

ATENCION AMBULATORIA DEL RECIEN NACIDO DE RIESGO EGRESADO DE UN HOSPITAL PUBLICO PROVINCIAL DEL NODO ROSARIO

Universidad Nacional de Rosario

Centro de Estudios Interdisciplinarios

Instituto de la Salud Juan Lazarte

Directora de tesis: Leonor Clotilde Poletto

Codirectora de tesis: Alicia Matilde Benítez

Tesista: Rosalía Edit Angaroni

Año: 2013

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi familia, a mis padres por haber guiado mis primeros pasos y apoyado durante tantos años mi educación. A Norma y Gabriela por estar presentes. A Marcelo y Lucía por haber comprendido mis ausencias y valorado mi sacrificio, son lo más preciado en mi vida.

Agradezco a mi Directora Leonor por haberme enseñado tanto durante estos años. Sin duda sin su apoyo, experiencia y sabiduría no hubiese logrado el objetivo. A mi Codirectora Alicia por brindarme desinteresadamente su amplio conocimiento en el tema que nos convocó “El Recién Nacido de Riesgo” y haberme cedido parte de su valioso tiempo.

RESUMEN:

Se consideran recién nacidos de riesgo (RNR) los que fueron internados en el periodo neonatal en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y tienen alto riesgo de secuelas. Están incluidos en los RNR los muy bajo peso al nacer (PN < 1500 grs). Nacen en Santa Fe 54000 niños por año, 648 son < 1500 grs y contribuyen a más del 50% de la mortalidad infantil. Muchos se irán de alta de la UCIN con patologías sin resolver. Objetivo: Estudiar el proceso de atención ambulatoria del RNR egresado del Hospital Provincial de Rosario (HPR), desde la perspectiva de los equipos de salud intervinientes en su atención y de sus familias. Analizar dicho proceso en los 3 niveles de salud y el funcionamiento de las Redes Sanitarias. Metodología: Se hará un estudio de casos utilizando Historias Clínicas de la UCIN, Servicio de Pediatría y Consultorio de Seguimiento de Neonatología del HPR. Se entrevistará a sus familiares, miembros del equipo de salud de los 3 niveles y actores relevantes a nivel institucional y político. Del total de 15 RN con PN < 1500 grs nacidos entre el 1/6 y 31/12 del 2011 externados de la UCIN, 4 fueron excluidos: 3 nunca concurren al seguimiento en el HPR desconociéndose domicilio y un cuarto falleció. Se realizaron 43 entrevistas semidirigidas desde el 1/9/2012 al 1/3/2013 a los padres de los 11 RNR y al equipo de salud, incluyéndose al Director del HPR y a la Directora de Maternidad e Infancia de la Provincia. Resultados: La mayoría de las familias tiene una compleja situación socioeconómica que complica la morbimortalidad del RNR externado. Están conformes con la atención en los 3 niveles de salud, con la cobertura de medicamentos, refieren dificultades para turnos con especialistas, exámenes complementarios y transporte. El equipo de salud considera deficitarias las Redes Sanitarias y opina que la atención del RNR debería optimizarse, algunos sugieren un Programa Provincial de Seguimiento, otros el Hospital de Día y las autoridades provinciales proponen centralizar el seguimiento en Hospitales Pediátricos que cuenten con todos los especialistas en coordinación con el pediatra de cabecera del niño. Conclusión: La necesidad de transformación es tangible. La elección del modelo de seguimiento para nuestra población de RNR debería realizarse considerando las virtudes, carencias y ponencias de las familias y el equipo de salud involucrado, con el apoyo político y económico del Estado Provincial.

NDICE

1- Introducción.....	4
2- Situación problemática.....	5
3- Justificación del problema.....	6
4- Estado del arte:.....	7
• 4 a- Región 4 - Nodo Rosario.....	9
• 4 b- Regionalización y Organización por Niveles.....	10
• 4 c- Perfiles de Complejidad.....	11
• 4 d- Redes Sanitarias.....	13
• 4 e- Salud Perinatal en el Nodo Rosario, región centro.....	15
• 4 f- Recién Nacido de Riesgo.....	33
• 4 g- El Proceso de Atención ambulatoria del RNR.....	43
5- Objetivos.....	44
6- Metodología.....	45
7- Resultados.....	46
8- Conclusión.....	81
9- Bibliografía	91
10- Anexos.....	95

1- INTRODUCCION

Son considerados recién nacidos de riesgo (RNR) aquellos que habiendo estado internados en su período neonatal en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), tienen un riesgo elevado de secuelas (1). Están incluidos dentro de los RNR los neonatos con los siguientes antecedentes:

- prematurez,
- bajo peso al nacer,
- depresión grave al nacer,
- asistencia respiratoria mecánica,
- sepsis/meningitis,
- incompatibilidad sanguínea: Rh, ABO u otras que hayan requerido exsanguinotransfusiones y/o transfusiones intrauterinas,
- poliglobulia sintomática y/o tratamiento con sangriatransfusión,
- patologías neurológicas: convulsiones, hemorragias intracerebrales, entre otras,
- trastornos metabólicos graves,
- infecciones intrauterinas: HIV, Chagas, Lúes, Toxoplasmosis, Rubeola, CMV, entre otras,
- patologías quirúrgicas complejas, malformaciones o síndromes genéticos severos,
- problemas psicosociales significativos.

El seguimiento de los RNR debería incluirse dentro de los servicios clínicos preventivos cuyas estrategias prioritarias son: - consejería en pautas de crianza, lactancia materna y prevención de accidentes, - screening o tamisajes

auditivos, visuales y del neurodesarrollo, - tratamiento preventivo con medicamentos, vacunas, minerales y vitaminas.

En el Nodo Rosario existen 5 Maternidades públicas y cada una de ellas cuenta con una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de nivel 3 B 2 (página 27).

Existen pautas de tratamiento específicas y ampliamente difundidas para patologías neonatales en la terapia intensiva, pero el seguimiento de los niños al alta de la terapia no está lo suficientemente protocolizado y se presentan dificultades para adaptar los protocolos vigentes (Guía Nacional para el seguimiento de los Recién Nacidos de Riesgo, Normas emitidas por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN) entre otras) a la realidad local.

2- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En el Hospital Provincial de Rosario, un Hospital General dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, ingresan anualmente en promedio, 400 niños a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Del total de estos niños un porcentaje significativo conforman los Recién nacidos de Riesgo, niños que por sus características clínicas al nacimiento o por su estancia complicada en la UCIN, presentan un riesgo elevado de morbimortalidad al alta de la terapia. En su mayoría son neonatos que con un seguimiento adecuado por un equipo multidisciplinario y un entorno social continente alcanzarían excelentes resultados en su calidad de vida. Una situación que moviliza al equipo de salud es la que lo enfrenta a continuas dificultades en el seguimiento al alta de estos niños. El control del neurodesarrollo y de patologías características de estos RNR como la Retinopatía del Prematuro, Displasia Broncopulmonar, Enteritis Necrotizante, Hemorragia Intraventricular, Leucomalacia Periventricular, Cardiopatías Congénitas figuran entre otras noxas que no consiguen frecuentemente resolverse en forma completa durante la internación en la UCIN y hacen indiscutible la extrema necesidad y complejidad del seguimiento al alta. A estas dificultades se suman de modo a veces insuperable los escollos que las

familias deben sortear al estar inmersas en un marco socioeconómico totalmente desfavorable. (2, 3)

3- JUSTIFICACIÓN:

Es relevante analizar los resultados de políticas y programas de intervención a nivel perinatal en lo que concierne al RNR porque:

- nacen 700.000 niños por año en Argentina (4), 54000 en la provincia de Santa Fe (5).
- el 10%, 70.000, son prematuros, aproximadamente 5400 en Santa Fe.
- del total de los RN por año de Argentina:
 - 50.000 pesan menos de 2500 gramos (7,2%), 3600 en Santa Fe.
 - 8.400 pesan menos de 1500 gramos (1,2%), 648 en nuestra provincia.
- los RN prematuros contribuirán a más del 50% de la mortalidad infantil.
- muchos de ellos serán dados de alta con patologías sin resolver y generarán costos en salud.

	Total de nacimientos/año	Nacimientos prematuros/año	< 2500 grs/año	< 1500 grs/año
Argentina	700000	70000 (10%)	50000 (7,2%)	8400 (1,2%)
Santa Fe	54000	5400	3600	648

Los menores a1500 grs de peso al nacer son una porción significativa de los RNR pero deben además considerarse las patologías neonatales anteriormente enumeradas: infecciones connatales, cardiopatías congénitas, asfixia perinatal entre otras. Los RNR suman en nuestra provincia mucho más de 648 niños por año que debido a su morbilidad elevada requerirán cuidados especiales de salud y generarán costos.

Un trabajo relevante sobre costos fue realizado en Inglaterra y Gales en el año 2006 (6). El costo total del nacimiento prematuro del sector público fue estimado en US \$4.567 billones y se identificó una relación inversa entre edad gestacional al nacer y costo promedio del sector público por sobreviviente, ocasionando un incremento de US \$35 471 por niño pretérmino sobreviviente a los 18 años, comparado con un nacimiento a término.

A pesar de la preocupación acerca de los costos a afrontar luego del alta de los servicios perinatales, la mayor carga económica del nacimiento prematuro son los costos hospitalarios luego del nacimiento en su estadía en la Terapia Intensiva Neonatal, que contribuyen al 92 % del costo incremental por sobreviviente pretérmino. Esta misma conclusión fue la que brindó el Doctor Neil Marlow en su conferencia en Buenos Aires en las Jornadas de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo en 2008: “el seguimiento durante 2 años de cada uno de estos niños luego del alta equivale en costos a un día de terapia intensiva neonatal”*

* NEIL MARLOW, Profesor de Medicina Neonatal del Queen’s Medical Centre, Reino Unido.

4- ESTADO DEL ARTE

El Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe establece la regionalización del Estado provincial. Dicha regionalización parte de la concepción de un sistema flexible, con fronteras dinámicas entre las regiones. En cada una de las de las mismas pueden identificarse ciudades – nodos (7).

Los nodos son los núcleos de articulación, concentración y distribución de capacidades, información y recursos. En esos núcleos o ciudades se ubican los servicios de mayor complejidad y las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud.

La Red de Servicios Públicos está conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios. Incluye efectores sin internación - centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento-, servicios con internación - hospitales con distintos niveles de complejidad-, una red de unidades móviles para atención de las urgencias y emergencias, y redes de soporte para el proceso de atención.

Los Nodos o Regiones son 5:

- Región 1 - Nodo Reconquista,
- Región 2 - Nodo Rafaela,
- Región 3 - Nodo Santa Fe,
- Región 4 - Nodo Rosario,
- Región 5 - Nodo Venado Tuerto.

La Red de Servicios de Atención constituida por todos los efectores a través de los cuales las personas acceden al sistema de salud y en los que son atendidas, requiere de otras redes de soporte. Estas otras redes involucran establecimientos, equipos especializados, tecnología y dispositivos especiales para el fortalecimiento de la capacidad resolutive del sistema en su totalidad, entre ellas:

1. Red Provincial de Emergencias y Traslados
2. Red Provincial de Rehabilitación
3. Red Provincial de Laboratorios
4. Red Provincial de Medicamentos

1- La Red Provincial de Emergencias y Traslados, Servicio de Emergencias Médicas 107, está distribuida en toda la extensión provincial y tiene la misión de velar por el Derecho a la Salud asistiendo urgencias y emergencias en el espacio pre-hospitalario como así también cumpliendo las funciones de traslado de pacientes.

Esta Red de soporte es clave en el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud por cuanto funciona como articuladora del total de la oferta provincial de servicios enlazando niveles de atención en función de las necesidades de la población. También vincula a los distintos establecimientos de la Red de Servicios a través de su sistema de comunicaciones.

2- La función de rehabilitación es una de las dimensiones de la atención integral de la salud de la población. En ese sentido se constituye como una tarea inherente al proceso de atención en todos los servicios y niveles de la Red.

Sin embargo, la rehabilitación de ciertos problemas de salud que limitan capacidades de los ciudadanos para trasladarse, ver, oír o hablar, requiere con frecuencia de servicios con equipos profesionales y tecnología muy especializada. Estos recursos se concentran en distintos puntos del territorio generando un sistema de apoyo para todos los establecimientos de la Red de Servicios de Atención.

3- Dentro de las redes de soporte al proceso de atención tienen un lugar de relevancia las actividades que se realizan en laboratorios.

La Red Provincial de Laboratorios está constituida por servicios de distinta complejidad y especificidad: bioquímicos, de anatomía patológica, hemoterapia, inmunología, genética y microbiología entre otros. Los servicios funcionan en su mayoría dentro de los hospitales, articulándose y complementándose entre sí. Es en estos laboratorios donde se analizan habitualmente las muestras procedentes de los servicios ambulatorios. Algunos laboratorios desarrollan tareas más específicas o más complejas y concentran sus capacidades en centros que tienen alcance regional o provincial en función de parámetros como la eficiencia y calidad del sistema.

4- La red provincial de medicamentos está integrada por farmacias hospitalarias, bocas de dispensa en centros de salud, depósitos regionales, laboratorios productores de fármacos, la Comisión Provincial de Medicamentos y otros equipos que asumen funciones de auditoría y vigilancia farmacológica. Su objetivo es garantizar acceso gratuito en el lugar donde se produce la atención, asegurando racionalidad, oportunidad y calidad de la prescripción. Múltiples dispositivos logísticos, de circulación de la información y de organización le otorgan unidad, entre ellos se destaca el Formulario Terapéutico Provincial que contiene el listado autorizado de fármacos que permiten optar por los mejores tratamientos según el cuadro clínico y las características de cada persona que lo necesite.

4 a- Región 4 - Nodo Rosario

Emplazada en el sector centro-sur de la provincia, limita al norte con las Regiones 2 y 3, al oeste con la provincia de Córdoba, al sur con la Región 5 y la provincia de Buenos Aires y al este con la provincia de Entre Ríos. Comprende los Departamentos: Belgrano, Iriondo, San Lorenzo, Caseros (Distrito Casilda), Rosario, San Martín, San Jerónimo, y Constitución (excluido Distrito Bombal). (ANEXO I).



NODO ROSARIO

4 b- Regionalización y Organización por Niveles.

Revisando la historia de la regionalización y la organización por niveles, encontramos que estos conceptos son introducidos en la década del 60. El primer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

El segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación.

El tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica se constituyen en el último escalón de referencia de la red asistencial (8).

Con respecto a las regiones sanitarias, en la provincia de Santa Fe actualmente se denominan Nodos regionales, orientándose a desarrollar la capacidad de resolución completa de la red estatal en cada uno de los mismos y contemplando la delimitación geográfico-poblacional basada en factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales y de

vías y medios de comunicación. Las regiones sanitarias tienen como objetivo la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de sus efectores. Tienen competencia concurrente en la organización de los servicios de atención básica y especializada según la capacidad de resolución definida para las mismas, y en su articulación en redes locales, regionales e interregionales con los servicios de mayor complejidad.

4 c- Perfiles de Complejidad

La Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación a fines de la década del 60 publica la “Guía para la Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica por niveles de complejidad” (9). La misma define el nivel de los establecimientos asistenciales teniendo en cuenta la diversificación de las actividades que realizan y por ende el grado de diferenciación de sus servicios. Se basa en la estructura de funciones y no de recursos. Con este enfoque los recursos no tienen una función definida a priori, sino que permanecen teóricamente disponibles para usos alternativos. Se consideran elementos fundamentales los recursos de personal y de equipamiento de apoyo, prescindiendo en principio de las estructuras físicas.

El método se desarrolló ante la limitación de la variable tradicional, número de camas, para comparar costos y rendimientos de hospitales. Ofrece la posibilidad de clasificación tanto de establecimientos como de redes o regiones.

La complejidad de un hospital se define según el número de tareas diferenciadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas. Igual concepto se aplica a un servicio, área o región.

Los elementos que la caracterizan son el nivel de capacitación y especialización del personal que cumple esas funciones, el grado de organización del sector y el equipamiento imprescindible para la tarea.

No es un catastro de recursos sino de actividades diferenciadas. Deja de lado los elementos que impliquen tamaño, por lo que la complejidad de un servicio no dependerá del número de camas, médicos o pacientes atendidos. Es así una variable independiente que se puede relacionar con volumen de atención, costos e indicadores de rendimiento.

El método comprende el relevamiento de 41 actividades agrupadas en finales, intermedias y generales, cada una con un cuestionario ad hoc que otorga un puntaje. Su expresión en un gráfico de barras constituye un perfil de complejidad.

Los niveles de complejidad son prototipos a los que un servicio u hospital con una complejidad y un perfil dado puede asemejarse.

La asignación de un nivel de complejidad a desarrollar se efectúa relacionándolo con la escala de prioridad de problemas de salud de la población tributaria.

Caracterización:

Nivel I: atención exclusivamente ambulatoria, cuenta con enfermería permanente y visitas periódicas programadas de médico general. Se enfatiza en medicina preventiva y constituye la conexión entre la comunidad y los servicios de salud.

Nivel II: atención por médico general ambulatoria o a domicilio que agrega servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para exámenes y terapéutica de rutina.

Nivel III: incorpora internación general y atención odontológica periódica. Este nivel sirve habitualmente a poblaciones rurales.

Nivel IV: aparecen diferenciadas las cuatro clínicas básicas: clínica médica, pediatría, cirugía y tocoginecología, en consultorio e internación. Hay odontología permanente y mayor complejidad de los servicios de apoyo. En general se hayan ubicados en pequeños núcleos urbanos.

Nivel V: atención de clínica médica, pediatría y tocoginecología solamente ambulatoria, ligado a establecimientos de nivel VI o más, en centros urbanos. Cuenta con laboratorio y radiología.

Nivel VI: a las cuatro clínicas básicas se incorporan algunas especialidades quirúrgicas tanto en consultorio como en internación, los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento son más complejos. Se encuentran en centros urbanos mayores.

Nivel VII: es exclusivamente ambulatorio, agrega a lo ofrecido por el nivel V algunas especialidades quirúrgicas, cuenta con laboratorio y radiología. Se le supone asociados a establecimientos de nivel VIII.

Nivel VIII: dispone de amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad: Radioterapia, Medicina Nuclear y Cuidado Intensivo. Se encuentra en grandes conglomerados urbanos, a menudo como centro de docencia universitaria. Puede actuar como nivel de derivación regional.

Nivel IX: alcanza la mayor complejidad disponible, se diferencia del anterior por el número de subespecialidades. Puede actuar como nivel de derivación regional o nacional.

4 d- Redes Sanitarias.

Las Redes Sanitarias están conformadas por el conjunto de prestadores de primer nivel, segundo nivel y/o tercer nivel asistencial, distribuidos geográficamente con criterios y vínculos jurídicos de complementariedad y de referencia y contrarreferencia, destinados a satisfacer las necesidades de salud de una determinada población residente en su área de influencia, en un adecuado marco de calidad y por medio de un conjunto de acciones perfectamente definidas, diferenciadas y complementarias entre sí.

Según la Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo (1) el trabajo en red es una estrategia vinculatoria de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que disponen asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. La red es el resultado de esa estrategia y algunas de sus características son adaptabilidad, flexibilidad normativa, apertura, horizontalidad y la espontaneidad de las relaciones. La idea del trabajo en red está concebida como un mecanismo de desarrollo y cambio social que supone nuevas formas de relacionarse entre las diferentes partes del todo.

Esta modalidad constituye un cambio de paradigma en materia de organización, superador del modelo piramidal y jerarquizado, que representó un eficiente esquema de dominación desde el centro a la periferia con delegación parcial y controlada del poder central a la región y a nivel local. Las dificultades del viejo modelo aparecen cuando se desea vincular instituciones de distintos órdenes, diferentes dependencias, es decir, sistemas pluralistas, multidisciplinarios y participativos. Igualmente surgen inconvenientes cuando la acción se dirige desde abajo hacia arriba, desde lo local a lo global.

La esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más instituciones o personas de desarrollar una tarea común, en la búsqueda de objetivos compartidos y explicitados. La intención última es la de mejorar el desempeño social de los sistemas de salud. Generar los cambios que promuevan un mejor servicio del sistema significa modificar culturas institucionales fuertemente arraigadas.

Requisitos para el trabajo en red

Tener objetivos o finalidades comunes entre las partes.

Mantener identidad entre las partes.

Decidir la incorporación voluntaria, no coercitiva, pero posterior compromiso firme de participación.

Aceptar la articulación y el vínculo como un mecanismo potenciador para el logro de los objetivos y el autodesarrollo.

Comprometerse solidariamente en el trabajo y en los reforzamientos mutuos.

Aceptar relaciones horizontales como modalidad diferencial y complementaria de las modalidades jerarquizadas.

Estar dispuesto a compartir y difundir información.

Reconocer el valor de la interdisciplina para la interpretación y resolución de problemas.

Unirse en similitud y complementariedad, aceptando la diversidad.

Valorar la participación y el rol dinámico de los miembros.

Priorizar el conocimiento personal de los miembros de la red.

Reconocer las fortalezas, potencialidades, debilidades y carencias propias y de las otras partes, sean estas permanentes o transitorias.

Estructura y proceso

Un sustrato importante del trabajo en red son los procesos de información-comunicación, por lo que es fundamental generar y difundir la información relacionada con los fines propuestos. Identificados los miembros de la red surgirán requerimientos logísticos, de infraestructura y de coordinación para el desarrollo de las actividades en común, los que serán resueltos por nodos coordinadores. Estos deben contar con medios de comunicación adecuados, sobre todo en aquellas redes extendidas geográficamente. Se debe prever una forma de coordinación general de trabajo en red, que podrá asumirse por uno de los nodos o por una coordinación específica.

Secuencia operativa

Establecer fines

Identificación de miembros de la red iniciales y potenciales

Implementación de nodos coordinadores

Definir las principales líneas de acción

Formular programa de actividades

Actividades

Estas podrán variar, de acuerdo a los fines propuestos, pero a modo de guía se señalan algunas:

Desarrollar el sistema de información y comunicación.

Editar un boletín en forma periódica.

Realizar reuniones de los miembros de la red que podrán ser académicas, administrativas y de coordinación entre nodos.

Promover actividades de capacitación y asistencia técnica según necesidades de los miembros y planificar actividades de capacitación continua.

Evaluar los avances y resultados del trabajo en red y utilizar las conclusiones para retroalimentar las decisiones y programación al futuro.

El clásico concepto de Red Piramidal, donde aparece la idea solo de referencia y contrareferencia no ayuda a generar un flujo de reciprocidad y complementariedad. Se debe desestructurar la idea de Redes Piramidales que van creciendo en nivel de complejidad y hablar de complementariedad. La complementariedad permite que ante un hecho adverso la Red se refuncionalice y la referencia funcione en cualquiera de los sentidos (10).

4 e- Salud Perinatal en el Nodo Rosario, región centro.

Enfocándonos en el área materno infantil desarrollaremos algunos conceptos con el fin de analizar la situación actual en el Nodo Rosario, en especial en la zona de influencia del Hospital Provincial de Rosario. Inicialmente describiremos las normas vigentes a nivel nacional en lo que respecta a los Servicios de Maternidad y Neonatología (11)

Maternidad:

La Resolución 348/20031 de las Normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la

Atención Médica (12), 21/5/2003, define a los niveles de atención de las maternidades en primer, segundo y tercer nivel.

NIVELES DE ATENCIÓN EN LAS MATERNIDADES.

Cuadro 1

Nivel de atención	Primer nivel	Segundo nivel: servicios de bajo riesgo.	Tercer nivel: servicios de alto riesgo.
Tipo de atención	Centros de salud, postas sanitarias, unidades sanitarias y consultorios.	Hospitales locales, maternidades.	Hospital regional, maternidades.
Ambulatoria.	Atención prenatal y posnatal para bajo riesgo	Atención prenatal y posnatal para bajo riesgo y especializada.	Consultas para alto riesgo y alta complejidad.
Internación.	No corresponde	Atención del embarazo de bajo riesgo, parto y puerperio.	Atención del embarazo, parto y puerperio de alto riesgo.

La Maternidad del Hospital Provincial de Rosario por sus características es considerada de Tercer Nivel.

Neonatología:

Niveles de Atención

Norma de Organización y funcionamiento de los Servicios de Maternidad, Obstetricia, Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales incorporada al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, Res N° 1087/2010, publicada en el Boletín Oficial del 22/ 06/ 2010, EXPTE. N° 2002-13115-10-0, Ministerio de Salud de la Nación (13).

Debido a la evolución de los Cuidados Intensivos Neonatales y de la evidencia científica que en los últimos años vincula los resultados con la complejidad de los cuidados y el volumen de internación de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, resultó necesario modificar la normativa existente

asegurando que los niveles de complejidad de los Servicios se fundan en las condiciones maternas y neonatales.

Fundamentos

La mortalidad neonatal, según las últimas cifras reportadas por la Dirección de Estadística e Información de Salud de la Nación para el año 2008, representa el 66 % de la mortalidad Infantil. De los niños que mueren en el primer mes de vida el 72 % muere dentro de la primera semana de vida y el 60 % pesó menos de 2000 gramos al nacer.

La evidencia internacional muestra que la mortalidad neonatal es mayor cuando los niños de riesgo nacen en maternidades de baja complejidad y el riesgo de muerte es 3 veces superior, cuando además de baja complejidad, el censo diario de la “terapia intensiva neonatal” es inferior a los 15 pacientes/día. A fin de mejorar los resultados perinatales y caminar en el sentido apropiado para cumplir con los Objetivos del Milenio el Ministerio de Salud de la Nación decidió redefinir las competencias de los diferentes niveles de complejidad y adaptarlos a los estándares internacionales.

Para unificar la manera de clasificar los niveles de atención, teniendo en cuenta la denominación empleada por los servicios de Obstetricia, se le dio a los servicios de neonatología 2 niveles de complejidad: Niveles 2 y 3. Asimismo, resultó prudente jerarquizar el Nivel 3 en 2 subniveles, - A y B. El nivel B a su vez cuenta con 3 estamentos según pueda brindar cuidados críticos, realizar cirugías complejas y /o cirugía cardiovascular.

Todas las instituciones de salud en las que se realicen partos, independientemente del nivel en que se las haya categorizado, deberán poder proveer de los siguientes servicios:

- Atención en sala de partos;
- Disponibilidad de un referente pediátrico (ver más adelante) que pueda guiar la atención de un recién nacido prematuro o crítico que haya nacido en forma imprevista en un nivel de complejidad diferente al que le correspondería por riesgo;

- Disponibilidad de un sistema de referencia y contrarreferencia para traslado a unidades de mayor complejidad y vuelta a la unidad de origen superado el período crítico.

Toda institución en que nazcan niños deberá tener conectividad a internet y sistemas ágiles de comunicación.

La atención en sala de partos debe asegurar la recepción del recién nacido según las recomendaciones de buenas prácticas en los casos de los partos normales. Debe también garantizar que el personal que trabaja en la recepción del recién nacido está entrenado y certificado para la reanimación cardiopulmonar (RCP) del niño asfixiado de acuerdo con el Programa Nacional de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal y Pediátrico.

Para aquellos casos en los que se pueda producir el nacimiento imprevisto de un niño con complicaciones no incluidas dentro de las patologías previstas en ese nivel de atención, las unidades de menor complejidad o que teniendo alta complejidad no pueden realizar cierto tipo de intervenciones, los servicios deben tener un protocolo estandarizado para la derivación oportuna del paciente. Las unidades de menor complejidad deberán tener convenios formales con las unidades de mayor complejidad, dentro de su región o área programática, que aseguren la estabilización de acuerdo con las recomendaciones de la unidad de destino, y el traslado del paciente en tiempo y forma. Es aconsejable que las unidades de destino realicen los traslados neonatales con equipos entrenados al efecto.

Para asegurar el cuidado durante las horas previas al traslado, las unidades de nivel 2 deberán contar con:

- Incubadora,
- Posibilidad de realizar un monitoreo de signos vitales (saturómetro, monitor de signos vitales),
- Laboratorio de rutina,
- Posibilidad de colocar accesos venosos para administración de suero y medicación,
- Radiología simple,

- Procedimientos de extrema urgencia (drenaje de neumotórax),
- Posibilidad de administrar mezcla gaseosa calentada y humidificada.

Todas las instituciones, independientemente de su complejidad, deberán contar con el siguiente equipamiento para las salas de partos:

- Fuente de calor radiante en un lugar acondicionado para reanimación
- Reloj de pared con segundero
- Termómetro de pared para medir temperatura
- Saturómetro para monitoreo de oxígeno
- Bolsas y máscaras para RCP
- Laringoscopios
- Oxígeno, Aire Comprimido y Aspiración centrales
- Mezcladores de oxígeno y aire comprimido
- Balanzas, pediómetros y cintas métricas

Todas las instituciones, independientemente de su nivel de complejidad, deberían contar con un sistema de traslado. Este puede ser propio o corresponder a la unidad de mayor complejidad ya que el mejor sistema es aquel en el que las unidades receptoras van a buscar los niños y los devuelven en aquellos casos en los que se resolvió la patología que motivó su ingreso o cuando alcanzaron las condiciones clínicas que permiten su internación en los niveles de menor complejidad y más próximos al domicilio.

El sistema de traslado deberá contar con ambulancia especialmente equipada a tal efecto. El equipamiento deberá adecuarse a los estándares internacionales (respiradores de traslado, incubadoras, bombas de infusión, entre otras) con autonomía suficiente o baterías recargables en tránsito.

En caso de que las unidades de niveles de menor complejidad tengan su propio sistema de traslado, el mismo deberá ser realizado por la persona con

mayor entrenamiento en traslado. En todos los casos dicho traslado deberá ser realizado por un médico y una enfermera.

Toda las instituciones, independientemente de su nivel de complejidad, deberán contar con una planta física adecuada a las características de complejidad y que cumpla con todas las normativas sobre seguridad hospitalaria, incluyendo - pero no limitado a - salidas de emergencia, ventilación y climatización adecuada, luces de emergencia, instalaciones eléctricas ajustadas a normas, grupos electrógenos, señalización y equipamiento antiincendios.

Todas las instituciones, independientemente de su nivel de complejidad, deben tener un sistema organizado para la provisión de ropa, insumos, descartables y medicamentos que asegure la provisión continua de todos los elementos necesarios para la atención del parto y del recién nacido.

Es aconsejable que todas las instituciones de salud en que nazcan niños posean dentro de sus instalaciones o en instalaciones cercanas vinculadas al hospital, a organizaciones no gubernamentales o a organizaciones de la comunidad, locales para el alojamiento de las madres antes del parto y/o durante la internación de sus hijos.

Caracterización de los servicios según su complejidad

Nivel 2

Se corresponde con el las Maternidades de Nivel 2 que sólo brindan atención de bajo riesgo materno.

Definición

Son aquellos servicios de neonatología que sólo brindarán cuidados para niños de término o casi término (>35 semanas y/o > 2500 g) que no requieran cuidados especiales.

1. Tipo de pacientes:

- Niños de bajo riesgo con por los menos 35 semanas de Edad Gestacional y fisiológicamente estables.

- Niños con complicaciones menores tales como hiperbilirrubinemia, dificultad respiratoria transitoria que requiera oxigenoterapia de corta duración (hasta 48 hs).
- Recién nacidos con hipertermia en buen estado general que deben ser estudiados.
- Recién nacidos de término o casi término que se reinternen por bronquiolitis leves.
- Niños contrarreferidos una vez solucionada su patología de base y que cumplan con las condiciones anteriores.

2. Personal:

- Médico: deberá contar con pediatras, que hayan tenido por lo menos 4 meses de rotación por neonatología durante su formación. El /los pediatras que atiendan a estos niños deberán contar con un centro de referencia regional (Nivel 3 A o 3B de la región/ área programática correspondiente) para las consultas que consideren necesarias.
- Personal de enfermería: deberá contar con enfermería capacitada para el manejo del recién nacido - incluyendo la certificación en RCP (ver condiciones de sala de partos) - y para fomentar y apoyar la lactancia materna, educación y puericultura. El número de enfermeras estará determinado por el posible censo diario teniendo en cuenta una relación de 1:4 (un enfermero cada 4 pacientes).
- Otro personal de apoyo:
 - i. Administrativo: para asegurar que no se distraen horas asistenciales en otras tareas, cada servicio debe contar con personal administrativo para la realización de todo trámite necesario como certificados de nacimiento, carga

del Sistema de Información Perinatal (SIP), procesamiento de datos, entre otros.

- ii. Servicios de apoyo: radiólogos o técnicos radiólogos, laboratoristas, trabajadoras sociales.
- iii. Servicio de Limpieza: deberá tener personal exclusivo en todos los turnos. El mismo puede ser propio de la institución o tercerizado. En ambos casos deberá ser permanente y supervisado, preferiblemente, por el servicio de epidemiología o de control de infecciones de la institución.

3. Equipamiento:

- Cunas para la internación conjunta.
- Saturómetros para eventual estabilización previa al traslado de los pacientes que lo requieran y para pacientes que reciban oxígeno por los breves períodos permitidos para este nivel.
- Incubadoras.
- Halos y tubuladuras para la administración de oxígeno.
- Instalaciones centrales de gases medicinales y aspiración.
- Reductores, flujímetros, mezcladores de oxígeno, calentadores-humidificadores, oxímetros ambientales y aspiradores.
- Equipos para luminoterapia.
- Equipos de rayos x portátil
- Bombas de infusión.
- Balanzas
- Bolsas y máscaras en cantidades suficientes

Las cantidades necesarias estarán determinadas por el número de partos previstos por unidad de tiempo.

4. Servicios de apoyo:

- Radiología
- Hemoterapia
- Laboratorio clínico y bacteriológico
- Farmacia y preparación de sueros
- Lavandería
- Centro de lactancia
- Servicio Social

5. Organización funcional:

Los servicios de maternidad de nivel 2 deberán tener una organización funcional que asegure el cuidado óptimo del recién nacido durante toda su internación. Esto incluye un Médico jefe de Servicio – Pediatra con por lo menos 4 meses de entrenamiento en neonatología - y una Enfermera jefe de Servicio que conduzcan la asistencia y regulen la tarea de los equipos respectivos.

Las unidades de nivel 2 no requieren de neonatólogos. El personal médico puede estar integrado por generalistas o pediatras que deben contar con la posible colaboración de personal especializado en casos de urgencias. Los servicios deben funcionar en horario prolongado, asegurando la atención durante las 24 horas del día ya sea mediante una guardia activa o con una guardia pasiva, en aquellas localidades pequeñas en las que las distancias no presentan un problema. El número de médicos de planta dependerá del número de partos y del censo diario del Servicio. Para asegurar el cuidado y la asistencia longitudinal, los médicos del servicio deberán cumplir con un horario prolongado. Se quiere asegurar que, por lo menos durante 8 horas diarias, la atención de los pacientes internados esté bajo supervisión de médicos de planta.

Nivel 3

Se corresponde con el nivel 3 dentro de la clasificación de maternidades. Desde el punto de vista neonatal se subdivide en 2 subniveles de acuerdo con la complejidad de la atención brindada.

Nivel 3 A

Definición:

Son aquellos servicios de neonatología que pueden brindar atención para niños que requieren cuidados especiales de corto plazo, incluyendo oxígeno terapia, y que no tengan menos de 32 semanas de edad gestacional o menos de 1500 gramos de peso al nacer. La posibilidad de realizar Asistencia Respiratoria Mecánica breve dependerá de la región en que se encuentre este servicio.

1. Tipo de pacientes. Igual a nivel 2 más:

- Niños con más de 32 semanas de edad gestacional.
- Niños con Síndrome de Distrés Respiratorio del prematuro que requieran Surfactante. Niños que requieran oxígeno/CPAP* y/ o ARM* en los que la patología sea considerada leve y que no vayan a requerir más de 48 – 72 hs de soporte respiratorio.

* CPAP: brinda presión positiva al final de la espiración en un paciente que respira espontáneamente, ARM: asistencia respiratoria mecánica. (14)
- Niños con alimentación parenteral / suero, en los que se considere que la realimentación podría iniciarse dentro de las 48 – 72 hs.
- Niños que requieran hemodilución o exsanguinotransfusión.
- Niños de término o casi término con bronquilitis que requieran oxígeno o soporte respiratorio y con rápida evolución favorable.

Deberán cumplirse las normas de aislamiento respiratorio, aunque sería importante que hubiera un sector de internación diferenciado para estos pacientes de manera de impedir el contagio de prematuros internados.

2. Personal:

- Médico: las unidades de nivel 3A deberán tener por lo menos 1 neonatólogo de planta para conducir la atención de los pacientes. El personal médico de planta, como así también de guardia, podrá estar integrado por pediatras con formación neonatológica (por lo menos 6 meses de rotación por servicios de Neonatología durante su residencia /concurrancia, o en cualquier otro momento de su formación).
- Enfermeras: el personal de enfermería deberá tener entrenamiento especial en el manejo del recién nacido enfermo.

De acuerdo a los estándares, una enfermera en una unidad de nivel 3A no podrá atender a más de 2 pacientes que estén recibiendo oxígeno o suero, y hasta 6 pacientes de cuidados mínimos. Una enfermera no podrá atender a 2 pacientes en soporte ventilatorio (CPAP/ARM).

- Otro personal de apoyo:
 - i. Administrativo: para asegurar que no se distraen horas asistenciales en otras tareas, cada servicio debe contar con personal administrativo para la realización de todo trámite necesario: certificados de nacimiento, carga de SIP, procesamiento de datos.
 - ii. De servicios de Apoyo: radiólogos, laboratoristas, farmacéuticos, trabajadoras sociales, kinesiólogos, nutricionistas y consultores de especialidades tales como infectólogos, nefrólogos, cardiólogos, oftalmólogos, etc.
 - iii. Limpieza: deberá tener personal exclusivo en todos los turnos. El mismo puede ser propio de la institución o

tercerizado. En ambos casos deberá ser permanente y supervisado, preferiblemente, por el servicio de epidemiología o de control de infecciones de la institución.

3. Equipamiento: Igual a nivel 2 más

- Servocunas
- Incubadoras de mayor complejidad
- Respiradores, CPAP
- Monitores multiparamétricos
- Aparatos para medir gases en sangre
- Ecógrafo (en la institución – no exclusivo de la neonatología)
- Electrocardiógrafo, oftalmoscopios binoculares indirectos

Las cantidades necesarias estarán determinadas por el número de partos previstos por unidad de tiempo.

4. Servicios de apoyo

- Diagnóstico por imágenes
- Hemoterapia
- Laboratorio clínico y bacteriológico
- Farmacia y preparación de sueros
- Nutrición Parenteral
- Lavandería
- Centro de lactancia materna
- Cocina
- Servicio Social
- Psicología

5. Organización Funcional.

Las unidades de nivel 3A deberán tener una organización funcional que asegure el cuidado óptimo del recién nacido durante su internación. Esto incluye un Médico jefe de Servicio – Neonatólogo formado con residencia o concurrencia de por lo menos 5 años en un servicio de reconocido prestigio – y una Enfermera jefe de Servicio - con especialidad en neonatología o pediatría - que conduzcan la asistencia y regulen la tarea de los equipos respectivos.

Las unidades de nivel 3A no requieren de neonatólogos de guardia como condición sine qua non. El personal médico puede estar integrado por pediatras o neonatólogos que deben contar con la colaboración de personal especializado de consulta para casos de urgencias. Los servicios deben funcionar en horario prolongado, asegurando la atención durante las 24 horas del día. Lo recomendable es que los médicos de planta aseguren la continuidad de la asistencia garantizando la cobertura diaria diurna de por lo menos 12 horas asistenciales (divididos en 2 turnos). Las guardias serán activas y lo aconsejable es que se computen a partir de la finalización del horario diurno de planta.

La cantidad de médicos de planta y de guardia dependerá del número de plazas habilitadas, calculadas teniendo en cuenta el número de partos y derivaciones esperados y para una ocupación promedio del 70 %.

Nivel 3 B

Definición

Son aquellas unidades con capacidad de proveer todo tipo de cuidado neonatal, incluyendo los requeridos por niños extremadamente prematuros.

El nivel 3B podrá eventualmente y de acuerdo a las características regionales, subdividirse en 3B1, B2 o B3 según su disponibilidad para realizar cirugía general, cirugía SNC y/o cirugía cardiovascular.

1. Tipo de pacientes. Igual a nivel 3A más.
 - a. Niños con menos de 32 semanas de edad gestacional.
 - b. Niños con patología quirúrgica general

- c. Niños con patología quirúrgica compleja incluyendo patología del SNC
- d. Niños con patología quirúrgica cardiológica
- e. Niños con patología neonatal crítica

2. Personal

- f. Médico: las unidades de nivel 3B, en cualquiera de sus subdivisiones deberán tener neonatólogos de planta para la atención de los pacientes. Los médicos de guardia también deberán ser especialistas. Las unidades de nivel 3 deberán tener acceso a consultores para todas las especialidades pediátricas incluyendo, pero no limitado a, infectólogos, oftalmólogos, cardiólogos, urólogos, nefrólogos, neurólogos, genetistas, cirujanos generales, cirujanos especialistas y cardiocirujanos.
- g. Enfermeras: el personal de enfermería deberá tener entrenamiento especial en el manejo del recién nacido enfermo. Para la asignación de pacientes de enfermería se deberá tener en cuenta la gravedad y/o inestabilidad de los pacientes. Lo ideal es que en pacientes inestables la relación sea de 1:1. En los casos especiales, tales como pacientes postquirúrgicos o particularmente inestables, puede ser necesarios asignar 2 enfermeras a un paciente. En las áreas de menor complejidad dentro de la unidad una enfermera podrá atender a más de un paciente. Independientemente de la estabilidad de los pacientes, una enfermera no podrá atender a 2 pacientes en soporte ventilatorio (CPAP/ARM).
- h. Otro personal de apoyo:
 - i. Administrativo: para asegurar que no se distraen horas asistenciales en otras tareas, cada servicio debe contar con personal administrativo para la realización de todo trámite necesario: certificados de nacimiento, carga de SIP, procesamiento de datos.

- ii. Limpieza : igual a nivel 3A
- iii. De servicios de Apoyo: radiólogos, laboratoristas, trabajadoras sociales, kinesiólogos, nutricionistas

3. Equipamiento:

- i. Igual a nivel 3A más
- j. Servocunas
- k. Incubadoras de mayor complejidad
- l. Respiradores complejos incluyendo de alta frecuencia
- m. Monitores multiparamétricos con tensión arterial invasiva
- n. Aparatos para medir gases en sangre disponible las 24 hs
- o. Ecógrafo
- p. Bombas de infusión

Para aquellas unidades que califiquen para un nivel 3B deberá haber disponibilidad de óxido nítrico.

Las cantidades necesaria estarán determinadas por el número de partos previstos por unidad de tiempo.

4. Servicios de apoyo

- Diagnóstico por imágenes
- Hemoterapia
- Laboratorio clínico y bacteriológico
- Farmacia y preparación de sueros
- Nutrición Parenteral
- Lavandería
- Centro de lactancia materna

- Cocina
- Servicio Social
- Psicología
- Asistencia religiosa

Todos estos servicios de apoyo deben funcionar las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

Si la región considerara adecuado tener un banco de leche, éste deberá estar asociado a la Unidad de Nivel 3B.

5. Organización Funcional

Las unidades de nivel 3B deberán tener una organización funcional que asegure el cuidado óptimo del recién nacido durante su internación. Esto incluye un Médico jefe de Servicio – Neonatólogo formado con residencia o concurrencia de por lo menos 5 años en un servicio de reconocido prestigio – y una Enfermera jefe de Servicio - con especialidad en neonatología o pediatría - que conduzcan la asistencia y regulen la tarea de los equipos respectivos.

Las unidades de nivel 3B requieren de neonatólogos de guardia como condición sine qua non. El personal médico puede estar integrado por neonatólogos que hayan completado la residencia de especialidad en sus modalidades de postbásica o básica con orientación (2 años de pediatría general y 2 de Neo). Los servicios deben funcionar en horario prolongado, asegurando la atención durante las 24 horas del día. Lo recomendable es que los médicos de planta aseguren la continuidad de la asistencia garantizando la cobertura diaria diurna de por lo menos 12 horas asistenciales (divididos en 2 turnos). Las guardias serán activas y lo aconsejable es que se computen a partir de la finalización del horario diurno de planta.

La cantidad de médicos de planta y de guardia dependerá del número de plazas habilitadas, calculadas teniendo en cuenta el número de partos y derivaciones esperados, y para una ocupación promedio del 70 %.

Dentro de la organización funcional de una unidad de Nivel 3B, el cirujano y el cardiólogo deben estar disponibles en todo momento, ya sea por medio de

guardias activas – especialmente en los hospitales pediátricos – o como guardias pasivas.

6. Consultorio de Seguimiento:

Todas las Unidades de Nivel 3B deberán contar con un Consultorio de Seguimiento para el Recién Nacido de Riesgo egresado de la misma. El consultorio de riesgo deberá regirse por las recomendaciones vigentes en cuanto a instalaciones, personal, protocolos y registros.

Hospital Provincial de Rosario.

La fundación del Hospital Provincial data del 4 de octubre de 1855. Se construyó en terrenos donados por el señor José Soaje como un Hospital de caridad y una de sus funciones fue socorrer a los heridos de la guerra del Paraguay. Está situado en la manzana limitada por las calles Leandro N. Alem, 9 de Julio, 1ero de Mayo y Estanislao Zeballos, en el macrocentro de la ciudad de Rosario. El edificio es propiedad de la Sociedad de Beneficencia de Rosario y está arrendado por el Gobierno de la Provincia de Santa Fe.

Pertenece al Nudo Rosario y está considerado de tercer nivel en la organización por niveles y de nivel VIII en perfil de complejidad.

El área de influencia que depende del Hospital Provincial de Rosario está compuesta por subregiones:

1- SUBREGION DEPARTAMENTO CONSTITUCION:

Villa Constitución, Máximo Paz, Alcorta, Juncal, Santa Teresa, Peyrano, Sargento Cabral, Cañada Rica, General Gelli, J. B. Molina, Godoy, Rueda, Pavón, Theobald.

2- SUBREGION CASILDA, CHABAS Y ARTEAGA:

Chabás, Arequito, Arteaga, San José De La Esquina, Casilda, Bigand, Los Molinos, Sanford, Villa Mugueta, Fuentes, Pujato, Coronel Arnold.

3- SUBREGION ROSARIO Y SAN LORENZO SUR:

Alvear, Villa Gobernador Gálvez, Arroyo Seco, Pueblo Esther, General Lagos, Fighiera, Alvarellos, Villa Amelia, Coronel Domínguez, Carmen Del Sauce,

Uranga, Acebal, Piñero, Álvarez, Pueblo Muñoz, Arminda, Pavón Arriba, Coronel Bogado, La Vanguardia, Cepeda.

4- SUBREGION CIUDAD DE ROSARIO OESTE:

Zaballa, Pérez, Soldini, Centro de Salud (C.S) N° 9 “San Francisquito”, C.S N° 13 “Fonavi N° 13”, Centro Comunitario “Santa Lucía”, C.S N° 14 “Avellaneda Oeste”, C.S N° 21 “Cabín 9”, Vecinal Juan Pablo II, Villa Urquiza, Eva Duarte, Dr. Esteban Maradona, Dr. David Staffieri, Sta. María Josefa Roselló, Mauricio Casals, Julio Argentino Roca, Barrio Toba, Luchemos por la vida, Santa Lucía.

5- SUBREGION ROSARIO SUR:

Hospital Geriátrico Rosario, C.E.A.C, C.S N° 4 “Barrio Policial”, C.S N° 6 “Eva Perón”, C.S. N°10 “Villa Manuelita”, C.S N° 11 “Villa Corrientes”, C.S. N° 12 “Dr. García Piatti”, C.S. N° 24 “Sindicato De La Carne”, C.S N° 29 “Araoz De La Madrid”, Vecinal Domingo Matheu, Luis Pasteur, 20 De Junio, Rubén Naranjo, El Mangrullo Sur, Dr. Julio Maiztegui.

Dentro de estas subregiones están incluidas 2 maternidades de nivel 2, en el Hospital de Villa Constitución, Servicio para la Atención Medica Doctor Juan Esteban Milich de Nivel VI y en la ciudad de Casilda en el Hospital San Carlos de Nivel IV. El Hospital de Villa Constitución cuenta con un Servicio de Neonatología de nivel 2. El Hospital San Carlos de Casilda no cuenta con internación en neonatología.

Ambas maternidades derivan los embarazos y/o partos de riesgo al Hospital Provincial de Rosario. El resto de las localidades sólo realizan control de embarazo de bajo riesgo por lo que derivan la totalidad de los partos de bajo y alto riesgo al Hospital Provincial de Rosario y según la localización, los de bajo riesgo a las 2 maternidades de nivel 2 (Casilda y Villa Constitución).

La maternidad del Hospital Provincial de Rosario, de nivel 3, tiene alrededor de 1500 partos anuales. (ANEXO II).

El Servicio de Neonatología del Hospital Provincial de Rosario, alcanza el nivel 3B1, al no contar con cirugía de SNC y limitarse en el caso de Cirugía Cardiovascular al Ductus Arterioso Permeable. El plantel médico está conformado por un jefe de servicio, 3 médicos de planta y 14 médicos de guardia, en su mayoría pediatras. De estos 18 profesionales, 17 son además neonatólogos. Cuenta además con médicos residentes y concurrentes, servicio

de psicología, trabajadora social, 1 administrativo, 1 jefa de enfermeras, 2 enfermeros coordinadores y 42 enfermeros con experiencia en la UCIN. Cuenta con la mayoría de las especialidades médicas a excepción de genética, neurocirugía y cirugía cardiovascular; de requerir el neonato este tipo de atención especializada el médico especialista es contratado por el Hospital o el niño es derivado a otra institución. Posee toda la tecnología del nivel 3 B, no cuenta con terapias de rescate como el óxido nítrico y el ECMO (Oxigenación por Membrana Extracorpórea) al igual que el resto de las UCIN de la provincia de Santa Fe.

En lo que respecta al Seguimiento de los RNR, el Servicio de Neonatología posee un consultorio dentro del área materno infantil del Hospital que comparte con el Consultorio de Seguimiento de embarazos de riesgo. No cuenta con personal administrativo, tampoco con sistema de informática y hace aproximadamente 12 meses se incorporó una enfermera con experiencia en cuidados intensivos neonatales. El personal médico es compartido con la UCIN, hay un médico coordinador y 4 neonatólogos que realizan el seguimiento de los RNR luego del alta. También concurren al Consultorio de Seguimiento, médicos residentes de neonatología del Servicio de Neonatología del Hospital Provincial y médicos residentes de pediatría del Sanatorio Rosendo García de la ciudad de Rosario. El Servicio de Psicología y la trabajadora social reparten su carga horaria con la UCIN, al igual que los neonatólogos, los interconsultores médicos y los Servicios de Fisiatría y Fonoaudiología. Estos 3 últimos evacúan además la demanda interna del resto del Hospital y la externa de toda el área de influencia del Hospital Provincial de Rosario.

4 f- Recién Nacido de Riesgo.

PROGRAMAS DE CONTROL LONGITUDINAL, SEGUIMIENTO DE RECIEN NACIDOS DE RIESGO. ANTECEDENTES A NIVEL MUNDIAL Y EN ARGENTINA.

Son considerados RNR los que han tenido antecedentes de prematuridad, bajo peso al nacer, depresión grave al nacer, asistencia respiratoria mecánica, sepsis/meningitis, exanguinotransfusiones, infecciones intrauterinas,

cardiopatías congénitas, afecciones neurológicas como convulsiones y hemorragia intracraneana entre otras patologías.

Según la “Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo” editada por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación (1), hace más de 20 años funcionan en el país Programas de Seguimiento del RNR que dependen de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales- públicas o privadas- en algunas provincias y en Capital Federal. Estos programas están en manos de Instituciones y no tienen una constitución orgánica o formal o un presupuesto propio. La Dirección Nacional de Salud Materno Infantil en dicha publicación, alienta a unificar criterios en todo el país y exhorta a las Provincias a la creación de Programas Provinciales de Seguimiento adaptados a la realidad local de alcance más amplio que el puramente Institucional.

La “Guía para el Seguimiento de los tres primeros años de RN Prematuros de Muy Bajo Peso al Nacer” del SIBEN (Sociedad Iberoamericana de Neonatología) habla de Necesidades Especiales de Atención de Salud (NEAS). Para el SIBEN los RNR están comprendidos dentro del concepto actual de niños con NEAS. El concepto de NEAS fue logrado en 1995 por un grupo de trabajo convocado por el Maternal and Child Bureau’s División of Services for Children with Special health Care Needs de EEUU. El grupo fue conformado por directores de programas para niños con NEAS, padres, profesionales de salud, epidemiólogos y analistas de políticas familiares quienes propusieron la siguiente definición: es un RN en el que pueden coexistir con frecuencia variable, múltiples complicaciones como fallo de crecimiento, morbilidad respiratoria, trastornos del desarrollo, alteraciones neurológicas y deficiencias sensoriales auditivas y visuales entre otras. Además muchas de las familias de éstos niños viven en situación de pobreza estructural, por lo que el desafío del equipo de salud es aún mayor. Los niños con NEAS son aquellos que presentan una condición crónica física, emocional, del desarrollo y/ o del comportamiento por la cual requieren servicios de salud o relacionados, en calidad y cantidad diversa y superior a otros niños. El SIBEN, a través de su Guía para el Seguimiento de los RN Prematuros exhorta a desarrollar Programas de Seguimiento para dar respuestas acordes a las necesidades de estos RN vulnerables (15).

En 1950, Hess presentó ante la Academia Americana de Pediatría uno de los primeros estudios sobre la evolución de recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBPN). Los niños habían recibido atención en el Sarah Morris Hospital de Chicago, entre 1922 y 1950. El doctor Hess realizó evaluaciones integrales de control al 92% de los supervivientes e identificó una incidencia del 41% de minusvalía y un 15% de minusvalía grave (16).

Los estudios longitudinales de control de los RNMBPN, que nacieron entre 1947 y 1950, que realizó Lubchenco en Colorado, mostraron una tasa de minusvalía del 68%. Lubchenco fue uno de los primeros investigadores que evaluaron otros aspectos del pronóstico a largo plazo, como el crecimiento, el comportamiento y el desempeño escolar (17).

En 1956 se publicó por primera vez en EEUU un informe que demostraba la relación del uso de oxígeno y la Retinopatía del Prematuro (ROP), patología específica del Recién Nacido de Pretérmino (RNPT), que puede llevar en su máxima expresión a la ceguera. Se produce, entre otras causas que aún están en estudio, por la exposición de la retina inmadura al oxígeno, droga usada como tratamiento de la dificultad respiratoria del RNPT. La posibilidad de que se produzca la ROP hasta las 45 semanas de edad postconcepcional, obliga a realizar el seguimiento oftalmológico de estos niños hasta dicha edad.

Teniendo en cuenta que los pacientes en su gran mayoría son dados de alta de la UCIN al cumplir las 36- 37 semanas de edad postconcepcional, se deben continuar los controles post alta por aproximadamente 10 semanas (18).

Todos estos hechos contribuyeron al reconocimiento de la necesidad de controlar las intervenciones realizadas en neonatología y de evaluar los efectos de la atención neonatal en el pronóstico a largo plazo. Se comenzaron a desarrollar programas estructurados de control de recién nacidos. Dichos programas forman parte de todos los planes de estudio de las residencias en neonatología de los EEUU (19).

El parto pretérmino es el principal determinante de la mortalidad infantil en los países desarrollados y contribuye también a aumentar el número de niños con discapacidad. Una de las principales metas de las investigaciones biomédicas perinatales ha sido la mejor comprensión de la etiopatogenia del parto prematuro, que constituye un importante problema de salud pública. El impacto que tiene el grupo de recién nacidos pretérmino de muy bajo peso sobre la

mortalidad neonatal es muy alto, es responsable aproximadamente del 50 a 70% de la misma y del 25 a 30% de la mortalidad infantil (20).

La tasa de prematuridad ha aumentado en los últimos años. En Europa del 4-5% al 7-7.5% y cifras todavía más elevadas se encuentran en los EEUU donde las tasas de prematuridad superan el 12%. Esto hace que el número de niños con problemas en el periodo neonatal crezca y que, por lo tanto aumente en cifras absolutas el total de niños con problemas crónicos de salud, niños que en su mayoría serán adultos con un alto riesgo de afectación de su calidad de vida.

La mortalidad de los niños prematuros ha disminuido en forma progresiva y muy importante desde la generalización de las unidades de cuidados intensivos neonatales en la década de los años 70 del siglo pasado. En la actualidad, la supervivencia de los más pequeños, niños de 22-25 semanas de gestación, provoca una elevada tasa de problemas crónicos de salud. Constituye un problema muy importante no sólo para los niños afectados sino también para sus padres, la familia, los médicos y la sociedad. (21)

En el Reino Unido el informe EPIC-ure I, un estudio publicado en el 2005, comparó la evolución de 219 niños muy prematuros con 150 nacidos a término. Los exámenes realizados cuando los pequeños tenían dos años y medio y seis años y medio mostraron que el 46% de los del primer grupo tenían discapacidades moderadas a graves debidas a parálisis cerebral, bajo coeficiente intelectual, ceguera o sordera, frente a un 1% de los del segundo grupo.

Sin embargo, los investigadores observaron que muchos problemas de aprendizaje se diagnostican más tarde, cuando los niños se enfrentan a retos educativos mayores. Al llegar a la edad de 11 años, más del 75% de los grandes prematuros presentaba dificultades de aprendizaje o comportamiento que precisaban apoyo extra en el colegio, y de ellos 13% asistía a escuelas especiales (22).

Dado que los índices de supervivencia de los bebés extremadamente prematuros siguen aumentando, los autores concluyeron que estudios como éste son cruciales para la planificación educativa y para ayudar a desarrollar programas que encuentren soluciones para estos niños.

Hemos encontrado muy pocos estudios sobre la problemática del recién nacido de riesgo y su seguimiento en nuestro país. Entre ellos, un estudio multicéntrico publicado en 2006, con la participación de Centros de distintos puntos del país sobre déficit visual (23). En las 36 Unidades Neonatales que participaron, sobrevivieron 4.561 niños con peso al nacer menor a 2.000 g. Requirieron tratamiento con láser por ROP el 19% de los niños con peso al nacer menor a 1.000 g, el 6,9% de los de 1.001 a 1.500 g, y el 1,6% de los de 1.501 a 2.000 g. De 209 casos de retinopatía del prematuro tratada reportados por las 36 instituciones, el 24% ocurrió en niños con peso al nacer mayor a 1.500 g, pacientes considerados "inusuales". Se define como "inusual" a los mayores de 1500 g y/o mayores de 31 semanas de edad gestacional al nacer. En 13 pacientes se perdió la oportunidad terapéutica. Se observaron graves deficiencias en la atención neonatal y la pesquisa y tratamiento de retinopatía. Los autores concluyeron que la incidencia muy elevada de retinopatía severa y las deficiencias registradas necesitan de urgente intervención para avanzar en la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro.

Otro estudio sobre ROP publicado en 2007, realizado por el Hospital Garrahan de la ciudad de Buenos Aires, analizó en forma retrospectiva las características de los niños derivados para tratamiento de ROP a dicho Hospital desde distintos puntos del país. Se estudió un periodo que abarcó entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2003. Se encontró un aumento progresivo del número de casos, con escasa reducción de casos "inusuales". El total de niños referidos fue de 809: 14 % fueron casos "inusuales", 55 % presentó formas severas de ROP, 89 % recibió tratamiento y 7 % perdió oportunidad por derivación tardía. En esta epidemia de ceguera durante la niñez, la prevalencia de formas severas de ROP aumentó durante los años del estudio y la enfermedad ocurre aún en prematuros cercanos al término. Los autores concluyeron que las diferencias según el lugar de procedencia, mayor o menor a 70 km de distancia al centro de referencia y la falta de asociación de ROP grave con inmadurez o uso de ventilación mecánica, sugieren una importante disparidad en los cuidados de salud que deberían tomarse en cuenta al planificar estrategias de prevención (24).

En un trabajo multicéntrico del área de Seguimiento de Alto Riesgo del Comité de Estudios Fetoneonatales (CEFEN) de Argentina, presentado en 2008 en las

9nas Jornadas Nacionales de Neonatología, se evaluaron a los 3 años de vida 348 pacientes menores de 1500 g al nacer. Al examinar el neurodesarrollo con test madurativos se obtuvieron 44,8% de resultados normales, 13,8% en riesgo de retraso madurativo, 14,4% con retraso madurativo y 27% del total de los niños no fueron evaluados. Con respecto al lenguaje, se evaluó el 93% de los pacientes. El 52,7% presentó examen normal, el 19,3 % en riesgo, y hubo 20,7% de niños con retraso. Presentó examen neurológico patológico el 18,9% de los niños. Referente a la visión el 11,8% no fue evaluado y el 24,1% tuvo un examen oftalmológico patológico: 28,8% de miopía, 25% de estrabismo, 9,1% de astigmatismo y un 4,5% de ceguera. Tuvo audición patológica el 10,6%: hipoacusia neurosensorial 54,1%, conductivas 29,7%, mixtas 5,4%, hipoacusia sin diagnóstico 10,8%, pero el 21,2% no fue evaluado. Solo 6 niños estaban equipados con audífonos. El 38,4% de los pacientes que se incluyeron en este estudio necesitó reinternación y la causa más frecuente fue la patología respiratoria. (25)

En Chile, desde 1998 la Comisión Nacional de Seguimiento del Prematuro, formada por neonatólogos de distintos servicios de salud de la Región Metropolitana ha trabajado bajo la tutela del Ministerio de Salud de dicha Nación. Esta comisión formuló las “Recomendaciones técnicas para el seguimiento del prematuro menor de 1500 g y/o < 32 semanas al nacer en Chile”. La primera edición se difundió para su análisis y corrección durante la capacitación que se realizó en 1999 a los equipos de salud del país. Desde el 1º de enero del año 2000 se inició oficialmente el seguimiento de prematuros coordinado en todos los servicios de salud del país y junto a ello el registro en una base de datos especial que consigna todos los nacidos vivos con peso < 1.500 g y/o < 32 semanas (26). El artículo publicado en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología en el año 2002, fue el primer estudio de seguimiento que incluyó a todos los menores de 1500 g nacidos en las maternidades públicas de Chile. Se incluyeron 1652 RN menores a 1500 g, se investigó sobrevida y se estudiaron complicaciones. En el caso de la ROP, de 188 niños con Retinopatía del Prematuro, 8 sufrieron ceguera (4%), este estudio, entre otras cuestiones, permitió elaborar nuevas estrategias de trabajo en las regiones con mayores dificultades para intentar optimizar resultados.

Según el artículo publicado por Pediatrics in Review, "Programas de control longitudinal de recién nacidos en el nuevo milenio", la función principal de un programa de seguimiento longitudinal de recién nacidos de riesgo es proporcionar a los egresados de las UCIN tratamiento clínico especializado continuo. Uno de los objetivos clínicos es identificar las alteraciones en el crecimiento, el comportamiento y el estado del desarrollo neurológico, y facilitar el tratamiento, la asistencia y las intervenciones indicadas. Otro de los objetivos de estos programas es establecer protocolos y definiciones estandarizadas para realizar estudios prospectivos longitudinales sobre la evolución y el pronóstico de estos niños. Un tercer objetivo del programa longitudinal es el aprendizaje, está muy involucrado en la capacitación de becarios, residentes, enfermeras, estudiantes de medicina y demás miembros del equipo de salud. El programa brinda además la oportunidad de aprender los principales componentes de la investigación clínica y la forma de desarrollar un proyecto de investigación (19).

La Guía de Seguimiento del RNR del Ministerio de Salud de la Nación propone objetivos semejantes:

- 1- Asistenciales: atención integral hasta que desaparezca la situación de riesgo potencial y se resuelvan las patologías derivadas de sus problemas al nacer.
- 2- Apoyo Familiar: constituir redes de atención integral entre los servicios de diferentes niveles de complejidad, locales, zonales, provinciales y nacionales.
- 3- Docentes: generar y transmitir conocimientos al equipo de salud, padres, familia y comunidad en general, con el fin de ratificar o modificar pautas de atención basándose en estudios prospectivos y retrospectivos de la evolución de los RNR.
- 4- De Investigación: realizar investigación epidemiológica y clínica con observación a largo plazo de intervenciones instituidas en la etapa neonatal.
- 5- Auditoría: la evaluación a largo plazo, detectando supervivencia y calidad de vida posibilitará conocer tasas de morbimortalidad extrahospitalaria, avalar o corregir técnicas o terapéuticas utilizadas en el periodo neonatal,

sirviendo de auditoría a las actividades desarrolladas en la UCIN y a los Programas de Seguimiento de RNR.

En lo que respecta a la organización del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, la Guía de Seguimiento del Ministerio de Salud de la Nación sugiere que el personal a cargo debe adecuarse al nivel de complejidad y a los recursos con que se realiza la atención.

En el primer nivel de atención será necesario un médico, preferentemente pediatra, una enfermera y personal administrativo. Este equipo mínimo debe conocer la historia perinatal y neonatal del niño, cumplir las sugerencias y citaciones del equipo tratante inicial, ser capaz de detectar problemas vinculares, socioambientales y de salud del niño, evolucionar la historia clínica y completar registros de derivación. Es el responsable principal del niño.

En el segundo nivel de atención el médico debe ser un pediatra asistido por enfermera y personal administrativo y en coordinación con los especialistas básicos (neurólogo, cardiólogo) y profesionales de otras disciplinas (trabajador social, psicólogo).

En el tercer nivel de atención idealmente debe existir el equipo completo capaz de resolver las problemáticas del niño y su familia (psicólogos, psicopedagogos, fonoatras, fisioterapeutas, rehabilitadores, oftalmólogos, cirujanos, anestesiistas, cardiólogos, neumonólogos, genetistas, neurólogos entre otros)

Todo el equipo, cualquiera sea el nivel de pertenencia, debe estar compenetrado con la situación especial de estos niños y sus familias, de sus riesgos elevados y, como se mencionara anteriormente, responsable de una alta calidad en la atención, con trato personalizado, cuidadoso en las referencias y contrarreferencias tan frecuentes en estos pacientes, manteniendo respeto por los integrantes de otros niveles de atención.

Es común que la familia no quiera abandonar al primer equipo tratante o que éste tampoco quiera referir al niño a otro equipo. El pediatra de cabecera puede sentirse desvalorizado por el equipo más especializado o éste desvalorizar a aquel. Por lo tanto, siempre se debe evaluar cuidadosamente lo más conveniente para el niño y su familia (lugar de

vivienda, situaciones laborales, costo de traslados, posibilidades de interconsultas) antes de iniciar una referencia o contrarreferencia del paciente, pero una vez tomada la decisión deben respetarse o discutirse en forma directa las decisiones de los demás equipos intervinientes.

Planta Física, Equipamiento y Suministros

En el primer nivel de atención, la planta física debe contar con: temperatura adecuada, ventilación, sala de espera con asientos suficientes, consultorios, lavatorios, sala de enfermería, vacunatorio (propio o disponible en forma cercana).

El equipamiento consiste en: balanza, pediómetro, cinta métrica, tablas de crecimiento para niños de término y prematuros, tablas de tensión arterial, tensiómetro con manguitos adecuados, nebulizador, tubo de oxígeno, cestos de residuos, ficheros, camillas amplias (que permitan evaluar actividad espontánea de los niños), escritorios, sillas suficientes para sala de espera y consultorios (incluyendo para varios familiares y médico), computadora personal (PC) o acceso facilitado a su uso.

Los suministros serán básicos: zaleas, algodón, gasas, antisépticos, termómetros, agujas, jeringas, medicamentos básicos, elementos de limpieza, formularios (historias clínicas, fichas), elementos de valoración neuromadurativa elementales, acceso a internet, papel.

En los niveles de mayor complejidad deberán agregarse, a los elementos de planta física, equipamiento y suministros indispensables, aquellos necesarios para ofrecer:

- Diagnóstico por imágenes: radiología, ecografía, ecocardiografía.
- Determinaciones de laboratorio básicas y complejas.
- Potenciales evocados auditivos de tronco y visuales.
- Electroencefalografía, electrocardiografía.
- Oftalmología.
- Fonoaudiología.
- Neurología pediátrica.
- Genética.
- Cirugía y Traumatología.
- Psicología.
- Estimulación e intervenciones tempranas.

- Rehabilitación kinésica: motora, respiratoria, auditiva, visual.
- Evaluación del desarrollo psicomotor.
- Servicio Social.

Sistemas de Registro:

Todo niño que ingresa en un programa de seguimiento a largo plazo debe contar con varios sistemas de registro para distintos destinatarios:

Para la familia:

Sería útil contar con una Libreta de Salud que identifique al niño como integrante del Programa, que lo acompañe mientras este incluido en él y que deberá presentar cada vez que sea atendido. De no contarse con esta Libreta, puede reemplazarse por un simple cuaderno. La mayoría de las provincias cuentan con Libretas Sanitarias iguales para todos los niños pero con espacio insuficiente para los niños de riesgo. La Provincia de Neuquén desde hace años posee una Libreta especial para niños y niñas de riesgo. Los datos mínimos que deben constar son los siguientes:

- Datos personales del niño y su familia, número de historia clínica del lugar de nacimiento y del consultorio de seguimiento de cabecera (si fueran diferentes), direcciones y teléfonos.
- Resumen de la historia clínica perinatal y neonatal.
- Nombre y otros datos del Pediatra de Cabecera: días y horarios de atención, domicilio, teléfono.
- Controles clínicos, fecha, edad cronológica, edad corregida, datos antropométricos, tipos de alimentación, indicaciones y observaciones. Fecha de próximas citaciones.

- Vacunas

- Evaluaciones especiales con fecha e informe abreviado y fecha de próxima citación.

2. Para el centro de seguimiento

Historia clínica: cada Centro está habituado a usar su propia historia clínica, sin embargo es fundamental unificar instrumentos en todo el país, o por lo menos en cada provincia. La de estos niños debe contener mínimamente la siguiente información:

- Epicrisis neonatal.

- Datos del niño y su familia, nombres, números de documentos direcciones, teléfono (propio o de algún familiar o vecino). Datos socioeconómicos básicos (tipo de vivienda, nivel de instrucción de los padres, antecedentes familiares de importancia, nivel de ingresos, obra social, convivientes, riesgo ambiental, entre otros).
- Registro de consultas pediátricas, antropometría, alimentación, vacunas, interurrencias.
- Resultado de evaluaciones especiales y fecha de la próxima citación
- Resumen de reinternaciones (si las hubiera) con fecha e institución.
- Otros datos relevantes.

A los efectos de facilitar la atención del niño y su familia y la recopilación de datos, las estructuras y formulación de la Historia Clínica deben corresponderse con la Libreta de Salud.

Fichas de Control de Concurrencia: es imprescindible el control de la concurrencia de los niños a las citaciones. Para ello se requiere la implementación de algún tipo de registro de asistencia a los controles pediátricos y a las evaluaciones periódicas especiales. Puede ser de utilidad la confección de una ficha para cada paciente, ordenada por número de historia clínica donde conste el nombre, dirección, teléfono, nombre de los padres y donde se registran las fechas de concurrencia al consultorio.

Organización de turnos de atención: es ideal que los niños asistan a los controles con turnos programados con día y horario, los mismos pueden brindarse en forma manual o computarizada.

Sistema Informático

Sería ideal contar con un Sistema Informático que permita registrar todos los datos de estos niños para estudios posteriores, igual para todo el país

4 g- El Proceso de Atención ambulatoria del RNR.

El proceso de atención del RNR al igual que el de cualquier niño o adulto incluye medidas preventivas, estudios diagnósticos, tratamientos y otras actividades para el cuidado del paciente (27). Estos procesos implican el mayor componente del costo en salud aunque los costos de la atención

ambulatoria son insignificantes en comparación a los de la internación en la UCIN. La forma en que los cuidados son suministrados influye significativamente en la satisfacción o insatisfacción del paciente y/o su familia con la atención recibida.

5- OBJETIVOS:

Generales:

Estudiar el proceso de atención ambulatoria del Recién Nacido de Riesgo egresado de un Hospital Público Provincial de la ciudad de Rosario, desde la perspectiva de los equipos de salud intervinientes en la atención de los RNR y del grupo familiar de estos niños.

Específicos:

1. Analizar el proceso de atención ambulatoria del RNR en los 3 niveles de salud:
 - i. Evaluar la participación de la Red provincial de Rehabilitación;
 - ii. Investigar la participación de la Red provincial de Emergencia y Traslado;
 - iii. Conocer el funcionamiento de la Red provincial de Medicamentos;
 - iv. Investigar el funcionamiento de la Red provincial de Laboratorios en auxilio de las necesidades de estos niños.
 - v. Conocer cómo se desarrolla el proceso de atención del RNR luego del alta de la UCIN con respecto a pediatras de cabecera, neonatólogos, médicos interconsultores de las distintas especialidades (cardiología, neurología, oftalmología, fisiatría, neumonología, genética, endocrinología), y demás miembros del equipo de salud (fonoaudiólogos, estimuladores, kinesiólogos).

2. Analizar las redes sanitarias entre el Hospital central y los diferentes niveles de salud, Centros de Salud, SAMCo y Hospitales Regionales ante la problemática del RNR.

6- METODOLOGIA:

Con el fin de conocer el proceso de atención ambulatoria del RNR en los diferentes niveles de atención y el estado de las redes sanitarias se utilizará un estudio de casos (28, 29). Se analizarán las historias clínicas del Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo y de internación en la UCIN, en algunos casos se recurrirá a historias clínicas del Servicio de Pediatría del Hospital Provincial de Rosario. Se realizarán entrevistas semidirigidas a los médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y demás miembros del equipo de salud que los asisten en los distintos niveles, familiares directos de los niños y otros actores considerados relevantes en la toma de decisiones a nivel político e institucional que puedan afectar la atención del RNR (2, 30). Para la selección de casos se optó por el total de RNR menores a 1500grs nacidos entre el 1 de junio y el 31 de diciembre de 2011 internados en el Servicio de Neonatología del Hospital Provincial. Se excluyeron los menores de 1500grs que habiendo nacido en igual período fallecieron antes de ser dados de alta de la UCIN. De un primer grupo de 16 niños, fueron excluidos 5 por diversas razones: 1 niño falleció a los pocos días del alta de la UCIN cuando reingresó con una infección por Bordetella Pertusis –Coqueluche-, dos con residencia en Rosario y un tercero en la ciudad de Villa Constitución no asistieron a los controles de seguimiento en el Hospital Provincial y fue imposible localizar a las familias con los datos obtenidos de las historias clínicas de la UCIN. Un quinto paciente cuenta con cobertura social y concurre exclusivamente para sus controles de salud a un Sanatorio de la ciudad de Rosario.

La población en estudio está integrada por 11 niños, sus padres y el equipo de salud que los asiste en los diferentes niveles de atención. Se incluyó en el estudio al Director del Hospital Provincial de Rosario y a la Directora Provincial de Salud de la niñez, adolescencia, sexual y reproductiva.

7- RESULTADOS:

Se realizará una breve descripción del periodo de internación en la UCIN, las características familiares, el barrio y Centro de Salud al que asisten o ciudad y SAMCo u Hospital Regional al que pertenece cada niño. Los datos fueron obtenidos de las HC de Consultorio de Seguimiento, internación en UCIN y en uno de los casos se utilizó además la HC de sus internaciones en la Sala de Pediatría y la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Provincial.

Caso I, Santino:

Nació el 31 de julio de 2011 y se le otorgó el alta el 27 de setiembre de 2011, ingresó a la UCIN con 29 semanas de edad gestacional (EG) y peso al nacer (PN) de 1335 grs.

Fue un Recién Nacido Pretérmino de Peso Adecuado para su Edad Gestacional (RNPTPAEG) vigoroso, embarazo sin controles, presentó Enfermedad de Membrana Hialina (EMH) leve que no requirió surfactante, recibió durante 4 días Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), 8 días Presión Positiva Continua en la vía aérea (CPAP) y requirió 19 días totales de oxígeno. Tuvo Sospecha de Sepsis Connatal (SSCN) y de Sepsis Intrahospitalaria (SSIH) pero sus hemocultivos fueron negativos, requirió 2 transfusiones de puré de glóbulos rojos (PGR) por anemia y se le suministró Nutrición Parenteral Total (NPT) durante 8 días hasta lograr completar el aporte de nutrientes por vía oral.

Su mamá Juliana, 19 años, secundario incompleto, no trabaja. Su papá Jesús, 23 años, secundario completo, trabaja en el puerto. Su lugar de residencia es Las Flores 3980, Rosario, su Centro de Salud (CS) "El Gaucho", lo atiende actualmente la doctora Mariana y anteriormente el doctor Matías, ambos médicos generalistas. Su médica en el Hospital Provincial es la doctora Nancy, pediatra neonatóloga. Juliana tiene una hija, Valentina, que contaba con 15 meses de edad cuando Santino fue dado de alta de la UCIN. Valentina fue hospitalizada al nacer por prematuridad y malformaciones severas genitourinarias que todavía no se han resuelto en su totalidad.

Hasta el momento Santino registra 2 internaciones en pediatría, en una de ellas permaneció durante 8 días en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), por Síndrome Coqueluchoide y la otra en Sala de Pediatría por ALTE (Apparent Life Threatening Event), donde se le realizaron diversos exámenes complementarios sin encontrarse ningún resultado patológico. En esa oportunidad se lo medicó por probable reflujo gastroesofágico.

Caso 2, Nahir:

Nació el 12 de junio de 2011 y se le otorgó el alta el 14 de julio de 2011, ingresó a la UCIN con 32 semanas de EG y un PN de 1430 grs.

Fue un RNPTPAEG Vigoroso, presentó Síndrome de Taquipnea Transitoria (STT) y Apneas por lo que requirió 3 días de CPAP, se le diagnosticó además SSCN con hemocultivos negativos, Ictericia no complicada y Anemia que no requirió transfusión, recibió 9 días de NPT.

Su mamá Mónica, 24 años, su papá Gustavo, 25 años, trabaja en la construcción, ambos tienen escuela secundaria incompleta. Su lugar de residencia es Centeno 466 bis, Rosario, concurre al CS N° 10 donde la atiende su pediatra la Doctora Florencia y en el Consultorio de Seguimiento su médica es la Doctora Mariel, pediatra y neonatóloga. No registra internaciones luego del alta de la UCIN.

Casos 3 y 4, Estefanía y Lucila (embarazo gemelar):

Estefanía nació el 14 de octubre de 2011 y se le otorgó el alta el 13 de enero de 2012, ingresó a la UCIN con 27 semanas de EG y PN de 1060 grs.

Fue un RNPTPAEG deprimido al nacer, con un test de Apgar de 6 al minuto y 8 a los 5 minutos, embarazo gemelar, presentó EMH que requirió una dosis de surfactante. Permaneció 8 días en ARM y 10 días en CPAP, se le administró oxígeno durante 26 días, presentó un episodio de Sepsis Intrahospitalaria (SIH) a Estafilococo Aureus y otro a Cándida Albicans. Además se le diagnosticó Infección Urinaria (IU) a Escherichia Coli, Apneas, Anemia transfundida en 3 oportunidades, Ictericia no complicada, Ductus Arterioso Permeable (DAP) que requirió cirugía, Retinopatía del Prematuro (ROP) grado I y Hemorragia intracraneana (HIC) grado I. Recibió NPT durante 22 días.

Fue internada en febrero de 2012 en Terapia Intensiva del Sanatorio de Niños de Rosario -posee obra social por parte de su abuelo paterno- por cuadro respiratorio de obstrucción bronquial y sospecha de Neumonía, luego repite cuadros similares por lo que requiere tratamiento con aerosoles broncodilatadores y desinflamatorios permanentes.

Lucila, nació el 14 de octubre de 2011 y se le otorgó el alta el 13 de enero de 2012, ingresó a la UCIN con 27 semanas de EG y PN de 1150 grs.

Fue un RNPTPAEG vigoroso al nacer, embarazo gemelar, presentó EMH que requirió una dosis de surfactante. Permaneció 5 días en ARM y 8 días en CPAP, se le administró oxígeno durante 23 días, presentó un episodio de SSCN y otro de SIH ambos con hemocultivos negativos. Además sufrió Apneas y Anemia transfundida en una oportunidad, Ictericia no complicada, DAP que requirió 2 series de Indometacina para su cierre y ROP grado I. Recibió NPT durante 12 días.

Fue internada en una oportunidad en el Sanatorio de niños de Rosario por un cuadro de obstrucción bronquial severa y actualmente presenta broncoespasmos a repetición.

Su mamá Micaela, 15 años, cursa el primer año del secundario, su papá Jorge, 19 años, cursa segundo año del secundario en turno noche. No trabajan, Micaela vive con sus padres, sus 4 hermanos y las 2 niñas en Balcarce 4114, Rosario. El papá vive con su familia en el mismo barrio. No concurren actualmente al CS -al momento del alta se las había contactado con el CS N° 12- únicamente al Consultorio de Seguimiento del Hospital Provincial, el médico de cabecera de las niñas es Sergio pediatra neonatólogo. Además ambas consultan a distintos especialistas en el Sanatorio de Niños - neumonólogo, gastroenterólogo entre otros- y a otros miembros del equipo de salud en el Hospital: fonoaudiólogos, oftalmólogos, psicólogos.

Caso 5, Jazmín:

Nació el 30 de agosto de 2011 y se le otorgó el alta el 21 de octubre de 2011, ingresó a la UCIN con 29 semanas de EG y PN de 1450 grs.

Fue un RNPTPAEG vigoroso, se le diagnosticó EMH sin requerimiento de surfactante, demandó 7 días de ARM, 10 días de CPAP y 21 días de oxígeno totales. Presentó SSCN y SSIH con hemocultivos negativos, HIC grado I,

Apneas, Enteritis Inespecífica, Anemia transfundida en 2 oportunidades, requirió 19 días de NPT.

Su mamá Antonella de 15 años está cursando el secundario, no trabaja, su papá Lisandro de 17 años abandonó el secundario en tercer año y trabaja como ayudante de electricista. Viven con los padres de Lisandro y sus 5 hermanos en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez. Concurren al CS San Martín cerca de su domicilio y su pediatra es la doctora Alejandra. En el Hospital Provincial la controla Sergio. No presentó reinternaciones al alta de la UCIN.

Caso 6, Brisa:

Nació el 28 de noviembre de 2011 y se le otorgó el alta el 4 de febrero de 2012, ingresó a la UCIN con 28 semanas de EG y PN de 920 grs.

Fue un RNPTPAEG, Deprimido al nacer, APGAR 5 al primer minuto y 9 a los 5 minutos. Presentó Síndrome de Dificultad Respiratoria que no necesitó Surfactante, requirió 1 día de ARM y 6 días de CPAP, 7 días totales de oxígeno. Tuvo SSCN con hemocultivos negativos y un episodio de SIH a *Stafilococo Haemoliticus* con líquido cefalorraquídeo alterado sin aislamiento de germen, hiperbilirrubinemia no complicada, anemia que requirió 2 transfusiones con puré de glóbulos rojos y plaquetopenia severa por lo que fue necesario administrar una unidad de plaquetas. Además presentó HIV grado I y convulsiones neonatales tratadas con fenobarbital, tuvo enteritis inespecífica que requirió 40 días de NPT. Se le diagnosticó hemangioma cavernoso en el tórax que por su tamaño demandó reiteradas consultas al Servicio de Dermatología.

Su mamá Mariela, tiene 24 años, es madre soltera, primigesta, vive en la zona rural de Villa Gobernador Gálvez, en un campamento de ladrillos con su madre y sus hermanos. Asiste al CS Constancio C. Vigil de la misma ciudad, el pediatra de cabecera es el Doctor Ángel y en el Hospital Provincial realiza su seguimiento con Sergio. Estuvo internada en Sala de Pediatría desde el 17 al 24 de febrero de 2012 por un cuadro respiratorio y actualmente asiste a distintos especialistas: Fonoaudiólogos, neurólogos, dermatólogos, fisiatra, entre otros, en el Hospital Provincial y Hospital de niños V.J. Vilela.

Caso 7, Candela:

Nació el 27 de octubre de 2011 y se le otorgó el alta el 13 de diciembre de 2011, ingresó a la UCIN con 32 semanas de EG y PN de 1410 grs. Fue un RNPTPAEG, deprimida al nacer APGAR 5 al primer minuto y 8 a los 5 minutos. Requirió 12 horas de ARM y 12 horas de CPAP, presentó Síndrome de Dificultad Respiratoria sin requerimiento de surfactante, un día de oxígeno total. Ictericia no complicada, Anemia sin transfusiones y recibió 8 días de NPT. Su mamá Mónica tiene 32 años, secundario completo y su papá Cristian también de 32 años, tiene secundario completo y trabaja como cadete, viven en Medrano 1566 de la ciudad de Rosario, conviven con los abuelos maternos, los 5 hermanos de Mónica, su cuñada y una sobrina. Concorre al Hospital Alberdi, su pediatra de cabecera es la Doctora Ana María y en el Hospital Provincial la controla Verónica, pediatra y neonatóloga. No presentó reinternaciones al alta de la UCIN.

Caso 8, Mailín:

Nació el 12 de julio de 2011 y se le otorgó el alta el 30 de setiembre de 2011, ingresó a la UCIN con 30 semanas de EG y PN de 1300 grs. Fue un RNPTPAEG Deprimido Grave al nacer por desprendimiento normoplacentario, con APGAR de 4 al minuto, 5 a los 5 minutos y 7 a los 7 minutos. Se le diagnosticó EMH que requirió 2 dosis de surfactante, necesitó 12 días de ARM, 6 días de CPAP y 20 días totales de oxígeno. Presentó SSCN y SSIH con hemocultivos negativos, Ictericia no complicada, Apneas, Anemia que requirió 1 transfusión, DAP que cerró con una serie de Indometacina, HIV grado 1, convulsiones neonatales con EEG con ondas lentas temporales tratadas con fenobarbital, hipotonía con Tomografía de cráneo que mostró aumento de la densidad periventricular. Recibió 19 días de NPT. Su mamá Tania, tiene 17 años, es madre soltera, vive en la localidad de Acebal con su mamá, su abuela, una tía abuela y una hermana. Tiene estudios secundarios incompletos, abandonó la escuela en segundo año. Mailín concorre al SAMCo de Acebal, donde la controla el pediatra Doctor Lucci y al Hospital Provincial con Nancy y distintos miembros del equipo de salud. No registra internaciones luego del alta de la UCIN.

Caso 9, Nehemías:

Nació el 15 de julio de 2011 y fue dado de alta el 10 de setiembre de 2011, ingresó a la UCIN con EG de 30 semanas y PN de 1100 grs.

Fue un RNPTBPEG Vigoroso, nace por cesárea de urgencia por preeclampsia severa y alteración del bienestar fetal, se le diagnosticó EMH tratada con 1 dosis de surfactante. Requirió 2 días de ARM y 4 días de CPAP, 6 días totales de oxígeno. Presentó SSCN con hemocultivos negativos, Ictericia no complicada, Anemia no transfundida, Enteritis inespecífica que requirió 23 días de NPT.

Su mamá Nidia de 27 años, estudios primarios completos, su papá Javier de 31 años, primaria incompleta, trabaja en la construcción, viven en la calle Méjico 2570 de Rosario, junto a los otros 2 hijos de la pareja. Concorre al CS Che Guevara donde Mirko es el médico de la familia especialista en Medicina General y en el Hospital Provincial controla a Nehemías Verónica, pediatra y neonatóloga junto al resto del equipo de salud. Presentó varios episodios de broncoespasmo por lo que está en tratamiento con aerosoles broncodilatadores y desinflamatorios y tiene pendiente una cirugía de Hernia Inguinal.

Caso 10, Alejo:

Nació el 7 de octubre de 2011 y fue dado de alta el 23 de diciembre de 2011, ingresó a la UCIN con EG de 27 semanas y PN de 1030 grs.

Fue un RNPTPAEG Vigoroso, nace por parto normal con antecedente de ruptura prolongada de membranas de 48 horas, se le diagnosticó EMH tratada con 1 dosis de surfactante. Requirió 10 días de ARM y 6 días de CPAP, 13 días totales de oxígeno. Presentó SSCN con hemocultivos negativos, SIH con meningitis a Serratia y SIH a Cándida Albicans, Ictericia no complicada. Fue transfundido por Anemia en 3 oportunidades y por plaquetopenia en 2 ocasiones, requirió 16 días de NPT, sufrió HIV grado I con EEG alterado por lo que se fue de alta con fenobarbital, ROP grado I-II en ojo izquierdo y grado I ojo derecho que no requirió fotocoagulación.

Su mamá Romina de 28 años, estudios secundarios incompletos, trabaja de peluquera, su papá Carlos de 42 años, estudios secundarios incompletos, en

este momento está desocupado, viven en la calle Larralde 3268 de Rosario, junto a los otros 2 hijos de la pareja. No concurren a ningún Centro de Salud y en el Hospital Provincial es controlado por Mariel, pediatra y neonatóloga junto al resto del equipo de salud. Presentó varios episodios de broncoespasmo por lo que está en tratamiento con aerosoles broncodilatadores y desinflamatorios y fue operado de Hernia Inguinal.

Caso 11, Tomás:

Nació el 3 de octubre de 2011 y el 17 de febrero de 2012 dada la imposibilidad de ser dado de alta a corto plazo se traslada a la Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del Hospital Provincial de Rosario con 45 semanas de edad posconcepcional.

Ingresó a la UCIN con una EG de 25 semanas y un PN de 880 grs. Fue un RNPTBPEG deprimido al nacer, APGAR 6/8, nace por cesárea de urgencia por cesárea anterior, RPM de 21 días y madre febril, se le diagnosticó EMH tratada con 1 dosis de surfactante. Requirió 125 días de ARM y 11 días de CPAP, continúa dependiente de oxígeno a la fecha. Presentó SSCN con hemocultivos negativos, sepsis intrahospitalaria a estafilococo epidermidis, infección urinaria a Klebsiella Pneumoniae, apneas, ictericia no complicada, anemia que requirió 2 transfusiones con puré de glóbulos rojos. Recibió 20 días de NPT. Se le diagnosticó ROP grado III- IV con plus que requirió fotocoagulación el 23 de diciembre de 2012. Tiene además diagnóstico probable de Esquizecefalia* a partir de TAC de cráneo y DBP con dependencia de oxígeno. Presentó convulsiones por lo que continúa en tratamiento con Fenobarbital. Se realizó fibroscopía donde se diagnosticó estenosis subglótica por lo que se le practicó traqueotomía.

* La Esquizecefalia es el trastorno más frecuente de la migración neuronal y ocurre entre el 3er y 5to mes de la gestación, provoca hendiduras uni o bilaterales en los hemisferios cerebrales. Sus posibles causas son genéticas, vasculares e infecciosas (31).

Permaneció internado en UTIP hasta el 10 de abril de 2012 momento en que es enviado a la Sala de Internación de Pediatría, presenta 2 reinternaciones en UTIP por neumonía en octubre y diciembre de 2012, en enero vuelve a la sala general de pediatría desde donde es dado de alta con oxígeno domiciliario el 5 de febrero de 2013. Su mamá Mariana, 19 años, secundario incompleto, su

papá Marcos, 20 años, secundario incompleto, trabaja en una empresa distribuidora de material siderúrgico, viven en la calle Chacabuco 2908 de la Ciudad de Casilda, en una casa contigua a la de los padres de Mariana. El pediatra del niño es el Doctor Martín y lo controla en el Hospital San Carlos de Casilda.

ENTREVISTAS:

Se realizaron 43 entrevistas semidirigidas desde setiembre de 2012 a marzo de 2013. Fueron entrevistados familiares de los niños, pediatras y médicos generalistas de diferentes C.S de la ciudad de Rosario, Villa Gobernador Gálvez, el SAMCo de la localidad de Acebal y el Hospital San Carlos de Casilda donde también se dialogó con 2 kinesiólogas y 2 trabajadoras sociales. Además en el Hospital Provincial se entrevistó a 3 neonatólogos, la enfermera del Consultorio de Seguimiento, una residente de neonatología, la médica Coordinadora del Consultorio de Seguimiento, la Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Provincial-de ahora en adelante se lo nombrará como Hospital Provincial, Hospital Central o el Provincial-, 2 psicólogas, una trabajadora social, la Neuróloga Infantil, 3 fonoaudiólogas y la médica Fisiatra. También se obtuvo el testimonio del Director del Hospital Provincial, Doctor Pietro Belletich y de la Secretaria de Maternidad, Infancia y Salud Reproductiva de la Provincia de Santa Fe, Doctora Nora Redondo. (ANEXO III).

La mayoría de los familiares entrevistados fueron las madres de los niños, también se pudo contar con el testimonio de 2 de los papás. Pertenecen a diferentes barrios de la ciudad de Rosario - zona sur, suroeste y oeste-, Villa Gobernador Gálvez, la localidad de Acebal y la ciudad de Casilda.

En general todos los familiares están conformes con la atención en el Consultorio de Seguimiento y con los turnos programados por la enfermera o el médico neonatólogo. Consideran que existe buena comunicación entre los miembros del equipo de salud, generalmente por intermedio de notas.

La mayoría de los familiares están satisfechos con la atención en el Centro de Salud, el SAMCo, o el Hospital Regional, si bien algunos refieren no conseguir

turnos con el pediatra y un caso puntual dice haber recibido malos tratos del personal administrativo por lo que dejaron de asistir o intentaron cambiar de CS. Nos relató que dado los “malos tratos” intentó cambiar de CS pero no fue posible porque están divididos en “radios” y su familia pertenece al CS que está a 4 cuadras de su casa –donde dice recibir malos tratos- “no me aceptan en el que está a 10 cuadras”. A su vez le parece injusto tener que acudir al Hospital Provincial tan a menudo ya que su hijo sufre de broncoespasmos a repetición y ella vive en zona oeste, “no me gusta que me traten como a una...no se como explicarte”, “¿por que no me dicen que espere?, yo no tengo problema en esperar, no me pueden decir que no me van a atender porque no hay más turnos cuando el nene no puede respirar”.

Casi la totalidad de los padres entrevistados refiere una serie de inconvenientes con las consultas a los especialistas, dificultades en los turnos de neumonología, neurología, oftalmología y fisiatría entre otros.

Ninguno de los familiares conoce la Red Provincial de Rehabilitación, algunos de estos pequeños requirieron tratamiento con Fisiatría y refieren dificultades para acudir por falta de turnos, por licencias del personal a cargo de dicho servicio en el Hospital Provincial o por problemas de transporte. Una de las niñas que presentó mayor dificultad en el desarrollo neuromotriz vive en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez y no ha podido recibir un tratamiento fisiátrico regular por los inconvenientes arriba descriptos. Pertenece a una familia de escasos recursos, vive en zona rural en un campamento de ladrillos, la municipalidad le da la posibilidad de llamar a Desarrollo Social para que le manden un remis, pero al no tener teléfono debe caminar varios kilómetros para comunicarse y más de una vez se han retrasado y ha perdido los turnos. Mariela, la mamá de Brisa, repite en reiteradas oportunidades su problema con los traslados, “no hay nada armado, una trafico o un colectivito que nos traiga desde Villa Gobernador Gálvez”. No ha podido conseguir el certificado de discapacidad porque al no tener todavía un grado claro de discapacidad el ente provincial no se lo otorga. Por ser niños de aproximadamente un año de edad con algunas dificultades motoras pero sin diagnóstico definido se complica la obtención del certificado, el cual facilitaría sin dudas el traslado y les daría otras opciones de tratamiento. El caso de Tomás es el más complejo, él tiene diagnóstico probable de Esquizencefalia, con un gran retraso psicomotriz y está

dependiente de oxígeno, su papá Marcos nos cuenta que viven en una casita detrás de sus suegros y que tuvieron que arreglarla para llevar a Tomás, “nos atienden muy bien tanto en el Hospital Provincial como en Casilda, de lunes a viernes nos va a buscar la ambulancia y lo traemos a rehabilitación al Hospital San Carlos de ocho a ocho y media, casi siempre viene mi señora y ahora lo traje yo porque nuestra otra hija de 3 años empezó el jardín y Mariana la llevó a la escuela”. Nos encontramos con Marcos en los consultorios de Kinesiología del Hospital de Casilda, mientras hablamos, la kinesióloga le constata 38° de temperatura y llama a Martín, el pediatra, quien decide su internación transitoria hasta definir la causa de la fiebre, “esto nos mata, porque mi patrón me permite llegar tarde pero si queda internado acá o lo mandan al Provincial, es un problema, yo trabajo, mi suegra también, generalmente nos ayuda un padrino a cuidar a la otra nena”. Tomás volvió de otra internación en el Provincial hace 7 días y su papá se ve realmente preocupado ante esta nueva complicación. Tiene certificado de discapacidad y tanto su traslado al Hospital San Carlos como al Provincial se realiza por intermedio de las ambulancias del Hospital de Casilda.

Cuando se consulta a los padres por la obtención de medicamentos ninguno refiere haber tenido inconvenientes, algunos se consiguen en el CS o en el Hospital Regional y otros en el Hospital Provincial. Tampoco tienen dificultades con los exámenes de laboratorio, a excepción de aquellos que no se realizan en el Hospital Provincial como el Test de Sudor- tienen que solicitar turno en el Hospital Zona Norte- o exámenes complementarios indispensables en estos niños como los Potenciales Evocados Auditivos. Estos últimos son autorizados como Estudios de Alta Complejidad luego de trámites en Auditoría Médica del Hospital Central y se realizan en Instituciones Privadas o actualmente en el CEMAR- Centro de Especialidades Medicas Ambulatorias de Rosario- donde según refieren los padres hay una demora ostensible en los turnos.

En el caso de Mailín, que vive en Acebal, la familia está muy conforme con la atención del pediatra del SAMco, tiene también una buena relación con Trabajo Social de la Comuna, le facilitan el pasaje en ómnibus, pero la mamá refiere que le sería mucho más fácil si los médicos especialistas y demás miembros del equipo de salud atendieran más cerca de su casa ya que vive aproximadamente a 40 kilómetros de Rosario.

Los papás de Nehemías, con domicilio en Rosario, nos cuentan que utilizan el transporte público para trasladarse, “a veces no tenemos plata para el colectivo, nos queda muy lejos el Provincial. Ahora lo llevamos al Zona Norte porque lo van a operar de la hernia, también nos queda muy lejos y se nos complica llegar”.

Cuando comenzamos las entrevistas de los profesionales de los CS, SAMCo y Hospitales Regionales a la amplia mayoría les parecía muy bueno el Seguimiento que se realiza desde el Hospital Central, muy conformes con que se vayan de alta con turnos programados para neonatología, Fonoaudiología y Fondo de Ojo entre otros. Además se sienten conformes al tener el niño un médico Neonatólogo de referencia en el Hospital Provincial, porque consideran que las madres se manejan muy bien en el Hospital Central, “las madres salen entrenadas, saben qué hacer, cuando ir a la guardia del Hospital si no ven bien a su hijo, o buscar a su médico referente y esto les abre muchas puertas”, nos dijo Mirko. Sin embargo, reconocen que luego del alta se complica la obtención de turnos para especialistas y exámenes complementarios, todos refirieron que desde el CS es imposible conseguir turnos. Alejandra, pediatra de un CS de Villa Gobernador Gálvez, nos relató que el Hospital Anselmo Gamen no cuenta con especialidades pediátricas y que muchas veces le crea dificultades en lugar de facilitarle su trabajo. Nos da el ejemplo del Fondo de Ojo en los Recién Nacidos, ella debe mandarlos al Gamen que carece de Oftalmólogo Infantil, luego la familia debe esperar que le consigan turno con el Provincial. Esto resulta totalmente engorroso. Algunas madres terminan trasladándose al Hospital Central y realizando largas colas con sus niños para conseguir los turnos.

En la mayoría de los CS y SAMCo cuentan con las especialidades básicas como pediatría, clínica, obstetricia y ginecología, algunos tienen además psicólogos, fonoadiólogos y kinesiólogos, pero en ningún caso los kinesiólogos se dedican a estimulación temprana o rehabilitación psicomotriz, sólo a rehabilitación de pacientes con problemas traumatológicos agudos o kinesioterapia respiratoria. Incluso refieren los médicos que no se atreven a mandar los RNR a kinesioterapia respiratoria porque los turnos están saturados por pacientes adultos y otros niños enfermos. Consideran que el riesgo de

contagio para estos pacientes prematuros, en general inmunodeprimidos, es muy elevado.

Un solo CS cuenta con agente sanitario, los otros suplen esta función con enfermería o los mismos pediatras, pero lo reconocen como una necesidad. En los pueblos y ciudades del interior existe la Secretaría de Desarrollo Social o simplemente la trabajadora social de la Comuna a la que los familiares acuden cuando tienen que tramitar algún medicamento u otro tipo de ayuda que no se consigue en el CS o el Hospital Central. Mirko, Médico Generalista, Director de un CS, señala que muchas veces los logros dependen de la insistencia y el tesón de la familia. El está apesadumbrado porque siente que la ayuda que puede brindarle a sus pacientes es insuficiente, “no existe una Red Provincial de Traslados para este tipo de pacientes, sólo nos asiste en el caso de necesitar internación”, “ahora tampoco podemos darles tarjetas para transporte, con el cambio a las tarjetas plásticas recargables se complicó todo”, “antes nos daban un dinero que estaba destinado a traslados y comprábamos tarjetas. A veces terminamos dándole plata de nuestro bolsillo a los pacientes para que puedan llegar al Hospital”.

Todos coinciden en la existencia de déficit en el trabajo en Red para los RNR, dentro del CS la comunicación con el resto del equipo de salud es excelente nos cuentan tanto Mirko como Alejandra, pero esta última hace hincapié que en su Centro, en Villa Gobernador Gálvez, no tienen teléfono con salida a Rosario, sólo pueden hablar dentro de su ciudad a otros CS o al Hospital Anselmo Gamen.

La mayoría coincide en que es fácil comunicarse con el Hospital en el que se formaron o trabajan. En el caso de Alejandra y Ana María, se especializaron en pediatría en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela, reconocen que muchas veces ante la imposibilidad de la familia de conseguir turnos para estudios o interconsultas, se comunican con algún contacto que les ha quedado dentro del Vilela y subsanan el problema. Lo mismo refiere Florencia, “con los pacientes del Provincial no tengo problema, como yo me formé allí, llamo a alguno de los neonatólogos que conozco y si tengo dudas con algún paciente enseguida me lo solucionan, con la Maternidad Martín también puedo hablar pero es más difícil, además en la Maternidad ya no hacen Seguimiento, entonces no encuentro a un referente del paciente. Trato de hacerles el

Seguimiento a estos niños de la Martín como lo hacen los Neonatólogos del Provincial, incluso he llamado en alguna oportunidad al Provincial por alguna duda con estos pacientitos que nacieron en la Municipalidad”.

Ninguno de los médicos del Primer Nivel de Atención conoce la Red Provincial de Rehabilitación, algunos refieren que sus pacientes concurren al Servicio de Fisiatría del Provincial, otros mencionan al Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (Ilar). Mirko recuerda que algunos de los CS municipales tienen un equipo de rehabilitación formado, pero no sabe de una Red Provincial. La mayoría de los médicos no tiene pacientes con grandes problemas de motricidad, pero sí reconocen que en los niños más prematuros a quienes se les ha indicado estimulación temprana con turnos programados, en caso que no puedan concurrir por problemas generalmente de índole social o económico o se interrumpa el tratamiento por licencias del personal como ha ocurrido en los últimos meses, es muy dificultoso conseguirles luego el turno. “La estimulación temprana casi nunca es temprana...” dice Florencia.

Con respecto a los traslados, en general desconocen que la Red Provincial de Emergencia y Traslado se encargue de la movilidad de estas familias. En la ciudad de Rosario las madres deben movilizarse con sus propios recursos, en Villa Gobernador Gálvez se le consiguen remises por intermedio de Desarrollo Social de la Municipalidad, pero aclaran que no es un trámite fácil, y desde Acebal el pediatra confirma el testimonio de la madre de Mailín, la Comuna les consigue los pasajes en colectivo. Sólo cuentan con la Red Provincial de Emergencia y Traslado para los pacientes que requieren internación en el Hospital Central. Alejandra, que trabaja en un CS Municipal de Villa Gobernador Gálvez, nos describe así su situación, “es muy difícil, la gente de este barrio es muy carenciada, yo tengo la fonoaudióloga en una punta de la ciudad, el kinesiólogo en otro CS a más de 10 cuadras, no tienen dinero para el colectivo, el Hospital Gamen está a 20 cuadras del CS, tienen varios hijos, es muy complicado”, y al igual que Ángel, que también trabaja en Gálvez refieren que al estar fuera de Rosario la distancia al Hospital Central los complica aún más.

En la ciudad de Casilda, la realidad es algo diferente, la provincia los equipó con una ambulancia para rehabilitación que busca los pacientes en el domicilio y los lleva hasta el Hospital San Carlos, allí funciona un equipo de rehabilitación

y estimulación temprana en el que participan 2 kinesiólogas, una psicóloga, una fonoaudióloga y una psicopedagoga, ésta última trabaja ad honorem desde hace 5 años. Una de las kinesiólogas refiere que “se hace todo a pulmón”, ellas tienen a su cargo consultorio externo, internación pediátrica y de adultos, el Geriátrico-en el Hospital San Carlos funciona un Geriátrico-y por supuesto en invierno se ven sobrepasadas por la demanda. El edificio es nuevo pero aún no está equipado con calefactores y aire acondicionado, por lo que en invierno hace frío y en verano calor. Además nos relata que no tienen médico fisiatra en el equipo y tampoco tienen comunicación con el Hospital Central. Recuerda que hace aproximadamente 3 años se comenzaron a hacer reuniones con el Servicio de Fisiatría del Provincial y el resto de los profesionales de los otros efectores dependientes de este Hospital Central pero relata “no se como terminó porque había que viajar a Rosario y nos pagábamos todo de nuestro bolsillo, así que no se pudo concretar”. Martín-el pediatra- y las trabajadoras sociales refieren que en el Hospital hay muy buena predisposición de todo el equipo de salud para acompañar al paciente, se encargan de conseguir los traslados, pago de estudios y aranceles a los interconsultores en institutos privados de Casilda en el caso de los niños internados. Los pacientes ambulatorios deben ir a Rosario lo que resulta más complicado. También los ayudan a tramitar las mejoras de las viviendas ante el alta inminente del RNR de la UCIN. Consideran que el apoyo que reciben de las autoridades municipales no es suficiente.

Con respecto a la Red Provincial de Medicamentos existe coincidencia en que no existen grandes dificultades, la mayoría de los medicamentos se consiguen en el CS o en el Hospital Provincial, al igual que las fórmulas lácteas de inicio. En el caso de las vacunas, puede haber un faltante transitorio pero es temporario. Con algunos medicamentos específicos que no se encuentran en las farmacias provinciales, se realiza el trámite ante la Municipalidad en el caso de los pacientes del interior o en Auditoría del Hospital Provincial si pertenecen a Rosario, pero son casos poco frecuente según nos relatan.

Con la Red Provincial de Laboratorios, todos coinciden que para los chequeos de rutina no hay inconvenientes. No se les realizan extracciones de sangre en el CS, sino que deben llegarse al Hospital Central. Los inconvenientes aparecen ante exámenes como el Test del Sudor, los Potenciales Auditivos

Evocados, las Tomografías Computadas, ninguno de estos estudios se efectúa en el Provincial por lo que se debe conseguir turno con otro efector de la Red Provincial o Municipal como es el caso del CEMAR. Hay inconvenientes en conseguir turno y retraso para lograr diagnóstico de patologías que muchas veces necesitan tratamiento urgente. Las ecografías si bien se realizan en el Hospital Central, un solo profesional se dedica a pediatría por lo que las demoras también son considerables. En Casilda el Hospital cuenta con laboratorio desde las 6 a las 18 horas, en el resto del día el personal está al llamado al igual que en el Servicio de Radiología. Algunos exámenes complementarios que no se realizan en el San Carlos se pagan por dicha entidad en el medio privado de Casilda porque según nos relatan resulta más sencillo que trasladar al paciente a Rosario, esto en el caso de pacientes internados. No cuentan con interconsultores pediátricos por lo que también se acude a entidades privadas de Casilda donde el especialista cobra un arancel hospitalario del cual se hace cargo el Hospital Regional, pero en la ciudad no están cubiertas todas las especialidades y a la hora de conseguir turnos con el Hospital Central relatan las mismas dificultades que el resto de los CS y SAMCo entrevistados.

Cuando se les preguntó a los profesionales si consideraban que el seguimiento se estaba realizando bien y si creían que era necesario realizar cambios, en general contestaron que les parecía muy bueno el manejo del Hospital Central, pero todos refirieron que el RNR es un niño para trabajar en equipo, Ángel nos contó que nunca fue invitado a una reunión de seguimiento, opinó que debiera existir un lugar común para atender a los niños donde halla un administrativo que consiga los turnos, el pediatra de cabecera, un neonatólogo coordinando y más interconsultores para poder abarcar la alta demanda del área de influencia del Hospital Provincial. Florencia también recalcó la necesidad de más interconsultores. Alejandra y Mirko remarcaron que deberían trabajar más en equipo donde el CS aporte el conocimiento de las necesidades del barrio y la familia y el Hospital Central los interconsultores, exámenes complementarios y la internación de ser necesaria. Ana María recordó que en una oportunidad se los convocó a una reunión del SANAR-así se llama el seguimiento del RNR en la Municipalidad de Rosario-donde se les brindó algunas charlas a los pediatras sobre pautas de seguimiento que luego no se volvieron a repetir y agregó, “en

algunos casos el seguimiento está desmembrado, es como que cada especialista ve un órgano, pero en algún momento hay que juntarse para hablar del paciente y es muy difícil estando lejos encontrar el espacio, en este momento tengo tres turnos por hora y uno libre para las urgencias y a veces no me alcanza el tiempo”, además agrego que la nueva Historia Clínica del Alta Neonatal es muy compleja y cuesta entenderla, lo que lleva también tiempo extra. Martín habló de la necesidad de implementar el Hospital de día, donde el niño quede unas horas en internación transitoria y los médicos interconsultores pasen a ver el paciente, se completen los estudios que quedaron pendientes, sin necesidad de que el RNR viaje en tantas oportunidades a Rosario, “esto existe en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela pero es municipal, ellos tienen también internación domiciliaria, pero entiendo que están desbordados y no pueden hacerse cargo de los pacientes de otros Hospitales. En la Provincia no hay sistema de internación domiciliaria, a Tomás se le improvisó una internación domiciliaria pero no es lo ideal, nosotros hacemos un esfuerzo bárbaro, se habló con la Empresa Provincial de Energía para adecuar la electricidad de la vivienda al concentrador de oxígeno, se le consiguió el aspirativo, tenemos problemas enormes para conseguir los traqueóstomos y lo más importante, Tomás no debería venir diariamente para kinesiología o para verme a mí, debería haber un equipo de profesionales que lo visite en su domicilio por su condición clínica tan lábil”.

Angélica, es la enfermera del Consultorio de Seguimiento desde hace aproximadamente un año, antes se desempeñaba en la UCIN. Cumple la mayor parte de las horas en el Consultorio de Seguimiento ayuda al médico en la atención del RNR, realiza el relevamiento de datos de los pacientes que están próximos al alta de la UCIN y busca los turnos para los interconsultores, entre otras actividades. A pesar de estar designada al Seguimiento, en momentos en que la UCIN tiene déficit de recurso humano, se la envía a trabajar a la Terapia Neonatal lo que provoca un retraso importante para sus actividades en el Consultorio de Seguimiento. Ella participa con la neonatóloga Coordinadora del Seguimiento, la Trabajadora Social, el Servicio de Psicología, la Jefa de Clínica de la UCIN y uno de los médicos neonatólogos de la reunión semanal de Seguimiento donde se discute sobre los pacientes internados y en

particular sobre los que están próximos al alta, se planifica su referencia al CS y se profundiza en el conocimiento de la situación familiar ante el alta inminente. Angélica señala como una de las mayores dificultades conseguir turno con los especialistas. Refiere que son pocos los fonoaudiólogos u otros interconsultores médicos que trabajan en los CS u Hospitales Regionales y que las veces que se trató que el niño sea asistido en el CS cercano al domicilio, no se logró y el paciente volvió al Hospital Central. Nos cuenta que la oficina de turnos abre el listado para algunos especialistas cada 30 o 60 días y también llegan a dicha oficina las listas de pedido desde los CS, SAMCo y Hospitales Regionales. Nos relata “la mayoría de las veces de 5 o 6 turnos que pido terminan dándome uno”.

Refiere que no hay comunicación fluida con los CS, sí entre los miembros del equipo de salud del Hospital Central, “desde el Provincial se llama al CS pero ellos nunca nos llaman. Además en la mayoría de los CS los pediatras están por la mañana, yo llego al Hospital al mediodía lo que hace más difícil la comunicación”.

Angélica no escuchó hablar de la Red Provincial de Rehabilitación, conoce el trabajo de la fisiatra del Hospital Provincial y nos relata que cuando la fisiatra considera que el niño necesita un tratamiento de rehabilitación por un equipo multidisciplinario lo conecta con Ilar.

Con respecto a medicamentos, leches y vacunas desconoce que halla problemas y si son medicamentos que no se consiguen en el Provincial se hace el trámite, primero firma el pedido la Jefa del Servicio de Neonatología, luego pasa a Auditoría y posteriormente a la Oficina de Compras. Con los exámenes complementarios que no se realizan en el Hospital sí hay algunos inconvenientes, ella nos recuerda el tema de la TAC, “a veces se consigue el turno para la TAC, generalmente en el Hospital Centenario y luego no podemos conseguir el turno para que el cardiólogo del Provincial haga la evaluación cardiovascular”

Para ella los mayores problemas están en los turnos con los especialistas, “no debería haber tanta demora”, “faltan médicos, en algunas especialidades hay un solo profesional para una alta demanda”. Además considera que todos estos niños tendrían que contar para estos primeros meses luego del alta- donde deben visitar a fonoaudiólogos, oftalmólogos, fisiatras- con algo

semejante a un certificado de discapacidad para que puedan viajar gratis y así diagnosticar y prevenir futuras discapacidades.

Gladis es la trabajadora social del Provincial, lleva 9 años en su puesto, ahora está dedicada al Servicio de Maternidad y a la UCIN. Ella conoce el Seguimiento del RNR por las reuniones semanales de seguimiento de las cuales participa. No trabaja específicamente con los RNR en Seguimiento, sino con todas las familias de los niños de la UCIN, pero a través de las reuniones conoce la problemática y además le llegan demandas de esta población, sobre todo en el tema de traslados y Certificado de Discapacidad. Nos cuenta Gladis que los médicos la consultan por el Certificado de Discapacidad pero las familias “demandan más sobre la nueva organización familiar con la llegada de este nuevo hijo, muchas veces deben mudarse de casa o mejorar la casa para el alta del niño, nos piden materiales de construcción o muebles, colchones”, “es lógico si pensamos que son hogares en su mayoría muy humildes y los niños generalmente se van con 2 kilos de peso, más complicado es en invierno por las bajas temperaturas, nos comunicamos con las comunas y si son de Rosario se gestiona a través de la Oficina de Desarrollo Social de la Nación. Por ejemplo Casilda es una ciudad que generalmente responde, con otras comunas es más complicado. A veces se consiguen donaciones de diferentes organizaciones o por intermedio de Cáritas”.

Con respecto a la comunicación dentro del Hospital Provincial con el equipo de salud no cree que haya inconvenientes, entre los diferentes niveles “la comunicación parte de uno, como hacés el planteo, a quien buscás. Yo con el tiempo fui conociendo gente, busco a la trabajadora social o alguno de los psicólogos que conozco en los CS o las distintas localidades del interior y así se va abriendo estrategias para conseguir respuestas. Pero realmente a nosotros no nos llaman para comentarnos como están los pacientes, en los otros niveles no hay un seguimiento del paciente, sólo nos llaman ante una dificultad puntual, trabajan más con la asistencia, resuelven el problema puntual, no hacen seguimiento”. “Nosotros ante una familia con muchos problemas nos trasladamos a ciudades vecinas para programar el seguimiento, por ejemplo hace 2 semanas estuvimos en Arroyo Seco y el otro día me

llamaron para avisarme que la señora había perdido el turno que le sacamos en el Registro Civil para que le haga el documento al niño-es una familia que estaba prácticamente indocumentada, tanto la abuela como la madre del niño y con la que hubo que realizar muchas gestiones- ¿pero entendés?, te llaman para casos así puntuales”.

Gladis no conoce la Red Provincial de Rehabilitación, nos aclara como se realiza el trámite para conseguir el Certificado de Discapacidad, “el niño debe ser evaluado por la Neuróloga quien debe expedir una Historia Clínica y luego por una Junta Médica de la Provincia quien determina el grado de discapacidad. Para obtener el Certificado, la discapacidad debe ser del 60% o superior, los beneficios obtenidos serían pañales, transporte gratis en transporte público de pasajeros y otros elementos como silla de ruedas.

Además, algunas entidades privadas que se dedican a rehabilitación psicomotriz aceptan a niños con certificado de discapacidad como pacientes otorgándoles algo similar a una beca que la misma entidad se encarga de tramitar ante el Estado brindándosele así otra opción de tratamiento por fuera del Sistema Público de Salud. En el caso que la discapacidad alcance al 75%, pueden acceder a la Pensión por Discapacidad que además del aporte económico en sí, los incluye en el Profé- Programa Federal de Salud- ahora Incluir Salud. Este Programa les da acceso también a tratamientos en instituciones privadas pero en general, tengan o no el certificado terminan atendiéndose en el Servicio de Fisiatría del Hospital Provincial”.

Desconoce que halla inconvenientes para conseguir medicamentos, leches y vacunas y señala que la gestión para los exámenes complementarios se agilizó, antes todos los pacientes debían pasar por la Oficina de Trabajo Social para que se les haga el informe social y ahora lo maneja Auditoría.

Con respecto a los traslados, su relato es semejante a los anteriores entrevistados y agrega, “cuando se les consigue la movilidad desde las localidades vecinas, el inconveniente es que en un mismo vehículo vienen varias personas que tienen turno en distintos horarios, por lo que muchas veces tienen que esperar horas con los niños para que los pasen a buscar”, agrega que el Certificado de Discapacidad sólo les da acceso gratis al transporte público, por lo que deben manejarse en colectivo, llueva, haga frío o calor. Las

familias de Rosario sin Certificado están en iguales condiciones pero además en este momento deben pagar el boleto”.

El seguimiento según Gladis está bien pensado pero “en los hechos no funciona como debiera funcionar por falta de recursos”, “además todo tendría que estar concentrado en un solo lugar, la gente no debería venir tantas veces para las interconsultas, las ecografías, la fonoaudióloga, la fisiatra. Sería mucho mejor la comunicación, así se escapan muchos detalles. La información está en varios lugares, el trabajador social, el CS, el neonatólogo, y la familia se pierde con tanta información. El trabajador social debiera estar sin dudas dentro del Consultorio de Seguimiento para aportar todos sus conocimientos y contribuir al máximo dentro de un equipo multidisciplinario”.

El Servicio de Neonatología cuenta con 2 psicólogas, Gracia y Laura. Gracia hace 21 años que trabaja en el Provincial, se ocupa de la familia de los niños internados en la UCIN y los sigue en caso de ser trasladados a la Sala de Pediatría o la UTIP. Participa de las reuniones semanales de Seguimiento, refiere que se preparan con tiempo las altas, se referencia al niño al CS u Hospital correspondiente según su domicilio, se van con todos los turnos, pero luego si por diversas razones pierden los turnos hay dificultades para conseguirlos. Aclara que las dificultades para acceder a los turnos son diferentes para cada madre y reafirma algunos conceptos ya vertidos por los anteriores entrevistados sobre la Red Provincial de Rehabilitación y la Red Provincial de Traslados. Comenta que las veces que ha necesitado comunicarse con algún colega de un CS o de una localidad del interior para derivar alguna madre que necesitaba continuar en tratamiento con psicología no hubo problemas pero no percibe que la busquen desde el primer nivel de atención para trabajar en conjunto. Con respecto a cambios que considere necesarios, hace referencia a los festejos de la “Semana del Prematuro”-evento anual promovido por UNICEF en el mes de octubre-, donde diferentes expositores de Rosario y Capital Federal trataron como tema central en 2012, el Seguimiento del RNR. Gracia nos comenta que durante las jornadas de UNICEF que se realizaron en Rosario, así como en otros puntos del país, se debatió sobre el seguimiento de lo vincular, el estudio del vínculo de la familia con el RNR, “tenemos un déficit en el tratamiento de este tema en particular y

es una de las cosas que considero debería mejorar porque este vínculo muchas veces puede facilitar o dificultar el desarrollo futuro de este niño”.

Laura hace 8 años que trabaja en el Hospital Provincial, se desempeña en la UCIN y la UTIP, acompaña a los padres durante la internación en la Terapia. Está encargada de la residencia de madres de neonatología-lugar dentro del Hospital Central donde las mamás permanecen alojadas durante toda la internación de sus hijos- además coordina la visita semanal de hermanos y abuelos de los bebés de la UCIN y participa de la reunión semanal de seguimiento. Laura reconoce que la comunicación entre los distintos niveles no es la ideal, “se referencia a los niños antes del alta, pero luego no recibimos información desde el primer nivel”. Con respecto a la Red Provincial de Rehabilitación, no la conoce con ese nombre, pero si ubica la Dirección de Inclusión de la Provincia. “Allí trabaja un grupo de profesionales que evalúa a los niños con algún problema psicomotriz y define donde se va a realizar el tratamiento del niño, por ejemplo hay Centros de Día, tipo Jardines, donde se los ayuda a los niños con actividades lúdicas, lo se porque sigo en tratamiento a una mamá de un RNR que asiste a uno de estos talleres”.

No conoce que halla dificultades con los medicamentos o las vacunas, sí con algunos exámenes complementarios, pero esto lo percibe como un problema más de los médicos que de las familias, “en las familias aparecen otras dificultades y estas por ahí quedan relegadas”. Nos dice que no hay una Red de Traslados, todo es artesanal, hay que trabajar mucho desde el Hospital Central, “es todo muy azaroso”.

Laura cree que el Seguimiento se hace en forma muy seria, que hay mucho compromiso de la gente que trabaja en el Consultorio de Seguimiento, “seguramente hay que mejorar en el intercambio con lo territorial, el armado de redes, pero los profesionales están muy desbordados por eso creo que no se dan las condiciones”.

Mariel es pediatra y neonatóloga, trabaja en el Consultorio de Seguimiento del Hospital Provincial desde hace aproximadamente 6 años y al igual que el resto de los médicos neonatólogos reparte su carga horaria con la UCIN. “El seguimiento se realiza como se puede, es bastante desprolijo, no existe un

Programa, se los ve en el CS, el neonatólogo en el Hospital Central, lo ve el estimulador, el fisiatra, el fono, pero no dentro de un programa, por lo que la comunicación no está pactada, uno se va interrelacionando con los otros miembros del equipo de salud para hacer un intento de seguimiento pero no en forma ordenada”, “ la comunicación no es buena, depende de cada persona, de la voluntad y el tiempo con que se cuente. Yo particularmente no recibí nunca un llamado de un CS”. Mariel no escuchó hablar nunca de la Red Provincial de Rehabilitación, conoce como se trabaja en el Hospital Central, en fisioterapia y que algunos pacientes son derivados a Ilar. Con los medicamentos refiere no haber tenido problemas, con respecto a los exámenes de laboratorio reconoce que las mamás tienen que venir temprano a hacer la cola para las extracciones, pero que a veces con una notita o hablando por teléfono al laboratorio se logra que se los atiendan al mediodía cuando los niños vienen a control. Ella también refiere demoras con exámenes especiales como los Potenciales Evocados. No conoce que la Red Provincial de Emergencia y Traslados se ocupe de estos pacientes. “Las comunas facilitan el traslado de los niños del interior a través de notas nuestras o de la trabajadora social”. Mariel cree que hay que contar con un programa de seguimiento, un espacio en el que interactúen pediatras de cabecera, neonatólogos, interconsultores y demás miembros del equipo de salud, “se debería armar una Red, un Programa para que puedan tener todos los controles en tiempo y forma, la familia debería poder realizar todas las consultas en un mismo lugar y en una sola visita, se debería tratar de facilitar...así todo se hace difícil”.

Verónica es médica de Seguimiento desde hace 5 años, también es pediatra y neonatóloga, opina que es “complicado” el control del RNR, “la comunicación entre los miembros del equipo existe pero no es fluida. Desde los CS no les consiguen los turnos para las interconsultas, terminamos nosotros hablando con la secretaria de pediatría para un turno con un interconsultor, desde los CS y Samcos refieren que les es imposible conseguir turnos en el Provincial”. Con respecto a los laboratorios y exámenes complementarios su opinión no difiere a la de Mariel, al igual que con los traslados. Además agrega “la mayoría de los interconsultores, la trabajadora social y las psicólogas trabajan de mañana y la atención del RNR por los neonatólogos comienza al mediodía -por

la mañana funciona en el mismo espacio físico el consultorio para embarazos de riesgo- por lo que se dificulta aún más la comunicación”, y agrega, “el resto del equipo de salud trabaja mejor para la UCIN que para el Consultorio de Seguimiento”. A Verónica le preocupa además el tema edilicio, “debería estar en mejores condiciones, ser más agradable a la vista para los niños, los armarios tienen mucha humedad, la limpieza no es la adecuada, hasta cucarachas hay...la camilla es obstétrica, no se puede revisar a un niño adecuadamente en una camilla obstétrica, el pedido de la camilla está hecho pero nunca llega”. Además agrega, “mi carga horaria se reparte entre el consultorio, la UCIN y la internación conjunta, entonces hay semanas que tengo que suspender consultorio para hacer otras actividades, no se le da la relevancia que tiene el Seguimiento, siempre se priorizan otras áreas”, “creo que se trata de dar respuesta a las necesidades de los RNR pero se debe mejorar mucho”.

Sergio es pediatra y neonatólogo, hace 6 años que hace seguimiento en el Provincial. Para él, el seguimiento del RNR es complejo, “son niños en los que hay que buscar dificultades visuales, auditivas, cognitivas, cuanto más prematuros suelen tener mayores dificultades por lo que el examen físico, el interrogatorio, todo lleva más tiempo y en el Hospital se complica”, con respecto a las redes opina que “hay más teoría que práctica”, además agrega, “al ser internaciones tan largas, se crea una relación muy particular entre el equipo de salud y la familia, hay mucha confianza y muchas veces los padres evitan ir al CS y por otro lado, hay médicos de los CS que esquivan a estos pacientes complejos”. Con respecto a la Red provincial de Rehabilitación su opinión no difiere de los anteriores entrevistados, al igual que con la Red Provincial de Traslados. Comenta que los niños deben venir por la mañana temprano a hacer las extracciones de laboratorio lo que provoca dificultades, además complica el hecho de que la mayoría son familias con más de un hijo. “Con la incorporación de Angélica al Consultorio de Seguimiento se agilizó un poco el tema de los turnos para los especialistas”, pero agrega, “muchas veces se les consiguen los turnos y no pueden venir por un tema económico o social”. Sergio opina que el Seguimiento debería hacerse en un mismo ámbito, “tipo posta, kinesiólogos, fisiatras, fonoaudiólogos, todos en un mismo lugar,

comunicados, uno va aprendiendo de los otros. Así cuesta todo mucho más, atendemos días distintos, en horarios distintos, todo se complica”.

Cintia es pediatra y residente de segundo año del Servicio de Neonatología, rotó 3 meses por el Consultorio de Seguimiento y además colabora a la hora de referenciar a los pacientes a los CS debido a que los residentes son los que preparan el alta de los niños supervisados por los médicos de planta. Cintia ha observado que el seguimiento de estos niños en el CS y en el Hospital Central es muy bueno los primeros meses y luego un grupo “se pierde”, considera que en el CS se debería prestar más atención cuando un RNR deja de ir a los controles y comunicarse con el Hospital Central. Opina que existe comunicación entre los miembros del equipo de salud durante este primer periodo luego del alta, por intermedio de notas o por llamados telefónicos. Con respecto al tema de turnos a especialistas o exámenes complementarios, ha colaborado mientras rotó por el Consultorio de Seguimiento con los trámites para conseguirlos. Cintia refiere que más de una vez, la madre no concurre al turno por problemas socioeconómicos y al igual que Sergio hace alusión a las dificultades que se les presentan a estos padres al tener varios hijos.

No conoce la Red Provincial de Rehabilitación y refiere que los medicamentos, vacunas o leches enriquecidas-en este momento hay en farmacia del Hospital Central fórmulas de inicio y leche especial para pretérminos con mayor contenido proteico y calórico- para estos pacientes suelen faltar por períodos y después se regulariza la situación. Con respecto a traslados y laboratorios su opinión no varía del resto de los entrevistados.

“Está bastante bien el seguimiento, los niños se controlan mucho, los neonatólogos están muy encima, llaman a los padres o al pediatra de cabecera, los primeros meses todo va bien pero después del año se pierden. En el CS deberían prestar más atención y controlar si el niño está viniendo al seguimiento y en el caso que no concorra hablarnos no sólo solucionarle el problema agudo, la angina o la virosis”.

Nancy es pediatra y neonatóloga, se desempeña como Coordinadora de Consultorio de Seguimiento y cumple también con otras actividades como médica de planta del Servicio de Neonatología del Hospital Provincial. Nos

relata la historia del Consultorio de Seguimiento, “comenzó a funcionar en el año 1991 con 3 o 4 neonatólogos, nunca tuvimos enfermeros ni administrativos, hace unos años en el 95 aproximadamente, se reestructuró la UCIN, se aumentaron las plazas de terapia pero no se incorporó personal por lo que las horas médicas de consultorio se volcaron a la UCIN y quedé sola con el seguimiento. En ese momento hubo que cambiar los criterios de ingreso al consultorio quedando sólo los pacientes con evolución más tórpida durante la internación porque no se contaba con neonatólogos para el seguimiento. En 2006 ingresó nuevo personal médico a la UCIN y se logró recuperar horas para el Consultorio de Seguimiento, desde entonces funciona de lunes a viernes en la franja horaria del mediodía y hasta las 16”. Nancy nos da su opinión sobre como se está llevando a cabo el seguimiento de los RNR en el Hospital Provincial: “está lejos de lo ideal, va todo paso por paso, según el tiempo con el que cada uno cuente al enfrentarse a un caso, ya que todos los médicos cumplen con otras actividades”, “los turnos para los neonatólogos son programados, la madre no debe pasar por la ventanilla de turnos y en caso de no poder asistir se llegan a la oficina de neonatología o al consultorio de seguimiento y a pesar de no contar con personal administrativo cualquiera de los neonatólogos que esté allí en ese momento o Angélica le facilita un nuevo turno”. “Mas complicado es el tema de especialistas y estudios complementarios, hace un año conseguimos incorporar a Angélica que nos ayuda con este tema, pero ella no tiene reemplazo por enfermedad y además cuando hay alta demanda en la UCIN se la llevan a colaborar con la terapia y todo se nos complica”.

Con respecto a las redes nos comenta, “en este momento estoy teniendo más contacto con los CS, trato de descargar todo lo que sea consulta pediátrica de estos niños en el pediatra de cabecera pero a veces desgraciadamente no encuentro respuesta”, “las redes no están armadas, no hay nada que surja automáticamente, siempre depende de la persona y el tiempo con el que cuente, cuando lo referenciamos a los CS lo reciben bien pero después no se lo que pasa, por ejemplo algo sencillo como conseguir una leche maternizada en un Hospital Regional que requiere de una mínima gestión de algún miembro del equipo de salud no se cumple, entonces los padres terminan acá porque saben que van a tener respuesta”.

Nancy es la primera de nuestros entrevistados que conoce la Red Provincial de Rehabilitación, “vos mandás al niño a la fisiatra del Hospital Provincial y ella puede derivarlo a otro centro según las necesidades de tratamiento, en la práctica hay un agujero negro...de acá lo mandan a Ilar, no hay lugar, quedan en lista de espera...no entiendo porque en Ilar se toman pacientes con obra social y los nuestros están en lista de espera...”

Por último Nancy reflexiona “hacemos seguimiento pero no está bien hecho, cada paciente es complejo, te lleva tiempo, pero además te lleva tiempo hablar con la trabajadora social, con la farmacia, con los especialistas...con respecto al personal hay un problema de organización, siempre se terminan priorizando las necesidades de las áreas que queman-en referencia a la UCIN- en realidad lo ideal sería que el niño se siga cerca de su domicilio y nosotros colaboremos con el seguimiento del pediatra y nos encarguemos de los casos más complicados, DBP, Cardiopatías Congénitas complejas y coordinar el accionar de los interconsultores con el equipo del CS. Si desde el CS se les consiguieran los turnos con especialistas, las leches, los estudios...nosotros tendríamos tiempo para dedicarnos a la investigación, la estadística y poder hacer un diagnóstico de salud de nuestros RNR. Además pareciera que las situaciones familiares están cada vez más complejas, necesitamos trabajar codo a codo con el CS porque la deserción va a ser cada vez mayor”.

Mariel es la Jefa del Servicio de Neonatología incluyendo la UCIN, el Consultorio de Seguimiento y la internación conjunta de la madre y el recién nacido. Hace 14 años que trabaja en el Hospital Provincial, conoce el funcionamiento del Consultorio de Seguimiento y todos los pasos del RNR luego del alta, su referencia al CS, las dificultades con los turnos, con el transporte, y agrega a lo que ya comentaron otros entrevistados que ningún personal de consultorio tiene reemplazo por enfermedad o vacaciones, tampoco los especialistas, por lo que ante estas circunstancias las dificultades aumentan. También recuerda que en un determinado momento se intentó habilitar un sistema para que las familias de los RNR pudieran obtener turnos para los interconsultores y exámenes complementarios por teléfono pero no prosperó.

No conoce la Red Provincial de Rehabilitación sólo el Servicio de Fisiatría del Provincial. Con respecto a los medicamentos y las leches nos comenta “no debería haber faltantes porque se hace un relevamiento de los que se encuentran fuera del vademécum provincial, se calcula la cantidad que se va a usar y se realiza el pedido pero por diferentes razones administrativas las compras se demoran y por momento los niños se quedan sin la medicación como está pasando ahora con la fluticasona en aerosol”, “en este momento las autoridades no te dicen que no a nada, es muy raro que te digan que no, pero después hay tantas trabas administrativas que cuando se consigue el medicamento o el estudio muchas veces no cumple con el objetivo para el cual fue pedido”

Cuando se le pregunta a Mariel si cree que deberían realizarse cambios en el modo de realizar el seguimiento responde: “primero tengo que conocer lo nuestro y yo no lo conozco...no se cuantos pacientes hay en seguimiento y en que condiciones clínicas están. La deserción existe y debemos conocer el porcentaje porque es fundamental para saber si el seguimiento está funcionando o no. Deberíamos tener estos datos para conocer nuestra realidad y luego programar cambios en el caso que hagan falta, hace mucho tiempo que vengo reclamando estos datos pero todavía no me ha llegado la información”.

Roxana es pediatra y neuróloga infantil, hace 10 años que trabaja en el Provincial, nos relata que desde hace muy poco tiempo son 2 neurólogas infantiles en el Hospital por lo que pudo reorganizarse. Ellas ven a los RNR durante la internación y luego del alta de la UCIN algunos de estos niños salen referenciados a su servicio. Los controlan a los 15 días del alta y luego cada 3 meses hasta que cumplan el año o bien hasta que comiencen a caminar, por supuesto que si detectan algún problema continúan en control. El contar con una colega posibilitó que desde hace unos meses, Roxana reserve un viernes por mes 3 turnos para los RNR con lo que se eliminó la lista de espera y las madres no tienen que pasar por la ventanilla de turnos. Los neonatólogos disponen de estos turnos según la necesidad de los pacientes y Angélica, la enfermera, luego los anota en la secretaría de pediatría y se los agrega al listado de pacientes.

Roxana al igual que alguno de los otros entrevistados encuentra dificultades con estos niños a la hora de instaurar tratamientos de estimulación temprana, kinesiología, fonoaudiología, también con algunos estudios complementarios como los potenciales evocados auditivos y visuales, laboratorios metabólicos como el ácido láctico y el amonio que no se realiza en el Hospital Central. Además considera un déficit el que no haya genetista en el plantel de profesionales. El Hospital paga las interconsultas de los pacientes internados a una médica genetista, pero luego no hay seguimiento ambulatorio y los niños deben conseguir turno en el Hospital de Granadero Baigorria o el Hospital de niños Víctor J. Vilela y esto no resulta sencillo. Cuando se le pregunta por la comunicación entre los miembros del equipo de salud nos cuenta que le parece buena, “los RNR tienen un cuadernito y todos escribimos los informes en el cuadernito de seguimiento”.

Con respecto a la Red Provincial de Rehabilitación no la conoce, “yo me manejo con el equipo de fisiatría del Hospital o derivo a la Escuela de Estimulación Temprana de calle Maipú”

Con el tema medicamentos nos refiere que no hay inconveniente con los anticonvulsivantes comunes, si con el vigabatryn, que es para un grupo reducido de pacientes que sufren Síndrome de West*, “son pocos los niños pero es muy difícil conseguir el medicamento, en los CS se niegan a hacerle la receta, deberían tener un carnet de tratamiento prolongado como hay en otros hospitales y retirarlo directamente de farmacia, no es muy difícil saber cuanto medicamento hay que comprar porque son muy pocos los pacientes, pero cuesta conseguirlo”.

* Síndrome convulsivo que consiste en contracciones súbitas generalmente bilaterales y simétricas del cuello, tronco y extremidades. Se acompaña de pérdida de habilidades adquiridas y anomalías neurológicas como diplejía y cuadriplejía. Puede ser de origen idiopático o secundario a isquemia, infecciones y desórdenes metabólicos entre otros (31). Con los traslados su relato es el mismo de la mayoría de los entrevistados y agrega, “sólo vienen en ambulancia los pacientes que están con internación domiciliaria, pero los dejan y no los vienen a buscar, ¡los dejan horas esperando!”

Con respecto a las redes, Roxana nos da el ejemplo de neurocirugía, “en el Hospital no contamos con neurocirujano, entonces se había armado una red

con el Hospital de Niños Víctor J Vilela pero no está funcionando, no los reciben, terminamos igual que antes, hablando por teléfono y pidiendo de favor que los reciban, otro lugar que tiene neurocirugía es el Hospital Centenario pero tampoco se le facilita el acceso a los pacientes, lo mismo pasa con la genetista”.

Con el tema de los laboratorios recalca el problema del estudio neurometabólico, “en el Hospital no se hace amonio, se deriva al CEMAR, no es correcto derivar la muestra porque el resultado no es fidedigno, tiene que ser analizado en forma urgente luego de la extracción, imaginate que son estudios que se piden para descartar enfermedades metabólicas en las cuales el tiempo es oro, perder tiempo con resultados que no son confiables significa no poder instaurar un tratamiento precoz lo que puede provocar secuelas irreparables en el paciente”.

Con respecto a los estudios especiales hace referencia a los potenciales evocados auditivos y visuales, “en el Hospital no se hacen, se derivan al CEMAR o a instituciones privadas, hay listas de espera, los RNR son niños en general que sufrieron hipoxia, ictericia, recibieron aminoglucósidos, fueron sometidos a altas concentraciones de oxígeno, tienen todas las condiciones dadas para padecer trastornos visuales y auditivos, esto debería poder realizarse en tiempo y forma”.

Otra preocupación de Roxana son los niños con retraso cognitivo, “hay una sola psicopedagoga para el Hospital y toda su zona de influencia, por supuesto que no es suficiente” y repite además las dificultades a la hora de instaurar en estos niños los tratamientos fisiátricos o fonoaudiológicos, “es muy difícil que los niños mantengan los tratamientos en el tiempo, el acceso se les debería facilitar para evitar secuelas”

Roxana culmina diciendo: “las distintas especialidades que intervienen en el seguimiento de los RNR deberían poder destinar turnos especiales para estos niños, no pueden caer en el pool de pacientes que piden turno al cardiólogo para el control del ingreso escolar”.

Ana es fonoaudióloga, trabaja en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital desde hace 25 años, nos cuenta: “empezamos a trabajar con estos niños en 1994 por una inquietud que surgió desde el Servicio de Neonatología, creamos

un protocolo de seguimiento que no solo contempla la audición sino la comunicación y el lenguaje, la cognición y la alimentación. En los comienzos usábamos solo test subjetivos, después incorporamos aparatología como impedanciómetros, las Otoemisiones Acústicas (OEAS) y los Potenciales Evocados. Vemos a los niños en la UCIN y luego los citamos al mes del alta para darle tiempo a interrelacionarse con la familia. El protocolo determina una visita a control entre los 0-2 meses, 3-6 meses, 7-12 meses, 13-18 meses, 19-24 meses y 24-36 meses”. Nos cuenta que muchos de estos niños tienen muy buena evolución por lo que solo se hace acompañamiento y se le dan pautas de alimentación y estimulación a los padres, “si aparece algún marcador de riesgo se los cita más seguido y a partir de los 2 años ponemos la mira en el lenguaje, se trabaja mucho con los papás y si hay conductas de riesgo se lo ingresa a tratamiento.

Tenemos al igual que la estadística mundial un 2% aproximadamente de trastornos neurosensoriales, pero tenemos un alto porcentaje de trastornos conductivos, o sea hipoacusia conductiva y esto es muy importante porque en los primeros años se hace la discriminación fonológica, por ejemplo la diferencia entre la “t” y la “d”, si no escuchan bien no hablan bien (32). Anexo IV. Encontramos en los RNR muchos trastornos de expresión por las alteraciones en la conducción, si esto no se resuelve llegan a la escuela con muchos problemas. En general los trastornos de conducción son por las enfermedades respiratorias que estos niños sufren a repetición”, nos cuenta Ana que a raíz de estas dificultades consiguieron que los jueves por la mañana los Otorrinolaringólogos trabajen con estos niños sin tener que sacar turno en ventanilla dado que esto retrasaba en forma considerable el diagnóstico y el tratamiento. Además el Servicio de Fonoaudiología tiene 2 o 3 turnos diarios destinados a los RNR, nos cuenta: “estos turnos los programamos nosotras, no van a la ventanilla, trabajamos en equipo, todas conocemos a los bebés y todas los podemos atender. Si necesita tratamiento se lo deriva a una fonoaudióloga de cabecera, tratamos de conseguir que hagan el tratamiento cerca de su casa, a veces se puede y a veces no, si son de Rosario pueden venir acá, pero se nos complica porque no nos alcanza el tiempo. Tené en cuenta que el servicio se encarga de las OEAS de todos los RN, atención de

los RNR, de todos los niños y adultos que llegan por demanda espontánea y además de las interconsultas de la UCIN, UTIP y la Sala de Pediatría”.

Con respecto a la comunicación entre los miembros del equipo de salud Ana nos cuenta que es muy buena dentro del Hospital, “hacemos reuniones para los casos más complicados, tanto con el equipo de neonatología, como con el cirujano y los especialistas en imágenes cuando hay trastornos de deglución”, con los diferentes niveles es más complicado, “se facilita cuando la persona es conocida, por ejemplo tenemos colegas en Villa Gobernador Gálvez que han rotado por nuestro servicio”

Con respecto a la Red Provincial de Rehabilitación nos dice que ha escuchado hablar pero no sabe si está establecida, agrega “creo que las Redes no están establecidas, se hacen de persona a persona y por eso dependen de cada persona y no debiera ser así”

Su opinión sobre el traslado de los pacientes no difiere de la de los demás entrevistados. Con respecto a los estudios especiales nos cuenta el tema de los Potenciales Evocados Auditivos: “nosotras sabemos que en la población de RNR debiera ser universal pero sólo estamos enviando a los niños que por nuestro protocolo tienen alguna dificultad porque creemos que si mandamos a todos vamos a empeorar la situación actual y los niños realmente complicados van a tener más tarde el diagnóstico y tratamiento”, “el CEMAR fue nombrado Centro Provincial de Audición, se encargan de realizar los potenciales, el equipamiento con audífonos y el posterior control de los pacientes equipados, me parece bien, no creo que todos tengamos que hacer todo, pero lo que creo es que la red debe funcionar bien. Si los aparatos se rompen se debe encontrar una solución rápida, además el personal que realiza los Potenciales Auditivos no puede dedicarle 2 horas 3 veces por semana porque es un centro de derivación, tiene que avocarse a esa sola tarea para dar respuesta a la alta demanda, si esto no se entiende, la red nunca va a funcionar”. Como otra inquietud que no había aparecido hasta el momento Ana nos plantea: “falta presupuesto para cursos o jornadas de perfeccionamiento, uno no tendría que pagarlo de su bolsillo. Luego también reflexiona: “deberíamos lograr concientizar a los papás de la importancia del seguimiento, porque algunos niños vienen a las primeras etapas del protocolo y cuando logramos confirmarle que escuchan bien se nos pierden y reaparecen a los 2 años o más porque no

hablan -generalmente por las hipoacusias de conducción- entonces se perdió todo un tiempo en que podríamos haberlos ayudado”.

María Valle es la médica fisiatra del Hospital, concurre al Servicio desde el año 2009, pero hace 2 años que está a cargo del consultorio de fisiatría. Sus funciones son la Rehabilitación Infantil y el Seguimiento del neurodesarrollo de los RNR. Con respecto a este grupo de pacientes, los ve por primera vez en la UCIN, ante el pedido del Servicio de Neonatología y luego del alta los cita por consultorio externo, nos dice, “neonatología trabaja bien, deriva en forma temprana, trabaja muy bien”. Refiere que tiene 1 o 2 ingresos por semana ya sea desde la UCIN o niños derivados de Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo, “también me derivan algunos niños desde Fonoaudiología”.

Con respecto a la Red Provincial de Rehabilitación comenta que en la práctica hay muchas dificultades, “no logro que se pueda hacer un buen seguimiento o tratamiento fuera del Hospital Central, en los CS no hay equipos armados, puede ser que en uno haya un kinesiólogo, en otro una fonoaudióloga y muchas veces estos profesionales no están formados en neurodesarrollo. Tengo la familia que acompaña, la gente trabajando en el Hospital pero muchas veces los pacientes no pueden llegar, sobre todo si viven fuera de Rosario. No tengo presente un lugar en este momento en que yo pueda levantar el teléfono y derivar uno de estos pacientes para su tratamiento tanto dentro como fuera de la ciudad”. Nos cuenta que el Servicio de Fisiatría cuenta con 3 kinesiólogos que cubren la demanda de la UCIN, la UTIP, Sala de Pediatría, y consultorio externo; 1 Terapeuta Ocupacional que aparte de niños también ve adultos y Gracia que es psicóloga de neonatología, pero reparte sus horas con el servicio de Fisiatría. Falta una fonoaudióloga pero hay una promesa desde la Dirección para solucionarlo en las próximas semanas. Con el tema de la comunicación con los miembros del equipo de salud en el Hospital Central, refiere que es muy buena, “cuando se trata de comunicarse con CS u Hospitales del interior recibo más llamados de kinesiólogos, fonoaudiólogos o psicólogos que de los pediatras, no hay buena comunicación”.

No ha notado problemas para conseguir la medicación-ellos utilizan relajantes musculares para algunos de sus pacientes- ni tampoco exámenes especiales. Sí nos comenta dificultades a la hora de conseguir equipamiento como sillas de

rueda, ortesis, férulas; o son de mala calidad, no se adecuan a las necesidades del paciente o tardan un año en llegar y no cumplen con la función para la que se solicitaron. “Hay 2 vías para conseguir equipamiento: certificado de discapacidad, pensión por discapacidad, PROFE y luego el pedido se puede realizar en diferentes lugares o si no hay certificado de discapacidad se recurre a la Dirección de Inclusión y ellos se encargan de las sillas de rueda o en el caso de prótesis y ortesis se recurre a Ilar, ellos tienen un equipo que trabaja muy bien pero está saturado”.

Para finalizar, Valle nos cuenta que ve con agrado que los pacientes le sean referenciados cada vez más temprano, repite lo bien que trabaja el Servicio de Neonatología en este aspecto, pero le preocupan sobre todo los pacientes del interior, “los niños se pierden y aparecen luego de un tiempo con secuelas difíciles de revertir, hay una realidad, es muy difícil hacerlos venir de Casilda o Venado Tuerto cada 7 o 15 días a rehabilitación por el tema del transporte o porque la familia está inmersa en otros problemas sociales, económicos... no hay equipos que los puedan rehabilitar cerca de sus domicilios, es una realidad muy dura”.

Según el Director del Hospital Provincial, Doctor Pietro Belletich, el seguimiento del RNR debe transformarse, “hay que incorporar al pediatra de cabecera del CS, hacer un traspaso del niño, pero a su vez conformar un equipo para dar respuestas a las necesidades de ese RNR. Debe haber también un pediatra de la guardia o de la Sala de Internación de Pediatría del Hospital que conozca a ese paciente por si llega a requerir una nueva internación luego de su alta. El pediatra del Hospital debe ser el apoyo matricial del médico del CS y este apoyo matricial debe estar aceitado”. Pietro reconoce que falta esta construcción y que si bien se trabajó para lograr que la Guardia Pediátrica y los pediatras de la internación trabajen en equipo, todavía no se ha logrado. Cuando se le pregunta al Doctor Belletich como resolvería los inconvenientes que los CS y los Hospitales Regionales refieren a la hora de conseguir los turnos con los médicos especialistas nos dice, “el interconsultor debiera agendar a este paciente que tiene que volver a ver en un tiempo determinado y el niño no debería sacar turno”. Se le comenta que dado lo avanzada de nuestras entrevistas sabemos que en algunas especialidades esto puede

lograrse a partir de la incorporación de un segundo profesional como en el caso de neurología, pero que en otras como cardiología o ecografía infantil es más difícil dada la alta demanda y el escaso número de especialistas. Pietro reconoce entonces que no hay creación de cargos nuevos para el Hospital, “después de 5 años pudimos sacar un cargo de otro lado para tener un segundo cardiólogo infantil”, “además son especialistas que cotizan en bolsa, tanto los ecografistas pediátricos como los cardiólogos infantiles” y agrega, “en Salud Pública los recursos son finitos, la población se sigue incrementando y no así los recursos para darle atención a esta población, por eso creo que hay que construir una Red para este grupo de pacientes especiales con los recursos que tenemos disponibles, porque no hay posibilidad de obtener nuevos recursos”.

Refiriéndose a los problemas de transporte, nos comenta que el niño de Rosario que necesita trasladarse y no tiene recursos debe realizar el trámite con trabajo social y se le costea el transporte. Con respecto a los niños del interior nos cuenta que próximamente se inaugurará en el Hospital un alojamiento transitorio-construido con fondos de la Sociedad de Beneficencia de Rosario-para niños con enfermedades oncológicas y ve como una posibilidad que la población de RNR haga uso de estas instalaciones mientras espera la interconsulta con el especialista o el estudio complementario o pueda quedarse hasta el día siguiente para no tener que volver a viajar en caso de tener otros pendientes.

A la Doctora Nora Redondo- Directora Provincial por la Salud de la niñez, la adolescencia y sexual y reproductiva- se la pudo entrevistar vía internet luego de varios intentos de encuentros personales frustrados dada su intensa actividad repartida en toda la provincia, especialmente las ciudades de Santa Fe y Rosario. Nos contestó gran parte de la entrevista por mail y tuvimos la posibilidad de seguir interrogándola por esta misma vía y por medio de comunicaciones telefónicas: “Considero que es importante que exista un seguimiento compartido entre los médicos mas cercanos al domicilio del niño y aquéllos de seguimiento de riesgo. Que es necesario en principio, capacitación y contacto desde el mismo momento en que el RN ingresa a la Sala de neonatología o mejor aún cuando su madre ingresa a la maternidad. Esto sería enriquecedor tanto para el médico terapeuta como para el médico del

primer nivel que va a recibir a ese niño al alta”. Cuando se le preguntó sobre las dificultades en las interconsultas al alta de los RNR nos contestó, “Creo que existen pocos especialistas y mal distribuidos. Por eso la atención integral es casi imposible en cualquier maternidad de la red provincial”. Con respecto al resto del equipo de salud como psicólogos, fonoaudiólogos y estimuladores, consideró también que hay pocos y están mal distribuidos en los distintos niveles de atención. Cuando hablamos de Redes y comunicación entre Niveles de Salud, opinó que hay déficit pero que no se puede generalizar. Conoce la Red Provincial de Rehabilitación y percibe que responde parcialmente a las necesidades del RNR. Con respecto a la Red Provincial de Medicamentos opina que su funcionamiento es adecuado en lo que respecta al RNR. Cuando se la interrogó sobre la Red Provincial de Traslados, aceptó que hay deficiencias, pero hizo hincapié en los esfuerzos que se están realizando sobre todo para mejorar el traslado de los embarazos de riesgo y lograr que cada niño nazca en una Maternidad del nivel de complejidad que responda a sus necesidades. Cuando se le consultó si consideraba que se necesitan cambios respecto a la atención ambulatoria del RNR, respondió: “Sí, creo que el seguimiento más compartido entre pediatra o médico de primer nivel junto al médico de seguimiento de riesgo disminuiría la alta deserción y la morbimortalidad en domicilio. Además lo ideal sería centralizar el seguimiento de alto riesgo en hospitales pediátricos, con consulta en acto único con todos los especialistas y las prácticas diagnósticas en ese mismo momento. Se que hay todavía muchas cosas que faltan pero este año vamos a empezar a trabajar. Uno de los objetivos de la Dirección de Maternidad e Infancia es organizar el seguimiento de este modo. La experiencia del Palivizumab*, del año pasado fue muy buena y eso nos dio mas energías para hacerlo”

* Palivizumab es un anticuerpo monoclonal producido mediante biotecnología recombinante. Está dirigido contra la proteína F de la superficie del VSR (Virus Sincicial Respiratorio), que es la que permite que el virus se fusione con la célula huésped, previene el contagio de infecciones respiratorias bajas causadas por dicho agente (33, 34).

Cuando la Doctora Redondo habla de la experiencia Palivizumab, se refiere a una campaña organizada por el Ministerio de Salud de la Nación que consistió en colocar anticuerpos monoclonales contra el VSR a la población de RN menores a 1500 grs de PN y a niños con DBP y Cardiopatías Congénitas. El fin

fue la prevención de enfermedades respiratorias bajas graves producidas por dicho agente (34). En la ciudad de Rosario se llevó a cabo en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela y contó con la colaboración de referentes de cada UCIN o Consultorio de Seguimiento de las 5 Maternidades Públicas. A los niños además de la colocación del Palivizumab se les realizaba un control pediátrico general, se colocaron vacunas en caso de que estuvieran incompletas y se realizaron interconsultas con especialistas y/o exámenes complementarios todo en única visita al Hospital. La colocación fue de una dosis mensual durante los 3 meses de mayor propagación del VSR y se facilitó a las familias el transporte.

8- CONCLUSIONES:

Durante este tiempo entrevistando a los padres de los RNR y a los miembros del equipo de salud pudimos recoger testimonios muy valiosos para nuestra búsqueda: “conocer el Proceso de Atención Ambulatoria del Recién Nacido de Riesgo...”. No quedan dudas, es un proceso complejo y con diversas aristas. Desde el Hospital Provincial los niños se van referenciados al CS, SAMCo u Hospital Regional con un turno programado para el pediatra de cabecera antes del alta de la UCIN. El RNR toma contacto así con el primer o el segundo nivel de atención pero luego debe ser referido al tercer nivel para realizar exámenes complementarios, interconsultas y tratamientos de rehabilitación. Es en ese punto donde aparecen una serie de dificultades entre las cuales se entrelazan problemas sociales, económicos y de la organización del Sistema de Salud. Desde la Dirección del Hospital se habla de que el modelo a instituir por el Gobierno Provincial sería en un futuro referenciar a los niños al CS con su pediatra de cabecera y contar con un grupo matricial en el Hospital Central conformado por integrantes del Servicio de Pediatría. Este equipo debería conocer a los niños por algún probable reingreso al Hospital, y oficiaría de facilitador ante el pediatra de cabecera. La figura del grupo matricial que aparece en el relato del Doctor Pietro Belletich en este momento estaría conformada por los pediatras neonatólogos del Consultorio de Seguimiento. Según su relato no parece haber solución por parte del Estado para la demora en los turnos- por lo menos inmediata- debido a que como ilustra Pietro el

recurso humano es finito y además no hay posibilidad de crear nuevos cargos por parte de la Provincia. La Doctora Nora Redondo va más allá y habla no sólo de mejorar los lazos entre niveles de atención sino de llevar los Consultorios de Seguimiento del RNR a los Hospitales Pediátricos para centralizar el recurso humano en materia de interconsultores y así resolver los déficits. La ciudad de Rosario cuenta con 2 efectores: el Hospital de Niños Zona Norte y el Víctor J. Vilela dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario respectivamente.

Con respecto al primer nivel de atención, algunos CS parecen estar saturados de pacientes y los médicos remarcan las dificultades sociales y económicas que envuelven a las familias. Agregan que atender a un RNR les demanda un tiempo mayor que otros niños, incluso se les hace complicada la interpretación de la nueva Historia Clínica Neonatal. Están muy conformes con el hecho de que el RNR tenga un neonatólogo de seguimiento en el Servicio de Neonatología del Hospital Central, incluso remarcan que las madres salen entrenadas, saben donde ir y a quien buscar en caso de que se complique el estado de salud de los niños y no encuentren a su referente en el CS. Es lógico que madres que estuvieron semanas internadas junto a sus hijos tengan esta afinidad con el equipo de salud y sepan desenvolverse en un Hospital en donde prácticamente vivieron durante 2 o 3 meses.

En el Hospital San Carlos, segundo nivel de atención, el pediatra y las trabajadoras sociales opinan que no reciben el suficiente apoyo de las autoridades Municipales y realizan un esfuerzo muy grande por tratar de asistir a este grupo de niños en sus necesidades. Impresionan estar muy bien constituidos en sus funciones. Un interrogante que surge es ¿porque Casilda logra organizarse mejor que el resto de los SAMCo y Hospitales dependientes del Hospital Provincial? Este ejemplo de Casilda es referido en varias oportunidades por distintos miembros del equipo de salud entrevistados, ¿son voluntades personales de los equipos o hay lineamientos que involucren a todo el sistema?, ¿porque los RNR de Villa Gobernador Gálvez no reciben en el Hospital Anselmo Gamen la misma atención que los de la ciudad de Casilda, con transporte y equipos de rehabilitación en el Hospital local?

En el caso de los neonatólogos del tercer nivel tienen asignadas múltiples actividades: guardias de terapia intensiva, internación conjunta madre-hijo en la maternidad, Consultorio de Seguimiento y la UCIN aparece en los relatos ocupando la mayor parte de las horas médicas, de enfermería y del resto del equipo.

Mariel, la Jefa de Servicio de Neonatología, refiere no poder consagrar más horas de profesionales y enfermeros al Consultorio de Seguimiento por no conocer la realidad de la población de RNR que asiste. A su vez, Nancy, la Coordinadora, objeta no tener tiempo para realizar un diagnóstico de salud de los niños en seguimiento por estar sobrecargada con múltiples labores.

Aparece un problema organizacional, que no impresiona insalvable.

Desde el equipo de salud, costó encontrar un horario libre para las entrevistas. Notamos muchas veces a los médicos desencantados con su situación actual, superados por el trabajo, expresando que el seguimiento debiera estar más organizado, pero aclarando que se realiza un esfuerzo muy grande para lograr lo mejor para el paciente. Solo una de las pediatras del CS y una neonatóloga tenían un solo empleo al momento de la entrevista, el resto contaba con 2, 3 o más empleos. Esto también merece una reflexión, es indispensable analizar el actual modelo donde los médicos ya sean trabajadores del Estado o de instituciones privadas poseen en un alto porcentaje empleos múltiples. Esto debiera relacionarse no solo con la calidad de la atención sino también con la calidad de vida del trabajador. Aquí se cruzan varios Ministerios Provinciales: Salud, Trabajo, Economía.

Con la idea de adentrarnos en el proceso de atención analizamos la existencia de Redes de Salud para los RNR. Los médicos del primer nivel de atención refieren que las Redes para la atención del RNR no son las ideales. No han tenido problema para derivar al niño al Hospital Central en caso de requerir internación y están conformes con la atención en el Consultorio de Seguimiento. Sin embargo expresan que les resulta fácil comunicarse con los efectores donde realizaron su formación profesional y con miembros del equipo de salud que conocen pero no con el resto. Refieren como constante la dificultad en conseguir turnos para especialistas y estudios complementarios desde el CS.

En el segundo nivel, como es el caso de Casilda, el Servicio de Kinesiología relata no tener contacto fluido con el Hospital central. Tanto el pediatra como la trabajadora social expresan que toda la responsabilidad del trabajo con este grupo de niños recae sobre ellos, no se sienten apoyados por la Municipalidad y si bien pueden comunicarse con el Hospital Central resaltan las grandes dificultades que se les presentan a la hora de conseguir turno para exámenes complementarios o interconsultas en el Hospital Provincial al extremo que si los pacientes están internados en Casilda, el Hospital San Carlos termina abonando las interconsultas en el medio privado de la ciudad en lugar de derivar a los niños al Centro de mayor complejidad perteneciente a la Red. En el tercer nivel también aparecen algunas complicaciones en lo que respecta a las comunicaciones. Como relata Angélica- la enfermera- el Consultorio de Seguimiento funciona a partir del mediodía y los CS en su mayoría por la mañana lo que complica la situación. Algunos de los miembros del equipo de salud del tercer nivel refiere haberse comunicado en más de una oportunidad al CS por un RNR pero haber recibido escasos llamados desde el primer nivel de atención.

Tal vez se sume una cuestión de prejuicios. ¿Por qué cuesta tanto comunicarse con un colega desconocido y resulta tan fácil con quien uno conoce del Hospital donde trabaja o se formó? Algo extremadamente importante sería conseguir que aparezca el tiempo para dialogar entre los distintos niveles de salud, lograr Redes más aceitadas, conciliar un plan de cuidados que esté enfocado hacia el cambio de opiniones y la articulación con los profesionales de los diferentes niveles y disciplinas, abandonar el antiguo modelo de Redes Piramidales y dar paso al de Redes de Complementariedad. Esto podría lograrse si tomáramos consciencia de que todos los eslabones en la cadena de atención son de una importancia relevante y que las falencias de unos pueden ser complementadas por la asistencia de otros y esto es sin duda bidireccional y no piramidal. Este cambio debe hacerse dentro del equipo de salud y con el apoyo e intervención de las autoridades municipales y provinciales.

Continuando con la Red Provincial de Medicamentos, parece funcionar adecuadamente para los RNR en todos los niveles de salud. Los faltantes de

medicamentos y vacunas son solo temporarios. En el caso de tratamientos específicos como los anticonvulsivantes más costosos son muy pocos los pacientes que los necesitan. Todo pareciera indicar que las soluciones podrían llegar aunando voluntades entre el Servicio de Neurología, Auditoría, la Oficina de Compras o los Municipios-ante pacientes del interior-y el Consejo Directivo del Hospital.

Con la Red Provincial de Laboratorios existen algunos inconvenientes. En el primer nivel no se realizan extracciones en niños. El Hospital de Casilda en el nivel 2 cuenta con este servicio. En el tercer nivel, el Consultorio de Seguimiento funciona a partir del mediodía y las extracciones se hacen por la mañana. Hay extraccionistas a la tarde pero sólo para urgencias. Debiera encontrarse la forma de que estos niños puedan hacer sus chequeos de rutina en el horario de Consultorio para que no deban volver otro día o el Seguimiento debería realizarse de mañana cuando el Hospital funciona en su máxima expresión con la mayoría de los interconsultores, las psicólogas, trabajadora social, extraccionistas, fonoaudiólogos. ¿Por qué el Consultorio de Seguimiento se debe adecuar al horario de los obstetras-estos ocupan el espacio físico en la franja horaria de la mañana- hasta el punto que los niños son revisados sobre una camilla obstétrica?

En el caso de exámenes especiales que no se realizan en el Provincial como los Potenciales Evocados Auditivos de Tronco (PEAT), fue nombrado el CEMAR como Centro Provincial de Audición, pero en este momento según los testimonios recogidos no está absorbiendo la demanda de toda la región. La Red está armada, todos los niños deben atenderse en el CEMAR para realizar los PEAT pero en la práctica los turnos se demoran y los diagnósticos se retrasan. Se observa una intención de solución a los problemas que aún no está dando las respuestas esperadas por el equipo de salud.

Con respecto al traslado de estos pacientes al Hospital Central para interconsultas o estudios, luego de las entrevistas queda claro que la Red Provincial de Emergencia y Traslado no asiste en la movilidad a los RNR. Los niños se movilizan con recursos propios o con vehículos de las Municipalidades. A estos últimos hay que sumarle la dificultad para conseguir

los móviles y el hecho de que se trasladen varios pacientes en un mismo vehículo lo que ocasiona demoras e incomodidad.

La Red Provincial de Rehabilitación es desconocida por la totalidad de los padres y por la mayoría de los miembros del equipo de salud. Los que dicen conocerla hacen alusión a su escaso funcionamiento en la práctica para los RNR. La fisiatra del Hospital Central, refiere no contar con otra institución en este momento para realizar un tratamiento a largo plazo de un RNR. Reconoce que puede haber profesionales aislados trabajando pero no en equipo y que muchos de ellos no están formados para rehabilitar a estos niños. Esto conlleva que ante cualquier licencia por enfermedad o vacaciones, el equipo del Provincial quede desmembrado y los tratamientos se vean interrumpidos. A su vez Casilda cuenta con kinesiólogos y fonoaudiólogos pero no con médico fisiatra. Tampoco existe relación fluida entre el equipo de Casilda y el del Hospital Provincial. No parecen existir equipos de rehabilitación en el primer nivel de atención dependiente de la Provincia de Santa Fe. Se deberían recordar algunas expresiones del equipo de salud como: “la estimulación temprana nunca es temprana para los RNR” y “los niños discontinúan el tratamiento por diversas causas y cuando retoman algunas secuelas son irreparables”.

Otra herramienta importante en toda Red y que parece faltar aquí es la capacitación continua y el perfeccionamiento que debería ser aportado por el Estado Provincial ante una problemática tan compleja como la del niño que es dado de alta de la UCIN.

Cuando abordamos el proceso de atención del RNR desde el punto de vista de las familias encontramos muchísimas y diversas dificultades. Embarazos sin controles, madres adolescentes, madres solas, familias numerosas, viviendas precarias, estudios primarios o secundarios incompletos, situación laboral inestable, son características que se repiten en la mayoría de las familias entrevistadas. Conocimos a Mariela, madre soltera que vive con Brisa de 920 grs de PN, su madre y hermanos en un campamento de ladrillos en una vivienda precaria de zona rural y sin agua potable. También entrevistamos a

Micaela que con 15 años se convirtió en madre de gemelas de 1000 grs, a Juliana con 19 años, madre de Santino, que nació de 29 semanas de un embarazo sin controles y a su vez es mamá de Valentina de un año y medio, con malformaciones múltiples del Aparato Urogenital, varias reinternaciones y cirugías pendientes. Escuchamos a Antonella, también de 15 años, madre de Jazmín de 1450 grs de PN y a Romina, la mamá de Alejo que nació de 27 semanas y 1030 grs muy comprometida con el tratamiento de su hijo en seguimiento, perturbada por las continuas recaídas respiratorias de Alejo y por su cirugía de hernia inguinal, tan frecuente en estos niños prematuros, de “baja complejidad” para los médicos, pero tan estresante para los padres de un RNR. Los reclamos de todos se escuchan lógicos, “una tráfico o un colectivito para llegar”, facilidad para conseguir turnos, “que en el CS me hagan esperar pero que me atiendan porque el nene no puede respirar”, mejoras en la casa para alojar al niño que llega luego de un largo periodo de internación en la UCIN y pensamos ¿puede ser tan complicado cambiar esta realidad? Como dice Nancy, “las familias tienen cada vez más problemas de índole social o económico y van a desertar cada vez más al seguimiento”. Sin duda hay una compleja situación socioeconómica en Argentina que no vamos a analizar pero cruza indefectiblemente la trama que estamos investigando.

La mayoría de estas familias no tienen vivienda propia. Los padres de los RNR siguen articulados o anexados a sus progenitores, construyen habitaciones en los patios o alrededores de la vivienda principal o edifican en zonas de asentamientos precarios, algunos sin agua potable y otros “enganchados” al servicio de energía eléctrica. Hallamos también casos de padres desocupados o con empleos inestables.

Las familias están muy conformes con la atención en el Hospital Provincial y en general también con la del CS y el resto de los efectores, pero tienen además otras urgencias y prioridades. Sin duda se requiere un estudio de situación de este grupo de familias que están inmersas en igual contexto que un sinnúmero de otras familias pero con el agregado que tienen en su seno un RNR.

Las preguntas que surgen después de hablar con los padres son, ¿Quién debería ocuparse de salvar estos obstáculos?, ¿el equipo de salud?, ¿las autoridades del Ministerio de Salud?, ¿otros Ministerios? Podemos nombrar luego de escuchar los testimonios de estas familias a Desarrollo Social;

Trabajo; Hábitat y Vivienda; Obras, Aguas y Servicios, Educación. Sin dudas son problemáticas que no solo involucran al Ministerio de Salud.

Como nos ilustró Gladis, los médicos priorizan los turnos para los exámenes complementarios y los interconsultores pero las familias tienen otras prioridades: “una casa digna para el niño que llega, el transporte...”

¿Estas madres niñas habrán recibido educación sexual en sus escuelas?, ¿la educación sexual como elemento insertado y afirmado en las escuelas podría disminuir los embarazos adolescentes y los embarazos no deseados?, podríamos analizarlo largamente y debiéramos sin duda incluir al Ministerio de Educación en el análisis.

Escuchamos a muchos miembros del equipo de salud reclamando un Programa de Seguimiento del RNR donde el equipo de neonatólogos pediatras que los atendió en la UCIN haga de nexo en el Hospital Provincial para exámenes complementarios, internaciones, interconsultas y esté en permanente comunicación con el médico del CS. A esto habría que sumarle capacitación continua del personal de salud inserto en el programa, estructura edilicia acorde, horas médicas y del resto del equipo destinada a estos RNR, la coordinación y el apoyo del Estado Provincial.

El Director del Hospital Provincial, Pietro Belletich propone un sistema matricial donde un equipo de pediatras del Hospital Central oficie de nexo con el médico de cabecera del CS. La Doctora Redondo sugiere trasladar el seguimiento a Hospitales Pediátricos que cuenten con todos los interconsultores y la posibilidad de exámenes complementarios para agilizar la atención del RNR. Martín, pediatra de Casilda, menciona la posibilidad de organizar para estos niños el Hospital de Día - internación transitoria de algunas horas, lapso en el cual se realizan los estudios complementarios y las diferentes interconsultas pendientes en una única visita- y un Sistema de Internación Domiciliaria como los que existen la Municipalidad de Rosario (ambos servicios tienen como epicentro el Hospital de Niños Víctor J. Vilela).

El Ministerio de Salud de la Nación a través de la Guía de Seguimiento para los RNR en su tercera edición del año 2005, exhorta a todas las Provincias a crear Programas de Seguimiento para estos niños. El mismo Ministerio por medio de la Resolución N° 1087/2010 ratifica que toda UCIN de categoría 3 B debe

contar con Consultorio de Seguimiento para los RNR que responda a las normas vigentes.

Desde hace aproximadamente 3 años UNICEF junto a un grupo de profesionales toma el tema del RNR, trata de instalarlo en la opinión pública a través de los medios de comunicación y refuerza los conocimientos ya existentes en el equipo de salud por medio de talleres y cursos presenciales o vía internet sobre Seguimiento del RNR.

El SIBEN, también proclama el Seguimiento de los RNR a quienes considera Niños con Necesidades Especiales.

En Inglaterra, el Sistema de Salud brinda apoyo económico para el Seguimiento Universal de estos niños hasta por lo menos los 2 años de vida. En Chile, a partir del año 2000, todos los sobrevivientes con peso al nacer menor a 1500 g ingresan a un banco de datos del Ministerio de Salud y se organiza el Seguimiento acorde a sus necesidades y con el apoyo del Estado Nacional.

Todos los entrevistados reconocen el esfuerzo que realiza el equipo de salud, los padres están muy conformes con la atención recibida en el Hospital Central y en general también en el resto de los efectores. Luego de escuchar los testimonios surgen reclamos de mejoras desde las familias y también desde el equipo de salud. A nuestro entender las mejoras debieran partir del trabajo en conjunto de varios Ministerios. ¿Cuál sería la mejor forma de hacer seguimiento?, ¿con Programas Provinciales, Hospital de Día, traslado del seguimiento a Hospitales Pediátricos? Sin duda, se necesita un cambio o reestructuración, todo el equipo de salud lo reclama y creemos que la forma más adecuada de seguimiento debería surgir de un estudio profundo de la población, sin olvidar que no está involucrada sólo la ciudad de Rosario sino también localidades más alejadas como Casilda, Arroyo Seco, Villa Constitución y que las dificultades aumentan con la distancia al Hospital Central. Los reclamos de las familias son lógicos, deben ser escuchados y salvados antes del alta del RNR para evitar aumentar los riesgos que de por sí ya son elevados en estos niños por su condición clínica. El equipo de salud si bien por momentos se nota apesadumbrado o agotado, se observa también con un compromiso enorme para con esta población. Tal vez una

reestructuración del Seguimiento del RNR inyecte nueva energía para continuar luchando por estos niños, grandes batalladores desde el primer minuto de sus vidas.

Parfraseando a la estimada Alicia Benítez, Jefa de Unidad 2 de Neonatología, Maternidad R. Sardá de la ciudad de Buenos Aires y Miembro del Grupo NO ROP de Argentina:

- “Una vez que los cohetes están arriba Señor ¿quién cuida donde descienden?”

-“Eso no le corresponde a mi departamento...” Werner Von Braun, ingeniero aeroespacial alemán nacionalizado estadounidense y miembro de la NASA. Este diálogo fue escogido por la Doctora Benítez para referenciar que todo el esfuerzo humano y económico realizado durante el tiempo de internación en la UCIN amerita continuar con cuidados especiales y de similar calidad para los RNR luego del alta.

Si como dice el profesor Neil Marlow del Reino Unido, el costo de un día de terapia de estos niños paga el seguimiento al alta durante 2 años, no se concibe que no se logre optimizar el seguimiento.

Para finalizar, la necesidad de transformación es tangible. La elección del modelo de seguimiento adecuado para nuestra población en estudio debería realizarse teniendo en cuenta las virtudes, carencias y ponencias de las familias y todo el equipo de salud involucrado.

Es imprescindible que entre todos los actores cuiden donde descienden nuestros “pequeños cohetes” para que en el futuro tengan la posibilidad de ser ellos mismos los que decidan hacia donde despegar.

Será necesario el apoyo político y económico del Estado Provincial, el cual sobre seguro estará tan interesado en el bienestar de estos niños como la familia y el equipo de salud que los acompaña en su batalla de todos los días, en la lucha cotidiana de familia y equipo por conseguir para estos niños en riesgo el tan mentado derecho a la salud.

9- **BIBLIOGRAFIA:**

- 1- Boccaccio C, Lomuto C, Mariani M, Miravet M, Rodriguez D, Organización de un Programa de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo, Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, 2005, 3era Edición.
- 2- Borsotti, C., Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas, Segunda Edición, Buenos Aires, 2009.
- 3- Samaja, J., Proceso, Diseño y Proyecto en investigación Científica, Primera Edición, Buenos Aires, 2004.
- 4- Benítez A., Curso de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo, Sociedad Argentina de Pediatría, 2010.
- 5- Estadísticas vitales 2008, Dirección General de Estadística, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.
- 6- The Cost of Preterm Birth Throughout Childhood in England and Wales. Mangham L, Doyle L, Draper E, Marlow N. National Perinatal Epidemiology Unit and Health Economics Research Centre, University of Oxford, Oxford, England, Pediatrics 2009;123:e312–e327.
- 7- www.santafe.gob.ar. Ministerio de Salud.
- 8- Ley 153, Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Boletín Oficial Ciudad de Buenos Aires, 2001.
- 9- Sonis, A.: Medicina Sanitaria y Administración de Salud; Tomo II: Atención de la Salud, 4a. Edición, 1990.
- 10- Rovere, M, “Redes en Salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad”, 2da Edición, 2006.
- 11- Resolución 282/1994, Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales con Internación, Dirección de calidad de los

Servicios de Salud, Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, Ministerio de Salud de la Nación.

12- Resolución 348/2003, Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad, Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, Ministerio de Salud de la Nación.

13- Resolución número 1087/2010 Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales, Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, Ministerio de Salud de la Nación.

14- Tapia, J. L.; Ventura Juncá, P., Manual de Neonatología, 1995, Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile.

15- Grupo de seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo SeguiSIBEN, Guía para el Seguimiento de los tres primeros años de RN Prematuros de Muy Bajo Peso al Nacer, Sociedad Iberoamericana de Neonatología.

16- Hess JH. Experiences gained in a thirty year study of prematurely born infants. Pediatrics 1953; 11: 425.

17- Lubchenco LO, Horner FA, Reed LH, et al. Evaluation of premature infants of low birthweights at ten years of age, A m J Dis Child 1963; 106: 101.

18- Kinsoy VE., Retrolental fibroplasia: cooperative study of retrolentalfibroplasia and the use of oxigen. Arch. Ophtalmol 1956; 56: 481.

19- Vohr B. R., Programas de control longitudinal de recién nacidos en el nuevo milenio. Pediatrics in Review 2003; vol. 24 n°6: 225.

20- Hübner G, Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro, Rev. Méd. Chile 2002; v. 130, n° 8.

21- Raspal F., La patología neonatal como causa de discapacidad y problemas crónicos de salud, SCIAS- Hospital Barcelona, grupo asistencia, www.fundacionespriu.coop.

- 22- Johnson S., Marlow N., Neurodevelopmental Disability Through 11 years of age in Children Born Before 26 weeks of Gestation, *Pediatrics* 2009; vol. 124 n° 2: 249.
- 23- Grupo colaborativo multicéntrico, Retinopatía del prematuro en Servicios de Neonatología de Argentina, *Archivos Argentinos de Pediatría* 2006; v. 104 n.1. Bs. As.
- 24- Bouzas L, Bauer G, Novali L, Dilger A, Galina L, Falbo J, Díaz González L, Manzitti J, Sola A, La retinopatía del prematuro en el siglo XXI en un país en desarrollo: una urgencia que debe ser resuelta, *Anales de Pediatría*. Barcelona 2007; 66:551.
- 25- Cattaino A, Cravedi V, Mariani M, Oreiro V, Rodríguez D, Sepúlveda T, Scaramutti M, Crecimiento y Desarrollo de Recién Nacidos Prematuros, menores de 1.500 gramos al Nacer, a los 3 años de vida. *Novenas Jornadas Nacionales de Neonatología, Sextas Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo*, Bs. As., 2008.
- 26- Morgués M, Henríquez T, Tohá D, Vernal P, Sobrevida del niño menor de 1500 g en Chile, *Comisión Nacional de Seguimiento del Prematuro*. Ministerio de Salud de Chile. *Rev. Chil. Obstet Ginecol*, 2002, 67 (2): 100-105.
- 27- Estandarización de Procesos Asistenciales, *Calidad en la Gestión Clínica*, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2007.
- 28- Álvarez Balandra, A. *El estudio de caso: una estrategia ideal para realizar investigación de procesos de integración educativa*. Universidad Pedagógica Nacional, México, 2010.
- 29- Stake, R, *Investigación con estudio de casos*, 2da edición, Ediciones Morata, S.L., 1999, Madrid.
- 30- Blasco Hernández, T., Otero García, L., *Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista*, *Nure investigación*, n° 33, Madrid, 2008.

- 31- Nelson, W, Tratado de Pediatría, 14 a Edición en español, 1992.
- 32- Iriundo A, Capitaine Funes M, “Estudio descriptivo sobre la detección temprana de Trastornos del Lenguaje en niños de 19 a 36 meses, con antecedentes de riesgo biológico”, Servicio de Fonoaudiología del Hospital Provincial de Rosario. Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, UNR. 2010. Anexo IV.
- 33- Members of the Impact-RSV Study Group. American Academy of Pediatrics. Prevention of respiratory syncytial virus infections: Indications for the use of Palivizumab and update on the use of RSV-IGIV. Ped. 1998, Vol 102, N°5:1211-1215.
- 34- Goldsmith J., Karotkin E, Ventilación Asistida Neonatal, 1era Edición en Español de Assisted Ventilation of the Neonate, Fourth Edition. Editorial Guadalupe Ltda, Bogotá, Colombia, 2006.

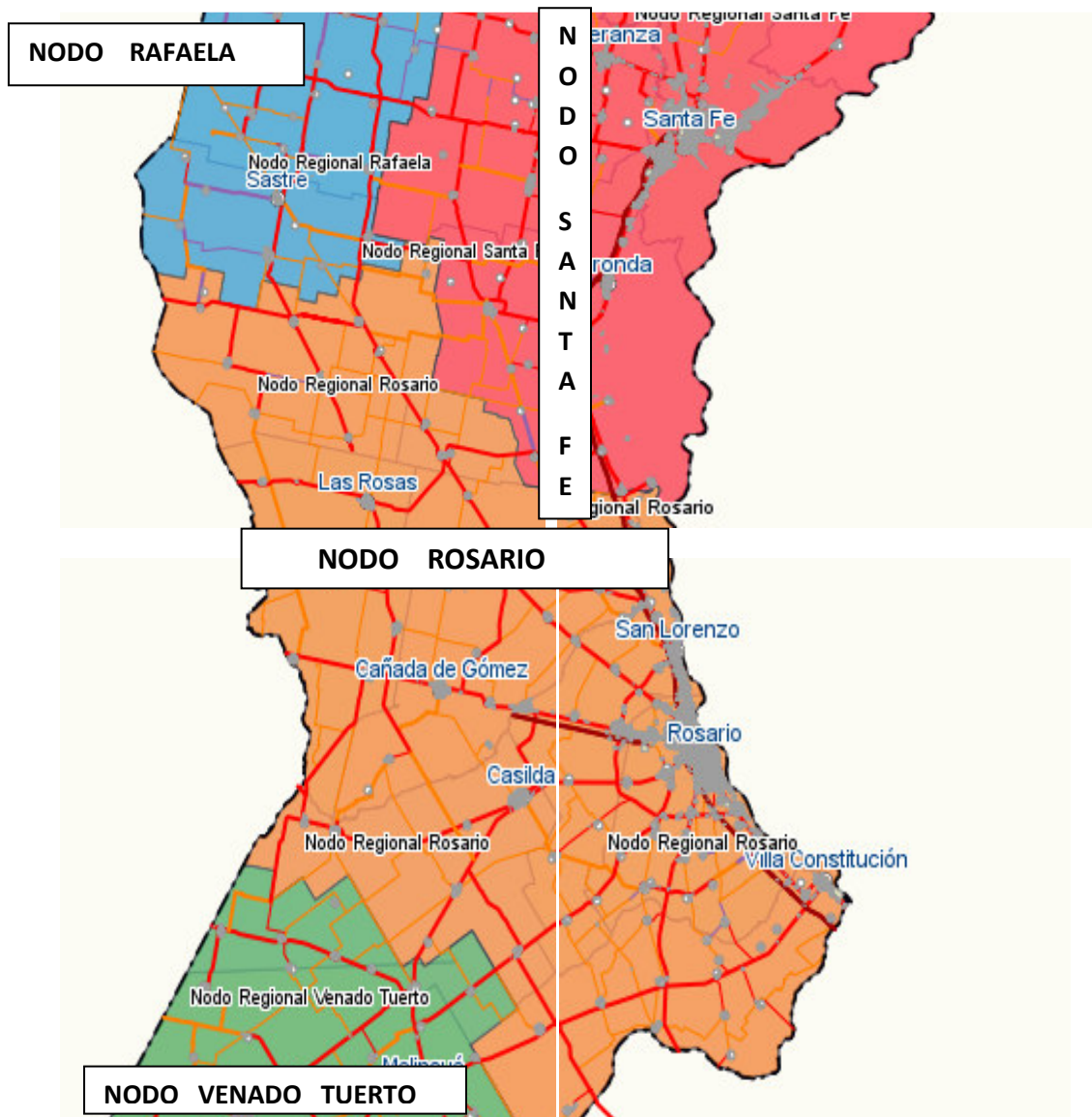
10- ANEXOS:

ANEXO I

**EFFECTORES DE SALUD DEL NODO ROSARIO POR DEPARTAMENTOS y
EFFECTORES MUNICIPALES POR DISTRITO**

EFFECTORES DE SALUD DEL NODO ROSARIO POR DEPARTAMENTOS

EFFECTORES PROVINCIALES Y MUNICIPALES



EFFECTORES DE SALUD DEL NODO ROSARIO POR DEPARTAMENTOS

EFFECTORES PROVINCIALES Y MUNICIPALES

DEPARTAMENTO IRIONDO: Localidad, nombre del establecimiento, nivel de complejidad y régimen jurídico.

- CAÑADA DE GOMEZ, CENTRO DE SALUD 25 DE MAYO, NII, Provincial
- CAÑADA DE GOMEZ, CENTRO DE SALUD BARRIO MERCANTIL, NII, Provincial
- CAÑADA DE GOMEZ, CENTRO DE SALUD BARRIO PARQUE, NII, Provincial
- CAÑADA DE GOMEZ, CENTRO DE SALUD FONAVI-BO.E.LOPEZ, NII, Provincial
- CAÑADA DE GOMEZ, CENTRO DE SALUD VICTOR ROSSI, NII, Provincial
- CAÑADA DE GOMEZ, HOSPITAL SAN JOSE, NVI, Descentralizado
- ANDINO, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- BUSTINZA, SAMCo, NII, SAMCo
- CLARKE-CARRIZALES, CLARKE-CARRIZALES, CENTRO DE SALUD, NII, SAMCo
- CLASON, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- CORREA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- LUCIO V LOPEZ, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- OLIVEROS, CENTRO DE SALUD LA RIVERA, N II, Dependiente de SAMCo.
- OLIVEROS, CENTRO DE SALUD, NII, Dependiente de SAMCo.
- OLIVEROS, COLONIA PSIQUIATRICA DR. ABELARDO FREYRE, NI, Descentralizado.
- SALTO GRANDE, SAMCO SALTO GRANDE, N III, SAMCo.
- TOTORAS, SAMCO TOTORAS, N III, SAMCo.
- VILLA ELOISA SAMCO VILLA ELOISA N III SAMCo
- SERODINO, CENTRO DE SALUD. N II SAMCo.

DEPARTAMENTO CASEROS: Localidad, nombre del establecimiento, nivel de complejidad y régimen jurídico.

- CASILDA, HOSPITAL SAN CARLOS, N IV, Descentralizado.
- CASILDA, CENTRO DE SALUD ALBERDI, N II, Municipal.
- CASILDA, CENTRO DE SALUD BARRIO BARRACAS, NII, Municipal
- CASILDA, CENTRO DE SALUD GRANADEROS A CABALLO, N II, Municipal
- CASILDA, CENTRO DE SALUD NUEVA ROMA, N II, Municipal.
- LOS MOLINOS, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.

- AREQUITO, SAMCo AREQUITO, N III, SAMCo.
- ARTEAGA, SAMCo ARTEAGA, N II, SAMCo.
- BERABEVU, SAMCo BERABEVU, N III, SAMCo.
- BIGAND, SAMCo BIGAND, N III, SAMCo.
- CHABAS, SAMCo MARIA EVA DE PERON, N III, SAMCo.
- SAN JOSE DE LA ESQUINA, HOSPITAL, N III, SAMCo.
- SANFORD, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.

DEPARTAMENTO CONSTITUCION: Localidad, nombre del establecimiento, nivel de complejidad y régimen jurídico.

- CAÑADA RICA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- VILLA CONSTITUCION, CENTRO DE SALUD 17 DE OCTUBRE, N I, Municipal
- VILLA CONSTITUCION, CENTRO DE SALUD BARRIO TROILO, N I, Municipal
- PAVON, CENTRO DE SALUD DISPENSARIO BARRIO MITRE, N I, Comunal
- VILLA CONSTITUCION, CENTRO DE SALUD EVA PERON, N I, Municipal
- VILLA CONSTITUCION, CENTRO DE SALUD LUZURIAGA, N I, Comunal
- VILLA CONSTITUCION, CENTRO INTEGRADOR COMUNITARIO VILLA CONSTITUCION, N I, Provincial
- CEPEDA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo
- EMPALME VILLA CONSTITUCION, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- GENERAL GELLY, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- GODOY, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- JUNCAL, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- PAVON ARRIBA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- PAVON, CENTRO DE SALUD, N II, Provincial
- RUEDA, CENTRO DE SALUD MIGUEL RUEDA, N II, SAMCo.
- ALCORTA, SAMCO ALCORTA, N III, SAMCo.
- JUAN B MOLINA, SAMCO JUAN B. MOLINA, N III, SAMCo.
- MAXIMO PAZ, SAMCO MAXIMO PAZ, N III, SAMCo.
- SANTA TERESA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- SARGENTO CABRAL, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- THEOBALD, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.

- PEYRANO, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- VILLA CONSTITUCION, CENTRO DE SALUD BARRIO RAVIOLO- DR.SAN MIGUEL, SAMCo.
- VILLA CONSTITUCION, DISPENSARIO BRISAS DEL PARANA - BRIO. UNION, Dependiente de SAMCo.
- VILLA CONSTITUCION, SERVICIO PARA LA ATENCION MEDICA DR. JUAN ESTEBAN MILICH, N VI, SAMCo.

DEPARTAMENTO SAN MARTIN: Localidad, nombre del establecimiento, nivel de complejidad y régimen jurídico.

- CASAS, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo
- CAÑADA ROSQUIN, CENTRO DE SALUD PEDRO MANASSERI, N II, Comunal.
- COLONIA CASTELAR, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- CRESPI, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- EL TREBOL, CENTRO DE SALUD FERNANDO DEGANO, No definido
- LANDETA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- LAS BANDURRIAS, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- LAS PETACAS, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- LOS CARDOS, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- CAÑADA ROSQUIN, SAMCo CAÑADA ROSQUIN, N III, SAMCo
- CARLOS PELLEGRINI, SAMCo CARLOS PELLEGRINI, N IV, SAMCo
- COLONIA BELGRANO, SAMCo COLONIA BELGRANO, N II, SAMCo.
- EL TREBOL, SAMCo EL TREBOL, N IV, SAMCo.
- MARIA SUSANA, SAMCo MARIA SUSANA, N III, SAMCo
- PIAMONTE, SAMCo PIAMONTE, N III, SAMCo.
- SAN JORGE, SAMCo SAN JORGE, N IV, SAMCo.
- SAN MARTIN DE LAS ESCOBAS, SAMCo SAN MARTIN DE LAS ESCOBAS, N III, SAMCo.
- SASTRE, SAMCO SASTRE, N III, SAMCo.
- SAN JORGE, CENTRO DE SALUD RAMON CARRILLO, N II, Dependiente de SAMCo
- TRAILL, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.

DEPARTAMENTO BELGRANO: Localidad, nombre del establecimiento, nivel de complejidad y régimen jurídico.

- LAS PAREJAS, CENTRO DE SALUD BELGRANO, Municipal
- LAS PAREJAS, CENTRO DE SALUD LOS UCLES, Municipal
- LAS PAREJAS, CENTRO DE SALUD SALBOR, Municipal
- LAS PAREJAS, SAMCo LAS PAREJAS, N III, SAMCo.
- LAS ROSAS, SAMCo LAS ROSAS, N IV, SAMCo
- ARMSTRONG, SAMCo ARMSTRONG, N IV, SAMCo.
- BOUQUET, SAMCo BOUQUET, N III, SAMCo.
- MONTES DE OCA, SAMCo MONTES DE OCA, N III, SAMCo.
- TORTUGAS, SAMCo TORTUGAS, N II, SAMCo.

DEPARTAMENTO SAN JERONIMO: Localidad, nombre del establecimiento, nivel de complejidad y régimen jurídico.

- CENTENO, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo
- MACIEL, CENTRO DE SALUD EVA PERON, N II, Comunal
- MACIEL, SAMCO MACIEL, N III, SAMCo
- PUERTO GABOTO, SAMCO PUERTO GABOTO, N II, SAMCo.
- SAN GENARO NORTE, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- SAN GENARO SUR, CENTRO DE SALUD, N III, SAMCo.

DEPARTAMENTO SAN LORENZO: Localidad, nombre del establecimiento, nivel de complejidad y régimen jurídico.

- ALDAO, CENTRO DE SALUD, N II, Provincial
- CAPITAN BERMUDEZ, CENTRO DE SALUD ESCUELA 223, Dependiente de SAMCo.
- CAPITAN BERMUDEZ, CENTRO COMUNITARIO INTEGRADOR, N I
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD 1 DE JULIO, Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD 2 DE ABRIL, Municipal

- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD B NORTE - SAN FRANCISCO DE ASIS, Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD BARIO LEANDRO N ALEM, Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD BARRIO 3 DE FEBRERO, Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD BARRIO CAPITAN BERMUDEZ , Municipal
- CAPITAN BERMUDEZ, CENTRO DE SALUD BARRIO COPELLO, Comunal
- PUERTO SAN MARTIN, CENTRO DE SALUD BARRIO FATIMA, Comunal
- CAPITAN BERMUDEZ , CENTRO DE SALUD BARRIO LA POSTA, Comunal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD BARRIO LAS QUINTAS, Municipal
- CARCARAÑA, CENTRO DE SALUD BARRIO LOS PINOS, N II, Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD BARTOLOME MITRE, Municipal
- ROLDAN, CENTRO DE SALUD BEAUDRIX, Comunal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD BOUCHARD - LUIS LELOIR, Municipal
- PUERTO SAN MARTIN, CENTRO DE SALUD CATALINA SALOMON, Comunal
- CAPITAN BERMUDEZ, CENTRO DE SALUD DON SEGUNDO PILLADO, Comunal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD FONAVI OESTE-FONAVI SUPE-SGDO.CORAZON,
Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD JOSE HERNANDEZ , MUNICIPAL
- CAPITAN BERMUDEZ, CENTRO DE SALUD LUIS CRISTALLINI, Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD MARIANO MORENO, Municipal
- PUERTO SAN MARTIN, CENTRO DE SALUD N. SRA. DE FATIMA, Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD REMEDIOS DE ESCALADA DE SAN MARTIN,
Municipal
- CAPITAN BERMUDEZ , CENTRO DE SALUD ROMULO ZAVALLA, Comunal
- PUERTO SAN MARTIN, CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIAN, Comunal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD VILLA FELISA, Municipal
- ROLDAN, CENTRO DE SALUD VILLA FLORES, Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO DE SALUD VIRGEN DE ITATI, Municipal
- SAN LORENZO, CENTRO INTEGRADOR COMUNITARIO SAN LORENZO, Provincial
- CORONEL ARNOLD, CENTRO DE SALUD CORONEL ARNOLD, N II, SAMCo.
- FUENTES, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- LUIS PALACIOS-LA SALADA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- PUERTO SAN MARTIN, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- PUJATO, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- RICARDONE, CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, N II, Provincial

- CARCARAÑA, SAMCO CARLOS GOITIA, N III, SAMCo.
- CAPITAN BERMUDEZ, SAMCO DR. R. BARRIONUEVO, N III, SAMCo.
- FRAY LUIS BELTRAN, SAMCO FRAY LUIS BELTRAN, N II, SAMCo.
- ROLDAN, SAMCO ROLDAN, N III, SAMCo.
- SAN JERONIMO SUD, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- SAN LORENZO, HOSPITAL GRANADEROS A CABALLO, N VI, SAMCo.
- JESUS MARIA-TIMBUES, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- VILLA MUGUETA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.

DEPARTAMENTO ROSARIO: Localidad, nombre del establecimiento, nivel de complejidad y régimen jurídico.

- ALBARELLOS, CENTRO DE SALUD, NI, SAMCo.
- ALVEAR, CENTRO DE SALUD ISABEL D. MALEANDI, N 0 Dep. de SAMCo.
- ARMINDA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- ARROYO SECO, CENTRO DE SALUD RAMON CARRILLO, Municipal.
- ARROYO SECO, SAMCO GENERAL SAN MARTIN, N III, SAMCo.
- PIÑERO, CENTRO DE SALUD, N 0, Comunal
- FIGHIERA, CENTRO DE SALUD COSTA PARANA, Comunal.
- FIGHIERA, CENTRO DE SALUD, N I, Provincial
- FUNES, CENTRO DE SALUD DR BERNARDO HOUSSAY, Municipal
- FUNES, CENTRO DE SALUD DR ESTEBAN LAUREANO MARADONA, Municipal
- FUNES, CENTRO DE SALUD DR. ABEL E. FAUST, Municipal.
- FUNES, CENTRO DE SALUD EVA PERON, Dep. de SAMCo.
- SOLDINI, CENTRO DE SALUD SOLDINI, Municipal
- URANGA, CENTRO DE SALUD URANGA, Comunal
- CORONEL BOGADO, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- CORONEL DOMINGUEZ, CENTRO DE SALUD, N I, Provincial
- GRANADERO BAIGORRIA, CENTRO DE SALUD SANTA RITA, N II, Provincial
- GRANADERO BAIGORRIA, CENTRO DE SALUD N.18 S.FERNANDO, N II, Provincial
- GRANADERO BAIGORRIA, CENTRO DE SALUD NRO 23 SAN MIGUEL, N II, Provincial
- GRANADERO BAIGORRIA, CENTRO DE SALUD NRO 7 REMANSO VALERIO, N II, Provincial

- GRANADERO BAIGORRIA, HOSPITAL EVA PERON, N VIII, Descentralizado.
- GENERAL LAGOS, CENTRO DE SALUD, N I, SAMCo
- IBARLUCEA, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- PEREZ, CENTRO DE SALUD NRO.21 GABIN 9, N II, Provincial.
- PEREZ, CENTRO DE SALUD DR. ROQUE PEREZ- EL GURI, Municipal.
- PUEBLO ESTHER, CENTRO DE SALUD, N I, SAMCo.
- PUEBLO MUÑOZ, CENTRO DE SALUD, N II, SAMCo.
- PUEBLO NUEVO, CENTRO DE SALUD NRO.11, N II, Provincial
- ALVEAR, CENTRO DE SALUD CASIANO CASAS, Comunal
- ALVAREZ, SAMCo ALVAREZ, N III, SAMCo.
- ACEBAL, SAMCo ACEBAL, N III, SAMCo.
- VILLA AMELIA, SAMCo VILLA AMELIA, N III, SAMCo.
- ZAVALLA, SAMCo ZAVALLA, N II, SAMCo.

- **CIUDAD DE VILLA GOBERNADOR GALVEZ:**
 - CENTRO DE SALUD PUEBLO NUEVO
 - C.I.C. ITATI
 - C.I.C 20 DE JUNIO
 - CENTRO DE SALUD 17 DE OCTUBRE
 - CENTRO DE SALUD SAN ENRIQUE
 - CENTRO DE SALUD SAN MARTIN
 - CENTRO DE SALUD TALLERES
 - CENTRO DE SALUD MORTELARI
 - CENTRO DE SALUD POSTA EL TRIANGULO
 - CENTRO DE SALUD MARIA AUXILIADORA
 - CENTRO DE SALUD EVITA
 - CENTRO DE SALUD NIÑO JESUS
 - HOSPITAL “DR. ANSELMO GAMEN”, N III.

- **CIUDAD DE ROSARIO:**
EFFECTORES PROVINCIALES.

SUBREGION CIUDAD ROSARIO OESTE:

- CENTRO DE SALUD SAN FRANCISQUITO
- CENTRO DE SALUD FONAVI OESTE ROUILLON
- CENTRO DE SALUD CHE GUEVARA
- CENTRO DE SALUD AVELLANEDA OESTE
- CENTRO DE SALUD ABORIGENES ARGENTINOS

SUBREGIÓN CIUDAD ROSARIO SUDOESTE:

- CENTRO DE SALUD PEDRO FIORINA
- CENTRO DE SALUD LAS FLORES
- CENTRO DE SALUD GONZALEZ LOZA
- CENTRO DE SALUD FONAVI
- CENTRO DE SALUD SARGENTO CABRAL (PUENTE GALLEGOS)

SUBREGIÓN CIUDAD ROSARIO SUR:

- CENTRO DE SALUD ARAOZ DE LA MADRID
- CENTRO DE SALUD BARRIO POLICIAL
- CENTRO DE SALUD EVA PERON
- CENTRO DE SALUD VILLA MANUELITA
- CENTRO DE SALUD VILLA CORRIENTES
- CENTRO DE SALUD GARCIA PIATTI
- CENTRO DE SALUD SINDICATO DE LA CARNE
- CEAC
- HOSPITAL GERIATRICO ROSARIO

SUBREGION CIUDAD ROSARIO CENTRO:

- HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, N IX

- HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO, N VIII
- CENTRO REGIONAL SALUD MENTAL “AGUDO AVILA”

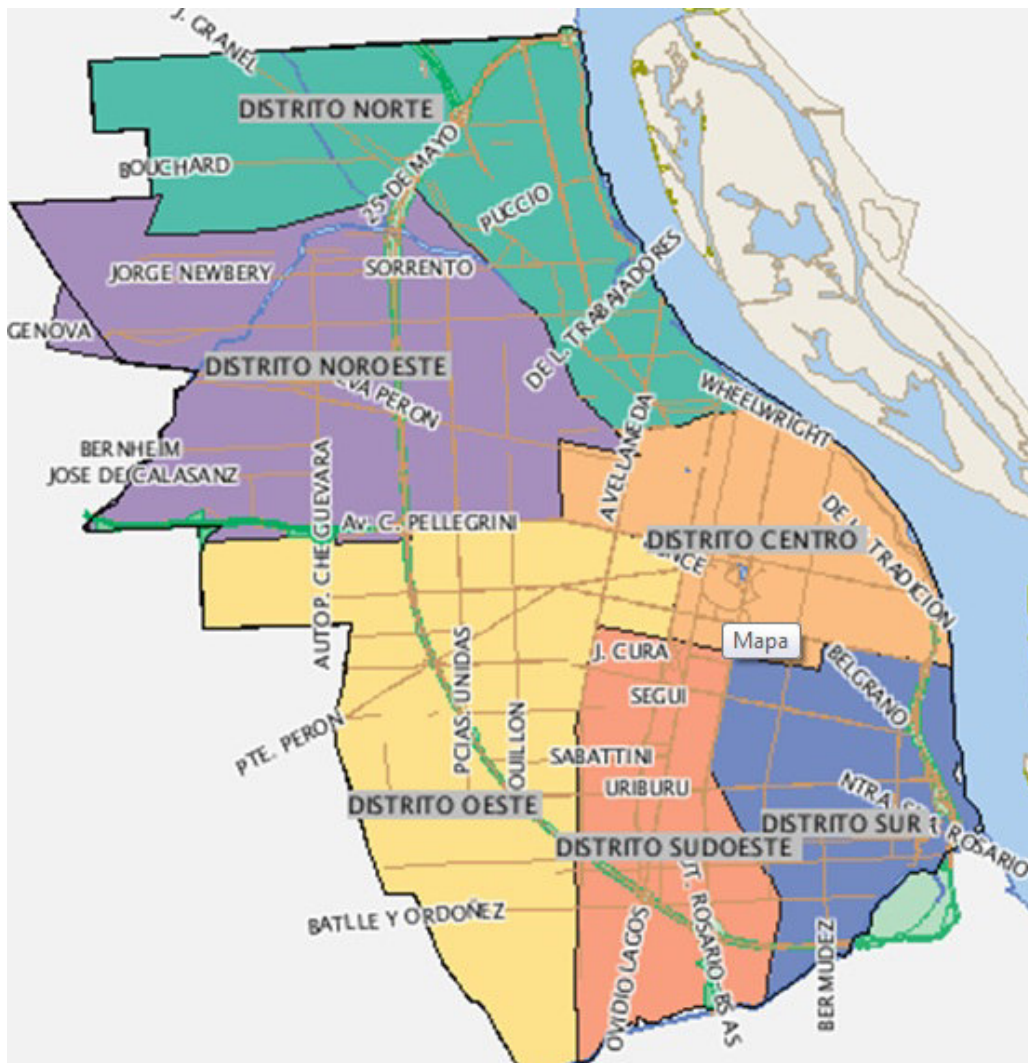
SUBREGION CIUDAD ROSARIO NORTE:

- CENTRO DE SALUD 12 DE OCTUBRE
- CENTRO DE SALUD INDEPENDENCIA
- CENTRO DE SALUD SAN FERNANDO
- CENTRO DE SALUD LA CERAMICA
- CENTRO DE SALUD REMANSO VALERIO
- CENTRO DE SALUD CASA DEL SOL
- HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE

SUBREGION CIUDAD ROSARIO NOROESTE:

- CENTRO DE SALUD FONAVI SUPER CEMENTO
- CENTRO DE SALUD 7 DE SETIEMBRE
- CENTRO DE SALUD PABLO VI
- CENTRO DE SALUD CARITAS GUADALUPE
- CENTRO DE SALUD JUNTOS PODEMOS
- CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD ORGANIZADA
- CENTRO DE SALUD RAMON CARRILLO
- CENTRO DE SALUD COMUNIDAD TOBA

EFFECTORES MUNICIPALES:



Mapa de la ciudad de Rosario dividido por distritos

1- HOSPITALES:

“DR. JUAN BAUTISTA ALBERDI”

“DR. ROQUE SAENZ PEÑA”

“INTENDENTE GABRIEL CARRASCO”

HOSPITAL DE EMERGENCIAS “DR. CLEMENTE ALVAREZ”

HOSPITAL DE NIÑOS “VICTOR J. VILELA”

MATERNIDAD MARTIN

POLICLINICO “SAN MARTIN”

2-CENTROS DE ATENCION PRIMARIA:

DISTRITO NORTE:

CENTRO DE SALUD "1° DE MAYO".
CENTRO DE SALUD "CASIANO CASAS"
CENTRO DE SALUD "DR. SALVADOR MAZZA"
CENTRO DE SALUD "JUAN B. JUSTO"
CENTRO DE SALUD "VECINAL AMOR AL ESTUDIO"
CENTRO DE SALUD "VECINAL FCO. LAI" (B° CRISTALERIA)
CENTRO DE SALUD "VECINAL LA FLORIDA"
CENTRO DE SALUD "VECINAL NUEVO ALBERDI"

DISTRITO NOROESTE:

CENTRO DE SALUD "CEFERINO NAMUNCURA"
CENTRO DE SALUD "DR. ROQUE COULIN"
CENTRO DE SALUD "EMAUS"
CENTRO DE SALUD "JEAN HENRY DUNANT"
CENTRO DE SALUD "JUANA AZURDUY" B° EMPALME GRANEROS
CENTRO DE SALUD "LIC. JOSE RAUL UGARTE"
CENTRO DE SALUD "VECINAL ANGEL INVALIDI"
CENTRO DE SALUD "VECINAL ANTONIO PARAVANO"
CENTRO DE SALUD "VECINAL LUDUEÑA NORTE Y MORENO"
CENTRO DE SALUD "VECINAL VICTOR CUE"
CENTRO DE SALUD DISTRITO NOROESTE

DISTRITO OESTE:

CENTRO DE SALUD "BARRIO TOBA"
CENTRO DE SALUD "DR. DAVID STAFFIERI"

CENTRO DE SALUD "DR. ESTEBAN MARADONA"

CENTRO DE SALUD "EVA DUARTE"

CENTRO DE SALUD "LUCHEMOS POR LA VIDA"

CENTRO DE SALUD "MAURICIO CASALS"

CENTRO DE SALUD "SANTA LUCIA"

CENTRO DE SALUD "STA. MARÍA JOSEFA ROSSELLO"

CENTRO DE SALUD "VECINAL JUAN PABLO II"

CENTRO DE SALUD "VECINAL JULIO A. ROCA"

CENTRO DE SALUD "VECINAL VILLA URQUIZA"

DISTRITO SUDOESTE:

CENTRO DE SALUD "DR. JULIO MAIZTEGUI"

CENTRO DE SALUD "EL GAUCHO"

CENTRO DE SALUD "ELENA BAZZET"

CENTRO DE SALUD "ENFERMERO ARIEL MORANDI" B° PLATA

CENTRO DE SALUD "LAS FLORES"

CENTRO DE SALUD "POCHO LEPRATTI"

CENTRO DE SALUD "SAN MARCELINO CHAMPAGNAT"

CENTRO DE SALUD "SAN VICENTE DE PAUL"

CENTRO DE SALUD "SANTA TERESITA"

CENTRO DE SALUD "TIO ROLO"

CENTRO DE SALUD "VECINAL LAS FLORES ESTE"

CENTRO DE SALUD "VECINAL PARQUE SUR"

CENTRO DE SALUD "VECINAL SAN MARTIN A"

DISTRITO SUR:

CENTRO DE SALUD "20 DE JUNIO" B° TIRO SUIZO"

CENTRO DE SALUD "EL MANGRULLO"

CENTRO DE SALUD "LUIS PASTEUR"

CENTRO DE SALUD "RUBEN NARANJO"

CENTRO DE SALUD "SUR"

CENTRO DE SALUD "VECINAL DOMINGO MATHEU"

DISTRITO CENTRO:

CENTRO DE SALUD "MARTIN"

3-OTROS:

CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS AMBULATORIAS DE ROSARIO "M. H. ZUASNABAR"
(CEMAR)

DIRECCIÓN MUNICIPAL PARA LA INCLUSION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

INSTITUTO DE LUCHA ANTIPOLIOMIELÍTICA Y REHABILITACION DEL LISIADO (ILAR)

ANEXO II

ATENEO PERINATOLOGICO HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO.
PERIODO 2010

INFORMACION SUMINISTRADA POR LOS SERVICIOS DE OBSTETRICIA Y
NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

TOTAL DE NACIMIENTOS: 1412

NACIDOS VIVOS: 1402

NACIDOS MUERTOS: 10 (0,71%): - >2500 gr 4, <2500 gr 6, en este grupo
hubo 3 < 1500 gr -.

TERMINACION DEL EMBARAZO: partos 1022, cesáreas 382.

RECIEN NACIDO BAJO PESO (RN): total de bajo peso, 135 (9,63%), bajo
(1500-2499) 111(8%), muy bajo (< 1500) 24 (1,7%).

EDAD GESTACIONAL: 1261 niños de término (37-41 semanas) 89,8%, 140
pretérmino (24-36 semanas) 10.13%, 1 niño posttérmino (42 semanas o mayor)
0,07%.

MORTALIDAD MATERNA: no hubo.

TOTAL DE NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGIA: 499, 382 en neonatología y 117 en internación conjunta
madre- hijo (IC)

PROCEDENCIA DE LOS RECIÉN NACIDOS INGRESADOS A LA SALA DE
NEONATOLOGÍA: sala de partos 222, Guardia de pediatría del Hospital
Provincial de Rosario 50, IC 32, derivados de otros efectores 77: Maternidad
Martin 31, Hospital Casilda 14, Nodo Venado Tuerto 5, Hospital Villa
Constitución 4.

TASA MORTALIDAD NEONATAL: 10 pacientes, 7,13 ‰.

ANEXO III

MODELO DE ENTREVISTA

PARA FAMILIARES:

- VÍNCULO QUE LO UNE AL Recién Nacido de Riesgo(RNR):
- DOMICILIO:

EN CASO DE FORMAR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD:

- LUGAR O LUGARES DE TRABAJO:
- TAREA DESEMPEÑADA:
- ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO:

TEMAS A INDAGAR EN LA ENTREVISTA:

1-¿QUÉ CONOCE UD. ACERCA DE LA ATENCION DEL RNR?

- a) ¿con respecto a pediatras de cabecera en C.S o SAMco u Hospitales Regionales?,
- b) ¿neonatólogos y médicos especialistas en hospitales centrales?,
- c) ¿psicólogos, estimuladores, fonoaudiólogos y demás integrantes del equipo de salud en los distintos niveles de atención?
- d) Para integrantes del equipo de salud: ¿que conoce ud. sobre como se está realizando la atención ambulatoria del RNR?, ¿como está conformado el equipo de salud en su lugar de trabajo?, ¿se siente acompañado en la tarea de asistir a este grupo de niños de riesgo?

2- ¿QUE OPINIÓN LE MERECEN LAS REDES SANITARIAS CON RESPECTO A LA ATENCIÓN DEL RNR?

- a) ¿Cómo percibe usted la comunicación entre los distintos profesionales que atienden al RNR?
- b) Para entrevistados integrantes del equipo de salud :

- ¿Entre integrantes del equipo de salud de los distintos niveles, C.S, SAMco, Hospital Regional y el Hospital Central?
- ¿Entre los diferentes integrantes del equipo en un mismo nivel?,
- ¿Ha tenido dificultades para referir RNR a otro nivel de salud o conoce que existan dificultades?

3-RESPECTO A LA RED PROVINCIAL DE REHABILITACION:

- a) ¿Conoce usted en qué consiste dicha red?
- b) ¿Responde a las necesidades de los RNR?
- c) ¿Tiene información respecto a donde se realiza la rehabilitación en caso de que el niño la necesite?

4-¿QUÉ PUEDE DECIR CON RESPECTO A LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL ESTADO PROVINCIAL Y NACIONAL, INCLUIDAS LAS VACUNAS, A ESTE GRUPO DE NIÑOS?

5-¿QUÉ PUEDE DECIR SOBRE LA REALIZACIÓN DE LABORATORIOS Y DEMÁS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NECESARIOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ESTOS NIÑOS?

6-CON RESPECTO A LOS TRASLADOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL RNR:

- a) ¿Participa la Red Provincial de Emergencia y Traslados en los traslados del RNR?
- b) ¿Qué otros recursos utiliza la familia?

7-QUÉ OPINIÓN LE MERECE EN LA ACTUALIDAD LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS NIÑOS AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES EN LOS DISTINTOS NIVELES:

- a) ¿considera usted que se necesitan cambios respecto a la atención ambulatoria del RNR?
- b) ¿qué cambios propondría?

Al Comité de Ética.

Hospital Provincial de Rosario.

De mi mayor consideración:

CONSULTORIO DE SALUD PÙBLICA
HOSPITAL PROVINCIAL ROSARIO
MESA DE ENTRADA
NOTA N° 003352
ENTRÓ... 15 MAY 2012

Rosario, 15 de Mayo de 2012.

Con motivo de realizar mi tesis de la Maestría en Salud Pública, solicito autorización para entrevistar a familiares de niños que concurren al Consultorio de Seguimiento de Neonatología del Hospital Provincial de Rosario y a miembros del equipo de salud que trabaja con dichos niños. Además utilizaré datos provenientes de las Historias Clínicas del Consultorio de Neonatología. Adjunto resumen del proyecto de tesis aprobado por el Instituto Lazarte y la UNR.

A la espera de una respuesta favorable me despido de Ud. Atte. >

04-06-12

Vº. A Comité de Ética para su adhesión

ROSALÍA ANGARONI
NEONATOLOGA
MAT. 11843

Rosario, 23 de mayo de 2012.

Dr. PIETRO A. BELLETICH RUIZ
MEDICO DIRECTOR
HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

Vuelva a la Dra. Rosalía Angaroni, para que adjunte a dicha presentación:

- a) Autorización del Jefe del Servicio
- b) Adjuntar las preguntas de la encuesta o ampliación del resumen presentado con el anteproyecto.

Hecho vuelva.



HOSPITAL PROVINCIAL ROSARIO
MESA DE ENTRADAS
ENTRÓ... 23 MAY 2012
SALIÓ.....

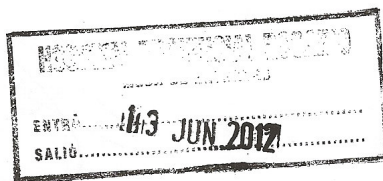
Dr. SILVIO JOSE GAYOSO
SECRETARIO COMITE
DOCENCIA E INVESTIGACION
HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO

Rosario, 11 de junio de 2012.

Vuelva a la Dra. Rosalía Angaroni, para que tome conocimiento que este Comité de Docencia considera que habiendo cumplido con lo solicitado autoriza dicho trabajo. Hecho vuelva para que obre en nuestros archivos.



Dr. SILVIO JOSÉ GAVOSTO
SECRETARIO COMITÉ
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO



Estudio descriptivo sobre la detección temprana de Trastornos del Lenguaje en niños de 19 a 36 meses, con antecedentes de riesgo biológico.

Iriondo Ana, Capitaine Funes María

Servicio de Fonoaudiología del Hospital Provincial de Rosario. Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Ciencias Médicas, UNR. 2010.

Resumen

Detectar tempranamente trastornos del lenguaje en el niño implica estar atento a su evolución y precisar la existencia o no de indicadores de riesgo.

Los protocolos, elaborados por el Servicio de Fonoaudiología del Hospital Provincial de Rosario, son un instrumento de evaluación que posibilita realizar la detección precoz de patología de lenguaje y el inicio de un tratamiento oportuno.

La población de 95 niños con antecedentes de riesgo biológico, derivados del Servicio de Neonatología para ser evaluados por el Servicio de Fonoaudiología, fue dividida en dos grupos de 19 a 24 meses y de 25 a 36 meses según la etapa evolutiva por la cual atravesaban.

Se seleccionaron estas edades dado que corresponden a la 2º etapa de comunicación o 1º lingüística y por ser claves en el inicio del lenguaje.

Se planteó durante este trabajo que aquellos niños que tienen una evolución normal del lenguaje, continúen en seguimiento fonoaudiológico por la presencia de injurias pre-natales, natales y post- natales, que pueden influir tardíamente en su desarrollo.

Los niños que no cumplen con la evolución esperada pueden presentar desfasaje o trastorno en el lenguaje. A los primeros se les indicó un seguimiento con pautas de orientación a los padres y a los segundos se los derivó a tratamiento.

Analizando los resultados detallamos que del Grupo 1 (de 19 a 24 meses), 11 niños (29%) continuaron en seguimiento, y 27 niños (71%) fueron derivados a tratamiento de lenguaje. En el Grupo 2, (de 25 a 26 meses), 14 niños (25%) continuaron en seguimiento fonoaudiológico y a 43 niños (75%) se les indicó tratamiento.

En el grupo 1 predominó la derivación a tratamiento dado que 17 niños (45%) aún se expresaban con monosílabos y en 14 niños (37%) el lenguaje estaba ausente, permaneciendo ambos en la etapa prelingüística.

En el grupo 2 la dificultad se evidenció en el sistema fonológico - sintáctico; con 30 niños (53%) que poseían un lenguaje escaso y 24 niños (42%) con un lenguaje ininteligible.

Durante esta investigación se relevó la importancia de la Atención Temprana del lenguaje, que comprende acciones destinadas a la prevención, como detectar dificultades y derivar a tratamiento precoz, con la finalidad de optimizar las potencialidades del niño.