

Programa PTREV, "una experiencia vivida"

Nancy Lucía Bejarano Beltrán

correo-e: nlbejarb@bacatá.usc.unal.edu.co

Resumen

Experiencia de salud materno infantil y desarrollo humano, realizada en los Centros

de Salud de Tunjuelito, al sur de Bogotá, Colombia, en 1987-1993, bajo la dirección y coordinación de los gobiernos de Colombia e Italia. Diseñada, planeada

y ejecutada por el equipo interdisciplinario de salud colombiano y consultores italianos a través del programa PTREV.

La innovación que impulsó el programa PTREV en la prestación de servicios de salud se fundamentó en la integración del minusválido a la vida social normal y en

la prevención-educación de las discapacidades a través de la detección y la atención precoz. Su propósito fue mejorar la calidad de vida y ofrecer servicios de

salud más humanos y democráticos.

La zona piloto está ubicada en las localidades de Tunjuelito y Rafael Uribe Uribe,

del suroriente de Bogotá, que cuentan con 260 mil habitantes, pertenecientes a estratos socioeconómicos medio-bajo, bajo y de pobreza absoluta.

Las actividades de salud y desarrollo impulsadas y realizadas por el programa, implicaron la programación en salud y educación. En salud se definió el día de la

Mujer y el día del Niño; y en educación la integración de niños discapacitados a Escuelas para niños normales.

El programa fue modelo de replicación en su área de salud por algunas Instituciones de Salud, y en especial por el SILOS de Vista Hermosa, donde aún persiste.

Actualmente, en la EPS UNISALUD, de la Universidad Nacional de Colombia, y en la

Facultad de Enfermería, Sede Bogotá, se ha involucrado parte de la metodología

innovadora del programa PTREV al programa de salud, maternidad vivida, y a la

línea de profundización, cuidado y práctica.

Palabras claves: Discapacidad, Discapacidad de Aprendizaje, Socialización,

Integración, Consulta Colectiva, Programa PTREV.

Abstract

Experience of child maternal health and human development, realized in health center on Tunjuelito quarter, to Bogotá South, Colombia, in 1987—1993, with direction of Colombia and Italy government. Designed, planed and executed by team health interdisciplinary colombian and italians counselor to PTREV program.

The innovation that pushed the PTREV program in the service performance of health, have as foundation in the adjustment disabled to social live normal and prevention—education of disabled to detection and attention precocious. Its purpose was to improve the quality of life and to offer health services more humans and democratic.

The pilot zone is situated in localities of Tunjuelito and Rafael Uribe Uribe in Bogotá, and with a covering of 260 thousand inhabitants, they pertain to layers middle, low and absolute poverty.

The activities of health and development pushed for the program, implied the programation in health and education; in health it defined the woman day and child day; and education the integration of children disabled to school for normal children.

The program was model of replication in its area of health for some health institutions, and special for the Silos of Vista Hermosa where still persist.

In present in EPS—UNISALUD of Nacional de Colombia University and Infirmary Faculty, headquarters Bogotá, its associated part of innovate methodology to PTREV program at health program, maternity lived, and to line of profundity, care and practice.

Key words:

Experiencia de salud materno infantil y desarrollo humano, realizada en los Centros de Salud de Tunjuelito, al Sur de Bogotá, Colombia, en 1987-1993, bajo la

dirección y coordinación de los gobiernos de Colombia e Italia.

El Programa de Desarrollo Local Integrado, PTREV, fue una iniciativa de cooperación técnica bilateral entre los gobiernos de Colombia e Italia que se dirigió

a promover el desarrollo local en el marco del desarrollo humano.

El programa PTREV movilizó esfuerzos multidisciplinarios aplicados a lograr la integración de los niños discapacitados a la vida social, con pleno goce de sus derechos. Surgió de la cooperación técnica internacional entre los gobiernos de Italia y Colombia. Integró en su ejecución entidades estatales y descentralizadas

de los sectores de salud, educación y bienestar dirigidas al niño, la familia y la comunidad. Desde 1987, el área de Tunjuelito, al suroriente de Bogotá, se constituyó en zona piloto de esta importante experiencia, cuyo propósito principal

es elevar la calidad de los servicios sociales, educativos y de salud de la población

colombiana, resaltando el sentido humano y democrático.

El programa vivenció experiencias y reflexiones acerca del proceso de integración

de niños discapacitados a la vida social, cuyo análisis y comprensión debe tener en

cuenta las múltiples variables que inciden en la generación de individuos con limitaciones. A pesar de las limitaciones, se lograron recoger experiencias que validan la concepción de prácticas pedagógicas, médicas, laborales y sociales. Se pudo someter a la prueba de la práctica la verificación de las concepciones y teorías desarrolladas, permitiendo su reafirmación o superación de acuerdo con su concordancia o discordancia con los resultados. Igualmente, se logró mediatizar en la multiplicidad de facetas de la integración: pedagógica, psicológica, social, rehabilitación, terapéutica y médica, resaltando la interdisciplinariedad. Se conoció sobre la marcha el estado investigativo y la acción transdisciplinaria en la que los diversos especialistas y agentes sociales entrecruzaron y combinaron sus conocimientos y roles en la búsqueda de una misión conjunta. Importancia capital y determinante tuvo la observación directa, tratándose de la integración social del niño discapacitado, en la cual los participantes especialistas, maestros, familia y el mismo niño fueron al unísono investigadores y actores. La Escuela, el Centro de Salud, la Comunidad, la Familia, la Localidad, fueron un verdadero Laboratorio Social donde la observación directa, experiencia y experimentación y comprensión del fenómeno social validaron los principios de la ciencia social. La ejecución del programa incorporó ocho escuelas de primaria del Distrito en sus diversas jornadas, y jardines situados en la zona de Tunjuelito; en todos, el equipo promovió la integración de un número considerable de niños menores con dificultad y problemas de desarrollo. En salud se involucraron ocho centros de salud y cuatro hospitales de referencia.

La experiencia en sí

Aspecto educativo

La integración del niño discapacitado a las escuelas corrientes se ejecutó por etapas. Una primera etapa fue la realización de talleres de información y capacitación a todos los profesores de las escuelas del Distrito y de los jardines infantiles de la zona de Tunjuelito. Se trabajó con ellos el significado de discapacidad, la integración y la importancia de la socialización de estos niños. La siguiente etapa fue el trabajo con los padres de familia de niños de las escuelas a través de la metodología "Escuela de Padres"; se trabajó la ambientación para la aceptación y recepción de los niños discapacitados para que ellos fueran multiplicadores con sus hijos, teniendo como resultado una actitud y aceptación favorables. Luego se trabajó la temática directamente con los niños, especialmente de los cursos donde se integrarían los niños discapacitados, a través de juegos y dinámicas participativas, lográndose finalmente la integración a las aulas escolares.

Es importante destacar el criterio de integración, consistente en hacer la vinculación escolar con base en la edad cronológica del niño discapacitado; su edad mental, objetivada y valorada por sus alteraciones psicomotoras, no condicionaba el estar con niños de su edad cronológica; se buscó y trabajó con ellos condiciones para su socialización y por esta vía se observaron avances significativos en sus capacidades y habilidades mentales. En esta práctica médica, terapéutica y pedagógica la integración es asumida y transformada en una simultaneidad de procesos de comunicación entre las partes del exterior fragmentado y el mundo interior, que buscan en las capacidades potenciales el camino hacia la solución, teniendo en cuenta a la persona en su profundidad. Fue así como el diálogo necesitó y demandó un lenguaje común; los términos técnicos cedieron el paso al lenguaje de la cotidianidad, permitiendo el intercambio de vivencias. La terapéutica se implementó teniendo en cuenta las competencias técnicas contextualizadas y enmarcadas en el lenguaje de la cotidianidad, el de las relaciones humanas. La solución de la problemática surgió del diálogo de palabras y vivencias en la reflexión conjunta. Se obtuvieron soluciones de la voluntad común de escuchar y discutir respetuosamente, aceptando sugerencias, experiencias e ideas del otro. La creatividad, que conjugó competencia con vivencia, rigor con fantasía, fue lo que permitió los logros positivos, no sólo a nivel de la habilitación, sino favoreciendo la materialización y crecimiento humano y profesional de todos los participantes en el proceso de integración.

Aspecto de la salud

La innovación de la prestación del servicio de salud que impulsó el programa PTREV se perfiló a buscar una reducción importante de las discapacidades a través de programas sistemáticos de prevención y educación y de la detección y atención precoz de factores de riesgo.

Como objetivo general se buscó contribuir desde los diferentes enfoques científicos, técnicos y metodológicos a la reorganización y mejoramiento de la atención médica y social dirigida a la población con retardos y trastornos del desarrollo en edad evolutiva.

Contrario a la tradicional división social de atención de salud en servicios básicos, tratamiento hospitalario y rehabilitación en estructuras especializadas, el programa integró prevención, tratamiento y rehabilitación en cada uno de los niveles, buscando una atención integral y un proceso de descentralización. La estructura del programa permitió establecer comunicación e intercambio con otras experiencias innovadoras nacionales e internacionales.

La complejidad que implicó la integralidad madre y niño exigió el diseño y puesta en marcha de los programas de prevención materna y de actividades en el "Día

de la Mujer", y del Programa de Prevención Infantil y de actividades en el "Día del Niño", donde los protagonistas se abordaron y trabajaron en el contexto social y familiar de manera colectiva.

La implementación de los programas contempló la capacitación y el compromiso de los profesionales de salud de los centros de salud y hospitales implicados, mediante talleres, dinámicas participativas y relato de experiencias vividas. Luego, la capacitación se amplió al personal auxiliar de Enfermería y al administrativo, con el fin de lograr aceptación y compromiso con el programa. Producto del trabajo en grupo, se fijaron y determinaron los días de la semana para el desarrollo de los respectivos programas; estableciéndose el martes como "Día de la Mujer" y el Jueves como el "Día del Niño".

Día de la mujer

El Programa de prevención materna buscó, en primer término, garantizar un mecanismo para **captar** a las gestantes de la zona de influencia. Este mecanismo contempló la participación de la promotora de salud, de la oficina de estadística, de la auxiliar de Enfermería y de la consulta médica; y requirió la transformación de la concepción y el significado del Centro de Salud como el sitio fundamental donde se recibe y da información y atención en salud.

La captación de las gestantes al programa, mediante los sujetos mencionados, implicó la divulgación del programa a través de las visitas domiciliarias y la identificación de situaciones familiares, culturales y sociales que requieren atención específica en el control prenatal.

Actividades en el día de la mujer

En el día de la Mujer se realizan las siguientes actividades:

1. Las citas programadas
2. La prueba de Gravindex
3. Los exámenes de laboratorio
4. El control prenatal:
 - _ Consulta colectiva
 - _ Consulta individual
 - _ Seguimiento de la gestación y remisiones

1. Las citas programadas

Todas las citas para el control prenatal serán registradas en la agenda de la oficina de estadística del Centro de Salud. Esto permitirá evitar largas filas a las gestantes, tener un día exclusivo para ellas y a los Centros una atención más organizada.

2. La prueba de gravindex

La enfermera jefe realiza la prueba de gravindex después de los 10 primeros días de amenorrea. Si este resultado es negativo se repite la prueba a los 8 días. En

caso de sospechar otra causa de amenorrea la enfermera jefe la remite a consulta médica general. Si el resultado es positivo o es evidente la gestación se ordenarán los exámenes de laboratorio.

3. Los exámenes de laboratorio

Toma de muestras: A las 7:30 a.m. la auxiliar de Enfermería toma las muestras de los exámenes, que son enviadas al Hospital de Tunjuelito.

4. Control prenatal

Consulta colectiva

El programa PTREV plantea un mayor acercamiento entre el Centro de Salud y la comunidad. La consulta colectiva es una estrategia para alcanzar este objetivo, aparte de que permite una racionalización del tiempo de la consulta. La experiencia en la ejecución de esta actividad señala que se puede trabajar con grupos que van desde 12 hasta 40 gestantes. Esta actividad debe ser realizada por el equipo de salud (médico, enfermera, auxiliar, etc.).

La consulta colectiva comprende:

A) Trabajo con el grupo

En el trabajo de grupo es fundamental la motivación para que las mujeres manifiesten sus dudas. La base de la metodología de la consulta es una dinámica participativa en la cual los temas por tratar surgirán de las gestantes y sus acompañantes. En este sentido, una de las funciones de quien orienta el grupo es analizar la necesidad real que fundamenta los temas escogidos. Las respuestas pueden ser dadas por el mismo grupo o por el orientador, teniendo en cuenta no sólo el aspecto técnico sino también los temores, ansiedades, actitudes y costumbres socio-culturales.

La temática, aunque espontánea, no debe dejar de lado temas básicos acerca de la gestación, como son: cuidados prenatales, atención al nacimiento, cuidados durante el puerperio, cuidados del recién nacido, lactancia materna y planificación familiar, entre otros. En estos encuentros se debe hacer énfasis en la prevención, promoción de la salud y educación de la comunidad.

B) Curso de educación materna

El curso de educación materna se lleva a cabo con las gestantes, independientemente de la edad gestacional. Contiene ejercicios de postura, circulación, estiramiento, fortalecimiento, respiración, relajación, etc. Se desarrolla también la estimulación intrauterina.

C) Examen físico

En el examen físico participa activamente la gestante, por medio del diligenciamiento de:

-_Test de Cardiff: se hace entrega a la gestante de la hoja correspondiente y se le

explica su manejo.

-_Medida de la altura uterina: se explica la forma como se llena y se procede a realizar una práctica por binas entre las mismas gestantes, revisando y analizando

el resultado. Estas indicaciones pueden reforzarse en la consulta individual.

Estos test son evaluados en cada consulta y permiten determinar Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) y/o Sufrimiento fetal (SF).

La gestante también participa en la ejecución de:

-_Maniobras de Leopold: se busca que la gestante las pueda realizar para que tenga una percepción más real de su hijo y para facilitar la ubicación del sitio de la

auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.

-_Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal por parte de la madre: esta actividad

le permite establecer una relación con su hijo mucho más cercana.

-_Toma de peso: es un procedimiento muy sencillo realizado por la paciente, por

medio del cual se establece una relación entre el curso normal de la gestación y la

ganancia de peso.

-_Toma de tensión arterial: realizada por un miembro del equipo de salud, dando a

la gestante la información adecuada.

_ Consulta individual

La consulta individual por parte del médico prosigue a la consulta colectiva.

Busca

realizar un examen individual de la gestante y diligenciar la historia integral perinatal. Además, en ella se da respuesta a las inquietudes que la consulta colectiva ha generado en la paciente.

Cuando se detecten situaciones socio-económicas o psicoafectivas desfavorables,

se prestará mayor atención al control y seguimiento de la gestación, para evitar la

deserción. El seguimiento a estas gestantes se hará mediante visitas domiciliarias

periódicas, en las cuales se les propondrá y explicará cómo deben realizar ellas mismas los métodos de control de la normalidad, y así motivarlas para que

regresen al Centro de Salud. Otra forma es buscar la participación de la comunidad

como apoyo a su problemática particular e involucrar a los agentes de salud (vigías, comités de salud, etc.) para crear una relación más estrecha y facilitar así

la evolución satisfactoria y el seguimiento de la gestación.

Es importante motivar a la gestante para que acuda a los subsiguientes controles

prenatales, realice los diferentes test y asista al curso de educación materna. El esquema de consulta presentado anteriormente se deberá realizar desde la primera consulta y durante todo el seguimiento de la gestación.

Evaluación colectiva de la actividad

En el Centro de Salud se realizará cada mes una reflexión conjunta sobre la cantidad y tipo de prestación de los servicios desarrollados en el "Día de la Mujer"

para evaluar y programar actividades de atención, remisión y revisión de la historia

clínica y ver si la conducta tomada en estos casos fue la más adecuada.

Se valorarán también conjuntamente los resultados de las visitas domiciliarias hechas por el personal de salud, para proponer temáticas de integración de la comunidad con instituciones que trabajan en la zona y así plantear posibles soluciones con participación individual y/o de grupos familiares.

Atención al nacimiento de bajo riesgo

Admisión

La gestante debe conocer previamente el equipo de trabajo y los lugares donde será atendida. Llegará al servicio de admisión donde se le recibirá de manera amable y se la atenderá oportunamente. La enfermera le dará la bienvenida y la

confianza necesarias para que exprese cómo se siente y qué inquietudes tiene.

A

continuación hará la toma de tensión arterial (con la materna sentada y/o en decúbito lateral izquierdo y no durante la contracción) y de los demás signos vitales, para determinar factores de riesgo.

Al pasar a la consulta médica, la materna podrá solicitar la compañía de un familiar; ésta se desarrollará en un ambiente de familiaridad, ánimo y seguridad para la mujer. Se procederá a preguntar cuidadosamente acerca de: inicio de las

contracciones uterinas, hora, duración, intensidad y frecuencia; ruptura prematura

de membranas, sangrado, vitalidad fetal, etc.

Durante el examen médico general se presta especial atención al examen gineco-obstétrico que incluye altura uterina, modalidad de presentación, situación y

auscultación de la frecuencia cardíaca fetal durante un minuto completo, buscando

establecer el bienestar fetal (se determina como normal una frecuencia de 120 a

160 latidos por minuto).

Para realizar el tacto vaginal se le debe explicar a la gestante el procedimiento y

solicitar su colaboración; sólo debe hacerse en caso de que se considere necesario.

Luego de la valoración de la gestante, se hospitalizará aquella que se encuentre en

una fase activa del trabajo de parto. En caso de que encuentre en parto o fase

latente, la hospitalización sólo se hará de acuerdo con las condiciones de salud encontradas, la distancia de la vivienda al hospital, la hora de la consulta y el criterio del médico.

Durante el examen se informará a la madre acerca de su estado y el de su hijo, así

como sobre la conducta a seguir. Todos los datos se registrarán en el módulo correspondiente en la Historia Integral Perinatal. Ésta se llevará con la gestante a la sala de partos. En caso de detectarse riesgo se determinará de qué tipo y se remitirá a la madre.

Atención en la sala de trabajo

"El bienestar psicológico de la futura madre deberá ser asegurado, no sólo permitiendo el libre acceso durante el nacimiento a un miembro de la familia que ella escoja, sino también permitiendo la posibilidad de que ella reciba visitas durante el periodo posnatal".

Se le recordará o indicará la importancia de la respiración y se le motivará para que

continúe su trabajo caminando por el servicio y recibiendo la contracción apoyada

sobre la pared o la baranda de la cama. Si está cansada y prefiere sentarse, se le

indicará que lo haga en una silla con el espaldar hacia delante, apoyando allí las manos y la cabeza, con las piernas bien separadas y los glúteos bien atrás. En estas posiciones se logra que el descenso del feto sea mejor y más rápido. En algunos momentos cortos, si ella prefiere acostarse, se le pedirá que lo haga en decúbito lateral izquierdo. El equipo que atiende a la gestante deberá asegurarle

un apoyo emotivo y no dejarla sola en ningún momento. El médico y/o la enfermera llevarán el partograma e irán analizando cada una de las fases del trabajo. El tacto se realizará sólo cuando sea necesario.

Durante el trabajo se tendrá especial cuidado de hablar con la gestante antes y después de la contracción, no durante la misma. Se controlará la fetocardia por medio de la auscultación clínica sistemática, informándole siempre a la madre cómo se encuentra su hijo.

"El nacimiento no debe ser inducido por comodidad: la inducción del trabajo deberá ser reservada sólo en aquellas situaciones donde son específicas las indicaciones médicas".

"Durante el trabajo se deberá evitar el suministro rutinario de analgésicos o anestésicos que no son necesarios para corregir o prevenir las complicaciones en el proceso del nacimiento".

"La ruptura artificial precoz de las membranas uterinas como procedimiento de rutina, no tiene justificación científica".

Atención en la sala de nacimiento

"A todas las mujeres que dan a luz en una institución, se les debe garantizar el respeto de sus valores, y el derecho de realizar las costumbres de su cultura, como

el modo de vestir a su hijo, o su alimentación cultural significativa, la utilización final de la placenta y otras manifestaciones inherentes a su cultura".

Una vez finalizados el borramiento y la dilatación, en el periodo expulsivo, se pasará a la gestante a la sala donde se atenderá el nacimiento en la posición elegida por ella, dejándola que puje cuando sienta el deseo, diciéndole: "puje para

que ayude a nacer a su bebé" y no, "puje como si fuera hacer deposición", ya

que ésta es una comparación desagradable y falsa. Haciendo la valoración perineal, el profesional que está atendiendo el nacimiento determina la necesidad de realizar la episiotomía. Si lo decide, la hará con previa colocación de xilocaína al 2% sin epinefrina, prefiriendo la episiotomía medio-lateral. "El uso sistemático de episiotomía no es justificado". Sin hacer presión se procederá a recibir la cabeza del recién nacido, se le aspirará según necesidad y se permitirá la salida del cuerpo por sí solo. Deberá evitarse al máximo la manipulación excesiva de la cabeza del recién nacido. Inmediatamente se le colocará sobre el abdomen de la madre, esto le proporciona al recién nacido un ambiente muy similar al intrauterino, evitando así una separación brusca, y a la madre le permite el contacto real con su hijo, impidiendo la aparición de una sensación de pérdida súbita.

Una vez el cordón deje de pulsar se cortará; si el padre o algún familiar está presente se le permitirá que sea él quien lo haga, preferiblemente en silencio y proporcionado un ambiente cálido y tranquilo. Se entregará el recién nacido al padre o familiar para que colabore en las demás actividades de adaptación neonatal inmediata.

Mientras una parte del equipo atiende al recién nacido, la otra se encargará de las actividades relacionadas con el alumbramiento y la episiorrafia si se realizó episiotomía.

Atención al recién nacido

En el ambiente cálido y tranquilo señalado en el punto anterior, el profesional de salud valorará rápidamente al recién nacido sin permitir su enfriamiento, evitando la luz muy fuerte y brindándole un trato humanizado. Se tomarán las medidas antropométricas. El padre o familiar será quien lo vista, con la ayuda y asesoría de la auxiliar; luego lo entregará a la madre, motivándola para iniciar la lactancia materna desde la misma sala.

Todo recién nacido deberá ser evaluado por el pediatra al momento de la salida. Si

el recién nacido presenta bajo peso se inicia la asistencia referida en el Programa

Madre-Canguro.

El Alumbramiento

Será hecho espontáneamente y la placenta será revisada; se le informará a la madre que todo va bien, se le explicará lo que se le está haciendo y qué cuidados

deberá tener con la episiorrafia. Cuando sea necesaria la revisión uterina manual,

ésta se realizará únicamente bajo anestesia general y con estrictas medidas de asepsia.

El puerperio

Luego de determinar que todo se encuentra en orden, la mujer será trasladada a la

sala de puerperio donde se le observará por un periodo mínimo de cinco horas. Allí recibirá las recomendaciones para el cuidado del recién nacido y de su periodo

de puerperio, haciendo énfasis en la lactancia materna, el aseo, cuidado del periné,

dieta, planificación y futuros controles médicos. Al cabo de las cinco horas se le dará de alta según criterio médico.

La jefe de atención de salas deberá llevar un registro de las remisiones de los nacimientos de alto riesgo, teniendo en cuenta el lugar donde recibió control prenatal y sitio a donde fue remitido. Esto para que los Centros de Salud retomen

esta información y continúen sistematizándola en el aparte de Detección Precoz que aparece en este módulo.

La prevención infantil

El Programa de Prevención Infantil tiene como objetivo fundamental la disminución

en la zona de morbilidad y mortalidad infantil.

Así como los Centros de Salud destinan un día específico para la atención de la mujer, existe un día para la atención del niño. La atención involucra diversas actividades como Educación en Salud, Estimulación Adecuada, Promoción de la participación comunitaria y Vacunación.

Estas acciones no constituyen una simple apertura de las actividades de consulta

de cada profesional (enfermera, nutricionista, médico, terapeuta, psicólogo, etc.) sino que representan un momento de integración en la atención al niño. El hecho

de que exista un día de atención al niño, al cual acuden madres, abuelas, padres,

vecinas etc., llevando a sus niños a control, permite un encuentro entre la comunidad y el equipo de salud.

¿Cómo llegan los niños al programa de prevención infantil?

La captación de los niños para el programa de prevención se da de diferentes formas:

Cuando se habla con la madre acerca de la relación con su hijo en el periodo de

gestación y después del nacimiento, durante el control prenatal y durante el curso

de educación materna. Aquí se identifica conjuntamente con ellas los diferentes momentos del desarrollo del niño, dando lugar a una observación permanente de

su salud que se realiza dentro de las actividades de control en el Centro de Salud.

Cuando la madre se encuentra en la sala de puerperio y se le orienta para que

asista a los controles el día correspondiente a la atención del niño, que deben

iniciarse en los primeros 15 días.

Cuando las promotoras realizan las visitas domiciliarias e indican a la madre la

necesidad de iniciar los controles dentro del programa de prevención.

Cuando las madres asisten al Centro de Salud a solicitar el servicio de vacunación.

En cualquiera de estas formas de captación se le explicará a la madre que existe

un día destinado a la atención del niño en el que se realizan las diversas actividades.

Actividades en el día del niño

1. Control de crecimiento y desarrollo

Consulta colectiva

- **Trabajo con el grupo:** la consulta se desarrolla en forma colectiva, con el mismo sentido que se señaló en la de control prenatal. Esta metodología propicia

la interacción entre las madres, quienes expresan los temas que son la base de los

contenidos educativos que brindará el equipo de salud.

- **Toma de medidas antropométricas:** será realizada por las madres con la ayuda del personal de salud y luego ellas mismas registrarán los datos obtenidos

en los carnés de sus hijos. Cuando se detecten situaciones particulares que requieran una atención especial se le comunicará inmediatamente al equipo de salud. Es importante tener en cuenta que los niños menores de 3 años deben ser

pesados y tallados en el infantómetro, y los mayores de esa edad en tallímetros o

estaciómetros.

- **Estimulación adecuada:** se parte de los conocimientos que tienen las madres y familiares acerca de esta área y se procede a realizar las diferentes actividades. No

existen grupos etáreos específicos; la experiencia nos ha mostrado que cuando participan niños de diferentes edades, son las madres de los mayores quienes orientan a las de los más pequeños. Estas últimas pueden observar las diferentes

etapas del desarrollo por las cuales pasará su hijo.

Consulta individual

Se inicia estableciendo un diálogo con la madre para conocer lo que hace el niño

durante el día; este criterio obedece al hecho de que la relación madre-niño es tan

estrecha que es ella quien puede brindar más información al personal de salud, el

cual la integra a las demás valoraciones para conocer mejor cómo se está desarrollando el niño. El momento de la evaluación es a la vez una oportunidad para dar respuesta a las dudas de la madre, brindándole la confianza y seguridad

necesarias, a fin de favorecer la relación y el buen desarrollo de su hijo.

Para la consulta se cuenta con instrumentos que permiten un seguimiento integral de la salud, es decir, ver el desarrollo del niño no sólo en la conducta motora, sino también en la relación y el comportamiento diario en el ambiente familiar. El instrumento que hace referencia a los Indicadores de las Modalidades de Comportamiento y de la Relación y el análisis de las respuestas de la madre permiten observar la capacidad de respuesta del niño al medio ambiente y detectar precozmente problemas visuales, auditivos y psicológicos que inciden en la relación y el comportamiento del niño. En la primera parte de la ficha Milani Comparetti, el personal de salud valora la evolución del comportamiento motor espontáneo del niño en las disímiles edades. Finalmente se realizará el examen físico completo y se establecerán el diagnóstico y la conducta por seguir.

Cuando se presenten casos donde se haga necesaria la visita domiciliaria, se contará con la participación de los agentes de salud, quienes informarán de las condiciones de vivienda y ambiente en el cual se desarrolla el niño. Esta información será registrada en la Historia Integral Perinatal del niño -Módulo de Control de Crecimiento y Desarrollo- y conocida por todas las personas que atiendan el caso, para efectos de la formulación del plan de trabajo.

2. Valoración integral

En presencia de alguna duda y con la información de los Indicadores de Comportamiento, los miembros del equipo de salud comunicarán el caso al 2º nivel (equipo PTREV), quienes una vez conozcan los antecedentes realizarán una valoración conjunta en el Centro de Salud, diligenciando la 2ª parte de la ficha Milani Comparetti (Historia Integral Perinatal -Módulo de Crecimiento y Desarrollo-), que considera principalmente las funciones que determinan la alteración o la falta de aquellas que no permiten el desarrollo normal del niño. El equipo también analizará las respuestas de los Indicadores de Comportamiento y de la Relación.

En el desarrollo de esta consulta se observará y evaluará individualmente la relación de los padres y el niño. El ambiente donde se realiza la observación debe permitirle al niño una óptima situación de expresión, relación y comunicación. Se debe utilizar una colchoneta con diversos juegos para facilitar a los profesionales de salud observar qué hace el niño, qué no puede hacer y qué hace de manera patológica.

3. Tratamiento integral

La formulación del programa de actividades específicas para el tipo de problema detectado se hace con los padres. El tratamiento se inicia a partir de las

acciones

que el niño desarrolla. Se fortalece la motivación para realizarlas, teniendo en cuenta las modalidades del desarrollo normal y contrarrestando todos los factores

que intervienen con este desarrollo (modalidad patológica del comportamiento del

niño y toda relación con los padres que pueda generarle angustia, desinterés o rechazo a la atención).

Después de cada momento de valoración conjunta se elabora un informe de lo sucedido en la consulta, del tipo de actividades que se desarrollaron con el niño, su

reacción a éstas, qué información se dio a los padres y qué tipo de relación tienen

con el niño, para luego elaborar un programa de actividades por desarrollar en las

próximas consultas. Toda esta información debe ser consignada en la Historia Integral Perinatal. Además se valora si el niño puede continuar la atención en el Centro de Salud, si se requiere una observación en casa o en el jardín.

Es indispensable involucrar en el programa de actividades por desarrollar a todas

aquellas personas que viven con el niño, explicándoles la importancia de la continuidad de estas actividades para que el tratamiento sea eficaz. El equipo determinará el momento oportuno de integración del niño al jardín infantil para un

mejor desarrollo.

Rol de Enfermería en Salud Pública - Área materna perinatal

El programa PTREV, en su área de salud, contó con la participación activa y significativa de la enfermera. Su aporte contribuyó notablemente a los cambios significativos que se realizaron tanto en su desarrollo como en la humanización y

trato digno a las personas del programa y usuarios, generando satisfacción y agradecimiento por la calidad y calidez del servicio. En el manejo de la comunicación siempre atendió y escuchó.

Su responsabilidad en el manejo de las consultas, programación de actividades y

equipos a cargo se conjuga en el liderazgo en el manejo de temas de salud. La capacitación y socialización de la información a auxiliares de Enfermería, enfermeras jefes, médicos y padres de familia de las instituciones de la secretaría

de salud se realizó de manera progresiva, sencilla y clara. La remisión y contrarremisión de complejidades se atendió según normas establecidas y trato interpersonal específico. El manejo de textos y cartillas en la divulgación, conocimiento y ejecución del programa, y la coordinación del personal de salud y

de la educación se hicieron de manera multidisciplinaria bajo su coordinación. Resultado satisfactorio de estas actividades, hechas a través de la

implementación

de la consulta colectiva y de la vinculación de nuevos miembros familiares a ésta,

fue la identificación precoz de anomalías por parte de ellos y luego

ratificadas y manejadas por los especialistas. Igualmente, estas actividades lograron generar un ambiente social de aceptación y atracción de más demandantes de los servicios del programa.

Como actividades y programas específicos impulsados por Enfermería, y que generaron gran simpatía, están la consulta colectiva, el curso de preparación para la maternidad, el programa madre-canguro, la atención al nacimiento de bajo riesgo, el alojamiento conjunto, los servicios de planificación familiar, visitas domiciliarias y de seguimiento, control de niño sano y estimulación adecuada del recién nacido a nivel colectivo.

Impacto del programa

Silos Vista Hermosa

El programa fue implementado e impulsado en Silos de Vista Hermosa, que cubre cinco Centros de Salud, ubicados en zonas suburbanas de pobreza absoluta de Bogotá. Por limitaciones estructurales e iniciativa personal de la enfermera participante del programa, se replicó el área de salud en los aspectos de preparación para la maternidad, consulta colectiva, madre-canguro y estimulación adecuada del recién nacido, que no existían; y se fortalecieron los programas de atención humanizada al nacimiento de bajo riesgo, alojamiento conjunto, planificación familiar y toma de citologías. Además se trabajó en los aspectos de relaciones humanas para todo el personal, reforzándolos, y en los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Hospital San Blas II nivel

Allí se fortalecieron los programas referentes a la salud materno-infantil existentes; y se implementaron la consulta colectiva y el programa de preparación para la maternidad, los programas de estimulación adecuada y de lactancia materna exclusiva.

UNISALUD EPS Servicio de Salud

Se fortaleció el programa de preparación para la maternidad y la paternidad, "**Maternidad vivida**", de la profesora Liliana Villarraga, a través de la metodología PTREV.

De acuerdo con la línea de profundización "Cuidado y práctica" de la Facultad de Enfermería, se programan y realizan allí pasantías y proyectos de investigación en temas y aspectos de salud materno-perinatal del pre y posgrado.

Bibliografía

<http://www.clap.hc.edu.uy>

<http://www.minsalud.gov.co>

200.10.68.58/bib.../riesgo_mat.htm

<http://www.fmed.uba.ar/m.../btrpub4444.htm>

<http://www.sld.cu/revista.../mgi02496.htm>

<http://www.9meses.com>

<http://www.sierraweb.es>