

“Primera Noche” en casa. Experiencia de intervención de enfermería en red para el seguimiento de lactantes con infección respiratoria aguda

MARIO RODRÍGUEZ

(Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud)

Introducción

Florencio Varela es un distrito del segundo cordón del conurbano bonaerense. Según el censo de 2010 contaba con una población de 426.005 habitantes, con una tasa de crecimiento intercensal del 22%. Tiene una tasa de natalidad de 2% y en 2017 el número de nacidos vivos fue de 9195⁴⁴. Como muchos distritos del 2º cordón, su crecimiento demográfico se acelera por un flujo migratorio de habitantes provenientes de distritos del mismo conurbano, de otras provincias, especialmente del noreste argentino (NEA), y de países limítrofes. Distintos factores concurren para este flujo migratorio positivo, uno de ellos es la extensión geográfica (190 Km²) y la baja densidad poblacional (2242 habitantes/km²) respecto a otros distritos de la zona sur (Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes); el Censo 2010 arroja evidencia de esta dinámica al registrar que cerca de 30.000 habitantes de Florencio Varela residían fuera del distrito en el 2005. Esta migración conlleva una ocupación irregular de la tierra y la construcción de viviendas precarias ocupadas por matrimonios y familias jóvenes que buscan una radicación definitiva. De esta manera se configura un medio urbano caracterizado por población joven que en una proporción importante habita viviendas precarias con déficit de servicios básicos.

44 Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Según el Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en 2010 el 20,8 % de la población de Florencio Varela vivía con necesidades básicas insatisfechas (NBI)⁴⁵. Esta población habita en el 17,1 % de los hogares del distrito. El indicador de Vivienda inconveniente (NBI1) representó al 8 % de los hogares y el indicador Hacinamiento crítico (NBI3) el 7,3% del total de hogares, evidenciando que las inadecuadas condiciones de la vivienda son el principal tributario a la pobreza estructural.

Determinantes socio-sanitarios de las enfermedades respiratorias en la infancia

El problema que se propone abordar el dispositivo “Primera Noche” es el importante impacto que tienen las Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAb) en la morbi mortalidad de los lactantes pequeños en contextos de pobreza y vulnerabilidad social. Este impacto negativo se expresa en defunciones por causa respiratoria y defunciones domiciliarias. El grupo etario menor de 2 años es el más afectado por las IRAb todos los inviernos, y el que registra la mayor mortalidad por esta causa. Las Causas Respiratorias son la tercera causa de muerte infantil en Argentina con una participación proporcional del 7 % y afectan particularmente a lactantes en el período postneonatal (de 28 días a menos de 1 año), grupo en el cual son la segunda causa de muerte con una proporción del 21%⁴⁶.

El brote de IRAb que se produce todos los inviernos incrementa las consultas y satura los servicios públicos de salud, tanto ambulatorios

45 INDEC, website.

46 Dra. Juliana Z. Finkelsteina, Dra. Mariana Duhau, Dra. Ana Speranzac, Lic. Elida Marconib y Lic. Paola Escobar. Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; Arch Argent Pediatr 2016; 114 (3): 216-222.

(Centros de Atención Primaria de la Salud) como de internación (Hospitales). Las IRAb representan el 60 % de las consultas pediátricas y más del 70 % de las internaciones en estos servicios⁴⁷.

Como factores de riesgo medio ambientales o sociales para padecer IRA baja se enuncian el hacinamiento, madre analfabeta funcional, madre adolescente, contaminación ambiental y tabaquismo. La edad menor a 3 meses, el bajo peso y la prematurez son algunos de los factores de riesgo para padecer una forma grave de IRA baja⁴⁸.

La bibliografía que analiza la mortalidad infantil por causa respiratoria asocia la misma a la defunción infantil ocurrida en el domicilio. Una investigación realizada por la Fundación INFANT en conjunto con las Secretarías de Salud de los Municipios de Lomas de Zamora y Florencio Varela durante los años 2014 a 2016, encontró una fuerte asociación entre las defunciones domiciliarias y la presencia de infección respiratoria: el 60 % de los lactantes que habían fallecido en el hogar tenían indicios de cursar una infección respiratoria⁴⁹. Existe una distribución estacional de las defunciones en el hogar similar a la distribución de defunciones de causa respiratoria y a las defunciones post neonatales en general. La defunción en el hogar participa en

47 Censo diario del Hospital Zonal Mi Pueblo. Florencio Varela.

48 Dra. Laura Moreno, Dr. Fernando Ferrero. Colaboradores: Dr. Néstor Abramovich, Dra. Verónica Aguerre, Dra. Miriam Bruno, Dra. Miriam Calvari, Dra. Ana Ceballos, Dra. Ángela Gentile, Dra. Norma González, Dr. Alberto Maffey, Dra. Patricia Paba, Dr. Raúl Ruvinsky, Dr. Santiago Vidaurreta, Dr. Fernando Vila. Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años; Sociedad Argentina de Pediatría.

49 Mauricio T. Caballero; Alejandra M. Bianchi; Alejandra Nuño; Adrian J. P Ferretti; Leandro M. Polack; Ines Remondino; Mario G. Rodriguez; Liliana Orizzonte; Fernando Vallone; Eduardo Bergel; Fernando P. Polack. Mortality in children in the community associated with acute respiratory infections, *The Journal of Infectious Diseases*; 2019 Jan 9; 219 (3): 358-364.

una importante proporción de la mortalidad infantil post neonatal. En Argentina, en 2012 las muertes en el hogar representaron el 27 % de la mortalidad en edad post neonatal y en 2013, en la Provincia de Buenos Aires, fueron el 35 % de las defunciones post neonatales⁵⁰. Las defunciones domiciliarias suelen agruparse en la denominación de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante (MSIL)⁵¹ que tiene componentes explicados y no explicados. En el grupo de defunciones explicadas se encuentran las infecciones respiratorias y la sofocación accidental en la cama, esta última asociada a factores de riesgo conocidos como colecho, hacinamiento y hábito tabáquico.

El programa “Primera Noche”

Los objetivos propuestos al ponerse en práctica el programa “Primera Noche” fueron los siguientes: Disminuir el impacto de las Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAb) en la morbi mortalidad de lactantes menores de 1 año durante el brote invernal en Florencio Varela; Producir mejoras en la red de servicios asistenciales para el acceso y la continuidad de atención por IRAb; Incorporar el seguimiento y la atención domiciliaria de niños y niñas con IRAba cargo de enfermería;

50 Dr. Alejandro Jenik, Dra. Estela Grad, Dra. Virginia Orazi Dra. Liliana Sapoznicoff, Dra. Letizia Fasola, Dr. Manuel Rocca Rivarola, Dra. Noemí Jacobi y Dra. Norma Rossato. Expertos externos convocados: Dra. Virginia Kanopa, Dra. Ivonne Rubio y Dra. Marta Cohen. Consenso. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría.

51 Dr. Alejandro Jenik, Dra. Estela Grad, Dra. Virginia Orazi, Dra. Liliana Sapoznicoff, Dra. Letizia Fasola, Dr. Manuel Rocca Rivarola, Dra. Noemí Jacobi y Dra. Norma Rossato. Expertos externos convocados: Dra. Virginia Kanopa, Dra. Ivonne Rubio y Dra. Marta Cohen. Consenso. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Incorporar la valoración de la vulnerabilidad social en el marco de la atención de los niños y las niñas afectadas por IRA bajas; Empoderar a las familias en sus capacidades de cuidado del lactante con IRAb.

El Programa “Primera Noche” es ejecutado desde el 01 de junio de 2014 por la Secretaría de Salud de Florencio Varela. Esta dependencia municipal tiene a su cargo la gestión de 40 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), los cuales están dotados de equipos interdisciplinarios integrados por medicina en las especialidades básicas (Pediatría, Toco ginecología, Clínica Médica, Medicina General), enfermería, obstetricia, admisión, trabajo social, salud mental, odontología, promotor de salud. Dos CAPS funcionan como Centros de Referencia para consultas ambulatorias en especialidades como diabetología, cardiología, nutrición, psiquiatría, embarazo de riesgo y servicios de diagnóstico (Ecografía, rayos, mamografía). También de dependencia municipal e integrada al proyecto SAME de la provincia de Buenos Aires, operan seis bases de ambulancias con médico las 24 horas para la atención de la emergencia prehospitalaria y de vía pública. La red asistencial se completa con el Hospital Zonal General Mi Pueblo (Provincial) y el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner (SAMIC). La red de servicios asistenciales así constituida se vincula por distintos mecanismos y procedimientos que se denominan “Mecanismos de Referencia y Contrarreferencia”, los mismos consisten en procedimientos administrativos y tecnológicos que tienen el objetivo de orientar y contener la circulación del usuario dentro de los distintos niveles del sistema, por ejemplo: red de laboratorio descentralizado en cada CAPS para toma de muestra y centralizado en Hospital El Cruce para procesamiento, sobre un soporte informático que digitaliza los resultados; derivación de embarazo de mediano y alto riesgo desde los CAPS al Hospital; solicitudes de interconsultas ambulatorias con especialidades médicas y de diagnóstico por imágenes desde los CAPS hacia el Hospital Mi Pueblo y el Hospital El Cruce; alta referenciada del recién nacido y la madre desde

la maternidad del Hospital Mi Pueblo a cada CAPS con turno reservado para el primer control. Un nodo clave para garantizar estos procesos es la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del hospital Mi Pueblo, la misma es una dependencia jerarquizada como Jefatura de Departamento de la Secretaría de Salud Municipal que funciona dentro del hospital provincial y vincula y sostiene los procesos descriptos. Esta Oficina tiene un rol clave en la operatoria del dispositivo “Primera Noche” que aquí se describe.

La Secretaría de Salud también presta servicios de Bromatología y Zoonosis desde la misma Dirección con un plantel de bioquímicos, bacteriólogos y veterinarios que realizan inspección de alimentos, habilitación de comercios y control de zoonosis (rabia, hantavirus, triquinosis, etc.).

El dispositivo Primera Noche, está incluido normativamente en el Programa Materno Infantil, dicho programa tiene un responsable y un equipo que trabaja en la formulación de normas de trabajo y capacitación para la atención de ese grupo poblacional e incluye las normatización de atención prenatal, el control de niños y niñas sanas, la atención de patologías prevalentes de la infancia. Dentro de este conjunto de normas y procedimientos se encuentra el Programa de Atención de las IRA bajas, el cual tiene por referencia normativa las dictadas por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires. De esta manera podemos decir que este dispositivo es parte del programa de IRAb que el Municipio pone en marcha todos los años en el período invernal (Junio a Agosto). Dicho Programa incluye la implementación de una modalidad de Internación Abreviada de los casos de IRAb moderados y graves, la capacitación del personal de enfermería para la atención y la provisión de un grupo de medicamentos críticos para la atención, especialmente broncodilatadores en aerosol y antibióticos. Un decreto municipal declara de interés municipal las acciones del Programa de IRA bajas.

La ejecución y coordinación operativa del dispositivo está a cargo de la Dirección de Atención Primaria de la Salud y el diseño de registros, procesamiento de datos y reportes es realizado por el Área Técnica y de Programas dependiente directamente de la Secretaría de Salud.

Mapa epidemiológico en relación a las IRAb

Tomando como referencia el mapa epidemiológico descrito en relación a las IRAb en Argentina: su incidencia en el período invernal, su peso en la mortalidad infantil y especialmente en el grupo postneonatal (De 28 días a un año), el vínculo o red causal que se observa entre las defunciones infantiles por IRAb y la muerte ocurrida en el domicilio, el peso de factores de riesgo ambientales y del orden de los determinantes sociales, caracterizaremos la situación del distrito.

En los tres años previos a la puesta en marcha del dispositivo (2011 a 2013) las tasas de mortalidad infantil y mortalidad postneonatal de Florencio Varela presentaron valores por encima de la Región Sanitaria VI y del promedio provincial casi invariablemente. En la tabla se presentan los datos comparativos de las 3 jurisdicciones:

Tasa de mortalidad infantil, Buenos Aires, Región VI y Florencio Varela, 2011 a 2013

| Año | Provincia | Región VI | F. Varela |
|------|-----------|-----------|-----------|
| 2011 | 11,7 ‰ | 13,0 ‰ | 15,2 ‰ |
| 2012 | 11,4 ‰ | 12,0 ‰ | 11,7 ‰ |
| 2013 | 10,9 ‰ | 12,2 ‰ | 14,3 ‰ |

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

La tasa de mortalidad post neonatal, generalmente asociada a las condiciones de vida y el ambiente, en Florencio Varela siempre se mantuvo encima de los valores regionales y provinciales para igual período:

Tasa de mortalidad post neonatal, Buenos Aires, Región VI y Florencio Varela, 2011 a 2013

| Año | Provincia | Región VI | F. Varela |
|------|-----------|-----------|-----------|
| 2011 | 4,4 ‰ | 4,8 ‰ | 6,9 ‰ |
| 2012 | 3,9 ‰ | 4,1 ‰ | 5,5 ‰ |
| 2013 | 3,7 ‰ | 4,2 ‰ | 6,8 ‰ |

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

| | |
|--|------------------|
| | Tasa más baja |
| | Tasa intermedia |
| | Tasa más elevada |

Las defunciones ocurridas en el hogar en Florencio Varela representaron el 36,7 % de las defunciones postneonatales en el período 2011 a 2016⁵².

Los datos de mortalidad permiten plantear la hipótesis de un fuerte peso de las condiciones sociales y los determinantes sociales de la salud sobre una mortalidad postneonatal que se encuentra por encima de los valores regionales, reforzada esta idea por la elevada proporción de defunciones infantiles ocurridas en el hogar identificadas como MSIL, coincidentes con el brote de IRAb y la estación de bajas temperaturas.

52 Elaboración propia sobre la base de datos de mortalidad infantil provista por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio e Salud de Provincia de Buenos Aires.

La caracterización socio demográfica del distrito alerta sobre las condiciones vulnerables del hábitat en vastos sectores de la población joven de Florencio Varela expresadas en hacinamiento, déficit de materiales constructivos y formas inseguras de calefacción.

En relación a los procesos asistenciales que se dan durante los meses invernales en la red local de servicios de salud, la saturación de los servicios de atención ambulatoria, de emergencia e internación se agudiza en el período estudiado (invierno). El servicio de pediatría del Hospital Mi Pueblo duplica sus egresos (60 y 70 niños internados según censo diario) sobre su capacidad (30 camas pediátricas de dotación) y la guardia de emergencias trabaja con la modalidad de Internación Abreviada (protocolo de 1 ó 2 horas en ciclos de broncodilatadores) para acelerar la recuperación y el alta de los casos de IRAb. El ritmo e intensidad de trabajo admite la hipótesis de que existirían error o fallas del proceso que podrían expresarse en altas precoces a lo que deben agregarse las deficitarias condiciones sociales para el cuidado en el hogar posteriores al alta hospitalaria; estas condiciones ambientales no podrían ser correctamente evaluadas en el ámbito de una consulta de emergencia que se centra en la clínica, así como dicho ámbito no sería el propicio para una correcta interpretación y empoderamiento del adulto/a cuidadores.

Implementación del Programa Primera Noche

El dispositivo consiste en el seguimiento en el hogar de los lactantes menores de un año atendidos por una IRA baja moderada o grave en el Hospital Mi Pueblo el mismo día del alta o dentro de las primeras 12 horas de egreso. La visita es realizada por un equipo centralizado de enfermería siguiendo un protocolo de acción que también contempla el registro de datos objetivos y observaciones cualitativas.

La idea de un dispositivo centralizado para seguimiento domiciliario de niños con IRAb se sustentó en dos criterios clasificatorios: riesgo e inequidad. Identificar entre los miles de casos de IRAb en la estación invernal, a un centenar (500 y más) de casos moderados-graves, sería un procedimiento de selección de un grupo de riesgo. Los casos moderados-graves requieren la observación o internación en ambiente hospitalario, haciendo esto del Hospital Mi Pueblo el efector privilegiado donde identificarlos. Para ese grupo “de riesgo” se diseñó un dispositivo centralizado que permitiría estandarizar una intervención valorando en el domicilio las condiciones ambientales y de cuidado, especialmente en las horas de sueño. La visita domiciliaria se convierte así en una prestación complementaria orientada a mejorar el cuidado de lactantes en condiciones de vulnerabilidad.

Los niños y niñas asistidos en la Sala de Internación pediátrica o en el Consultorio de Internación Abreviada son identificados por personal de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Secretaría de Salud ubicada en el Hospital Mi Pueblo. Diariamente y pasado el mediodía estos niños de alta son notificados a la Secretaría de Salud y distribuidos en 3 ó 4 circuitos de recorridas para ser visitados por personal de enfermería en móviles de la Secretaría de Salud afectados a esta tarea.

Cada equipo móvil realizó un número diario de visitas que osciló entre un mínimo de 3 y un máximo de 10 visitas, ejecutándose todos los días de la semana incluidos feriados desde el 01 de junio al 31 de agosto durante los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.

En la prestación “visita domiciliaria” el personal de Enfermería realiza las siguientes actividades:

- Evalúa la función respiratoria y condición clínica del niño/a, en algunos casos decidiendo la reinternación en el mismo momento.
- Evalúa la disponibilidad de la medicación prescrita y entrega en caso de faltantes.
- Corrige y aclara, con más tiempo y en condiciones más apropiadas, las indicaciones y técnicas de administración de la medicación.
- Releva y evalúa las condiciones estructurales del hogar: confort, calefacción, ventilación, hacinamiento, materiales constructivos, etc.
- Evalúa y refuerza las capacidades del adulto cuidador/a y el acompañamiento familiar para la atención del niño.
- Releva e identifica factores de riesgo reconocidos para MSIL (Tabaquismo, consumos problemáticos, colecho, sueño seguro, madre adolescente, etc) y trabaja sobre los mismos con la familia.
- Comprueba la asignación de turno programado en el CAPS de referencia para control dentro de las 48 hs y gestiona telefónicamente el mismo en caso de no haber sido otorgado.
- Registra los datos objetivos y sus observaciones en planilla ad hoc.

Finalizado el recorrido diario el personal del equipo móvil entrega en la sede de Secretaría de Salud los registros de las visitas realizadas. Personal administrativo va dando entrada en una base de datos Excel a todas las visitas.

Semanalmente se realiza una reunión de trabajo de todo el equipo donde se evalúa el desempeño, se detectan inconvenientes, se capacita, se discuten otras intervenciones posibles y se toman decisiones.

La implementación del dispositivo no implicó grandes conflictos, aunque significó una redefinición de la forma de asignar el fondo de becas de enfermería, pasando de la modalidad de incentivo del personal de enfermería en funciones en su Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) a la de contratación de un grupo menor de enfermeras en una tarea adicional. Esta decisión generó tensiones en el sector de enfermería, pero en virtud de la eficiencia y transparencia esta nueva asignación se imponía como correcta pues se pasaba del pago de un incentivo estacional (los 3 meses de invierno) al pago por una tarea adicional y en contra turno.

Otra tensión que se dio fue hacia adentro de los equipos de salud de los CAPS en términos conceptuales y de competencias. Algunos profesionales y trabajadores de los CAPS manifestaron desacuerdo con la creación de un dispositivo centralizado con un equipo específico para realizar una tarea que compete a los efectores del primer nivel de atención, encontrando colisión con las tareas de perfiles como las y los Promotores de Salud de cada CAPS. Las Promotoras de Salud, una por CAPS, realizan regularmente rondas y visitas domiciliarias auxiliares al control de lactantes de su CAPS. Para no desconocer o invadir sus competencias en 2017 se les asignó el trabajo en una campaña de “Sueño seguro” vinculada a las condiciones de nocturnidad en hogares pobres.

Un importante desafío que surge cuando el sector salud aborda la complejidad social de sus problemas, es la de encontrarse con problemas que no son resorte suyo. Surge la necesidad de articular intersectorialmente, pero esta articulación intersectorial, especialmente con

las áreas sociales, no es fácil ni está totalmente incorporada en el día a día, máxime cuando se trabaja en contextos urbanos con grandes carencias y demandas sociales que ya están identificadas y asistidas por otras vías o programas. Esta articulación permitió, con discontinuidad, morigerar una carencia como fue la de moisés o cunas para garantizar el sueño de seguro del bebé, parcialmente asistida en algunos años. La característica del problema y su ligazón con el hábitat pone en evidencia el problema habitacional de vastos sectores de una manera dramática, máxime cuando epidemiológicamente se pone en evidencia su peso en la defunción infantil.

Otra articulación que requirió acuerdos y renovación de los mismos cada año, es la que tienen la Secretaría de Salud Municipal con el Hospital Provincial. Para una eficaz intervención que garantice la continuidad del proceso de atención de estos niños/as se requiere acuerdos con el hospital y sus servicios; la novedad del dispositivo debió y debe continuamente operar en una cultura de guardia hospitalaria caracterizada por la resolución episódica y poco comprometida con la continuidad. Estos cambios culturales y de rutinas laborales no se logran solamente con acuerdos de directivos, como los que se tuvieron y requerirán otras intervenciones institucionales.

Como se explicó anteriormente el Área Técnica y de Programas de la Secretaría de Salud es la responsable de la elaboración de registros y procesamiento de los datos, mientras que la Dirección de Atención Primaria de la Salud y sus efectores es responsable de la ejecución del dispositivo.

Un conjunto de normas establece el procedimiento como se describió anteriormente. Las enfermeras al momento de la visita completan una planilla de registros donde además de identificar a la familia registran

el estado clínico del lactante y relevan un conjunto de datos referidos especialmente a factores de riesgo vinculados a las IRA bajas, especialmente los que permiten describir las características y las deficiencias del hábitat, la existencia de hacinamiento y las capacidades de cuidados de padres y madres. Estos registros se cargan a una base de dato al día siguiente de cada visita.

Semanalmente el Área Técnica prepara un reporte cuantitativo actualizado de las prestaciones dadas, así como revisa la completitud de los registros. Con ese informe se realiza una reunión semanal de evaluación a la que el equipo de enfermería aporta información cualitativa de sus observaciones e intervenciones. En esta reunión semanal de monitoreo participan las áreas ejecutivas y las de programación, lo que ha permitido llevar adelante un proceso de mejora permanente.

De esta manera el dispositivo cuenta con un sistema de monitoreo con sus indicadores cuantitativos y observaciones cualitativas y un grupo de indicadores de impacto como son las tasas de mortalidad infantil, post neonatal y número absoluto por causa (respiratoria) y lugar de ocurrencia (domicilio) elaborados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Resultados

En los 4 años que se analizan (2014 a 2017) fueron visitados 1701 lactantes menores de un año, representado estos el 77% del total de egresos notificados e identificados por la Oficina de Referencia-Contrarreferencia del hospital (2212).

Egresos por IRAb Hospital Mi Pueblo y visitas efectivas de cada año

| AÑO | Egresos | Visitas | Efectividad |
|-------|---------|---------|-------------|
| 2014 | 433 | 301 | 70 % |
| 2015 | 500 | 333 | 67 % |
| 2016 | 495 | 328 | 66 % |
| 2017 | 784 | 739 | 94 % |
| TOTAL | 2212 | 1701 | 77 % |

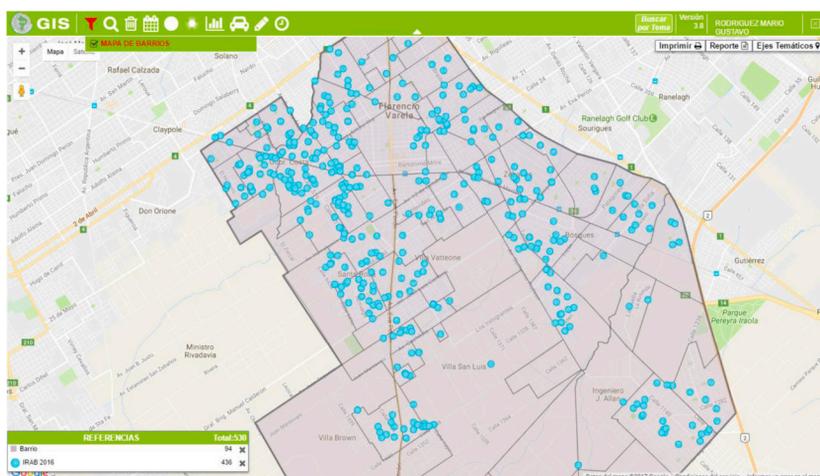
Los principales resultados del trabajo son los siguientes:

- La edad promedio de los lactantes visitados fue de 5,4 meses, el 51% de ellos era menor de 5 meses y el 31 % menor de 3 meses de edad.
- Todas las visitas fueron georreferenciadas configurando un mapa de la Infección respiratoria. Sobre un total de 40 CAPS del distrito, en el área programática de 12 CAPS se georreferenció el 51% de los casos.
- Se construyó un corredor endémico por semana epidemiológica observándose distintos comportamientos en cada año: en 2014 y 2017 el pico fue en semana 26, en 2015 y 2016 en semana 23.
- El 3% de los lactantes visitados requirieron ser reinternados en la misma visita.
- El 17% de las viviendas visitadas fueron clasificadas como deficitarias según materiales constructivos.

- Se observó colecho en el 70 % de los niños/as y 51 % dormía en forma incorrecta (boca abajo o de costado).
- En el 45 % de los hogares alguien fumaba.

Imagen de la Georreferencia de niños/as visitados por Primera Noche, año 2016.

De 495 niños externados, 442 (89 %) fueron geolocalizados



Evaluación del impacto de la experiencia

Según datos de mortalidad infantil (Dirección de Información Sistematizada, Ministerio Salud Provincia de Buenos Aires) las tasas de mortalidad infantil y post neonatal del distrito experimentaron un descenso sostenido los 4 años de la intervención, según se presenta en las tablas que siguen:

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Mortalidad Infantil | 15,2‰ | 11,7‰ | 14,3‰ | 12,6‰ | 10,1‰ | 9,9‰ | 9,6‰ |
| Mortalidad Postneonatal | 6,9‰ | 5,5‰ | 6,8‰ | 5,9‰ | 4,0 ‰ | 4,4‰ | 3,2‰ |

El comportamiento de estos dos indicadores tomados para evaluar un posible impacto de la intervención (mortalidad infantil y post neonatal) no fue el mismo en los territorios que comprenden al distrito de Florencio Varela (Región Sanitaria VI y Provincia), y fundamentalmente los valores históricamente más elevados de Florencio Varela fueron acercándose a los de la Región VI y la Provincia, incluso llegando a colocarse debajo del promedio regional o igualando la tasa de la Provincia, en algunos años. La tendencia fue un descenso sostenido de la mortalidad infantil a expensas del componente post neonatal.

Comparativo mortalidad infantil (Buenos Aires, Región VI y Fcio. Varela), 2014-2017

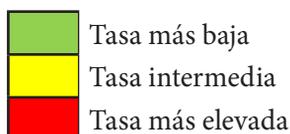
| Año | Provincia | Región VI | F. Varela |
|------|-----------|-----------|-----------|
| 2014 | 10,4 ‰ | 10,5 ‰ | 12,6 ‰ |
| 2015 | 9,9 ‰ | 10,3 ‰ | 10,1 ‰ |
| 2016 | 9,9 ‰ | 11,2 ‰ | 9,9 ‰ |
| 2017 | 9,5 ‰ | 9,8 ‰ | 9,6 ‰ |

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Comparativo mortalidad post neonatal (Buenos Aires, Región VI y Fcio. Varela), 2014-2017

| Año | Provincia | Región VI | F. Varela |
|------|-----------|-----------|-----------|
| 2014 | 3,7 ‰ | 4,0 ‰ | 5,9 ‰ |
| 2015 | 3,3 ‰ | 3,9 ‰ | 4,0 ‰ |
| 2016 | 3,6 ‰ | 4,1 ‰ | 4,4 ‰ |
| 2017 | 3,2 ‰ | 3,4 ‰ | 3,2 ‰ |

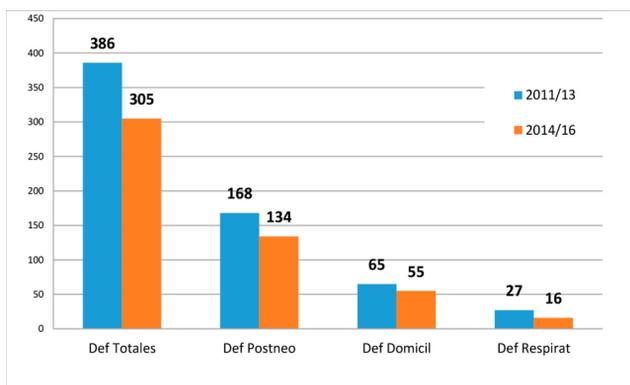
Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.



Si bien ambos indicadores analizados (Tasas de mortalidad infantil y post neonatal) podrían estar influenciados por otras múltiples variables, el comparativo de los mismos tanto dentro del mismo distrito en dos momentos o trienios pre y post intervención, como con la tendencia en la Región VI y la Provincia, muestran claras diferencias con un descenso sostenido en Florencio Varela.

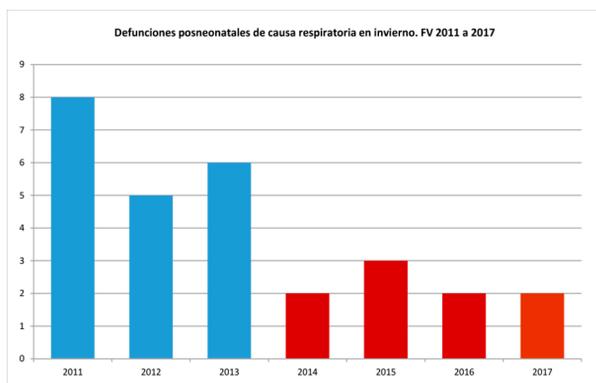
El análisis de los valores absolutos de mortalidad infantil, postneonatal, de causa respiratoria y domiciliaria del distrito de Florencio Varela, comparando el trienio previo a la intervención (2011 a 2013) con el primer trienio de trabajo (2014 a 2016) se presenta en el siguiente gráfico:

Número de defunciones infantiles totales, post neonatales, domiciliarias y de causa respiratoria en los dos trienios



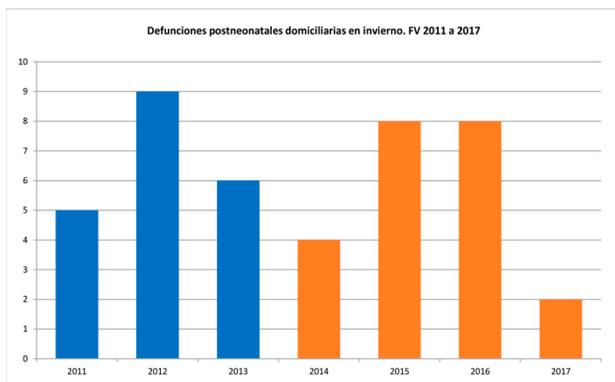
Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Informatizada del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires.

En el análisis limitado al período invernal en el que se ejecuta el dispositivo (junio a agosto), se observa un significativo descenso de las defunciones de causa respiratoria en el grupo postneonatal durante los años de intervención, según gráfico:



Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Informatizada del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires.

Las defunciones ocurridas en el hogar durante los meses de invierno tuvieron una distribución sin una tendencia evidente en la comparación de los años con y sin intervención:



Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Informatizada del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires.

Conclusiones y aprendizaje que dejó la experiencia

El dispositivo descrito constituye una intervención complementaria en la estrategia de atención de las IRA bajas, que incorpora la visita domiciliaria en las primeras horas posteriores a la atención del episodio agudo de aquellos cuadros de mayor gravedad (“Primera Noche” en el hogar), como prestación novedosa. Se focaliza en lactantes menores de un año, con una concentración en las edades comprendidas entre 1 mes y 4 meses (cerca del 50 % de la casuística). La intervención alcanzó una importante escala llegando a 1701 niños/as visitadas en los 4 años. Ha permitido una valoración de las condiciones de hábitat y capacidades de cuidado de las familias en un contexto de vulnerabilidad, operativizando dicho concepto en la asistencia. Se ha encontrado evidencia

directa e indirecta de posibles fallas en el proceso de atención, ya sea por la carencia en la disponibilidad de medicamentos ambulatorios, la no comprensión de las indicaciones al alta y probables externaciones prematuras, especialmente considerando que entre el 3 y el 4 % de los lactantes visitados fueron reinternados no obstante su reciente egreso (siempre menor a 12 horas). Los factores de riesgo conocidos para MSIL (colecho, hábito tabáquico, posición al dormir, hacinamiento) fueron relevados y encontrados presentes en proporciones significativas, motivando intervenciones del personal de enfermería en el sentido del cambio de hábito.

El dispositivo también aporta al concepto y diseño de Red de Servicios, ya que la enriquece agregando una prestación en la modalidad de visita en el hogar, a la vez que cumple un rol de vinculación de esa red garantizando la continuidad de la atención en el Primer Nivel de Atención de los niños y niñas egresadas del hospital.

La incorporación del personal de enfermería en la prestación ha dado protagonismo a una profesión que la tradición del sistema de salud ubicaba como auxiliar, demostrando los mismos un compromiso renovado con la profesión y capacidad para profundizar y afianzar su rol en la dimensión del cuidado.

Los datos de mortalidad infantil, postneonatal, de causa respiratoria y defunciones ocurridas en el domicilio comparados en los años antes y durante la intervención alientan a profundizar el análisis y mejorar este tipo de dispositivos, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y déficit habitacional. Esta intervención se encuadra dentro de la modalidad de adecuación de la respuesta sistémica de los servicios de salud a situaciones de vulnerabilidad social.

La relación que en la bibliografía se hace entre las defunciones infantiles de causa respiratoria y las defunciones domiciliarias merecen un análisis a la luz de su comportamiento en los períodos previos y los de la intervención: la experiencia muestra un significativo descenso de muertes de causa respiratoria en edad post neonatal en los años intervenidos pero pocas modificaciones de los valores totales de defunciones domiciliarias en iguales períodos. Cabe la hipótesis de dar a los determinantes sociales de la salud, materializados en las condiciones desfavorables del hábitat (vivienda precaria, hacinamiento, etc.) y de pobreza en general, el carácter de determinantes sociales de difícil abordaje desde el sistema de salud en comparación con las posibilidades de empoderamiento familiar en sus capacidades de cuidado durante el brote de infecciones respiratorias.

Se concluye que la experiencia alienta a la revisión sistemática de los procesos asistenciales, a la vinculación y construcción de redes asistenciales, a un mayor involucramiento y empoderamiento de disciplinas consideradas auxiliares de la medicina y a la reorientación de los servicios de salud con un enfoque de equidad.