETIVOS.....Pág. 24

General
Específicos

METODOLOGÍA.....Pág. 25

Tipo y diseño general de estudio
Universo
Muestra
Criterios de inclusión
Criterios de exclusión
Fuentes de información
Registros
Procesamiento de datos
Análisis de la información

**DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS
VARIABLES.....Pag. 26**

Variables

- sexo
- edad
- alimentación
- percentiles
- inmunizaciones
- vinculo madre hijo
- controles de salud pediátricos
- ecografía de caderas
- edad gestacional

- peso al nacer
- edad materna
- nivel de instrucción materno
- ocupación materna
- niveles de riesgo
- visita domiciliaria
- consulta de enfermería
- actividades educativas
- contactos telefónicos

PLAN DE ANALISIS.....Pág. 31

IMPACTO MEDIDO EN PRODUCTIVIDAD.....Pág. 37

ANALISIS.....Pág. 38

CONCLUSIONES.....Pág. 46

BIBLIOGRAFIA.....Pág. 47

ANEXOS.....Pág. 48

PREGUNTA PROBLEMA:

Cual es el impacto medido a través de la productividad del internado de enfermería en los niños de 0 a 12 meses pertenecientes al programa aduana asistidos en el Centro de Salud “Cruz de Carrasco” en el periodo comprendido entre abril – septiembre 2009.

FUNDAMENTACION

Como grupo de estudiantes de Licenciatura en Enfermería culminando la carrera decidimos investigar el impacto del internado en el programa aduana, utilizando como unidad de análisis un informe final elaborado por una interna de enfermería que realizó el curso internado en el Centro de Salud "Cruz de Carrasco", determinando así el papel del interno conduciendo el programa y realizando el proceso de atención de Enfermería en dicha población, favoreciendo la promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno fomentando un adecuado crecimiento y desarrollo.

El internado es la instancia en la cual se aplican y desarrollan los conocimientos obtenidos durante la carrera y realizar la tesis sobre su impacto en la población del programa aduana nos permitirá conocer el efecto de éste en la población infantil menor a 12 meses de edad.

El Uruguay presenta una estructura demográfica caracterizada por el envejecimiento progresivo de su población. La Tasa de natalidad ha descendido en forma sostenida a nivel nacional, concentrándose en los estratos más pobres del país. Más del 50% de la población infantil está bajo la línea de pobreza, comprometiendo su desarrollo físico e intelectual. La salud de la población infantil es un derecho humano esencial violentado en la realidad actual del país.

Datos recientes de UNICEF confirman que mientras los niños y adolescentes son el 30% de la población total y el 46 % de la población en situación de pobreza, reciben solo el 19,6% de los gastos sociales del Estado. Las consecuencias de estos hechos para el futuro del país son extremadamente graves y requieren un accionar inmediato de los poderes públicos y del conjunto de actores institucionales y comunitarios para revertir esta situación. El agravamiento sustantivo de la pobreza infantil en los últimos años ha tenido efectos importantes en el estado de salud de los niños. Si bien el indicador Mortalidad Infantil ha venido descendiendo en nuestro país en los últimos años, (al igual que en muchos países de América Latina) las cifras correspondientes al sector público muestran grandes inequidades en zonas y barrios donde los determinantes de salud inciden en forma negativa agravando la situación.

Dado que en los hogares pobres se encuentran más del 50% de los niños/as menores de 6 años de nuestro país, la preocupación por estos y otros indicadores de mortalidad y morbilidad se justifican plenamente, porque la pobreza extrema lleva a la marginación y autoexclusión, dificultando el contacto de los servicios de salud con esta población, donde los riesgos de enfermar y morir son francamente superiores.

El debilitamiento de los vínculos intra familiares y las redes sociales, y en particular los cuidados y adecuados estímulos en la primera infancia afectan el desarrollo integral de una parte importante de las generaciones de niños y niñas que sufren posteriormente dificultades en el aprendizaje escolar, en la inserción social, en su desarrollo pleno de ciudadanía.

En el país hace años funcionan distintos programas que apuntan a atender las necesidades de salud de la población infantil con mayor o menor nivel de compromiso según la época en que se formuló o la administración que estuviera a cargo. Entre ellos existe el Programa Materno Infantil, Programa Aduana, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa Setiembre.

Algunos de estos programas se han mantenido con fortalezas y debilidades dispares, según la necesidad emergente del momento, sin un compromiso real de continuidad, sin tener en cuenta la promoción y la prevención como objetivos principales. Han sido sostenidos, la mayoría de las veces, por el esfuerzo cotidiano de los equipos de base. Por lo tanto, debido a la importancia de lo anteriormente expuesto, como grupo, elegimos estudiar el impacto del internado sobre una población inserta en el plan aduana.

MARCO CONCEPTUAL:

Comenzando dicho marco, lo primero a definir es la etapa curricular en la que se desarrollo el informe objeto de nuestro análisis; el **programa internado de enfermería**.

El programa internado pertenece al plan de estudios 1993 y corresponde al 4° ciclo, 1° modulo, último semestre de la carrera.

Es el periodo curricular posterior al desarrollo teórico-práctico de los ciclos 1°, 2° y 3°; y previo a la obtención del titulo de Licenciado en Enfermería.

Constituye el desarrollo de la experiencia clínica del estudiante de Enfermería en servicios de primer y segundo nivel, Intra o Extrahospitalaria en instituciones públicas o privadas.

Los objetivos generales del mismo son:

a) Administrar la conducción de una unidad o programa de Enfermería en el área Intra o Extrahospitalaria a través de:

- La disciplina de Enfermería.
- La disciplina de Administración.
- La Metodología Científica.
- Metodología de resolución de problemas.

b) Administrar el Proceso de Atención de Enfermería a la población asignada en el marco de una unidad o programa.

Los objetivos específicos son:

a) Identificar los problemas mas frecuentes en la administración de una unidad o programa.

b) Identificar los problemas mas frecuentes en la prestación de servicios de Enfermería a la población bajo su responsabilidad.

c) Elaborar alternativas de solución a los problemas mas frecuentes en coordinación con el Dpto. de Enfermería.

d) Elaborar y poner en marcha un plan de prueba para las soluciones según problemas anteriormente seleccionados.

e) Implementar el plan y determinar medidas de seguimiento en relación con lo propuesto, a fin de asegurar el alcance de los objetivos.

f) Elaborar informe de los alcances de la propuesta, así como lineamientos de retroalimentación para el Dpto. de Enfermería.

El estudiante que cursa el internado debe tener determinado perfil:

- Asume el proceso administrativo en una unidad de Enfermería o programa, dispuesta para atender una población limitada en número y complejidad, con los recursos acorde al programa.

- Realiza un diagnóstico primario de la unidad o programa que administra, incluyendo: situación de salud de los usuarios o población a su cargo, recursos de que dispone (materiales, humanos, tiempo, financieros, dinámica de trabajo, resultados de la atención ofrecida).

- Asume el rol de co dirigente del equipo de Enfermería con la Licenciada del servicio, favoreciendo la participación del usuario y su núcleo, y la integridad del personal de la unidad.

- Instrumenta el plan de atención con los recursos disponibles.

- Realiza actividades de coordinación para el funcionamiento de la unidad, intra e intersectorialmente.
- Conoce y aplica la normativa Institucional dentro del área de su responsabilidad.
- Busca mecanismos de comunicación que favorezcan el trabajo interdisciplinario desde su rol profesional.
- Brinda atención profesional personalizada cuando detecte que las necesidades de la población a su cargo así lo exige.
- Representa el equipo de Enfermería ante los niveles institucionales, en la medida que compete a su rol, por la administración del área asignada.
- Participa en el abordaje de situaciones de carácter jurídico-legal, conjuntamente con la Licenciada encargada de la unidad, según su competencia, en acciones propias del equipo de Enfermería.

A continuación luego de haber definido el periodo curricular en el cual la interna autora del informe se encontraba, pasaremos a realizar una reseña del programa en el cual desarrollo su experiencia práctica.

El Programa Aduana funciona desde hace unos 30 años dentro del SSAE- MSP.

En el año 1971 a instancias del Prof. Dr. Ramón Guerra se creó dentro del área materno infantil un subprograma denominado "Programa aduana", cuyo objetivo fue asegurar el control de recién nacidos y lactantes, luego del alta hospitalaria (en Montevideo). El programa comenzó a funcionar en el año 1974, se trataba de un sistema de referencia de recién nacidos y lactantes internados, que al alta eran derivados desde los hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell, a 4 centros periféricos del MSP y a diez servicios de consejo del niño llamados "Gotas de leche".

Se pueden identificar varias etapas en la evolución de este proceso de referencia:

- 1) en 1974 se inició la captación por el personal de enfermería de recién nacidos y lactantes internados, mediante el registro de datos de identificación, y referencia al efector del primer nivel de atención más cercano al domicilio ya que permite una captación oportuna, vinculándolo a un centro de salud local permitiendo un adecuado seguimiento mediante la Consulta y Visita domiciliaria.
- 2) En el año 1976 se capacitó personal para esta tarea específica y se le asignó tiempo completo.
- 3) En 1983 con el cierre del hospital Pedro Visca se concentraron las actividades en el Hospital Pereyra Rossell, realizándose la incorporación del hospital de Clínicas a esta coordinación.
- 4) En el año 1996 cobra un nuevo impulso.
- 5) En el 2002 a través de la implementación del denominado "Programa setiembre", se incluyó en la referencia a las puérperas adolescentes.

Actualmente el Programa Aduana consiste en prácticas de captación y seguimiento de recién nacidos desde la maternidad y en los centros barriales de atención, con instrumentos de información centrales y locales que aseguren el control periódico, sobre la base de un monitoreo permanente y de un criterio de priorización ante situaciones de riesgo. Es un valioso Programa de apoyo al Control de Salud del niño y niña. Esto es importante porque se debe priorizar la atención a la niñez, en un país donde existe baja tasa de natalidad y gran necesidad de disminuir la mortalidad infantil. Las estadísticas marcan que la mortalidad infantil disminuyó en 2006, en referencia a otros años, pero igualmente, se registraron 497 niños, lo cual preocupa a las autoridades.

ASSE ha definido como una de sus líneas prioritarias la mejora de la atención a la Salud Infantil, en el marco de la priorización en el ámbito nacional del Programa de Atención de Salud a la Niñez que tiene como objetivo general; lograr una adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente del país desde su nacimiento hasta los catorce años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de salud aplicando una estrategia de APS, coordinadas con otros efectores, con perspectiva de derechos, de género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de esta población. En tal sentido ha definido responsabilidades técnicas específicas y planes de acción para fortalecer la gestión de salud dirigida a la infancia.

El fortalecimiento del Programa Aduana en todo el país es uno de los aspectos para la concreción de la atención. La prioridad de este Programa en el marco del SNIS surge de las definiciones de la DIGESA con relación a la priorización inicial de algunas prestaciones, en particular en el área de atención a la niñez y a la mujer, y entre ellos el indicador vinculado al control de todo recién nacido en su primer año de vida.

Por lo mismo su aplicación debe ser universal en todo servicio de salud, sea público o privado, para cumplir con dichas metas prestacionales que permitirán un plus a la cápita. Hacia el fortalecimiento del Programa Aduana a nivel nacional en ASSE se han realizado 3 talleres para todo el país con los responsables del mismo en cada departamento, con el respaldo de PNUD y UNICEF. ASSE viene fortaleciendo su dotación de recursos humanos para esta y otras tareas vinculadas a la Atención Primaria en Salud donde este Programa tiene su expresión natural, en particular con licenciadas y auxiliares de enfermería. En dichos talleres ASSE sustentó el interés del Programa Aduana en función de su priorización de la Atención integral a la primera infancia, acción imprescindible en un país en cambio hacia un desarrollo integral. Se manifestó interés en lograr una mirada articuladora del seguimiento de niños y niñas lactantes de cada departamento con el conjunto de prestadores, públicos y privados, dada la movilidad y superposición de prestaciones, y en atención a que la evaluación de indicadores planteada por el SNIS incluye criterios territoriales integradores.

Las conclusiones y propuestas que surgen de dichos talleres están vinculadas al fortalecimiento del registro del Sistema Informático Perinatal (SIP) de ASSE, dada la importancia que tiene este instrumento de registro de carácter nacional y los aportes que puede brindar para obtener información sistemática de embarazos y nacimientos, registros de suma importancia que serán exigidos a cada institución en el marco del avance del Sistema Nacional Integrado de Salud. Se a desarrollado un importante instrumento, la visita domiciliaria, (en particular si hay falta a la cita), para conocer mejor la situación familiar y apoyar la recaptación del niño, verdadero puente entre la familia y los servicios. También ha sistematizado un sistema de información y prácticas de evaluación a escala local y central, fortalecidas actualmente con medios digitales.

El objetivo específico del programa aduana es:

– Captación y Control del Recién Nacido y del niño /a hasta los 24 meses de vida según la pauta adjunta: seguimiento del crecimiento y desarrollo, educación para la salud sistemática individual y grupal a madres y familia, integración a redes e instituciones.

- 1- Captación del Recién Nacido - Fortalecer Programa Aduana a nivel público a través del liderazgo y control del efector definido como cabecera sanitaria de la zona de responsabilidad programática con definición y evaluación de indicadores de proceso y resultado.
- 2 - Implementación de Programa Aduana a nivel privado, asegurando la llegada de todos los recién nacidos a técnicos /equipos de referencia, y estableciendo niveles de información que posibiliten una adecuada evaluación.
- 3- Establecimiento de consultas programadas accesibles desde el primer control del RN que incluyan adecuado control del crecimiento, actividades educativas y de promoción según normas.
- 4 - Aplicación de pautas de control de desarrollo según edades, con promoción materna y familiar de los estímulos adecuados, con posible participación en grupos / proyectos sociales de apoyo (CAIF y otras organizaciones) y derivación a equipos especializados si correspondiera.
- 5 - Desarrollo de un mecanismo eficaz de seguimiento de los controles en salud hasta los 24 meses, con visitas de recaptación si hay faltas a las citas y evaluación de cumplimiento.
- 6 - Apoyo, fomento y evaluación de la lactancia materna a través de acciones organizadas por el equipo de salud y actores comunitarios, con consulta individual y grupal. Integración de las acciones a las campañas nacionales de promoción de lactancia materna. Acreditación de las maternidades y servicios de Primer Nivel en Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño con el apoyo de la cooperación técnica de UNICEF y PNUD.
- 7- Implementación de las actividades de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el niño pequeño elaborada por OMS/UNICEF teniendo en cuenta las pautas de alimentación consensuadas del Programa de Nutrición MSP y del Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría
- 8-Evaluación nutricional del niño definiendo situaciones de riesgo, priorizando su seguimiento y control de su evolución.
- 9.- Acciones de educación nutricional de forma sistemática, tanto en promoción de lactancia como en alimentación complementaria, en consulta como en instancias grupales, con participación del equipo de salud y agentes comunitarios con adecuación de mensajes a la realidad zonal.
- 10-Aplicación y evaluación del Programa Ampliado de Inmunización con seguimiento sistemático analizando posible incorporación de nuevas vacunas.
- 11- Monitoreo por parte del equipo técnico del vínculo madre/padre/familia en forma sistemática con el niño en base a pautas preestablecidas, desde la perspectiva del respeto a los valores de crianza de cada familia, en tanto ellos no colisionen con los derechos humanos consensuados en nuestra sociedad procurando su fortalecimiento a través de acciones individuales y grupales, en el marco de la acreditación de maternidades y centros trabajando por las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño.

Detectar situaciones de riesgo en el plano psicológico, problemas de apego, abuso sexual, maltrato infantil y violencia doméstica, derivándolos a los mecanismos de atención correspondientes, desarrollando acciones individuales y grupales respecto a los mismos, en particular hacia la puesta de límites en el ámbito doméstico.

12- Incorporación al control la participación de madre / padre / familia en grupos de familia (grupos de promoción) con metodología participativa en función de sus propios intereses, incorporando los temas priorizados en el diagnóstico.

13- Incorporar la visita domiciliaria sistemática por parte de alguno de los integrantes del equipo de salud, en toda situación de riesgo, según pautas, habilitando el conocimiento de

las condiciones de la vida cotidiana. Observación de prácticas de crianza, en especial, posición supina al dormir, colchón firme, hábitos de tabaquismo en el ambiente familiar y condiciones de abrigo (no calor excesivo) Promoción de la visita domiciliaria en general en toda situación de control infantil, como modalidad de acercamiento a la realidad socio-familiar

14- Derivación oportuna según pauta de atención de salud bucal, apoyando las recomendaciones de dicho equipo de atención.

15- Recomendaciones para disminuir los factores de riesgo de síndrome de muerte súbita que incluye posición supina, evitar el excesivo abrigo, el hacinamiento y el tabaquismo pasivo.

Para este objetivo específico cuenta con indicadores basados en la captación de RN y el perfil de la población, ellos son:

- *Nº de RN captados sobre el total de RN referidos*
- *Nº de captaciones espontáneas (fuera de la referencia desde la maternidad)*
- *Peso al nacer (Bajo peso y MBP), madre adolescente (10 a 14 y 15 a 19), Escolaridad materna (menor de 6 años / mayor de 6).*
- *Visitas domiciliarias de captación*

También cuenta con indicadores basados en los controles de niños menores a 24 meses ellos son:

- *Porcentaje de controles sobre el total de consultas*
- *Promedio de controles al 6 mes, al 12 mes, al 24 mes*
- *Evaluación nutricional 6º, al 12º y al 24º mes*
- *Prevalencia de lactancia exclusiva y general.*
- *Evaluación del desarrollo según edades*
- *Inmunizaciones al control 12º mes*
- *Participación en grupos de promoción de salud*
- *Observatorio de patologías: prevalencia de IRA, EDA, otras.*

Para lograr la concreción de este objetivo se requieren diferentes tipos de recursos, si hablamos de los **recursos humanos** podemos decir que para poder llevar a cabo este programa se requiere un trabajo en equipo interdisciplinario debido a que la atención a la salud de niños / niñas y adolescentes exige particularmente un abordaje integral, en etapas evolutivas de crecimiento y desarrollo que deben ser contempladas en todas sus potencialidades. Por esto es que se define, en estas áreas, la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario, que posibilite miradas y saberes múltiples, y favorezca su integración en campos de trabajo con mayor o menor planificación, según los niveles de atención y los niveles de prevención de que se trate.

En particular, las intervenciones en promoción de salud exigirán la participación interdisciplinaria, o la mirada interdisciplinaria de los abordajes, constituyéndose este proceso a través de construcciones colectivas según cada ámbito institucional o local.

El trabajo en equipo en los distintos niveles de atención, planificando tareas que involucren distintos actores técnicos según requerimiento y facilitando evaluaciones conjuntas que mejoren el actuar y transversalicen los saberes, será posible, entre otras formas, a través

de instancias de reuniones periódicas acordadas a nivel institucional (ejemplo: reunión del área de atención al niño en el primer nivel, reunión del equipo de atención al niño en un centro hospitalario)

La formación de equipos interdisciplinarios es una construcción colectiva que exige una democratización del poder entre los distintos actores, desde el/la pediatra hasta el administrativo, pasando por el personal de enfermería, de nutrición, y otros.

El reconocimiento de los roles de cada cual y de su aporte hacia la integralidad de los mensajes e intervenciones es el primer paso hacia la escucha respetuosa y la construcción conjunta.

Integración de los equipos de atención:

- Equipo de atención integral: Eje longitudinal: pediatra, enfermero/a, administrativo/a, (eventualmente médico/a de familia) con eje transversal de apoyo: odontólogo, nutricionista, psicólogo/a, trabajador/a social.

La integración de ambos equipos en el tiempo y el espacio será requisito necesario para el actuar interdisciplinario y el abordaje integral.

- Otras especialidades: de acuerdo a las patologías prevalentes y a las prioridades planteadas, la intervención de técnicos de distintas disciplinas para fortalecer la integralidad y atender precozmente los desvíos de la normalidad deberán estar ubicados en el primer nivel de atención. (ejemplo: psicomotricistas y fonoaudiólogos, oftalmólogos y otorrinolaringólogos, neuropediatras, psiquiatras infantiles)

Además de los recursos humanos antes mencionado, se necesita además contar con los **recursos materiales** necesarios; este programa provee la evaluación de las instalaciones donde se brinda atención a la infancia y adolescencia, en base a la aplicación de las pautas de habilitación vigentes en el MSP, estándose asimismo en función de las siguientes recomendaciones generales, en particular para el primer nivel de atención son las siguientes:

-Espacios de consulta adecuados en higiene, confidencialidad y confort

- Adecuación técnica para acciones de medición y diagnóstico

- Existencia de instrumentos de medición antropométrica para niños y adolescentes hasta los 14 años de edad, con acceso a las tablas adecuadas por parte del equipo de salud.

- Existencia de insumos diagnósticos elementales de acuerdo a la pauta (incorporación del esfingomanómetro para niños y adolescentes en todos los niveles de atención, otoscopio, cartilla de agudeza visual en el primer nivel)

- Espacio informativo y promocional adecuado:

- Cartelera informativa clara con los servicios, sus horarios y formas de acceso.

- Cartelera promocional atractiva con renovación de mensajes sencillos y evaluados.

- Aplicación de otros instrumentos de promoción: juegos, videos, grabaciones, etc.

- Espacios de entretenimiento para niños en sala de espera, incorporando espejos y materiales didácticos.

- Salón de Uso Múltiple: Espacio de reunión para madres / padres y familia que se convierta en un elemento más del control de salud, con participación técnica múltiple y también de actores comunitarios.

- Acceso facilitado a interconsultas básicas: odontólogo, inmunización, psicólogo, ginecólogo, trabajador social.

Este programa cuenta con varios tipos de **registros** donde encontramos: Historia Clínica del Niño/a, carné de salud del niño, sistemas de información, sistemas de vigilancia, etc.

En cuanto a la Historia Clínica ésta facilita el seguimiento longitudinal y transversal, (de forma óptima integrada a un Sistema de Información), mientras que el carné de salud del niño utilizado a nivel nacional facilita el monitoreo familiar del control y los riesgos, de ambos sistemas de registros detallaremos sus objetivos mas adelante.

Los sistemas de información incluyen las acciones preventivas, de promoción que posibilitan el seguimiento, contar con un adecuado sistema de seguimiento acorde a cada nivel de complejidad (tarjeta de seguimiento de controles, o planilla electrónica de concurrencia).

El sistema de vigilancia busca integrar activamente desde cada servicio la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en patologías prevalentes, brindar información en tiempo y forma, y definir los mecanismos de devolución de información para su análisis local.

Si definimos el **control de salud del niño** podemos decir que es la atención programada, sistemática o planificada periódicamente, de los encuentros del usuario con el equipo de salud, orientada a valorar (conocer) el estado de salud en relación a las necesidades del individuo, con el fin de fomentar, proteger la salud y detectar precozmente enfermedades.

La principal función de control de salud, es mejorar la calidad de vida, y para esto persigue los siguientes objetivos:

- a) Promover y fortalecer el desarrollo integral del usuario.
- b) Controlar y documentar el desarrollo y crecimiento del usuario.
- c) Pesquisar casos y grupos de riesgo.
- d) Detectar precozmente patologías y prevenir complicaciones.
- e) Tratar oportunamente la patología.
- f) Apoyar cambios saludables.

El control de salud se basa en algunos aspectos fundamentales como ser:

- 1) Aspectos epidemiológicos del país región (morbi mortalidad)
- 2) Etapa del ciclo vital (grupo etario)
- 3) Factores de riesgo
- 4) Necesidades generales
- 5) Características específicas: sexo, edad, raza, etc.

La supervisión de la salud de un niño, es una oportunidad única de apoyar a la familia, desde el comienzo, privilegiando la prevención y el conocimiento de las capacidades del según su edad.

Constituye una oportunidad valiosa para inducir cambios favorables en la salud del niño. La salud objeto de la supervisión es un bien inagotable y en cambio permanente, su supervisión, es una actividad compleja orientada hacia la morbilidad.

La atención del niño debe ser conducida siguiendo el proceso de su crecimiento y desarrollo y utilizando recursos técnicos, como los cuidados maternos, la alimentación natural, la vigilancia nutricional, las inmunizaciones, la detección de factores de riesgo, el diagnóstico y tratamiento precoz de patologías y la educación para la salud.

Usualmente, el control de salud del niño se cumple siguiendo pautas normativas

por diferentes agentes de salud y en lugares como centros de salud, hospitales, policlínicas, etc.

Para mantener la continuidad de la atención, integrando todos estos aspectos, el personal de salud utiliza formularios clínicos, el carné (que queda en poder de la familia) y la historia del niño (formulario base que se guarda en la institución que lo atiende).

Para el control de salud del niño se ha diseñado un instrumento que tiende a solucionar los problemas de registro, que es el carné de control y la historia del niño cuyos objetivos son:

- 1) Garantizar la continuidad de los controles del niño desde el momento de su nacimiento.
- 2) Fomentar un calendario de controles periódicos desde de la primer semana luego del nacimiento, en especial en poblaciones que consultan solo cuando el niño enferma.
- 3) Planificar y normalizar la atención.
- 4) Unificar la recolección y archivo de información básica del niño, su familia, y las acciones del equipo de salud.
- 5) Registra en forma ordenada y destacada los factores de riesgo o situaciones de alerta.
- 6) Presentar la información sobre crecimiento y desarrollo, alimentación e inmunizaciones de manera gráfica y sencilla que permita detectar precozmente desviaciones de los patrones normales.
- 7) Anticipar a la madre los logros que obtenga el niño en crecimiento y desarrollo, las inmunizaciones próximas, así como la prevención de accidentes.
- 8) Simplificar al personal la aplicación y evaluación de las normas de atención.
- 9) Crear un banco de datos para la evaluación de atención brindada y la identificación de problemas prioritarios.

Se realizo una **normalización del control de salud de los niños** en la cual se propone un calendario de visitas de control desde los primeros días de vida hasta los cinco años. Para cada control se describen los contenidos básicos, o sea las acciones que debe realizar el personal de salud y los temas que debe abordar anticipadamente con la madre del niño o quien lo traiga a control.

Debido a que en el presente trabajo la población objetivo son los niños menores a 12 meses citaremos las acciones a implementarse en el control de dicha población.

El **esquema de control en el primer año de vida** sugiere un control neo natal lo mas precoz posible después del alta, para detectar rápidamente problemas de lactancia entre otros. Si la madre no concurre al primer control luego del alta un miembro del equipo de salud deberá ir a su domicilio. Si bien la norma exige el primer control de salud entre los seis y nueve días de vida y luego una vez por semana durante el primer mes de vida, importa señalar la relevancia del criterio técnico particular de modo de apoyar el adecuado vinculo madre-bebe, el éxito de la lactancia materna exclusiva y el refuerzo de la autoestima materna.

La frecuencia de controles es mensual en el primer semestre pudiendo espaciarse de forma bimensual en el segundo semestre en población de bajo riesgo, manteniendo la periodicidad mensual en población de riesgo bio psicosocial.

Principales componentes del control de intervenciones recomendadas:

Componentes del control	Intervenciones
-------------------------	----------------

1.-Historia y examen físico

*- Historia clínica y examen	* Historia clínica y examen general
*Evaluación del crecimiento	* Carne de salud del niño
	* Peso, talla, perímetro craneano.
	* Graficas de crecimiento según edad y sexo.
	* Evaluación y promoción de la lactancia materna y detección de carencias nutricionales.
* Evaluación del desarrollo	* Diagnostico funcional de desarrollo en sus cuatro áreas (motor, lenguaje, coordinación y personal-social).
*Estudio del medio ambiente familiar y social	* Evaluación vincular –familia y redes- y detección de déficit psico-afectivas.
* Detección de patologías	* Detección de malformaciones congénitas, cardiopatías, displasia coxofemoral, criptorquidia, sinequias bulbares, hernias, hidrocefalias, micricefalias, craneosinostosis precoz.
	* Acciones del Programa de Control, de enfermedades prevalentes (AIEPI), en especial respiratorias y diarreicas.
	* Despistaje clínico de anemia.
	* Detección de ambliopía, estrabismo, hipoacusia.
	* Diagnostico de enfermedades mentales: parálisis cerebral, autismo infantil y otras afecciones profundas del desarrollo.

2.- Despistaje Obligatorio:

* Test de screening neonatal	* Al nacimiento (TSH, VDRL)
* Peso y talla	* Medida en cada control
* Perímetro craneano	*Hasta los dos años
* Examen ocular (con linterna)	* Por historia y examen
* Detección de malformaciones genitales.	* Por historia y examen
* Audición	* Por historia y examen (orientación hacia el sonido del sonajero)
* Ecografía de caderas	* Entre dos o cuatro meses (si no se realiza se solicita (RX al sexto mes

	con protección genital)
--	-------------------------

Este despistaje obligatorio incluye su realización y registro sistemático en historia clínica, aun de resultados negativos.

<p>Visita domiciliaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemática ante situaciones de riesgo del niño, la familia o el medio. • Aconsejable en toda situación, una vez en los primeros 12 / 24 meses. 	<p>La visita al domicilio por parte del personal específicamente orientado ante situaciones de riesgo definidas por el pediatra. Se debe registrar en la historia sus hallazgos. Observación de prácticas de crianza, alimentación, vínculo familiar, presencia de factores de riesgo de SMSL.</p>
---	--

3.- Educación y promoción de Salud

<p>* Educación para la salud física y mental</p> <p>*Adquisición de hábitos</p> <p>*Guía anticipatoria de accidentes, prevención de muerte súbita y riesgos ambientales.</p> <p>* Estudio del medio ambiente familiar</p>	<p>* Observación del vínculo madre-niño-familia. Promoción de vínculos adecuados. Observar conductas de apego. * Fomento de lactancia en cada control de salud, exclusiva hasta el 6° mes. Y continuada luego de la incorporación de alimentos, con apoyos específicos ante dificultades. Diálogo y apoyos grupales hacia la incorporación realimentos desde el 6° mes, con verificación de requerimientos complementarios (canastas). * Promoción de hábitos alimentarios saludables, con apoyo hacia buenas prácticas en variación y frecuencia (incluyendo desayuno y merienda con aporte cálcico). * Recomendar posición supina al dormir. * Evitar abrigo excesivo. * Promoción de hábitos de sueño adecuados. * Prevención de accidentes en el hogar (intoxicaciones, quemaduras, asfixia, traumatismos, etc.) y de tránsito. * Vigilancia de contaminantes ambientales. * Promover la participación activa del</p>
---	---

<p>y social</p> <p>* Instrucción de signos de peligro</p>	<p>padre en los cuidados del niño/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Prevención de carencias psicoafectivas (maltrato, abandono). * Estimulación temprana. Ejercicios y juegos. * Manejo de los límites. Derecho de los niños/as a la no agresión. * Prevención de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). Instrucción sobre signos de peligro. * Control de tabaquismo pasivo. Mensajes antitabáquicos. * Promoción de la autoestima de madre-padre.* Promoción de la consulta puerperal con ginecólogo y derivación para asesoramiento en métodos anticonceptivos.
---	--

4.- Salud Bucal

<p>* Acciones de control y prevención en salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> * No agregar azúcar a los alimentos. * Incorporación precoz de hábitos de higiene, desde el momento de la erupción dentaria. * Medicación azucarada (jarabe), indicar higiene o tomar agua después de su administración.
--	--

5.- Inmunización

<p>* Inmunizaciones según esquema recomendado</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Aplicación del cronograma de vacunaciones según edad. * BCG. * Vacuna prentavalente (Difteria-tétanos-tos convulsa, antihemóphilus influenza tipo b, anti-hepatitis B) * Vacuna antipoliomielítica. * Vacuna Triple viral (Sarampión, paperas, rubéola). * Vacuna anti varicela. * Vacuna neumococo C 7 V * Recomendación de vacunas no sistémicas.
---	--

6.- Alimentación

<p>* Acciones de control y prevención en salud bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Alimentación a pecho exclusivo por un mínimo de 6 meses. * Observación de la actitud ante el
--	---

<p>*Alimentación desde el segundo semestre hasta los dos años de edad</p>	<p>amamantamiento e identificación de causas del destete precoz.</p> <p>* Continuidad de lactancia con incorporación de alimentos (pautas de alimentación del Programa de Nutrición MSP y de la SUP).</p> <p>* Administración de suplementos vitamínicos i minerales (Vit D, Hierro) para prevención de carencias nutricionales globales o específicas (según pauta).</p>
---	---

Además de estos controles estandarizados y continuando con el marco teórico cabe enunciar la clasificación de **niveles de riesgo** elaborada e implementada por la interna de enfermería que realizó el informe final objeto de análisis en el presente trabajo.

Dado que el nivel de riesgo no fue conceptualizado por la interna autora del informe final, decidimos definir conceptualmente el mismo como; “conjunto de características del niño y/o de su entorno que determinan su nivel de vulnerabilidad, permitiendo la elaboración de acciones de enfermería acorde a sus necesidades”.

Según el informe la interna de enfermería trabajo con 3 niveles de riesgo; a continuación se enumeran las características que debe presentar el niño para poder ubicarlo en cada uno de los niveles de riesgo planteados y los criterios de inclusión en los mismos:

RIESGO 1 - RIESGO SEVERO

- Recién nacido pre término (menos de 38 semanas), pequeño para la edad gestacional.
- Bajo peso al nacer (menor de 2500 Kg.).
- Recién nacido con patología que haya requerido internación.
- Embarazo no controlado.
- Madre analfabeta, con dificultad intelectual, con patología psiquiátrica.
- Madre adolescente, que no presente apoyo familiar.
- Hábitos nocivos no saludables (droga- tabaco- alcohol) en el entorno que vive el niño.
- Usuaría que presente infección de transmisión sexual, (madre o padre VDRL +, VIH +).
- Alto riesgo social, con problemática socioeconómica que impida llevar al niño a control.
- Inmunización no vigente desde hace más de un mes.
- Conducta de colecho.
- Lactancia materna ineficaz (inadecuada técnica de amamantamiento, falta de interés).
- Niño que nunca amamanto.
- Inaccesibilidad geográfica al centro de salud (más de 20 cuadras).
- Niños menores de 6 meses que no se alimenten solo con pecho directo exclusivo
- Inexistencia de ingresos económicos fijos en el hogar.
- Carencia de servicios esenciales (luz eléctrica – agua potable- heladera), vivienda en condiciones deficitarias.
- Niño que no cumple con los controles pautados, atraso de más de un mes.
- Madre sin control del puerperio luego del nacimiento del hijo.

- Para poder ubicar un niño en el nivel de Riesgo 1 debe contar con 5 o más variables detalladas (criterio de inclusión).

RIESGO 2 - RIESGO MODERADO

- Recién nacido de término con problemas de adaptación a la lactancia materna, pero con interés y apoyo familiar.
- Madre con poco marco de referencia para el control de salud.
- Medio socioeconómico: que exista un ingreso económico fijo en el hogar mas apoyo económico brindado como (asignación familiar, plan de equidad, tarjeta de mides).
- Accesibilidad geográfica al centro de salud entre 10 y 20 cuadras.
- Inmunización no vigente desde hace menos de un mes.
- No cumple con los controles de salud pautados, atraso de un mes.

- Para poder ubicar a un niño en el nivel de Riesgo 2 debe contar con hasta 3 variables del riesgo 1 más 2 o más del riesgo 2 (criterio de inclusión).

RIESGO 3 - RIESGO LEVE

- Recién nacido de termino (38 a 41 semanas, peso al nacer de 2500 a 4000kg).
- Alimentación: pecho directo exclusivo hasta los 6 meses de vida.
- Técnica de lactancia materna correcta.
- Apoyo familiar, familia nuclear.
- Accesibilidad geográfica al centro (menos de 10 cuadras).
- Concurrencia de controles de salud en tiempo y forma.
- Inmunización vigente.
- Conductas de desarrollo adecuadas para la edad del niño.
- Captación temprana del niño luego del nacimiento.
- Ingresos económicos: que cuente con ingresos mensuales fijos en el hogar más Beneficios sociales que cubra con las necesidades básicas de la familia.
- Que cuente con los servicios esenciales la vivienda (luz eléctrica, agua Potable, saneamiento, heladera).
- Ecografía de cadera en niños mayores de dos meses normales.

- Para poder ubicar a un niño en el nivel de riesgo 3 debe contar con más de 4 variables del riesgo 3.

Luego de haber ubicado al niño en uno de niveles según sus características (propias y del entorno) y según los criterios de inclusión pasamos a enunciar las actividades de enfermería definidas por la interna según los requerimientos de cada niño.

ACCIONES PARA NIÑOS RIESGO 1

- Realizar visitas domiciliarias cada 15 días o según necesidad.
- Pase asistente social del centro de salud según requerimiento de la familia o casos que previamente son analizados con ella.
- Orientación a al familia para la obtención de los servicios sociales.

- Pase a nutricionista del centro de salud a niños bajo peso, sobrepeso o según requerimiento.
- Derivación a diferentes especialistas del centro de salud (ginecólogo a madres que no se han controlado el puerperio aun).
- Informar sobre funcionamiento del espacio adolescente en el centro y proporcionar día y hora para el servicio específico de maternidad y paternidad adolescente que funciona en el centro.
- Informar la importancia de las inmunizaciones y el horario de funcionamiento de ese servicio en el centro de salud.
- Realizar llamadas telefónicas a niños con artazo de 5 días.
- Realizar educación en salud individual (consultorio y domicilio) y colectiva (sala de espera, CAIF) de diferentes temas según problemas encontrados.
- Fomentar conductas saludables en salud a toda la población que concurre

ACCIONES PARA NIÑOS RIESGO 2

- Educación y apoyo a la madre sobre lactancia materna, promoción de esta conducta generadora de salud.
- Realizar llamadas telefónicas a niños con atraso de 7 días en los controles de salud.
- Realizar educación en salud.
- Realizar visitas domiciliarias según la situación particular de cada niño.
- Promover el control de salud del niño en tiempo y forma e informar su importancia.
- Pase asistente social del centro si requiere.
- Realizar educación en salud individual (consultorio y domicilio) y colectiva (sala de espera, CAIF) de diferentes temas según problemas encontrados.
- Derivación a diferentes especialistas del centro de salud (ginecólogo a madres que no se han controlado el puerperio aun).
- Fomentar conductas saludables en salud a toda la población que concurre.

ACCIONES PARA NIÑOS RIESGO 3

- Fomentar conductas saludables en salud a toda la población que concurre.
- Promover el control de salud del niño en tiempo y forma.
 - Realizar educación en salud individual (consultorio y domicilio) y colectiva (sala de espera, CAIF) de diferentes temas según problemas encontrados.
- Realizar llamadas telefónicas a niños que se atrasen 7 días.
- Realizar visitas domiciliarias sino responde al llamado o sino viene luego de las 48hs del llamado.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Derivación a diferentes especialistas del centro de salud (ginecólogo a madres que no se han controlado el puerperio aun).

De acuerdo a los objetivos del presente trabajo debemos incluir en este marco teórico lo referente a evaluación de la gestión, en el proceso asistencial, la evaluación de los resultados es una etapa fundamental que permite por un lado, contrastar los resultados obtenidos con las metas propuestas y los recursos movilizados, pero además habilita la retroalimentación, con inclusión de mecanismos correctores.

La información que proporciona la evaluación es entonces de gran utilidad a quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones durante la gestión de los programas o planes.

La implementación de estos planes o programas provocará una variación en la realidad sobre la que actúan, denominada **Impacto**.

Este es definido por la Prof. Mg. Josefina Verde en el libro "Formados para un nuevo modelo, experiencias de gestión asistencial" como una *"situación que produce un conjunto de cambios significativos y duraderos, positivos o negativos, previstos o imprevistos, en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad"*.

En este proceso de gestión, el impacto debe ser medido o evaluado. Esto significa medir los resultados de las intervenciones en cantidad, calidad y extensión según las reglas preestablecidas. Abarca todos los efectos de la planificación y la ejecución: específicos y globales, intencionales o no; positivos, negativos o neutros; directos o indirectos.

La evaluación del impacto permite:

- Sistematiza mediante el registro y análisis, todas las experiencias desarrolladas.
- Identificar los actores involucrados en el proceso y su peso específico sobre los resultados obtenidos.
- Difundir la información proveniente de la evaluación favoreciendo su posterior discusión entre todos los responsables de la gestión.

En cuanto a nuestra investigación medir el impacto de la asistencia de la interna de enfermería a la población de niños de 0 a 12 meses del plan aduana tomando como unidad de análisis su informe final nos permite medir directamente al programa internado.

Este impacto que pretendemos medir lo haremos a través del **Proceso**: se refiere a la **Productividad**; que se expresa como la relación entre la cantidad de bienes y servicios por cantidad de recursos usados. También se refiere al número de productos que se obtienen con una cantidad de Insumos en un período de tiempo.

Esto se traduce en el programa aduana en:

- N° de visitas domiciliarias.
- N° de consultas de Enfermería (se puede operativizar aún más midiendo sus productos como por ejemplo controles antropométricos, asesoramientos, administración de medicamentos).
- Inmunizaciones aplicadas.
- Intervenciones educativas.

Los logros están estipulados por el propio Programa, en este caso, el Programa Aduana:

- N° de usuarios con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (y causas por las que no).
- N° de usuarios con CEV vigente y actualizado (y causas por las que no).
- N° de usuarios captados/N° RN vivos.
- N° de usuarios con seguimiento al año/total (y causas por las que no).
- N° de usuarios con percentiles dentro de lo esperado.
- N° de niños con patologías agudas: infección respiratoria, diarrea, etc. total menores de 1 año.

OBJETIVOS

GENERAL:

Evaluar el impacto de la atención brindada por el interno de enfermería en la población de cero a doce meses perteneciente al programa Aduana que se atiende en el Centro de Salud Cruz de Carrasco en el periodo comprendido entre Abril – Setiembre del 2009.

ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la función asistencial de los internos de enfermería
- Realizar una revisión bibliográfica sobre programa aduana y evaluación de impacto
- Medir el impacto a través de la productividad de las intervenciones realizadas por la interna de enfermería plasmada en su informe final.

METODOLOGÍA

TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO:

-Descriptivo.

UNIVERSO:

Conformado por el 100% de los niños entre 0 y 24 meses que son asistidos en el Centro de salud "Cruz de Carrasco", en el periodo abril – setiembre del 2009.

MUESTRA:

Conformada por el total de niños entre 0 y 12 meses de edad que son asistidos en el turno matutino en el Centro de salud "Cruz de Carrasco", en el periodo abril – setiembre del 2009.

CRITERIOS DE INCLUSION:

El 100% de los niños de 0 a 12 meses que son asistidos en el Centro de Salud "Cruz de Carrasco", en el periodo abril – setiembre del 2009 en horario matutino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Niños mayores de 12 meses de edad.

Niños que habitan en la zona de influencia del Centro de Salud pero que concurren a otro centro de Salud, o que poseen cobertura asistencial privada (FONASA)

FUENTES DE INFORMACIÓN

Informe final de interna de enfermería que curso programa internado en horario matutino en el Centro de Salud "Cruz de Carrasco", periodo Abril – Setiembre 2009.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Serán representados en tablas y gráficos con frecuencia absoluta y relativa porcentual.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Acorde a la información obtenida se efectuará con posterioridad, un análisis de esta que permitirá la elaboración del resultado.

DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES

VARIABLE: Se denomina a una característica o propiedad de un hecho o fenómeno que puede variar entre unidades o conjuntos.

Definición operacional: Supone la especificación de las operaciones que el investigador deberá realizar a fin de obtener la información.

• SEXO:

Def. Conceptual: Condición por la que se diferencian los machos y las hembras en la mayoría de las especies de animales y vegetales superiores

Def. Operativa: Masculino – Femenino.

• EDAD:

Def. Conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.

Def. Operativa: Rango de edades medido en meses que comprende desde el nacimiento hasta los doce meses inclusive.

Rangos; 0- 29 días.
1-6 meses.
6-12 meses.

• ALIMENTACIÓN:

Def. conceptual: Asimilación, por parte de un organismo vivo, de las sustancias necesarias para su sostenimiento y desarrollo.

Def. Operativa:- PDE (pecho directo exclusivo),
-LV (leche de vaca).
-Complemento.
-PD + LV (pecho directo + leche de vaca)
-PD + complemento.
-PD + sólidos (pecho directo + sólidos).
-Complemento. + Sólidos.
- LV + sólidos (leche de vaca + sólidos).
- PD + LV + sólidos (pecho directo + leche de vaca + sólidos).

- **PERCENTILES:**

Def. Conceptual: Se refiere al rango pre establecido en la relación peso / edad y talla/edad como camino de salud en la gráfica de carné de control pediátrico.

Def. Operativa: Se evalúa como crece el niño/a mediante una gráfica, en este caso peso relacionado a la edad del niño/a.

Entre Percentil 15 - 85: Atención.
Percentil 50: óptimo Crecimiento,
Percentil <15 o >85: Peligro

- **INMUNIZACIONES:**

Def. Conceptual: Poseer las vacunas correspondientes a la edad y dentro de los tiempos de caducidad establecidos, y aquellos cuyo carné fueron actualizados mediante la inoculación correspondiente.

Def. Operativa: C.E.V vigente - C.E.V no vigente.

- **VÍNCULO MADRE HIJO:**

Def. Conceptual: Se da cuando la persona que cuida, demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé.

Def. Operativa: Adecuado - No adecuado.

- **CONTROLES DE SALUD PEDIÁTRICOS:**

Def. Conceptual: Es la atención programada, sistemática o planificada periódicamente, de los encuentros del usuario con el equipo de salud, orientada a valorar (conocer) el estado de salud en relación a las necesidades del individuo, con el fin de fomentar, proteger la salud y detectar precozmente enfermedades. Se propone un calendario de visitas de control del niño desde los primeros días de vida hasta los cinco años. Hasta el año de vida los niños deben tener 12 controles de salud.

0-29 días: 4 controles.

1-6 meses: 5 controles.

6-12 meses: 3 controles.

Definición operativa:

Acorde: 0-29 días: 4 controles.

1-6 meses: 5 controles.

6-12 meses: 3 controles.

No acorde: 0-29 días: menos de 4 controles.
1 -6 meses: menos de 5 controles.
6 -12 meses: menos de 3 controles.

• **ECOGRAFÍA DE CADERAS:**

Def. Conceptual: Estudio imagenológico de la cadera del niño.

Def. Operativa: Si realizada.
No realizada.

• **EDAD GESTACIONAL:**

Def. Conceptual: Edad de un embrión o feto que se calcula en semanas empezando por la fecha de la última menstruación.

Def. Operativa: Pré término: menor a 37 semanas.
Término: 37 a 39 semanas.
Post término: mayor de 40 semanas.

• **PESO AL NACER:**

Def. Conceptual: Medida del peso de un niño/a al nacer.

Def. Operativa: Bajo peso: menor a 2.500 kg.
Normo peso: 2.500- 4.000 kg.
Macrosómico. Mayor a 4.000 kg.

• **EDAD MATERNA:**

Def. Conceptual: Años transcurridos desde el nacimiento hasta la actualidad.

Def. Operativa: Adolescente: menor a 19 años.
Adulta joven: 19 a 35 años.
Adulta: mayor a 35 años.

• **NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNO:**

Def. Conceptual: Nivel máximo alcanzado por la madre del niño mediante la educación formal.

Def. Operativa: Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Estudios terciarios.

• **OCUPACIÓN MATERNA:**

Def. Conceptual: Situación laboral de una persona.

Def. Operativa: Empleo
No Empleo

• NIVELES DE RIESGO

Def. Conceptual: Conjunto de características del niño y/o de su entorno que determinan su nivel de vulnerabilidad, permitiendo la elaboración de acciones de enfermería acorde a sus necesidades.

Def. Operativa: Riesgo 1- Severo
Riesgo 2- Moderado
Riesgo 3- Leve

• VISITA DOMICILIARIA:

Def. Conceptual: Es la gestión que se realiza en el hogar con fines de investigación, diagnóstico o tratamiento; permitiendo desarrollar la observación del medio y apreciar el desenvolvimiento en él.

La misma nos permite, entre otros:

- Identificar necesidades.
- Entregar contenidos educativos.
- Verificar un tratamiento indicado desde el servicio.
- Entregar asistencia profesional a un usuario que está imposibilitado para acudir al consultorio.

Para programar esta actividad es necesario tener en cuenta:

- Determinar las causas de la visita.
- Conocer los antecedentes del usuario.
- Planificar y preparar el material necesario.
- Mantener una conducta profesional.

Def. Operacional: N° Visitas Domiciliarias realizadas.

• CONSULTA DE ENFERMERIA:

Def. Conceptual: Es una actividad independiente de enfermería en donde se valora sistemáticamente al individuo de una manera personalizada e integradora, evaluando su situación de salud. A partir de la valoración pueden identificarse problemas los cuales el enfermero traduce en diagnósticos y sobre los cuales debe actuar, elaborando un plan de acción, por el cual se dará respuesta a las necesidades y problemas identificados en la consulta.

Def. Operacional: N° Consultas de Enfermería realizadas.

• ACTIVIDADES EDUCATIVAS:

Def. Conceptual: Denominaremos así al conjunto de acciones planificadas por las internas de enfermería, mediante las cuales se administra información tendiente a incidir positivamente en la situación sanitaria de la población objetivo.

Def. Operacional: N° de actividades educativas realizadas.

• **CONTACTOS TELEFÓNICOS:**

Def. Conceptual: Es una actividad mediante la cual por intermedio de la telefonía se contacta al usuario o familiar, con la finalidad de lograr la inserción al programa, otorgar citas, suministrar información, realizar seguimiento, etc.

Def. Operacional: N° de llamadas telefónicas realizadas.

(*) Cabe destacar que en el presente trabajo de investigación no trabajamos con todas las variables del plan aduana, pero consideramos nombrarlas, se analizaron los pilares fundamentales del plan.

PLAN ANALISIS

SEXO	FA	FR%
M	48	53
F	43	47
Total	91	100

EDAD	FA	FR%
<29 días	8	9
29 días y 6 meses	41	45
6 y 12 meses	42	46
Total	91	100

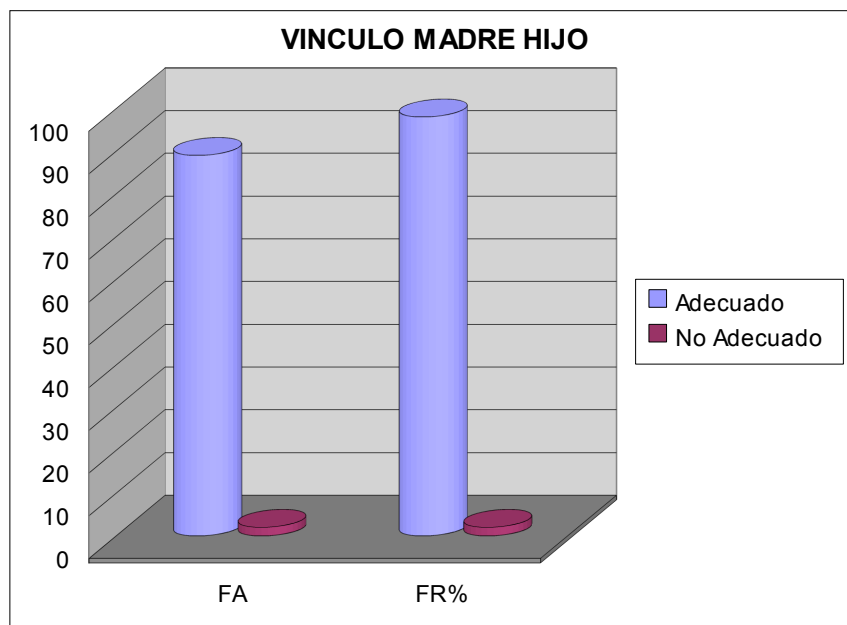
ALIMENTACIÓN	FA	FR%
PD (0- 28 días)	6	6,6
(29 - 6 meses)	28	30,8
LM (0 - 28 días)	1	1,1
(29d - 6m)	6	6,6
PD + LM(0 - 28d)	1	1,1
(29d - 6m)	7	7,7
PD + LV (0 -28d)	0	0
LV (29d - 6m)	0	0
PD + Alimento (6m - 12M)	25	27,5
LV + Alimento (6m - 12M)	17	18,7
PD+ LV+ Sólidos (7m-12m)	0	0
Total	91	100

PERCENTILES peso/edad	FA	FR%
<3	4	5
3 <= 15	15	16
>15 <=50	28	31
>50 <=85	32	35
>85 <=97	10	11
>97	2	2
Total	91	100

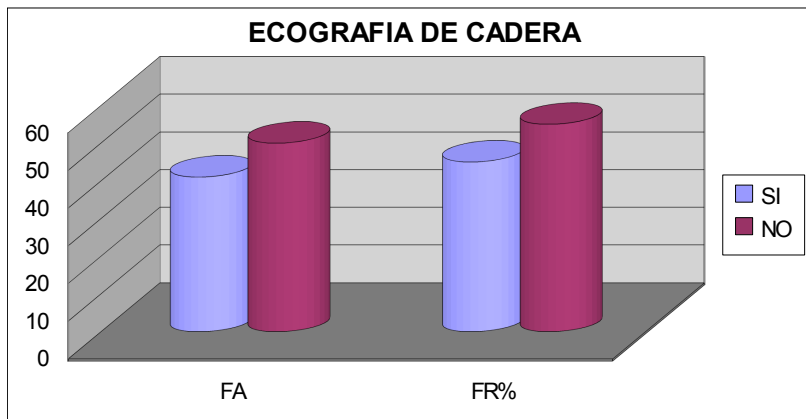
PERCENTILES talla/edad	FA	FR%
<3	12	13
3 <= 15	12	13
>15 <=50	42	47
>50 <=85	21	23
>85 <=97	3	3
>97	1	1
Total	91	100

INMUNIZACIONES	FA	FR%
CEV Vigente	78	86
CEV No Vigente	13	14
Total	91	100

VÍNCULO MADRE – HIJO	FA	FR%
Adecuado	89	98
No Adecuado	2	2
Total	91	100

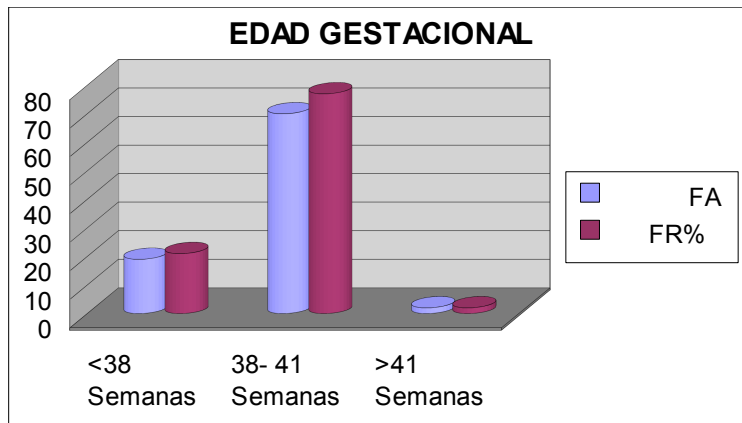


CONTROLES PEDIÁTRICOS	FA	FR%
Control Acorde	81	89
Control no Acorde	10	11
Total	91	100



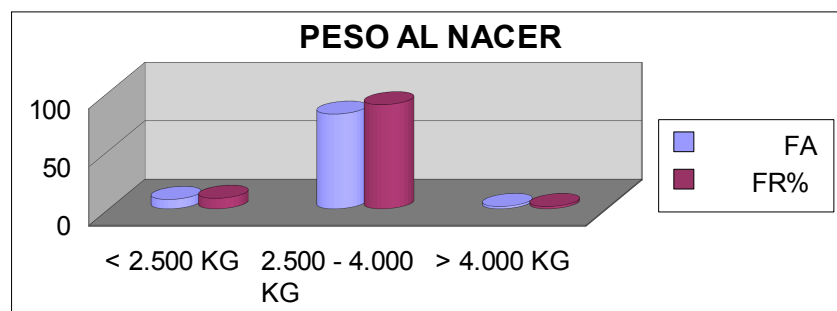
ECO DE CADERA	FA	FR%
SI	41	45
NO	50	55
Total	91	100

EDAD GESTACIONAL	FA	FR%
<38 Semanas	19	21
38- 41 Semanas	70	77
>41 Semanas	2	2
Total	91	100



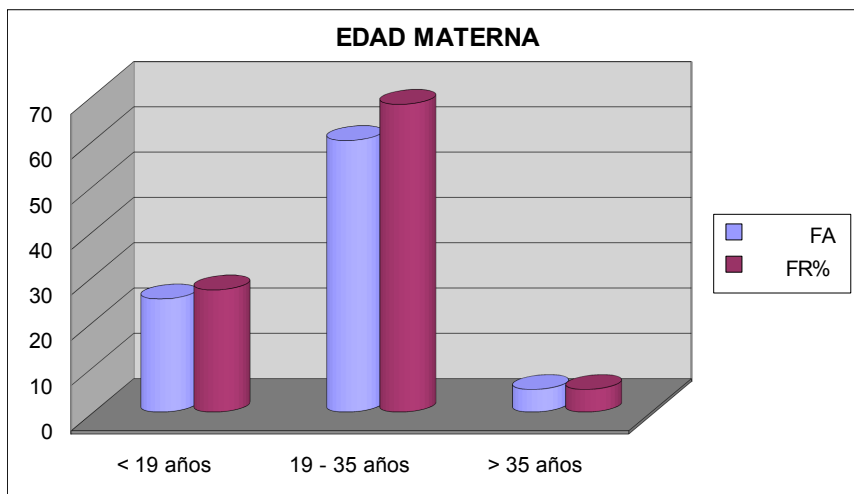
NIVEL DE RIESGO:	FA	FR%
1 (severo)	21	23
2 (moderado)	37	41
3 (leve)	33	36
Total	91	100

PESO AL NACER	FA	FR%
< 2.500 KG	8	9
2.500 - 4.000 KG	81	89
> 4.000 KG	2	2
Total	91	100

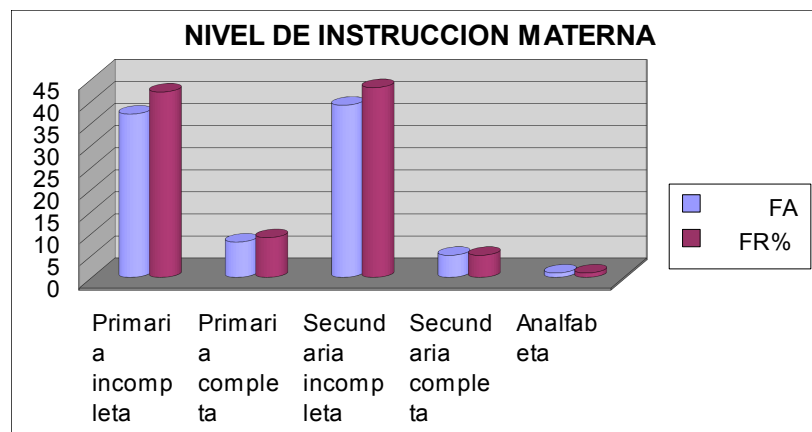


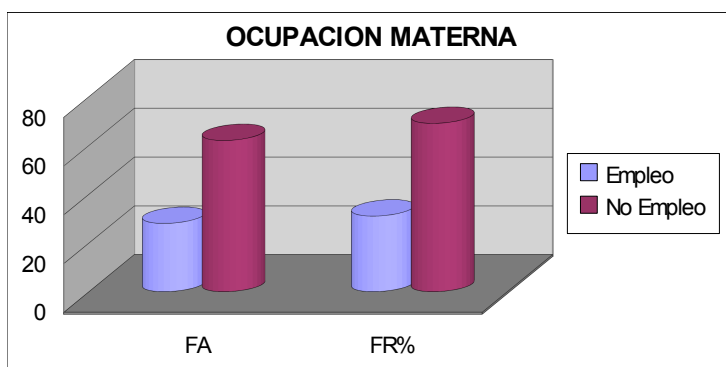
EDAD MATERNA	FA	FR%
< 19 años	25	27
19 - 35 años	60	68
> 35 años	5	5
Total	90*	100

- Son 90 madres, ya que una de ellas es madre de gemelos.



NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNA	FA	FR%
Primaria incompleta	37	42
Primaria completa	8	9
Secundaria incompleta	39	43
Secundaria completa	5	5
Analfabeta	1	1
Total	90	100





OCUPACION MATERNA	FA	FR%
Empleo	28	31
No Empleo	62	69
Total	90	100

Indice de morbi-mortalidad	FA	FR%
MORTALIDAD INFANTIL	1	1
MORBILIDAD INFANTIL	40	44
NIÑOS SANOS	50	55
Total	91	100

	Metas Propuestas	Metas alcanzadas
Captación precoz	100%	100%
Proceso de atención de enfermería	100%	100%
Seguimiento y control	100%	100%
Leche materna exclusiva hasta los 6 meses	100%	69%
Inmunizaciones	100%	86%
Actividades educativas	100%	100%
Visitas domiciliarias	100%	100%
Post Consulta	100%	0%

CONSULTAS DE ENFERMERIA	FA
--------------------------------	-----------

Captación	58
Seguimiento	307
Espontánea por enfermedad	40
Total	405

VISITAS DOMICILIARIAS	FA
Captación	2
Seguimiento	27
Re captación	14
Total	43

IMPACTO MEDIDO EN PRODUCTIVIDAD

El impacto de un programa en una realidad es una variable compleja que se desglosa en Productividad.

PRODUCTIVIDAD: se expresa como la relación entre la cantidad de bienes y servicios por cantidad de recursos usados. También se refiere al número de productos que se obtiene con una cantidad de insumos en un periodo de tiempo.

Se traduce en el Programa Aduana por:

- N° de Visitas Domiciliarias.
- N° de Consultas de Enfermería.
- N° de niños con carnet de vacunas vigente.
- N° de actividades Educativas.
- N° de contactos telefónicos.

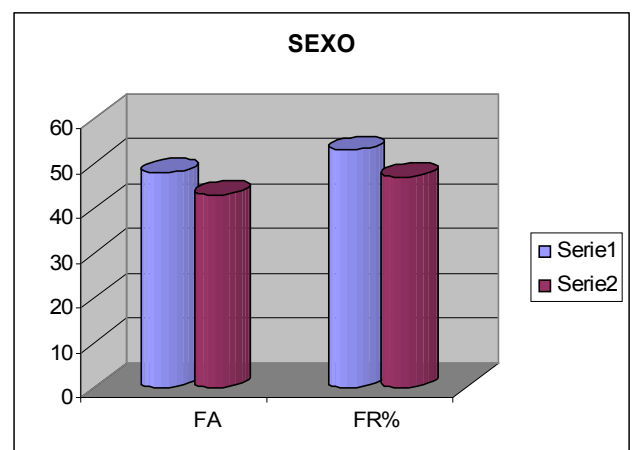
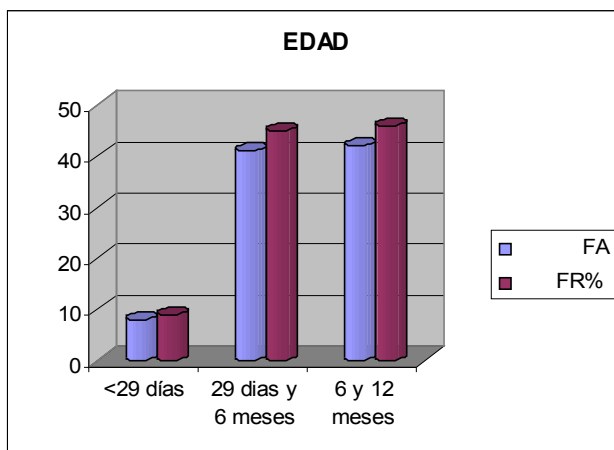
PRODUCTIVIDAD	FA	FR%
N° visitas domiciliarias	43	7%
N° consultas de enfermería	405	69%
N° actividades educativas	10	2%
N° contactos telefónicos	50	9%
N° de CEV vigentes	78	13%
Totales	586	100%

ANALISIS

De acuerdo al informe investigado se obtiene como dato que el total de niños menores de 1 año es 91 niños. De los cuales:

- 8 se encuentran en el rango de edad de 0 a 28 días.
- 38 se encuentran en el rango de 29 a 6 meses.
- 45 se encuentran en el rango de 6 a 12 meses.

En cuanto al sexo, 53% corresponde al sexo masculino y el 47% al sexo femenino.



Sobre esta población se realizaron 586 intervenciones de enfermería durante la gestión del programa internado.

Sobre dichas intervenciones destacamos que el mayor número de intervenciones corresponde a Consultas de Enfermería.

Para poder medir el impacto en lo referente a las consultas de enfermería basado en productividad tuvimos en cuenta la cantidad de controles pediátricos que deben tener los niños según su edad considerando que luego de cada uno de ellos se realiza una consulta de enfermería de seguimiento; por lo cual obtenemos que:

- A la población menor a un mes de edad (8 niños) le corresponden 4 controles pediátricos como máximo y por lo tanto 4 consultas de enfermería por lo tanto para esta población se deberían haber realizado como máximo 32 consultas de enfermería.
- A la población que se encuentra en el rango de 1 mes a 6 meses (38 niños) le corresponden como máximo 5 controles pediátricos y por ende 5 consultas de enfermería por lo cual el número total de consultas de enfermería para esta población debió ser de 190 consultas como máximo.

- En cuanto a la mayor población que se encuentra en el rango de 6 meses a 1 año de edad (45 niños) le corresponden 3 controles pediátricos como máximo y por lo tanto 3 consultas de enfermería por lo cual el número total de consultas de enfermería para toda esta población debió ser de 135.

De acuerdo a lo antes expuesto tenemos que en el modelo teórico el número de consultas de enfermería sobre toda la población (91 niños) es de 357 consultas, teniendo en cuenta que es un número teórico debido a que: la población tiene edades muy variables, ingresaron al programa en diferentes momentos del internado (el cual dura 6 meses) y no contamos con estos datos en el informe final de la interna de enfermería.

El informe final estudiado nos informa que el número de consultas de enfermería realizadas por parte de la interna fue de 365, más las 40 consultas realizadas espontáneamente por enfermedad del niño (las contamos aparte porque no entrarían en comparación con nuestro modelo teórico y de que estas consultas están por fuera de las convencionales). Siendo el total de Consultas de Enfermería realizadas por la interna 405.

Debido a este análisis podemos inferir que el impacto según productividad tomando las consultas de enfermería es positivo ya que se realizaron más consultas de enfermería que controles pediátricos acordes a la edad de cada niño.

A continuación representaremos en cuadros lo expresado anteriormente:

EDAD	Nº Teórico de Consultas de Enfermería (FA)	FR%
< 29 días	32	9%
1-6 meses	190	53%
6-12 meses	135	38%
TOTAL	357	100%

Como no contamos con el número de consultas de enfermería en relación al rango de edades establecidos, elaboramos un estimativo relacionando la frecuencia relativa porcentual del número teórico de consultas de enfermería con el número de consultas realizadas.

De modo que:

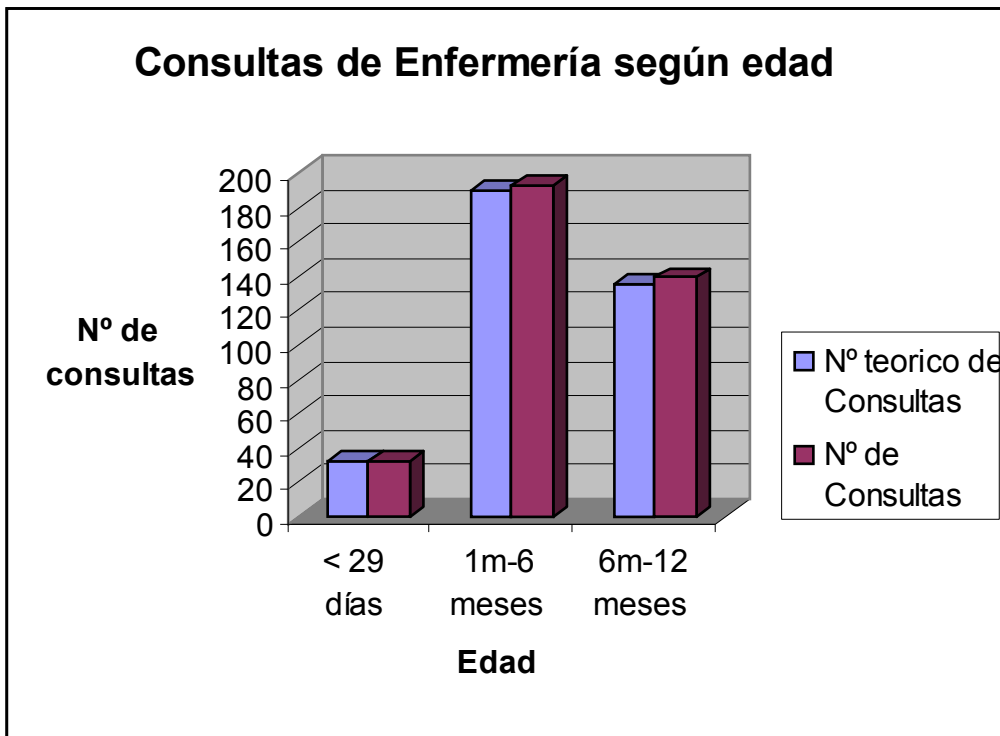
- En niños menores de 29 días: el número teórico de consultas de enfermería sería de un 9%, por tanto si 365 son las consultas en el total de la población (91 niños), realizamos una estimación que corresponde a 33 consultas realizadas a esta población.

- En la población que va desde 1 a 6 meses: el número teórico de consultas de enfermería sería de un 53%, por tanto si 365 son las consultas en el total de la población (91 niños), realizamos una estimación que corresponde a 193 consultas realizadas a esta población.

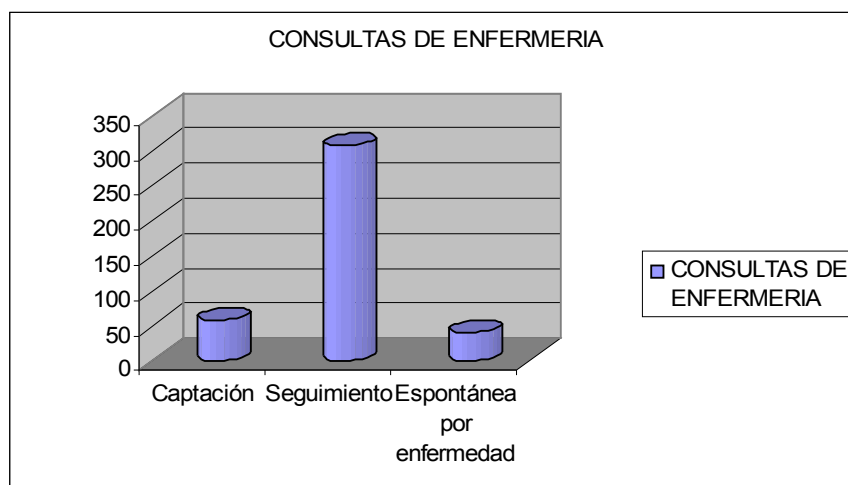
- En la población que va desde 6 a 12 meses: el número teórico de consultas de enfermería sería de un 38%, por tanto si 365 son las consultas en el total de la población (91 niños), realizamos una estimación que corresponde a 139 consultas realizadas a esta población.

EDAD	Nº Consultas de Enfermería (FA)	FR%
< 29 días	33	9%
1-6 meses	193	53%
6-12 meses	139	38%
TOTAL	365	100%

EDAD	Nº Teórico de Consultas	Nº de Consultas
< 29 días	32	33
1m-6 meses	190	193
6m-12 meses	135	139
TOTAL	357	365



Desglosando sobre el total de las Consultas de Enfermería obtenemos; que la mayoría (307) fueron consultas de seguimiento, 58 consultas de enfermería de captación donde se incluyen recién nacidos y re captaciones (niños que no asistían a los controles) y un total de 40 consultas espontáneas debido a patologías, cuyas causas predominantes fueron enfermedades de origen respiratorio 65% (bronquiolitis, Neumonías) que se relaciona con la época del año en el que se desarrollo la experiencia cuyo informe analizamos, a esta les preceden las de causa digestiva 15% (DAI, parasitosis). El restante 20% corresponde a: Otitis 5%, Infecciones Urinarias 5%, Hepatitis 2.5%, bajo peso y vómitos 2.5%, violencia doméstica 2.5%, fiebre sin foco 2.5%. Todas estas consultas fueron realizadas en el ámbito previo al control de salud por parte del pediatra tratante.

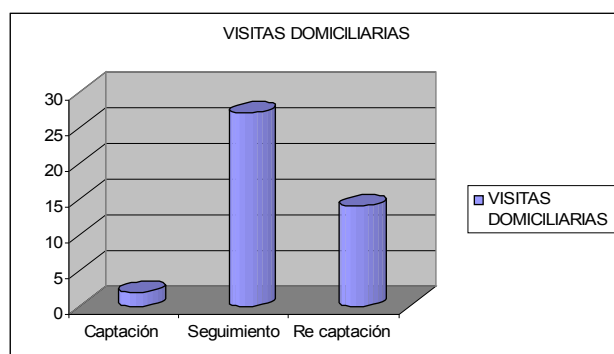
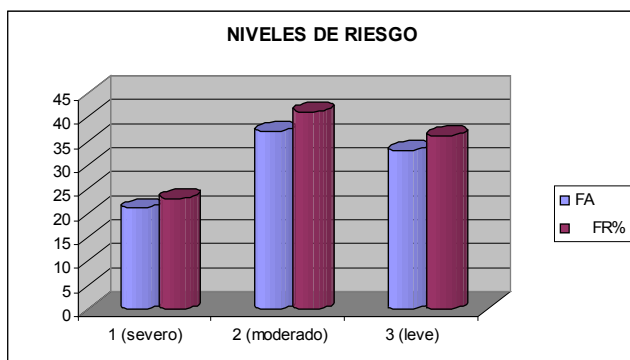


En cuanto a las visitas domiciliarias (43) podemos decir que en relación al criterio de riesgo planteado en el informe, se pudo cumplir con la población más crítica (riesgo 1). Siendo que la población de niños calificados como riesgo 1 asciende a 21 y se visito al 95% de los mismos. En cuanto a los niños que pertenecían al riesgo 2 (37) fueron visitados 33%, y por ultimo los niños pertenecientes al riesgo 3 (33) donde el 15% fue visitado (tomando en cuenta que son el riesgo mas leve).

Dentro de las 43 visitas domiciliarias realizadas, 2 fueron de captación, 27 de seguimiento y 14 de recaptación.

Según esto podemos concluir que el impacto según la productividad asociada a la clasificación de la población obtenemos que fue positivo ya que se visito el 95% de la población riesgo 1.

Cabe igualmente decir que hubieron diversos factores que condicionaron el desarrollo de la gestión de la interna: entre ellos el clima adverso (otoño e invierno), paros de salud pública, falta de recursos humanos en el servicio, epidemia de gripe AH1N1, todos estos impidieron en muchos casos la realización de visitas domiciliarias (además que las mismas se realizan sólo en el horario de la tarde y tres veces a la semana, fuera del horario curricular de la interna), actividades educativas y controles de salud fuera de fecha.

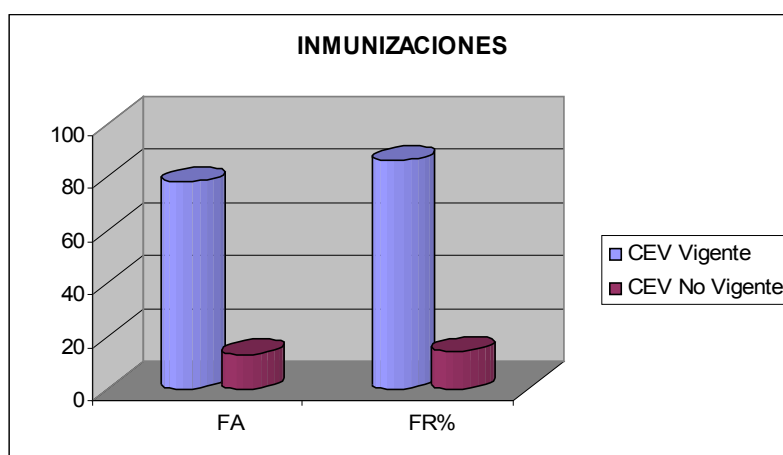


En cuanto a las actividades educativas, se realizo un 83% de las actividades educativas planificadas (12 actividades), además de educación incidental realizadas durante cada consulta de enfermería. El impacto medido en productividad es positivo ya que se logro educar a la totalidad de los padres, y además si contamos con que se realizaron 10 actividades en 5 meses de internado (ya que el primer mes es dedicado al diagnostico de situación) obtenemos un promedio de dos actividades educativas por mes. Las actividades educativas se realizaron de forma individual y colectiva sobre los siguientes temas: Lactancia materna, cuidados del recién nacido, Inmunizaciones, Diarrea aguda Infantil, Infecciones Respiratoria, Parasitosis, Escabiosis, Dengue, Hábitos de Higiene y alimentación Saludable. Los temas fueron seleccionados de acuerdo a las necesidades de la población abordada. En cuanto a los contactos telefónicos se realizaron 50 llamados, desglosados en 40 de seguimiento y 10 de recaptación. Se realizaron llamadas telefónicas a

los recién nacidos y lactantes que no concurrían al control y a aquellos lactantes que presentaban factor de riesgo severo o moderado. Podemos relacionar estos llamados con la población mas critica (21 niños) e inferir que se realizaron 2 llamados promedio a dicha población, además de los llamados realizados a la población mas vulnerables; menores a 29 días, presentarán alguna patología, etc.

En cuanto a uno de los pilares fundamentales del plan aduana como son las inmunizaciones, se destaca que el 86% de la población de 0 a 12 meses presenta el CEV vigente. El 14% restante no cumple con el CEV vigente debido a ser: niños pre término, que se encontraban enfermos o poseer un peso menor a 2.500 kg.

Debido al alto porcentaje de niños con CEV vigente, consideramos que el impacto medido según productividad es positivo ya que se ve reflejado el trabajo continuo de la interna y de todo el equipo de salud brindándole información a la madre sobre la importancia de las inmunizaciones. Así también sobre la importancia del control pediátrico en forma periódica, para que ese 14% que no cuenta con las CEV vigentes una vez que se encuentren aptos puedan continuar con las inmunizaciones correspondientes a su edad.

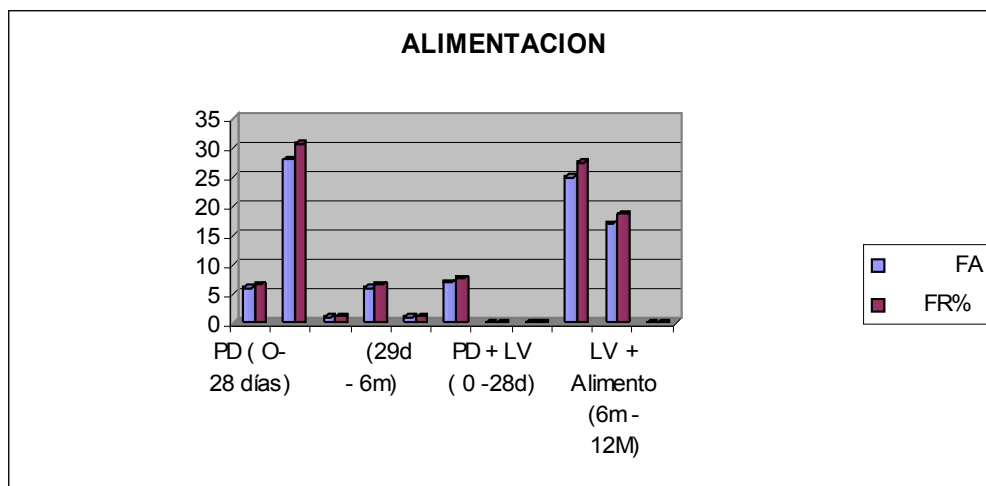


El 75% de los recién nacidos (6 niños) se alimenta con lactancia materna exclusiva. Un 12,5% (1 niño) se alimenta de leche modificada, el otro 12,5% (1 niño) se alimenta de pecho directo más leche modificada.

El 68% (28 niños) de los lactantes (desde los 29 días hasta los seis meses) se alimenta de pecho directo exclusivo. El 17% (7 niños) se alimenta de pecho directo más leche modificada, el restante 15% (6 niños) se alimenta de leche modificada.

No se logra que el 100% de los lactantes menores de 6 meses se alimenten exclusivamente con pecho directo por diferentes razones, por ejemplo; madres con HIV, madres que trabajan, etc. a pesar de esto, la cifra de niños menores de 6 meses que se alimentan con PDE es significativo.

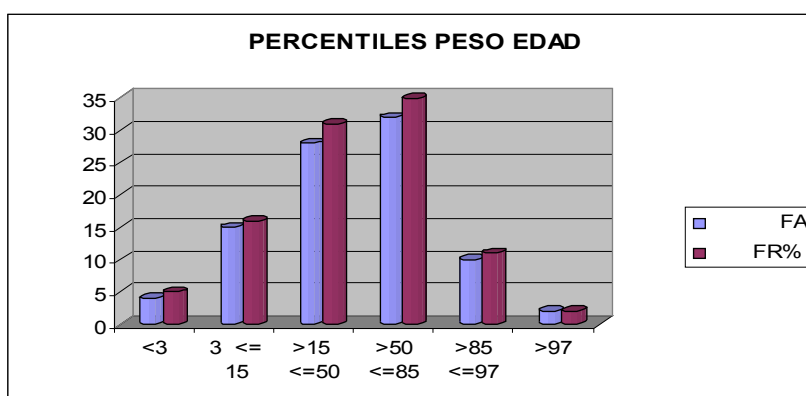
El 60% de los niños mayores (25 niños) se alimenta de pecho directo más alimentos sólidos. El restante 40% (17 niños) se alimenta de leche de vaca y alimentos sólidos.



El papel de la interna en cuanto a la alimentación de los niños consistió en la promoción de una alimentación saludable y apropiada según la edad de cada niño para así poder mantenerlos en los percentiles esperados según su edad – peso – estatura. Esta promoción fue realizada por medio de instancias educativas y consultas de enfermería.

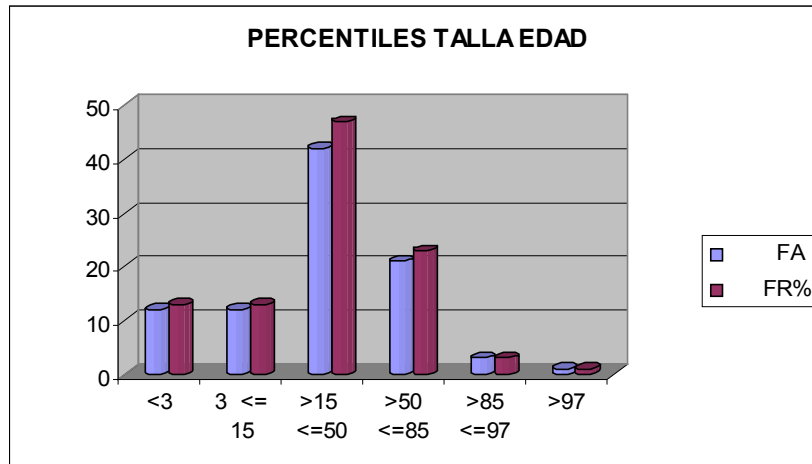
En el informe encontramos que un 5% (4 niños) se encuentran por debajo del percentil 3, que corresponde a desnutrición grave. Un 16% (15 niños) se encuentran entre el percentil 3 y <= 15 que corresponde a bajo peso. Un 66% (50 niños) se encuentran entre los percentiles >15 y <= 85 lo que constituye un crecimiento optimo.

Un 11% (10 niños) se encuentran entre el percentil >85 y <=97 que corresponde a sobre peso. El restante 2% (2 niños) que se encuentran en el percentil >97 corresponde a obesidad.

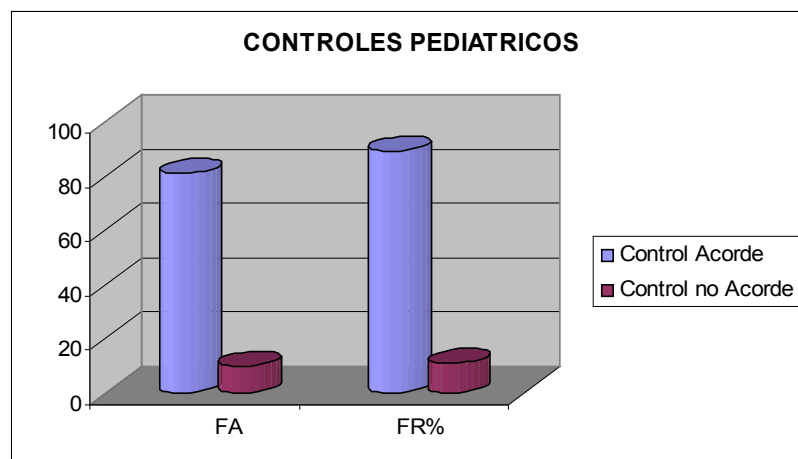


En relación al percentil talla /Edad, un 47% se encuentra entre el percentil 15 y 50 y un 23% ente el 50 y 85 correspondiendo con la relación antes mencionada (peso – edad).

En cuanto a lo antes expuesto podemos determinar que la mayoría de los niños 66% se encuentran en un estado de crecimiento adecuado para la edad, esto puede relacionarse con la gestión realizada por la interna. Sin embargo existen niños que se encuentran fuera de los rangos de crecimiento adecuado, predominando el sobrepeso.

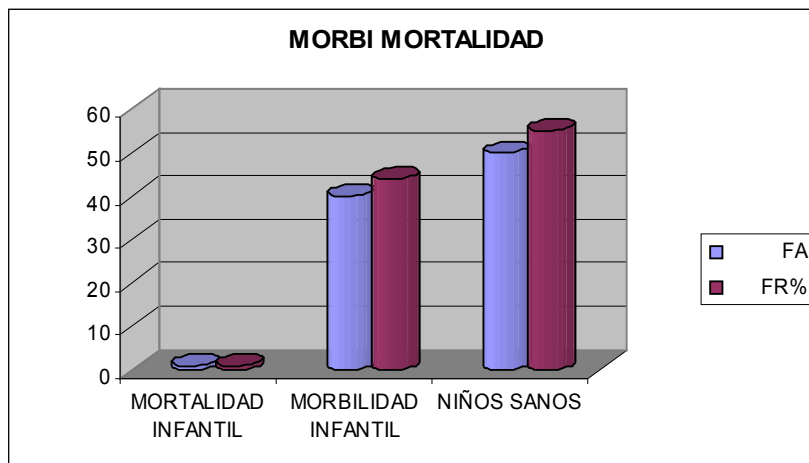


Con respecto a los controles de salud del niño en la actualidad un 89% presenta los controles de salud al día de acuerdo a su edad. Se desconocen los motivos de la no concurrencia a control pediátrico. La interna mediante los contactos telefónicos y visitas domiciliarias realiza la recaptación y captación de niños que no concurren a control, siendo a través de su gestión un nexo entre el servicio de salud y la familia del niño.



En cuanto al índice de morbimortalidad de esta población un 44% enfermó en este periodo de tiempo y el 22% de los mismos requirió hospitalización el mayor porcentaje (45%) perteneció al riesgo 2, el 20% al Riesgo 1 y el 35% restante al riesgo 3.

Hubo un fallecimiento por muerte súbita en el mes de Abril de 2009.



CONCLUSIONES

En el presente trabajo podemos concluir que se cumplieron los objetivos del mismo, se logro medir el impacto según la productividad del internado de enfermería, resultando este positivo ampliamente. Siendo que el impacto según productividad tomando las consultas de enfermería es positivo ya que se realizaron más consultas de enfermería que controles pediátricos acordes a la edad de cada niño. En cuanto a las visitas domiciliarias el impacto según la productividad asociada a la clasificación de la población obtenemos que fue positivo ya que se visitó el 95% de la población riesgo 1 siendo esta la población mas crítica.

Debido al alto porcentaje de niños con controles pediátricos y CEV vigente, consideramos que el impacto medido según productividad es positivo ya que se ve reflejado el trabajo continuo de la interna y de todo el equipo de salud.

La mayoría de los recién nacidos y lactantes se alimentan de PDE, y gran parte de la población de niños mayores a 6 meses se alimentan de PD y alimentos sólidos; y se encuentran en un estado de crecimiento adecuado para la edad, esto puede relacionarse con la gestión realizada por la interna; se logro educar a la totalidad de los padres realizando gran parte de las actividades educativas planificadas y el impacto medido en productividad es positivo.

Podemos deducir indirectamente que el programa internado tiene un impacto positivo en el estudiante y en la población objetivo del mismo.

Con esto podemos decir que el rol que cumplen los internos de licenciatura en enfermería a cargo de los programas de salud es de relevante importancia.

Bibliografía

- Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de Salud. México: OPS; 1994.
- Santana S, Verde J, Cabrera A. Formados para un nuevo Modelo, Experiencias de Gestión Asistencial. Montevideo: Dorteau; 2006.
- Programa Nacional de Atención de Salud de la Niñez, RAP/ASSE, IMM División de Salud. Montevideo: MSP; 2006.
- Méndez García G, Contera M, Proyecto: Sistema Informático del Programa Aduana-Adolescente. [Internet] Disponible en: www.suis.org.uy/pdf/programa_aduana.pdf
- C G. Informe Final del Programa Aduana realizado por la interna en el centro de salud "La cruz de Carrasco", Montevideo-Uruguay: ASSE; 2009.

ANEXOS

ANEXO 1: INFORME FINAL UNIDAD DE ESTUDIO DEL PRESENTE TRABAJO DE INVESTIGACION.

PROYECTO

FINALIDAD DEL PROYECTO

Contribuir a disminuir las tasas de morbi – mortalidad infantil de la población perteneciente a la zona de influencia del Centro de Salud “La Cruz de carrasco”, por medio de la captación precoz y seguimiento del recién nacido y niño e su primer año de vida e identificación oportuna de riesgos biológicos, psíquicos y sociales del binomio madre hijo, poniendo énfasis en acciones de promoción y prevención en salud para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar una atención integral en salud al binomio madre -hijo con el fin de disminuir los índices de morbi mortalidad infantil y lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de la población objetivo que pertenece a la zona d influencia del Centro de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Obtener un reporte semanal de los recién nacidos en CHPR y Hospital De Clínicas.
- Realizar la caracterización de la población que pertenece al programa desde el nacimiento al primer año de vida.
- Inserción del Recién Nacido al Programa Aduana por medio de la captación precoz de los mismos en su primer control de salud (primeros diez días de vida).
- Realización de consulta y posconsulta de enfermería mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y la aplicación de una consulta de enfermería basada en la teoría de los patrones funcionales de salud de Marjorie Gordon.
- Seguimiento y promoción de los controles de salud del recién nacido hasta su primer año de vida.
- Seguimiento de los niños que presentan controles atrasados.
- Promover y verificar una correcta inmunización.
- Fomentar una lactancia materna exclusiva hasta los primeros seis meses de vida.
- Realizar contacto telefónico para conocer situación de los niños que presenten irregularidades en los controles de salud.

-Realizar visitas domiciliarias.

-Realizar actividades educativas programadas e incidentales de forma individual o grupal intra y extra muros.

METAS

- Realizar la captación precoz 100% de los recién nacidos y niños menores de un año que concurren al control pediátrico al centro de salud "Cruz de Carrasco" durante el periodo que comprende entre el 1/04/09 al 30/09/09.
- Realizar el proceso de atención de enfermería al 100% de los usuarios menores de un año que concurren al centro en el periodo que comprende entre el 1/04/09 al 30/09/09.
- Realizar el seguimiento y control al 100% de los niños captados.
- Lograr que el 100% de los usuarios recién nacidos hasta los 6 meses se alimenten con leche materna exclusiva.
- Lograr que el 100% de los usuarios presente el esquema de vacunación vigente.
- Brindar información al 100% de los padres y/o familia de los niños que concurren al control pediátrico.
- Realizar visitas domiciliarias al 100% de los niños con irregularidades en sus controles y que presenten situación de riesgo (1) y otros según necesidad en el periodo de la experiencia práctica.
- Realizar la post consulta al 100% de la población.

BENEFICIARIOS

Directos

Comprende a todos los usuarios desde su nacimiento hasta el primer año de vida que se asiste en el centro de salud "Cruz de Carrasco".

Indirectos

Son todos aquellos que favorecen el impacto del proyecto que de forma directa o indirecta influyen en la calidad de vida de esta población.

- Binomio madre- hijo y/o responsables y allegados al niño, ya que estos son responsables del mismo y son los que ejecutan los cuidados de enfermería brindados.

- El personal que desempeña las tareas dentro del centro de salud.

- La sociedad en general ya que a través de este proyecto se contribuye a mejorar la salud de la misma.

-El estado, ya que por medio de la educación, promoción y prevención de la salud, contribuimos a disminuir la morbi- mortalidad infantil y por lo tanto el gasto en salud.

-Las Internas de Facultad de Enfermería ya que se logra la continuidad de dicho trabajo para futuras generaciones.

PRODUCTOS

Los productos esperados con el desarrollo de este programa son:

- Aplicar el proceso de atención de enfermería a todos los usuarios incluidos en el programa aduana
- Captar y recaptar a todos los usuarios que no estén en el programa Aduana mediante la Consulta de Enfermería, llamadas telefónicas, y las visitas domiciliarias.
- Lograr que la totalidad de los recién nacidos se alimenten exclusivamente con leche materna exclusiva hasta los 6 meses, y que continúen hasta el año, agregando los sólidos indicados.
- Brindar información necesaria y oportuna con el fin de que los padres y familiares se sensibilicen sobre la importancia del control pediátrico para evitar complicaciones y para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo del niño y la vigencia del esquema de vacunación.
- Alcanzar un desarrollo óptimo e integral de los niños acorde a sus edades.
- Llevar a cabo el total de las actividades educativas planteadas intra y extra muros.
- Obtener un resultado estadístico sobre el funcionamiento del programa en dicho centro.
- Valorar aspectos positivos y negativos de la ejecución del Programa Aduana en el Centro de Salud "La Cruz De Carrasco" en el periodo de tiempo antes mencionado.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

El día primero de abril del año 2009 se continúa con las distintas actividades enmarcadas dentro del Programa Aduana, estipulándose la continuidad de las mismas hasta el primero de octubre del año 2009.

La ejecución está a cargo de dos internas de la carrera Licenciatura en Enfermería distribuidas en dos turnos (matutino y tarde).

Se realizan Consultas y Posconsultas de Enfermería aplicando el Proceso de Atención de Enfermería a los usuarios recién nacidos y hasta el año de vida que hacen uso del Servicio de Pediatría en el Centro de Salud "Cruz de Carrasco".en el periodo de lunes a viernes, reservando dentro del horario de trabajo, tiempo para realizar visitas domiciliarias que se realizan una vez por semana ,revisión de los registros de controles de los niños del programa (tarjetas verdes),reporte semanal de los nacimientos en los hospitales de referencia así como para realizar contactos telefónicos necesarios desde el

centro para la captación y/o recaptación y para conocer situación actual (atención en otra mutualista ,mudanza ,enfermedad ,fallecimiento).

Dentro de lo planificado se determinara tiempo para actividades de orden educativo dentro del centro y fuera del mismo. Se aspira de esta manera a desarrollar las actividades en equipo multidisciplinario para lograr la atención integral del núcleo madre-hijo y conocer las necesidades, intereses y problemas de los usuarios así como también colaborar a la adopción de estilos y hábitos de vida saludables.

ACTIVIDADES

Las mismas serán:

DE ASISTENCIA

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en forma integral a todos los usuarios que corresponden al programa aduana.
- Realizar el seguimiento de los usuarios según riesgo de los mismos mediante la visita domiciliaria.
- Participación durante la consulta de enfermería.

DOCENCIA

- Realizar charlas educativas sobre diferentes temas, según necesidades utilizando folletería y cartelería de apoyo.
- Brindar educación en salud en la consulta de enfermería diariamente.

ADMINISTRACION

- Gestión adecuada de los recursos humanos y materiales en la atención a los niños para un mejor trabajo.
- Realizar la captación de los recién nacidos y de los niños menores de un año e ingresarlos al programa.
- Realizar citas telefónicas a los padres que no concurren con su hijo al control pediátrico.
- Realizar herramientas para registros (ver anexos).

ABORDAJE FAMILIAR

- Derivar aquellas madres que no se hallan controlado el puerperio, a ginecología detectadas durante la consulta de enfermería y la visita de enfermería.

-Derivar integrantes de la familia que necesiten atención medica a la diferente especialidad

METODOS Y TECNICAS

Se utilizara una metodología con un enfoque integral participativo, con la finalidad de que se pueda incrementar la actuación del binomio madre- hijo. Para el desarrollo del proyecto se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos, que se describen a continuación.

1) Consultas de Enfermería:

Serán llevadas a cabo de lunes a viernes en ambos turnos (matutino y tarde) a los recién nacidos en su primer control y hasta su primer año de vida. La información de los recién nacidos que se controlarán en el Servicio es proporcionada por el Sistema de Datos del Programa Aduana del Centro Hospitalario Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas. Se aplican para brindar atención directa y personalizada a los usuarios, con el fin de otorgar una atención integral y lograr mejorar el nivel de salud del mismo promoviendo los cuidados y previniendo enfermedades.

Se realizará mediante la siguiente clasificación:

- Recién Nacidos (0 a 28 días): el primer control deberá ser llevado a cabo entre el 6º y 9º día de nacido y luego una vez por semana en el primer mes de vida día a excepción que el recién nacido presente algún factor de riesgo y/o patología (bajo peso, destete precoz, patología materna, inmunizaciones no vigentes, alto riesgo social, entre otros) en donde la frecuencia de control dependerá de la decisión del médico Pediatra.
- Lactantes entre 29 días a 6 meses: el control se realizará de forma mensual a excepción de que el lactante presente algún factor de riesgo y/o patología (bajo peso, infecciones respiratorias, vómitos y/o diarrea, inmunizaciones no vigentes, entre otros) en donde la frecuencia de control dependerá de la decisión del Pediatra.
- Lactantes entre 6 y 12 meses: el control se realizara de forma bimensual a excepción de que el lactante presente algún factor de riesgo y/o patología (citados anteriormente) en donde la frecuencia de control dependerá de la decisión del Pediatra.

Durante las consultas de Enfermería se realiza: la captación del recién nacido , la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería que consta de datos patronímicos de la madre así como del lactante, antecedentes familiares y personales del lactante, valoración en base a los once patrones funcionales de salud planteados por Marjorie Gordon ,haciendo énfasis en: conductas de desarrollo (motora, coordinación, social y lenguaje), peso, talla, perímetro cefálico, percentiles, alimentación (motivos de destete precoz, ingesta de alimentos no correspondientes a la edad entre otros), lactancia materna (succión, frecuencia y duración de la lactada, pezones, tolerancia), vinculo madre-hijo, signos de maltrato y la vigencia del Certificado Esquema de

Vacunación entre otros; también las condiciones socioeconómicas del núcleo familiar del lactante.

Actividad:

Se realiza la recepción del binomio madre =hijo o de la persona que lo lleve ese día al control.

=Se aplica el Proceso de Atención de Enfermería a los mismos ,valorando desde primera impresión y se realiza la consulta de Enfermería a través de valoración física ,controles antropométricos y valoración y preguntas a la puérpera.

El resultado se registra en la planilla de seguimiento y en el instrumento de gestión diaria y por último en el carné de control del niño. Si concurre por primera vez se realiza una ficha nueva de consulta de Enfermería.

Posteriormente ingresa al consultorio con el pediatra, este registrara luego la fecha del siguiente control.

2)Visitas domiciliarias:

Es el contacto que realiza el equipo de salud con la familia en el hogar, con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad del niño. Nos permite valorar la situación familiar, la relación entre sus integrantes, realizar el control de salud del niño y realizar educación según necesidad. Serán efectuadas una vez a la semana o según necesidad del Programa en el horario de la tarde, realizándose previo contacto telefónico con el fin de coordinar fecha de consulta y si el lactante no concurre se llevara a cabo la visita domiciliaria en un plazo no mayor a 7 días.

Las visitas domiciliarias se realizarán: a los recién nacidos que no han concurrido a ningún control (recién nacidos de 0 a 28 días primer control del 6º al 9 día de nacido y luego semanalmente durante el primer mes de vida) que se encuentren registrados en el sistema de datos del Programa de centro.

Según lo estipulado (lactantes de 29 días a 6 meses se controlarán de forma mensual y lactantes de 6 a 12 meses se controlarán de forma bimensual), y a los lactantes que presenten bajo peso, abandono de la lactancia materna, inmunizaciones no vigentes, enfermedad materna, violencia domestica u otros factores de riesgo.

Durante las visitas domiciliarias se realizará: la descripción del barrio, la observación del hogar del usuario, se identifican las necesidades intereses y problemas y luego de identificadas las mismas se brindará la información correspondiente coordinando con la familia la fecha de próximo control entre otros. Luego de realizada la visita se pasa la información a las tarjetas verdes del seguimiento del niño y si lo requiere a la Historia Clínica.

3) Coordinaciones:

- Se realizará llamadas telefónicas a los recién nacidos y lactantes que no concurren a control y a aquellos lactantes que presenten factor de riesgo. Las llamadas telefónicas serán llevadas a cabo dentro de horario de trabajo en el Centro de Salud.

- Se realizará derivaciones a otros Servicios o Centros de Salud para brindar una atención integral al lactante y su familia.

- Coordinación y verificación del cumplimiento de los controles pediátricos de aquellos niños que se transfieren a otra dependencia del centro de salud "Cruz de Carrasco".
- Coordinación de consulta pediátrica.
- Coordinación de actividades con otros miembros del equipo de salud.
- Coordinación y derivación para estudios.
- Coordinación con otros profesionales en caso de patología materna.
- Coordinación con los servicios de vacunación.

Actividades educativas e informativas:

Cada actividad educativa e informativa será llevada a cabo de forma individual en las consultas de enfermería y de forma grupal en la sala de espera de pediatría así como en distintos servicios extra muros durante el periodo comprendido entre Abril y Setiembre del 2009. Las actividades informativas serán según necesidades del Servicio.

Observación:

Método para la recopilación de datos e información con un objetivo.

Técnicas audiovisuales:

Comprenden las carteleras y los folletos, utilizados como apoyo para ilustrar un tema determinado con imágenes sencillas y entendibles.

Creación de registros:

Son todos lo que implementamos para llevar a cabo las diferentes actividades

RIESGO 1 – RIESGO SEVERO

- Recién nacido pretermino (menos de 38 semanas), pequeño para la edad gestacional.
- Bajo peso al nacer (menor de 2500 Kg.).
- Recién nacido con patología que haya requerido internación.
- Embarazo no controlado.
- Madre analfabeta, con dificultad intelectual, con patología psiquiátrica.
- Madre adolescente, que no presente apoyo familiar.
- Hábitos nocivos no saludables (droga- tabaco- alcohol) en el entorno que vive el niño.
- Usuaría que presente infección de transmisión sexual, (madre o padre VDRL +, VIH +).
- Alto riesgo social, con problemática socioeconómica que impida llevar al niño a control.
- Inmunización no vigente desde hace más de un mes.
- Conducta de colecho.
- Lactancia materna ineficaz (inadecuada técnica de amamantamiento, falta de interés). Niño que nunca amamanto.
- Inaccesibilidad geográfica al centro de salud (más de 20 cuadras).
 - Niños menores de 6 meses que no se alimenten solo con pecho directo exclusivo

- Inexistencia de ingresos económicos fijos en el hogar.
- Carencia de servicios esenciales (luz eléctrica – agua potable- heladera), vivienda en condiciones deficitarias.
- Niño que no cumple con los controles pautados, atraso de más de un mes.
- Madre sin control del puerperio luego del nacimiento del hijo.

RIESGO 2 – RIESGO MODERADO

- Recién nacido de término con problemas de adaptación a la lactancia materna, pero con interés y apoyo familiar.
- Madre con poco marco de referencia para el control de salud.
- Medio socioeconómico: que exista un ingreso económico fijo en el hogar mas apoyo económico brindado como (asignación familiar, plan de equidad, tarjeta de mides).
- Accesibilidad geográfica al centro de salud entre 10 y 20 cuadras.
- Inmunización no vigente desde hace menos de un mes.
- No cumple con los controles de salud pautados, atraso de un mes.

RIESGO 3 – RIESGO LEVE

- Recién nacido de termino (38 a 41 semanas, peso al nacer de 2500 a 4000kg).
- Alimentación: pecho directo exclusivo hasta los 6 meses de vida.
- Técnica de lactancia materna correcta.
- Apoyo familiar, familia nuclear.
- Accesibilidad geográfica al centro (menos de 10 cuadras).
- Concurrencia de controles de salud en tiempo y forma.
- Inmunización vigente.
- Conductas de desarrollo adecuadas para la edad del niño.
- Captación temprana del niño luego del nacimiento.
- Ingresos económicos: que cuente con ingresos mensuales fijos en el hogar más
Beneficios sociales que cubra con las necesidades básicas de la familia.
- Que cuente con los servicios esenciales la vivienda (luz eléctrica, agua Potable, saneamiento, heladera).
- Ecografía de cadera en niños mayores de dos meses normales.

ACCIONES PARA CADA RIESGO (actividades)

RIESGO 1 – RIESGO SEVERO

- Realizar visitas domiciliarias cada 15 días o según necesidad.
- Pase asistente social del centro de salud según requerimiento de la familia o casos que previamente son analizados con ella.
- Orientación a al familia para la obtención de los servicios sociales.

- Pase a nutricionista del centro de salud a niños bajo peso, sobrepeso o según requerimiento.
- Derivación a diferentes especialistas del centro de salud (ginecólogo a madres que no se han controlado el puerperio aun).
- Informar sobre funcionamiento del espacio adolescente en el centro y proporcionar día y hora para el servicio específico de maternidad y paternidad adolescente que funciona en el centro.
- Informar la importancia de las inmunizaciones y el horario de funcionamiento de ese servicio en el centro de salud.
- Realizar llamadas telefónicas a niños con artazo de 5 días.
- Realizar educación en salud individual (consultorio y domicilio) y colectiva (sala de espera, CAIF) de diferentes temas según problemas encontrados.
- Fomentar conductas saludables en salud a toda la población que concurre.

RIESGO 2 – RIESGO MODERADO

- Educación y apoyo a la madre sobre lactancia materna, promoción de esta conducta generadora de salud.
- Realizar llamadas telefónicas a niños con atraso de 7 días en los controles de salud.
- Realizar educación en salud.
- Realizar visitas domiciliarias según la situación particular de cada niño.
- Promover el control de salud del niño en tiempo y forma e informar su importancia.
- Pase asistente social del centro si requiere.
- Realizar educación en salud individual (consultorio y domicilio) y colectiva (sala de espera, CAIF) de diferentes temas según problemas encontrados.
- Derivación a diferentes especialistas del centro de salud (ginecólogo a madres que no se han controlado el puerperio aun).
- Fomentar conductas saludables en salud a toda la población que concurre.

RIESGO 3 – RIESGO LEVE

- Fomentar conductas saludables en salud a toda la población que concurre.
- Promover el control de salud del niño en tiempo y forma.
- Realizar educación en salud individual (consultorio y domicilio) y colectiva (sala de espera, CAIF) de diferentes temas según problemas encontrados.
- Realizar llamadas telefónicas a niños que se atrasen 7 días.
- Realizar visitas domiciliarias sino responde al llamado o sino viene luego de las 48hs del llamado.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Derivación a diferentes especialistas del centro de salud (ginecólogo a madres que no se han controlado el puerperio aun).

CRITERIOS DE INCLUCION

Riesgo 1: Que cuente con 5 o más variables detalladas.

Riesgo 2: Que cuente con hasta 3 variables del riesgo 1 más 2 o más del riesgo 2.

Riesgo 3: Que cuente con más de 4 variables del riesgo 3.

Guía final del primer nivel

Actualmente se encuentran formando parte de la población del programa Aduana; 91 niños pertenecientes al turno matutino.

Durante el desarrollo de la experiencia, para una mejor organización y por ende un mayor seguimiento y control de la población incluida en el programa, se divide la población en dos turnos (mañana y tarde) ya que preferentemente los usuarios concurren el mismo turno.

Se puede apreciar el comportamiento casi parejo de la población menor de un año ya que vemos que es prácticamente un 50% para cada turno.

POBLACIÓN ASISTIDA:

Total de usuarios captados por interna anterior + Total de usuarios captados en rotación actual.

-74 niños en el pase de guardia que fueron captados por interna anterior en el periodo comprendido entre Abril 2008 y Marzo 2009

-58 niños captados por rotación actual comprendida en el periodo de abril 2009 a Octubre 2009.

Total de población asistida: 132 niños

Población referida al programa Aduana Central (Al centro de salud)

Abril 2009

CHPR: 25 niños

H. Clínicas: 1 niño

Mayo 2009

CHPR: 25 niños

H. Clínicas: 5 niños

Junio 2009

CHPR: 22 niños
H. Clínicas: 3 niños

Julio 2009
CHPR: 23 niños
H. Clínicas: 5 niños

Agosto 2009
CHPR: 24 niños
H. Clínicas: 6 niños

Setiembre 2009
CHPR: 24 niños
H. Clínicas: 4 niños

3) Población que se atiende en otras dependencias

Abril 2009 , total 26 niños referidos al Programa Aduana

Pol. Satélite (Dependiente de Centro de Salud): 3 niños
Médico de Familia: 3
Otro Centro de Salud: 2
18 se atienden en Centro de salud Cruz de Carrasco

Mayo 2009, Total 30 niños

Pol. Satélite: 5
Médico de familia: 2
Otro Centro: 7
15 se atienden en Centro de Salud Cruz de Carrasco

Junio 2009, Total 25 niños

Pol. Satélite: 3
Otro Centro: 8
Mutualista: 1
13 se atienden en Centro de Salud Cruz de Carrasco

Julio 2009, Total 28 niños

Pol. Satélite: 2
Médico de Familia: 2
Otro Centro: 3
Mutualista: 1
20 se atienden en Centro de Salud Cruz de Carrasco

Agosto 2009, Total 30 niños

Pol. Satélite: 5
Médico de Familia: 3
Otro Centro: 3
19 se atienden en Centro de Salud Cruz de Carrasco

Setiembre 2009, total: 28 niños

Pol. Satélite: 5
Otro Centro: 2
20 se atienden en Centro de Salud Cruz de Carrasco

4) INGRESO AL PROGRAMA EN EL PERIODO ABRIL – SETIEMBRE 2009

Total: 58 niños

Nº de niños captados de forma activa (niños que concurren al primer control de vida): 46 niños.

Nº de niños captados de forma espontánea (niños captados fuera del primer control, ingresos por cambio de domicilio, por ser dados de baja en sociedad, por decisión materna): 12 niños

5) SALIDAS DEL PROGRAMA

Total: 41 salidas en el periodo de Abril 2008 – Setiembre 2009

Motivos:
Niños que cumplieron el año: 28 niños
Control en otro Centro de Salud: 4
Mutualista: 5
Cambio de Domicilio: 2
Abandono: 1
Fallecimiento: 1

6) Clasificación por niveles de Riesgo

RIESGO	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	
1	2	1	1	4	1	2	1	
2	1	4	1	4	2	1	1	
3	5	2	2	2	2	6	1	
	8	7	3	7	7	10	3	

Abril	Mayo	Junio	julio	Agosto	Setiembre
1	1	1	1	3	1
4	4	1	1	6	4
3	1	4	2	2	1
8	6	6	11	7	8
Riesgo	Total				
1	21				
2	37				
3	33				
Total	91				

CAMBIOS EN LOS NIVELES DE RIESGO

R1 sin cambios	18
R1 a R2	8
R1 a R3	0
R2 sin cambios	23
R2 a R1	3
R2 a R3	8
R3 sin cambios	25
R3 a R2	6
R3 a R1	0

7) NIÑOS CON PROCESOS MÓRBIDOS

Total de 40 casos de niños que enfermaron

20 casos de hospitalización

De los cuales:

5 niños pertenecientes a Riesgo 1

9 niños pertenecientes a Riesgo 2

6 niños pertenecientes a Riesgo 3

1 caso de Hepatitis

6 casos de DAI de los cuales,

2 casos de Otitis,

18 casos de Inf. Respiratoria,

2 Caso Inf. Urinaria

1 caso bajo peso y vómitos

1 Caso violencia doméstica

1 Caso fiebre sin foco

5 casos de broncoespasmo

3 casos de Neumonía

PERCENTILES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

RELACIÓN PESO /EDAD AL ÚLTIMO CONTROL (N=91)

<i>PERCENTILES</i>	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
< Percentil 3	4	5%
Entre P3 y P<=15	15	16%
> P15 y <=P 50.	28	31%
> a P50 y<=P85	32	35%
>P85 y <=P97	10	11%
>P 97	2	2%
Total	91	100%

RELACIÓN TALLA / EDAD AL ÚLTIMO CONTROL (N=91)

<i>PERCENTILES</i>	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
< Percentil 3	12	13%
Entre P3 y P<=15	12	13%
>P15 y <=P 50	42	47%
> P50 y <=P85	21	23%
>P85 y <=P97	3	3%
>P 97	1	1%
Total	91	100%

DESARROLLO DEL NIÑO (N=91)

Desarrollo	<i>FA</i>	<i>FR%</i>
Acorde	89	98%
No acorde	2	2%
Total	91	100%

INMUNIZACIONES

INMUNIZACIONES (N=91)

<i>C.E.V</i>	<i>FA</i>	<i>FR %</i>
Vigente	78	86%
No vigente	13	14%
Total	91	100%

ALIMENTACIÓN

ALIMENTACIÓN	FA	FR%
PD (0- 28 días)	6	6,6
(29 - 6 meses)	28	30,8
LM (O - 28 días)	1	1,1
(29d - 6m)	6	6,6
PD + LM(0 - 28d)	1	1,1
(29d - 6m)	7	7,7
PD + LV (0 -28d)	0	0
LV (29d - 6m)	0	0
PD + Alimento (6m - 12M)	25	27,5
LV + Alimento (6m - 12M)	17	18,7
PD+ LV+ Sólidos (7m-12m)	0	0
Total	91	100

Total de consultas realizadas

405 Consultas de enfermería realizadas

Total de visitas

Usuarios R3/ total usuarios R3 $5/33 = 15\%$

Usuarios R2/ total usuarios R2 $12/37 = 33\%$

Usuarios R1/ total usuarios R1 $20/21 = 95\%$

Se realizaron 43 visitas domiciliarias

Motivo

Captación: 2

Seguimiento: 27

Recaptación: 14

Clasificación de riesgo:

Riesgo1: 20

Riesgo2: 12

Riesgo3 5

Total de llamadas telefónicas

Se realizó un total de 50 llamadas

10 con el objetivo de recaptación
40 con el objetivo de seguimiento

Actividades Educativas

Individuales: se realizaron instancias educativas de forma individual a madre, padre o familiar que concurra a la consulta durante toda la experiencia, en la consulta de enfermería y durante las visitas domiciliarias.

Se abordaron siempre los mismos temas o según necesidad (lactancia materna, cuidados del recién nacido, inmunizaciones, importancia de los controles de salud, cuidados puerperales, hábitos nocivos en el hogar, infecciones respiratorias, parasitosis, etc.)

Grupales: se realizaron actividades en sala de espera de pediatría del centro de salud dirigidas a toda la población que concurre en especial a madres y familiares de nuestra población de seguimiento por los temas ya nombrados anteriormente.

Se realizaron además actividades extra muros en el CAIF con temas solicitados por la población de dicho servicio y con participación del personal del centro.

En total fueron realizadas: 10 actividades educativas de forma individual y colectiva sobre los temas: Lactancia materna, cuidados del recién nacido, Inmunizaciones, Diarrea aguda Infantil, Infecciones Respiratoria, Parasitosis, Escabiosis, Dengue, Hábitos de Higiene y alimentación Saludable.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

De estructura

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA: distancia en cuadras al Centro de Salud.

$$\frac{\text{Nº niños menores de 1 año que viven a menos de 10 cuadras}}{\text{Nº total de niños menores de 1 años captados en Setiembre 2008 y Setiembre 2009}} \times 100 =$$

-44% de la población vive a < de 10 cuadras del Centro de Salud

-32% de la población vive entre 10 y 20 cuadras del Centro de Salud

-24% de la población vive a > de 20 cuadras del Centro de Salud.

- Menor a 10 cuadras - accesible

- Entre 10 a 20 cuadras - medianamente accesible

- Mayor a 20 cuadras – inaccesible

De proceso

ACTIVIDADES:

Nº de consultas de captación de Enfermería realizadas: 405.

Nº de visitas domiciliarias realizadas: 43

Nº actividades educativas realizadas:10

Nª de Contactos telefónicos realizados: 50

De resultados:

EFICACIA:

$\frac{\text{Nº de consultas de enfermería realizadas}}{\text{Nº total de consultas de enfermería programadas}} \times 100$

$\frac{58 \text{ consultas de captación realizadas}}{58 \text{ consultas de captación programadas}} \times 100 = 100\%$

$\frac{\text{Nº de visitas domiciliarias realizadas}}{\text{Nº de visitas domiciliarias programadas}} \times 100$

$\frac{43 \text{ visitas domiciliarias realizadas}}{91 \text{ visitas domiciliarias programadas}} \times 100 = 47\%$

$\frac{\text{Nº de lactantes menores de 6 meses alimentados a PDE}}{\text{Nº total de lactantes menores de 6 meses}} \times 100$

$\frac{34 \text{ lactantes menores de 6 meses alimentados a PDE}}{49 \text{ lactantes menores de 6 meses}} \times 100 = 85\%$

$\frac{\text{Nº de niños menores de un año con CEV vigentes}}{\text{Nº total de niños menores de un año}} \times 100$

$\frac{78 \text{ niños con CEV vigentes}}{91 \text{ niños menores de un año}} \times 100 = 86\%$

$\frac{\text{Nº de actividades educativas realizadas}}{\text{Nº de actividades educativas planificadas}} \times 100$

$\frac{10 \text{ Actividades educativas realizadas}}{12 \text{ Actividades educativas planificadas}} \times 100 = 83\%$

$\frac{\text{Contactos telefónicos realizados}}{\text{Total de contactos telefónicos planteados}} \times 100$

$\frac{50 \text{ contactos telefónicos realizados}}{50 \text{ contactos telefónicos planteados}} \times 100 = 100\%$

$\frac{\text{Nº de niños fallecidos}}{\text{Nº total de niños del programa}} \times 100$

$\frac{1 \text{ Niño fallecido}}{91 \text{ niños menores de un año}} \times 100 = 1\%$

$\frac{\text{Nº de niños que enfermaron}}{\text{Nº de niños menores de un año}} \times 100$

$\frac{40 \text{ niños enfermaron}}{91 \text{ niños menores de un año}} \times 100 = 43\%$

ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Luego de realizar la caracterización de la población total final correspondiente al periodo de Setiembre de 2008 a Setiembre de 2009 perteneciente al Programa Aduana, se obtienen los siguientes resultados:

El total de la misma corresponde a 91 niños (100%) predominando el sexo masculino en un 53% mientras que un 47% es de sexo femenino.

Existe un 46% de niños de entre 6 y 12 meses, un 45% de lactantes entre 29 días y 6 meses y un 9% de Recién Nacidos.

El 76% de la población incluida en el programa nació en el CHPR, un 9% en el Clínicas mientras que un 15% nació en otras dependencias como ser mutualista, Hospital Militar, Domicilio. Siendo estos últimos captados de forma espontánea ya que de estas instituciones no se derivan al Centro de Salud.

Los usuarios en general tienen una adecuada accesibilidad al centro de salud: 44% vive a < de 10 cuadras

Con relación a la distribución según el nivel de riesgo, se observa en la actualidad que la mayoría (41%) posee un riesgo moderado de sufrir

alteraciones que interfieran en su estado de salud, crecimiento y desarrollo, este corresponde al riesgo 2 según nuestra clasificación.

La población con riesgo más leve (Riesgo 3) corresponde a un 36%, destacándose un 23% de toda la población que posee un alto riesgo bio psico social (Riesgo 1) que disminuyó en un 3% con respecto a las cifras del corte anterior pero que es igualmente significativo porque el mismo implica el posible compromiso del adecuado crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Los resultados finales de este análisis no son realmente positivos en este aspecto aunque con respecto al corte anterior la población de riesgo más severo no aumentó, la misma no disminuyó significativamente.

Luego se observa la disminución de la población de riesgo leve y el aumento de la población de riesgo moderado que es la que predomina en el total.

Los principales problemas que presenta esta población de mayor riesgo (riesgo 1 y 2) son: el medio socio económico deficitario (24% de familias monoparentales y 21% de familias extendidas, solo el 5% de las madres finalizaron los estudios secundarios, casi el 30% son madres adolescentes, solo el 31% de las madres trabaja encontrándose un 69% desocupadas, el 32% de las viviendas son de material y chapa) y un 8% vive en condiciones precarias (vivienda hecha de chapa y madera), un 11% de los niños no poseen los controles de salud vigentes pese a la insistencia planteada mediante contacto telefónico y visita domiciliaria realizada al entorno familiar de los mismos, se destaca además que un 14% no presentan sus inmunizaciones vigentes, un 30% de la población menor de 6 meses no se alimenta exclusivamente con pecho directo y un importante número (68%) de hogares presentan hábitos nocivos, como es el tabaquismo en la mayoría de los hogares y también un (35%) presenta la conducta de colecho con padres por razones culturales ya que refieren poseer una cuna y el 49% de los niños usa chupete.

Se trabaja a lo largo de toda la instancia práctica de manera individual y colectiva sobre los factores de riesgo para el binomio madre hijo que pueden ser modificables como ser el abandono del hábito del tabaquismo mediante educación e información de ayuda en el centro, también sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y que continúe hasta los 2 años de edad, sueños seguros para el lactante y cuidados del mismo (higiene, vestimenta, alimentación, prevención de enfermedad) en todas las instancias de encuentro con la madre, familia o tutor.

Se destaca también de estas cifras, que un 52% de las madres nunca se realizó PAP y un 12% no se controló el puerperio aún, se trabajó en coordinación con el programa de salud de la adolescente y el programa de la mujer y género del centro de salud, se deriva a la madre al ginecólogo.

Como aspectos positivos se observa que el 63% (la mayoría de la población) fue captada de forma temprana, es decir el primer control dentro de los primeros 9 días después de su nacimiento, un 37% de la población fue captada de forma tardía es decir luego de los primeros 9 días por motivos que

se asocian en general con patología del recién nacido, de la madre o problemas o simplemente por problemas socioeconómicos de los padres. El 77% de los mismos nació de término y un 91% con un adecuado peso al nacer.

Con respecto a los controles de salud del niño en la actualidad un 89% presenta los controles de salud al día de acuerdo a su edad y un 86% presenta el esquema de vacunación vigente, destacando el alto porcentaje que esto significa y el trabajo continuo de todo el equipo de salud brindándole información a la madre sobre la importancia de los controles de salud y de las inmunizaciones. Al 45% de los niños se le realizó la ecografía de cadera. La mayoría (75%) de los recién nacidos (8 niños en total de 0 a 28 días) se alimenta con lactancia materna exclusiva, mientras que en el resto de los lactantes hasta los seis meses (41 niños) el 68% también se alimenta de esta manera así como un 60% en los niños mayores (42 niños) que ya ingieren sólidos.

Es bueno destacar que a pesar de haber una cifra significativa de niños que comparten el descanso con sus padres, la mayoría (62%) duerme en cuna. En relación al crecimiento y desarrollo del niño podemos ver que el 98% de la población presenta un desarrollo acorde a su edad, es decir presenta las conductas esperadas para su edad y el 2% de los mismos son hijos de madres consumidoras de drogas que actualmente se encuentran en tratamiento con grupo "Serenar" por presentar un retraso en su desarrollo.

Para evaluar el crecimiento del niño nos basamos en tablas de percentiles que relacionan el peso con la edad, se obtiene que un 35% se encuentra entre el percentil 50 y 85 y un 31% entre el 15 y el 50 correspondiendo esto a un área normal de crecimiento para la edad.

En relación al percentil talla /Edad, un 47% se encuentra entre el percentil 15 y 50 y un 23% entre el 50 y 85 correspondiendo con la relación antes mencionada (peso – edad),

Con respecto a la situación socioeconómica de la población total de 91 niños, se destaca que el mayor porcentaje (55%) de las familias están constituidas por ambos padres (familia nuclear) siendo importante este dato ya que ambos padres pueden participar del cuidado del niño. Se observa una edad materna predominante en un 68% entre 20 y 35 años y un 5% son mayores de 35 años siendo el estado civil del 61% de las mismas Unión Libre, del 30% casadas y 9% solteras.

Con respecto a la composición de la vivienda, un 60% son de material y un 62% de las mismas eliminan sus excretas por medio del saneamiento y prácticamente el 100 % posee los tres servicios esenciales de Luz, agua y heladera en el domicilio, y solo el 15% no posee heladera pero tienen un familiar o vecino que les brinda lugar en la suya. Esto implica menos riesgo de humedad, condiciones climáticas desfavorables y posible transmisión de enfermedades para la familia.

Otro dato importante es que el 79% percibe alguno de los beneficios sociales entre ellos (Asignación familiar, tarjeta de MIDES u otros) mientras que el 21% no posee ningún beneficio, en este caso algunos lo están tramitando y se orientó en los casos que se desconocía del mismo, este es importante ya que solo el 23% de las madres trabaja.

En cuanto al índice de morbimortalidad de esta población un 44% enfermó en este periodo de tiempo y el 22% de los mismos requirió hospitalización el mayor porcentaje (45%) perteneció al riesgo 2, el 20% al Riesgo 1 y el 35% restante al riesgo 3.

Hubo un fallecimiento por muerte súbita en el mes de Abril de 2009

Con relación al binomio madre hijo se puede concluir con que existe un buen vínculo en general con sus hijos (98%) y un adecuado afrontamiento de la maternidad (98%) así como apoyo familiar (52%) , se realizo apoyo a madres en los casos que no existió buen vínculo y afrontamiento.

Se pudo observar que las madres en general se realizan controles de salud con ginecólogo (88%) y la mayoría utilizan métodos anticonceptivos (84%).