



Ministerio de Salud Pública
Departamento de Programación Estratégica
Área Ciclos de Vida
Programa Nacional de Salud de la Niñez
Apoya PNUD - Proyecto Desarrolla

**VISITA DOMICILIARIA:
UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN
Y ACOMPAÑAMIENTO
AL NIÑO, NIÑA Y SU FAMILIA.**



Apoya:



Proyecto
Desarrolla



Unidos en la Acción

AUTORIDADES

Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Venegas

Subsecretario de Salud Pública

Prof. Dr. Leonel Briozzo

Director General de la Salud

Dr. Yamandú Bermúdez

Directora del Departamento de Programación Estratégica

Dra. Ana Noble

Responsable del Programa Nacional de Salud de la Niñez

Prof. Dr. Gustavo Giachetto

EQUIPO DE REDACCIÓN

Grupo responsable

Área Ciclos de Vida - Programa Nacional de Salud de la Niñez

Dra. Marie Boulay; Dra. Yelenna Ramirez; Dra. Anabela Santoro;
Dra. Mara Castro, Dra. Mariela Larrandaburu; Lic. Viriginia Puyares

Área Niñez y Adolescencia de ASSE

Dra. Cristina Lustemberg; Lic. Fernanda Methol

PNUD - Proyecto Desarrolla

Soc. Gabriel Corbo; Lic. Natalia Rizzo; Lucía Beneditto

COLABORADORES

Unidad de Descentralización (DIGESA)

Dr. Daniel Pazos

Unidad de Vigilancia en Salud (DIGESA)

Miguel Alegretti

Metas Asistenciales (Dirección General del SNIS).

Lic. Patricia Abulafia

Ilustración (tapa y sticker): Manuel Salom Boulay

ÍNDICE	p.
I. Prólogo.	4
II. Mortalidad Infantil en Uruguay: posibles aportes de la visita domiciliaria.	5
III. La Visita Domiciliaria como estrategia de promoción y prevención.	7
IV. Organización de la visita domiciliaria.	9
1. Población objetivo de la VD	9
2. Coordinación de la VD	10
3. Cuándo realizar la VD	10
4. Quiénes realizan la VD	10
5. Etapas de una VD	11
V. Registro de la información.	14

PRÓLOGO.

El Ministerio de Salud Pública ha definido entre sus prioridades la implementación de la visita domiciliaria (VD) como un componente esencial del Programa Nacional de Salud de la Niñez.

El objetivo de esta estrategia es apoyar y acompañar a las familias en el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas mediante acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad. Para ello es necesario que las intervenciones tengan un enfoque de riesgo, anticipatorio al daño e incluyan la visión de los determinantes sociales con énfasis no solo en el niño o niña sino en su familia, en el entorno y en la comunidad.

En esta primera fase se ha priorizado a los recién nacidos por tratarse de una etapa de especial vulnerabilidad que ofrece una oportunidad de intervención familiar que puede promover el cuidado y proteger su salud y así contribuir a disminuir la mortalidad en el primer año de vida.

Considerando que los principales problemas de salud de la infancia, la adolescencia y el adulto comienzan a desarrollarse en la etapa preconcepcional, existen otras oportunidades de intervención para minimizar riesgos y promover factores protectores. Esto implica avanzar en el apoyo y acompañamiento de la familia desde la gestación.

La VD está incluida en el Programa Nacional de Salud de la Niñez. Ha sido impulsada y desarrollada principalmente por los Servicios de la administración de Salud del Estado (ASSE) como parte del Programa Aduana. En el marco de la reforma de la salud ha sido definida como una prestación de los servicios de salud de todos los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Representa un valioso aporte al cambio del modelo de atención ya que constituye una oportunidad para el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario y la articulación intersectorial con el objetivo de lograr mayor bienestar para los niños y niñas y sus familias.

Diversas experiencias a nivel internacional han mostrado el impacto positivo de programas basados en visitas domiciliarias regulares. Su implementación en terreno representa un desafío que implica definir las competencias del personal responsable de la ejecución, su capacitación y el desarrollo de indicadores y un sistema de información que permitan evaluar su calidad e impacto.

Este documento contiene el marco normativo con los requisitos básicos para llevar a cabo la VD con carácter integral. Las orientaciones técnicas serán objeto de una futura publicación una vez implementada la capacitación en todo el territorio nacional.

El mismo ha sido posible gracias al apoyo de PNUD - Proyecto Desarrolla que impulsó y coordinó el trabajo de un grupo de compañeros y compañeras que dedicaron largas jornadas buscando y procesando información, reflexionando y realizando aportes. A todos muchas gracias.

Un especial agradecimiento para la Prof. Ana María Ferrari, mi maestra de todos los días...

Prof. Dr. Gustavo Giachetto

MORTALIDAD INFANTIL EN URUGUAY: POSIBLES APORTES DE LA VISITA DOMICILIARIA.

En Uruguay la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) muestra una tendencia decreciente. Entre 1990 y 2010 la TMI se redujo de 20,4 a 7,71 por mil nacidos vivos. El 39% de esta reducción ocurrió entre 2005 y 2010; de 12,7 a 7,71 por mil nacidos vivos. La TMI en Uruguay se encuentra entre las más bajas de la región. Considerando que este indicador demográfico negativo se encuentra estrechamente relacionado con el índice de desarrollo humano y por tanto con el grado de desarrollo económico, social y educativo del país, es posible que las políticas sociales impulsadas en el último quinquenio, focalizadas a los hogares más vulnerables, con mayor número de niños y adolescentes, expliquen estos resultados.

La reducción sostenida en la TMI ocurrió a expensas de sus dos componentes, neonatal y posneonatal.

A pesar de estos logros, existen diferencias geográficas (por departamento), entre los usuarios de los diferentes prestadores de asistencia (públicos versus privados) y entre municipios de una misma ciudad, que revelan inequidades sociales, económicas y educativas, así como problemas vinculados al sistema de atención a la salud.

En los últimos años se observa que las principales causas de mortalidad neonatal no han variado, siendo las afecciones del periodo perinatal vinculadas a la prematuridad (52,1%) y las malformaciones congénitas (28,7%) las más frecuentes. Se destaca además que el 60% de las muertes neonatales ocurren en los primeros 7 días de vida.¹

En relación a la mortalidad post neonatal, existe una proporción importante de muertes de causa mal definida (26%) seguida de malformaciones congénitas (21,4%) y enfermedades respiratorias (13%).

Otro hecho relevante es que una elevada proporción de las muertes post neonatales ocurren en el domicilio.²

En el año 2010, la Tasa de Mortalidad post neonatal en domicilio fue 2.1 por mil nacidos vivos, lo que representa el 57% de la MI post neonatal.³ Se ha demostrado que la mayoría de los niños que mueren en domicilio corresponden a los sectores más desfavorecidos de la sociedad, por lo que en general se concentran en determinados barrios o regiones de cada ciudad o departamento.^{4,5}

En el cuadro 1 se resumen las principales características de este problema de salud pública.⁴

1- Giachetto, G. "Mortalidad Infantil en Uruguay: una mirada crítica". Editorial. Arch Pediatr Urug 2010; 81(3): 139 - 140.

2- Ministerio de Salud Pública, Comunicación y Salud. Informe "Jornada por la vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Causas y estrategias para reducir la mortalidad". 2010, 1 – 6 Disponible www.msp.gub.uy

3- Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud de la Niñez. Salud infantil en el Uruguay. Avances y desafíos. Informe 2011 www.msp.gub.uy

4- Rodríguez H, Ferrari AM, Arzuaga L, Echenique M, Mederos D. La muerte posneonatal en domicilio diez años después: Montevideo, 2006. Rev Méd Urug 2007; 23(4): 242-50.

5- Rodríguez H, Ciriacos C, Arzuaga L, Ferrari AM. Mortalidad posneonatal. Muerte en domicilio versus muerte en un centro asistencial: estudio comparativo. Montevideo 2006. Rev Méd Urug 2008; 24: 185-194.

Cuadro 1. Muerte posneonatal en domicilio: principales características.

Mediana de edad tres meses y medio.
Predominio en varones usuarios del sector público de salud.
Ocurrencia en barrios con bajo nivel socioeconómico.
La mayoría de las muertes se producen en invierno.
La principal causa de muerte son las Infecciones Respiratorias bajas.
Muchas de estas muertes se asocian con prematuridad y anomalías congénitas.
La mayoría de las muertes son evitables con medidas de promoción de salud y diagnóstico precoz durante el embarazo y en el primer año de vida.

Disminuir estas cifras implica planificar y desarrollar acciones de prevención de enfermedad y promoción de salud, para lo cual es relevante contar con información que permita profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo asociados con la muerte en domicilio. En este sentido, es importante señalar las acciones realizadas por el Programa Muerte Inesperada del Lactante (MIL), que establece que “todo niño menor de un año fallecido inesperadamente, en domicilio o a su llegada a un centro asistencial, es sometido a autopsia protocolizada” para intentar determinar la causa⁶. Los resultados del programa aportan información útil para mejorar el proceso de atención y planificar la prevención.

La geo-referenciación de los casos de muerte en domicilio permitiría focalizar las estrategias, con el objetivo de aumentar la eficacia de las acciones preventivas.

El abordaje de la prevención de la muerte en domicilio desde una perspectiva integral exige, entre otras cosas, desarrollar actividades de educación para la salud y reconocimiento de los “signos de alarma” de enfermedad grave e infecciones respiratorias (Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia, AIEPI).

Es necesario observar el impacto de los servicios de salud en los territorios, la focalización de las acciones en salud y su eficacia, las políticas sociales relacionadas, las dinámicas familiares y sus condiciones de vida en relación al niño.

“La evidencia científica muestra que las intervenciones que se basan en la atención domiciliaria al recién nacido pueden prevenir entre 30 y 60% de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada. Así pues, la OMS y UNICEF recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos”.⁷

Centrándose en la observación de las causas de MI y la proporción de muertes evitables en domicilio, se analiza la visita domiciliaria (VD) como una estrategia anticipatoria, que por sus características debiera permitir avanzar **en el conocimiento, prevención y consecuente disminución de la MI en el país, tanto de su componente neonatal como post neonatal**. Esta estrategia permitiría además identificar factores de riesgo y protectores; promover cambios de conducta y contribuir a proteger el crecimiento y desarrollo.

6- Ley N° 18.537 del 21 de Agosto de 2009 / Decreto 90/2010.

Disponible en: archivo.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2010/02/CM920%20.pdf

7- WHO/FCH/CA H/09.02. Organización Mundial de la Salud - UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia, 2009

LA VISITA DOMICILIARIA COMO ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

En el año 2011, el MSP introduce en la meta asistencial correspondiente a la salud del niño y la embarazada, la VD obligatoria para el seguimiento de los recién nacidos de riesgo antes de los 7 días del alta y de aquellos que no concurren a los controles antes de los 10 días de vida. En el fundamento de la meta se señala: "*Varios factores detectados tempranamente, relacionados con el cuidado familiar del niño, pueden prevenir alteraciones de salud y más aún la mortalidad. Las estadísticas muestran un porcentaje importante de casos de muerte en recién nacidos en el primer mes de vida, con una incidencia mayor en la primera semana de vida. Significativamente los casos de mortandad de niños se dan en recién nacidos bajo situación de riesgo como ser, prematurez, defectos congénitos, madre menor de 19 años, madre consumidora de sustancias psicoactivas, madre con problemas mentales, entre otros. Muchas de estas muertes están relacionadas según muestran los estudios realizados, con la falta de los cuidados necesarios a nivel del domicilio, como por ejemplo la posición supina, el abrigo, hacinamiento, ambiente libre de tabaco, nutrición y demás*".⁸

El Ministerio de Salud Pública, define la VD como una prestación de los servicios de salud, que refuerza la participación activa del equipo de salud anticipándose a la consulta del usuario. En esta estrategia, el equipo de salud toma contacto con el niño en su hogar, en su entorno inmediato.

La VD tiene importancia en la "continuidad de la atención", en dos sentidos: "la continuidad en el ciclo de la vida desde la adolescencia y el periodo previo al embarazo, el embarazo, el parto y el periodo neonatal; y la continuidad de la prestación de la atención desde el hogar y la comunidad hasta el centro asistencial, y de nuevo al domicilio y la comunidad. La atención especializada durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal previene complicaciones en la madre y el recién nacido y permite su detección temprana y manejo apropiado".⁷

El Programa Chile Crece Contigo del Ministerio de Salud (2008) la define como: "*Una estrategia de entrega de servicios de salud realizada en el domicilio dirigida a familias.[...], basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud ...[...],... y las madres, padres o cuidadores primarios, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales...[...],. La visita domiciliaria... [...],...se enmarca en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención*".⁹

La VD implica un cambio en el modelo de atención de la salud, puesto que constituye una estrategia activa de entrega de servicios en el contexto directo de vida de las personas. Implica una actitud proactiva y sensible por parte de los profesionales de salud hacia los niños/niñas y sus familias en la promoción de mejores condiciones de contexto ambiental y relacional para promover el crecimiento y desarrollo y disminuir la morbi mortalidad.

8- Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Meta 1- Metas del niño y la embarazada. 2011. Disponible en: www.msp.gub.uy

9- Ministerio de Salud de Chile. Chile crece contigo. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. Orientaciones Técnicas. Disponible en: www.crececontigo.cl

Se destacan los siguientes aspectos que definen esta prestación:

- Enfoque integral.
- Trabajo en equipo.
- Definición de un plan de acción.

La VD no es sólo una estrategia de diagnóstico, promoción y prevención, sino un espacio privilegiado para la intervención, para efectuar acciones de orientación familiar, educación y fortalecer el trabajo intersectorial en red.

En los últimos años debido a los avances en el conocimiento de las neurociencias, ha cobrado fuerza la importancia que tienen los primeros años de vida para el desarrollo posterior del niño, siendo un período crítico para apoyar a las familias en sus funciones de cuidado, crianza y estimulación oportuna. Este desafío es aún más significativo en los sectores más vulnerables de la población.

En la VD es necesario el abordaje de diversas temáticas, incluyendo competencias y expectativas parentales, crecimiento y desarrollo, apego, recursos sociales y territoriales disponibles.

Está demostrado que la VD tiene un impacto positivo en la salud infantil. La revisión Cochrane muestra que:

- Favorece la salud mental de la madre y las familias al proporcionar ayuda directa.
- Impacta en actitudes y comportamientos parentales, mejorando las interacciones entre la madre y el niño.
- Mejora el desarrollo cognitivo, emocional y social en los niños.
- Previene el abuso infantil y maltrato infantil.
- Mejora la autosuficiencia de la madres (mejora el contacto a las redes sociales y favorece el acceso a la fuerza de trabajo).
- En embarazo adolescente: mejora los resultados en el embarazo, mejora la salud y el desarrollo de la madre y del niño.^{10,11,12,13}

10- Kottliarenc M, Gómez E, Muñoz M, Aracena M. Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliar en programas de intervención temprana. Rev Sal Pública 2010; 12 (2): 184 - 196

11- Sweet M, Appelbaum M. Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children. Child Development 2004; 75(5): 1435- 1456.

12- Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson J, Tolley K, Blair M, et al. The effectiveness of Domiciliary Health Visiting: A systematic review of international studies and selective review of the British literature. Health Technology Assessment 2000; 4 (13): 1-339

13- Muñoz B, Berger C, Aracena M. Una Perspectiva Integradora del Embarazo Adolescente: La Visita Domiciliaria como Estrategia de Intervención. Revista de Psicología 2001; 10 (1):21-34.

ORGANIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA

1. Población objetivo.

En esta etapa, se priorizará la VD de los recién nacidos de riesgo.

La clasificación del Riesgo se realiza en el lugar de nacimiento. Esta tarea es responsabilidad del equipo de la salud que participa de la atención del recién nacido (Partera, Licenciada/o en Enfermería, Médico, Pediatra, Neonatólogo).

Se incorporan factores de riesgo de tipo biológico y social, definiéndose categorías en el niño/a, madre y ambiente familiar. Es importante señalar que al tener la VD también un rol diagnóstico, el riesgo se termina de catalogar o se re define, en la propia visita. Otro aspecto a destacar es el peso relativo que tienen las diferentes categorías definidas. Es por ello que se está definiendo una herramienta que permita ponderar el riesgo para planificar la intervención y evaluar el impacto de la misma. En esta etapa Metas asistenciales (Dirección del SNIS) junto al Programa de Salud de la Niñez (DPES) priorizo los siguientes factores de riesgo:

- Prematurez (edad gestacional al nacer < de 37 semanas).
- RN con patología que requirió cuidados intensivos.
- RN con defectos o patologías congénitas mayores.
- Embarazo no controlado.
- Patología psiquiátrica severa de la madre. Retardo Mental moderado o severo. Depresión Materna.
- Madre menor de 17 años.
- Madre / Padre / Cuidador consumidor de sustancias psicoactivas.
- Hermano fallecido antes del año de vida.

En relación a los defectos congénitos se priorizarán las patologías detectadas por la pesquisa neonatal y aquellos considerados como malformaciones mayores¹⁴. En la tabla 1 se especifican los principales grupos y se dan algunos ejemplos en los que se deben centrar las acciones.

Tabla 1. Defectos Congénitos a ser considerados en la Visita Domiciliaria

Cardiopatías congénitas.
Anomalías del sistema nervioso central: anomalías encefálicas, mielomeningocele, encefalocele.
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas.
Anomalías cráneo-faciales: labio leporino y/o, paladar hendido, fisuras faciales.
Malformaciones digestivas: atresias digestivas, ano imperforado.
Malformaciones urogenitales: patología estructural renal y de vía urinaria, criptorquidia, hipospadia, sexo ambiguo.
Defectos graves de miembros.
Patologías diagnosticadas por el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal: hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, hipoacusia congénita.

14- Stevenson R, Hall J. Human Malformations and Related Anomalies. Oxford Univ Pr; 2nd Edition edition. 2006; 3-82.

2. Coordinación de la VD.

La VD se debe coordinar previo al alta en el lugar de nacimiento. Esto implica:

- 1) Referir el RN al equipo que realizará la VD, proporcionándole la información necesaria que le permita conocer el riesgo que la motivó.
- 2) Coordinar con la familia, acordando fecha, horario y explicitando los motivos de la misma.

En la figura siguiente se representa el flujograma de derivación y coordinación.

Flujograma de derivación y coordinación de la VD



3. Cuándo realizar la VD.

Se tiene como directriz lo establecido en la Meta Asistencial 1 del 2011:

- RN de riesgo: antes de los 7 días posteriores al alta Hospitalaria.
- RN que no concurre al primer control (antes de los 10 días).

La VD deberá garantizar que todo recién nacido tenga los dos controles requeridos en el primer mes de vida.

4. Quiénes realizan la VD.

La definición de quién debe realizar la VD es responsabilidad del prestador. Se recomienda conformar un Equipo de Referencia en el primer nivel de atención, el cual con la información que posee sobre el recién nacido y su familia, evaluará la pertinencia del o los profesionales que acudirán al domicilio y serán responsables además de asegurar la continuidad de la atención. Considerando los objetivos y alcances de la VD, se recomienda que el equipo tenga una conformación que garantice el abordaje bio - psico - social (enfermería, partera, médico,

licenciado en trabajo social). En caso de patología neonatal de riesgo se recomienda que participe de la VD un profesional médico. Se debe recordar que el equipo encargado de implementar la VD debe tener la capacidad de conectar a la familia con las redes territoriales, tanto de salud como sociales pertinentes, dependiendo de sus necesidades. Independientemente de quien participe de la VD es necesario capacitación y profesionalismo.

"Las habilidades de los profesionales en el desarrollo de una relación adecuada con las familias, han sido consideradas como fundamentales para mantener la adherencia de la familia y apertura ante las intervenciones realizadas durante las visitas al hogar"..... "El éxito de la Visita no sólo depende del trato personal de los sanitarios que en ella participan sino también de la cualificación y profesionalidad de los mismos ya que exige un alto nivel de preparación y dedicación así como del apoyo desinteresado de la propia administración".¹⁵

La capacitación y el perfil adecuado del personal interviniente es clave en el éxito de la VD. El Programa Nacional de Salud de la Niñez (MSP) junto al Programa Infamilia (MIDES) están trabajando en la implementación de la capacitación. La misma incluirá módulos que aborden los siguientes contenidos:

1. Marco conceptual de la Visita.
2. Metodología de trabajo con las familias.
3. Detección de factores protectores y de riesgo para la salud.
4. Técnicas de comunicación.
5. Nociones de desarrollo infantil, lactancia materna y buenas prácticas de alimentación, derechos del niño, madre, y familia, salud sexual y reproductiva, detección de situaciones de abuso y maltrato.
6. Trabajo en red y utilización de recursos locales.

Una vez implementada la capacitación será considerada en la acreditación del personal que realiza la VD.

5. Etapas de la VD.

La implementación de la estrategia requiere cuatro etapas: **1) Programación; 2) Planificación, 3) Ejecución y 4) Evaluación.**

La Programación por parte del prestador de salud es una etapa fundamental. Se requiere conocer la población objetivo, definir el equipo encargado y destinar los recursos humanos y materiales necesarios para su implementación.

La Planificación exige con la información necesaria del caso, definir el responsable de la ejecución y establecer un plan de acción con objetivos específicos.

15- Lizarraga C, Sánchez- Arruiz A. Visita domiciliaria al recién nacido y a la puerperal. ANALES Sis San Navarra 2002, 25, supl 2, 7 – 16.

La Ejecución consta de tres fases:

- **Fase inicial.** Saludo, presentación (nombre y profesión), información sobre la finalidad de la visita. Intentar establecer un clima de confianza para que haya una comunicación efectiva.

- **Fase de desarrollo.** Se apunta a trabajar sobre los factores de riesgo que la motivaron y a detectar y fortalecer los factores protectores para diseñar en conjunto con la familia un "plan de cuidados". Incluye la exploración y observación de los aspectos relacionales y del medio ambiente.

- **Fase de cierre.** Antes de finalizar, se recomienda realizar un resumen de los aspectos más relevantes tratados en la VD, reforzar acuerdos y aspectos positivos, acordar estrategia de seguimiento.

Es importante recordar que la VD es un espacio privilegiado para:

En el recién nacido:

- Fortalecer el vínculo recién nacido - madre – padre o figura de apoyo.
- Fomentar la lactancia.
- Promover buenas prácticas en relación a higiene y aseo.
- Promover la adaptación de la madre y el niño al hogar y ambiente familiar.
- Brindar información sobre el desarrollo y pautas de estimulación temprana.
- Reforzar la detección de signos de riesgo o alarma ante los cuales consultar.
- Promover pautas de sueño seguro.

En relación a la madre:

- Orientaciones en salud sexual y reproductiva.
- Prevención del segundo embarazo en la adolescente
- Promover alimentación y estilos de vida saludables
- Reforzar el autocuidado.
- Identificación de indicadores tempranos de depresión posparto.

En relación al sistema de salud:

- Garantizar la continuidad en la asistencia.
- En caso de enfermedad, facilitar el acceso y la continuidad en los cuidados.
- Informar dónde acudir frente a problemas de salud (teléfonos, direcciones).

Otros aspectos:

- Identificar y prevenir situaciones de abuso y maltrato.
- Fomentar la prevención de accidentes en el hogar.
- Fomentar la participación activa del padre en los cuidados.
- Orientar y/o reforzar redes de apoyo familiar y social.
- Identificación de elementos de vulnerabilidad social.

En la tabla 2 se resumen algunos factores protectores que es necesario indagar y reforzar.

Tabla 2. Factores protectores a considerar.	
Red social primaria. Familia conviviente.	Capacidad de protección y cuidado de la madre y otros cuidadores en relación al RN. Interacción continente, continua, sostenida de las relaciones familiares con respecto a la madre. Interacción intrafamiliar saludable (ausencia de vínculos violentos, consumo de sustancias, problemas con la ley, otros). Estabilidad socio - económica (empleo, ingresos, vivienda).
Red social secundaria.	Vínculos con otros miembros familiares. Continuidad en la asistencia a los servicios de salud. Participación activa en comisiones, organizaciones comunitarias (recreativas, culturales, educativas, vecinales, otras).
Contexto territorial.	Accesibilidad a los servicios de atención a la salud. Proximidad de áreas verdes, plazas. Existencia de centros comunitarios, educativos, deportivos, recreativos, vecinales. Servicios públicos accesibles (agua, luz, teléfono). Inexistencia de sitios contaminantes (basurales, criaderos, otros).

La duración de la VD está condicionada por los objetivos centrales de la misma. En la planificación se debe considerar el tiempo de traslado, que deberá flexibilizarse en regiones rurales dado las distancias a recorrer y los medios de transporte disponibles.

Algunas recomendaciones para el equipo de salud que promueven el éxito de la VD.

- *Ser respetuoso (tratar de usted, pedir permiso, tener presente los aspectos culturales, de género y valores de la familia).*
- *Mantener una actitud de escucha.*
- *No expresar juicios de valor.*
- *Realizar preguntas abiertas para evitar cerrar el diálogo.*
- *No preguntar por qué, ya que esto encierra cuestionamiento.*
- *No minimizar el dolor o sufrimiento.*
- *No realizar ofrecimiento o promesas que no se puedan cumplir.*
- *Felicitar a la madre, padre o cuidador por aspectos positivos relacionados con el niño y/o el hogar.*

La Evaluación es una etapa indispensable. Es necesario determinar si se cumplieron los objetivos propuestos por el equipo de referencia y planificar objetivos tentativos para la próxima visita o control de salud.

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN.

Resulta indispensable registrar la información generada durante la VD que contenga el diagnóstico de situación y acciones realizadas y planificadas. La información permite evaluar la estrategia y realizar una correcta referencia y contrarreferencia.

Fecha de la Visita ____/____/____

Responsable/s de la Visita _____

Factores de Riesgo que motivaron la visita (marque con una cruz).

- Prematurez (edad gestacional al nacer < de 37 semanas).	<input type="checkbox"/>
- RN con patología que requirió cuidados intensivos.	<input type="checkbox"/>
- RN con defectos o patologías congénitas mayores.	<input type="checkbox"/>
- Embarazo no controlado.	<input type="checkbox"/>
- Patología psiquiátrica severa de la madre. Retardo Mental de la madre: moderado o severo. Depresión Materna.	<input type="checkbox"/>
- Madre menor de 17 años.	<input type="checkbox"/>
- Madre / Padre / Cuidador consumidor de sustancias psicoactivas.	<input type="checkbox"/>
- Hermano fallecido antes del año de vida.	<input type="checkbox"/>

Identificación del RN

Cédula de Identidad del RN _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Fecha de Alta ____/____/____

Dirección _____

Entre qué calles está situada la vivienda _____

Teléfono _____

Teléfono alternativo _____

Identificación del Grupo Familiar - Persona a cargo del RN (cuidador principal).

Nombre y Apellido _____

Cédula de Identidad _____ Edad _____

Instrucción _____ Trabaja _____

Observaciones _____

	Madre	Padre
Nombre y Apellido		
Cédula de Identidad		
Edad		
Instrucción		
Trabaja		
Convive		
Observaciones		

Hermanos

Edad	Controles en salud	Escolarizado	Trabaja	Convive	Observaciones

Especificar si presenta algún hermano fallecido, edad, y causa _____

Otros integrantes

Vínculo con RN /lactante	Edad	Observaciones

Recién Nacido (RN)	Si	No	Observaciones
Alimentación			
Lactancia exclusiva			
Alimentación con fórmula			
Peso adecuado			
Sueño seguro			
Colecho			
Abrigo adecuado			
Aspecto general			
Coloración de piel y mucosas adecuada			
Muguet yugal			
Higiene ombligo, periné y zona glútea adecuada			
Postura adecuada			
Tránsito Digestivo			
Vómitos			
Distensión Abdominal			
Deposiciones normales			
Signos de alarma			
Polipnea			
Tiraje			
Estridor			
Calmetizado (BCG)			
Pesquisa Neonatal	Si	No*	
*(llamar 08001767)			

Madre	Si	No	Observaciones
Higiene Materna adecuada			
Fiebre o sensación febril			
Loquios con olor fétido			
Sangrado			
Episiotomía y/o cicatriz de cesárea sin alteraciones			
Mamas sanas.			
Detección de indicadores tempranos de depresión post parto			
Bajo estado de ánimo			
Labilidad emocional			
Irritabilidad			
Ansiedad			
Preocupación excesiva por cuidar el recién nacido			

Observaciones vínculo madre - RN	Si	No	Observaciones
Actitud de sostén (posición de los brazos)			
Contacto visual madre - RN (mira al RN mientras lo alimenta, le sonríe cuando el RN hace algún gesto especial).			
Atención a las necesidades del RN (nota cuando el RN se cansa o necesita cambiar de posición).			
Actitudes de afecto (toca al RN, lo acaricia mientras lo alimenta).			
¿el RN es cómo lo imaginaba?			
¿le resulta fácil la crianza del RN?			

Otros aspectos relevantes de observar respecto al ambiente son los siguientes:

Zona Urbana _____ Suburbana _____ Rural _____ Aislamiento geográfico _____

Vivienda Precaria _____ Pieza _____ Apto. _____ Situación de calle _____

Servicios Luz _____ Agua potable _____ Baño _____ Saneamiento _____

Otros Contaminación intradomiciliaria _____ Animales en el hogar _____

Observaciones _____

Factores Protectores

	Si	No	Comentarios - Especificaciones
Continencia en los vínculos familiares convivientes.			
Identificación de un integrante significativo para el grupo familiar.			
Asistencia continua a los servicios de salud, educación, recreativos, sociales, otros.			
Participación en comisiones vecinales, organizaciones sociales.			

Prestaciones Estatales que percibe _____

Prestaciones de Organizaciones No Estatales que percibe _____

Diagnósticos y Plan de intervención luego de la primera visita:

Problemas detectados	
Plan de acción y acuerdos con la familia	
Tiempo de ejecución	

Firma _____

Aclaración _____