



Montevideo  
de Todos

Intendencia de Montevideo

## Protocolo de Enfermería: Visita Domiciliaria al binomio madre-hijo y su núcleo familiar

*“El futuro de los niños es siempre hoy”*

Gabriela Mistral



### **Autores:**

- Polic. Dr. Aquiles Lanza** Lic. Enf. María Victoria Tejera y Aux de Enfermería Adrián Meza.
- Polic. Casabó** Lic. Enf. Verónica Sánchez y Aux. Enf. Miriam Calonge.
- Polic. Colón** Lic. Enf Cecilia Luquez Galeano.
- Polic. La Paloma** Lic. Enf Edgar Tubin, Aux. Enf. Ana Arriola, Aux. Enf. Susana Alvarez.
- Polic. La Teja.** Lic. Enf. Isabel Couchet , Aux. Enf. Beatriz Sosa.
- Polic. Paso de la Arena** Lic en Enf Karen Bandeira, Aux. Enf. Graciela González.
- Polic. Parque Bellán** Aux. Enf. Nancy Gallagi.

### **Introducción:**

El siguiente artículo surge como necesidad del equipo de Enfermería con el fin de elaborar un protocolo de Visita Domiciliaria Integral, con criterios unificados para el abordaje del cuidado a la mujer, el recién nacido y su familia.

La esencia de ser Enfermero es “el Cuidado del ser humano”. Por tal motivo a partir de este protocolo se desea implementar una nueva modalidad de trabajo aplicando los contenidos teóricos y prácticos suficientes para el desarrollo y aplicación de esta iniciativa. Este equipo de enfermería pertenece a la red de atención de las policlínicas municipales de la región Oeste de Montevideo; la cual esta conformada por: Policlínicas Municipales, móviles y policlínico Odontológico ubicadas mayoritariamente en los barrios periféricos de Montevideo. Esta red depende del Servicio de Atención a la Salud (SAS) - División Salud y Programas Sociales del Departamento de Desarrollo Social de la Intendencia de Montevideo (IM).

El S.A.S forma parte del sub sector público en el Primer Nivel de Atención a la Salud. A través de Policlínicas zonales periféricas brinda atención ambulatoria, bajo un nuevo concepto sobre atención integral a la salud y distinguiéndose en el cambio de modelo de atención, el cual prioriza el primer nivel de atención, la descentralización, la reestructuración de los servicios, y la participación activa de la comunidad.

Misión: “Contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos, a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva, sobre la base de elementos básicos de la Atención Primaria en Salud: integralidad, calidad de atención, accesibilidad, oportunidad, resolutivez, incorporando espacios de participación comunitaria y coordinación intersectorial.”

A nivel país se han desarrollado diversas estrategias para el logro de Los Objetivos De Desarrollo del Milenio ODM que representan las metas sanitarias y de desarrollo humano a ser alcanzadas en el año 2015. Los gobiernos de América Latina y Caribe se han comprometido formalmente a alcanzar los ODM.

Para contribuir con la disminución de la mortalidad Infantil: neonatal y perinatal, se deben de integrar programas para mujeres embarazadas y a toda la comunidad. Es indispensable unificar criterios facilitando la creación de un proceso continuo de la atención así como el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo del Milenio ODM N° 4 el cual hace referencia a Reducir la mortalidad en la infancia y el objetivo N° 5 refiere mejorar la salud materna para el año 2015 ambos en relación a la salud Materno Infantil. Para ello es prioritario en los servicios de salud el abordaje de la salud perinatal.

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.

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 atención desde el hogar

y la comunidad hasta el centro de salud y el hospital, y de nuevo al domicilio y la comunidad.

-La red de las policlínicas municipales son pioneras en el seguimiento domiciliario desde la década del 70, con un abordaje familiar en la comunidad, con más de 20 años de experiencia en territorio.

Programa Aduana surge en el año 1971 por el Prof. Dr. Ramón Guerra, como puerta de salida custodiada desde el hospital, paso de aduana hacia el Primer Nivel de Atención, a quien se informaba qué niños llegarían para su control.

En la actualidad el programa Aduana tiene como uno de sus objetivos principales la captación y seguimiento del recién nacido y su núcleo familiar desde que nace hasta los 36 meses de vida. La realización de la visita domiciliaria integral es una de las principales actividades de dicho programa, se considera indispensable la capacitación profesional continua del equipo de enfermería siendo uno de los responsables de los integrantes del

equipo de salud en programar, planificar, ejecutar y evaluar la visita domiciliaria.

### **Definición de Visita Domiciliaria Integral**

“Una estrategia de entrega de servicios de salud realizada en el domicilio, dirigida a familias desde la gestación hasta los 3 años del niño/niña, basada en la construcción de una relación de colaboración entre el equipo de salud interdisciplinario y las madres, padres o cuidadores primarios.

La visita domiciliaria integral 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” Definición Depto. Salud Mental y Chile Crece Contigo.

La visita domiciliaria permite realizar intervenciones de salud en el contexto de vida de las personas, por lo tanto, una distinción básica será realizar acciones que complementen aquellas realizadas en el centro de salud y no una repetición de las mismas.



En este sentido, la observación del contexto de las relaciones interpersonales de la familia, la observación de la calidad de la interacción madre, padre, hijo/ hija, el contexto físico de la casa, las características del barrio, son algunos aspectos que cobran relevancia en la visita domiciliaria.

La visita domiciliaria, es la forma tradicional del cuidado de Enfermería Comunitaria y sigue siendo un método muy usado para brindar estos cuidados.

Permite observar el hogar, la interrelación de sus miembros, impartir enseñanza, descubrir otros problemas de salud.



Para una correcta visita domiciliaria es importante tener en cuenta todas las etapas de la misma:

- 1.- Programación.
- 2.- Planificación
- 3.- Ejecución.
- 4.- Evaluación

### **Objetivos generales:**

1. Elevar la calidad de los servicios de visita domiciliaria para dar respuesta a las necesidades de la población infantil hasta los 3 años de edad, mediante la captación oportuna y las intervenciones eficaces en comunidad.
2. Potenciar las condiciones del medio y los vínculos familiares que favorezcan el desarrollo biopsicosocial de la población infantil en el contexto que se encuentren, aplicando la estrategia de APS.
3. Contribuir con la disminución de los indicadores de morbimortalidad infantil del área de cobertura del servicio de salud municipal

### **Objetivos específicos:**

1. Brindar acciones integrales de promoción, prevención y rehabilitación de la salud , a través de la realización de la visita domiciliaria en su entorno familiar y comunitario con la participación de todos los efectores en territorio
2. Ampliar la cobertura de atención a todos los integrantes del grupo familiar
3. Mejorar la utilización de los recursos disponibles a través de aplicación de protocolos, según grupos etáreos y sus necesidades.

4. Capacitar los recursos humanos, en procedimientos de atención domiciliaria
5. Actualizar por medio de las visitas los datos estadísticos de la población que se asiste en el servicio.

### **Programación de la vista domiciliaria:**

La selección de la familia a visitar se realiza en reuniones del equipo de tratante, el criterio es según las pautas del MSP, y se realiza una priorización de la gravedad y urgencia de los casos.



La priorización deberá establecerse considerando los factores de riesgo detectados en la evaluación integral del niño/a pero también considerando los factores protectores y los recursos actuales de la familia.

Otra fuente de información es la historia clínica familiar, algún problema de salud específico y fundamentalmente la preocupación actual del profesional/técnico que comenta el caso.

Esta intervención se enmarcará en un Plan de Trabajo en equipo, en el cual se

determinará la urgencia, los objetivos, acciones y luego de realizada la visita se informará al equipo.

### **Población objetivo**

La población destinataria del seguimiento domiciliario son los recién nacidos, lactantes, niños/as hasta 3 años de edad y sus familias, durante esta etapa se prioriza todos aquellos que presenten factores de riesgo (ver anexos).

La población destinataria del seguimiento se identifican desde los prestadores de salud, desde el Programa de la Niñez, Programa, Aduana se incorporan factores de riesgo de tipo biológico y social, definiéndose categorías en el niño/a, madre y ambiente familiar.

Es fundamental destacar que al tener la VD también un rol diagnóstico, el nivel de riesgo se terminaría de definir en domicilio, es decir durante la propia visita.

El mecanismo de captación de los neonatos y sus familia, es a través del Programa Aduana los mismos son derivados desde la maternidad a los servicios del Primer Nivel de Atención georeferenciados.

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.

#### **Planificación de la visita:**

##### **Coordinación:**

En esta etapa se coordina la fecha y hora de la visita domiciliar; se realiza un primer contacto telefónico con la familia, considerando el consentimiento informado en forma verbal de parte de ésta.

En caso que no sea posible el contacto telefónico para coordinar la visita, la misma se realiza de todas formas, explicándoles en domicilio la importancia de esta intervención , solicitándoles su autorización promoviendo un buen vínculo.

La consulta pediátrica es un espacio donde se puede informar que se efectuará la visita.

Se aclaran datos de ubicación del domicilio, del trayecto y transporte, organizando los recursos que se utilizarán para realizarla.

Las dos personas que realizarán la visita, deberán estar informadas de la situación de la familia, conocer datos de la historia clínica y tener muy claro los objetivos de la intervención.

De la organización de esta información depende el éxito de la visita, por lo tanto es de utilidad anotar previamente el plan de acción y los objetivos de la VDI

#### **Ejecución de la visita:**

Al concurrir al domicilio nos presentaremos de forma clara con nuestro, nombre, profesión expresando la institución donde trabajamos y, le informaremos sobre la finalidad de la visita.

Debemos crear un ambiente de confianza para que haya una comunicación efectiva, tomando un rol facilitador no sancionador, asegurando la confidencialidad de la situación que vive la familia.

Mantener la distancia óptima, marcando el rol de orientación profesional desde el equipo, (no es una visita social).

Si la familia no nos invita a pasar al domicilio pediremos su autorización para ingresar al hogar, sin efectuar una presión para lograrlo, debemos tener presente el derecho a la

privacidad y que no tiene la obligación de hacerlo.

Debemos escuchar de manera empática y respetuosa, no emitiendo juicios de valor, reconociendo y estimulando sus habilidades parentales y/o de cuidadores.

Previo a desarrollar la visita deben estar claramente definidos los roles en la dupla de técnicos que la realiza: quien realiza la observación, la ejecución de la actividades programadas, los registros de la visita, etc. Efectuar preguntas abiertas para abrir el diálogo.

El equipo de técnicos que realiza la visita debe tener en cuenta una serie de cuidados que protejan su integridad física, como las que se detallan a continuación.

- Informar en la policlínica la ruta de visitas a seguir y la hora estimada de regreso.
- Uso de vehículo institucional como medio de transporte, el cual debe esperar próximo al domicilio y en caso de riesgo brindar ayuda.
- Uso de túnica y/o uniforme que distinga a las personas del equipo como profesionales de salud de la IM.
- Portar un teléfono celular, y conocer y llevar los números de teléfono de emergencia.
- Contar con identificación en el uniforme.
- No llevar objetos de valor personales.



### **Fase de desarrollo:**

Se trabajará sobre los aspectos que motivaron la visita, identificando los factores de riesgo, potenciando los factores de protección

Se establecerá un plan de cuidados en conjunto con la familia, acuerdos y metas a lograr en un periodo de tiempo pautado.



### **Actividades a desarrollar:**

#### **Orientación sobre los cuidados al recién nacido y/o lactante**

- Detección precoz de los recién nacidos y sus núcleos familiares en contexto de riesgo.
- Previo a la visita recabar información sobre la situación del la usuaria, niño/a y su núcleo familiar.
- Fortalecer la inserción del binomio en el hogar y en la comunidad.
- Potenciar la autonomía de la madre y familia.
- Reforzar la importancia de los controles completos y regulares de salud de la población infantil.
- Brindar apoyo emocional a la madre y/o responsables del cuidado del menor.
- Evaluar la calidad de la interacción binomio y familia.
- Promover el apoyo familiar en la crianza y activar redes de apoyo si es necesario.
- Potenciar las buenas pautas de crianza.
- Fomento activo de la participación del padre en los cuidados neonato/lactante.
- Promover adecuadas condiciones de higiene en el niño/a.
- Identificar factores de riesgo ambientales y efectuar recomendaciones prácticas pero factibles de realizar para mejorar situación donde vive del binomio. Colecho, cohabitación, vivienda, saneamiento, etc.



- Promover lineamientos de sueño seguro.
- Detectar oportunamente riesgos biopsicosociales para la madre y el recién nacido.
- Realizar valoración integral del recién nacido y/o lactante.
- Realizar antropometría en situaciones de: Recién nacidos prematuros, PEG, lactantes con dificultades en la alimentación, con riesgo de desnutrición y/o patologías que repercutan en el estado nutricional del niño/a.
- Promover cuidados del recién nacido, que incluirá toma de temperatura, baño, reconocer los patrones de micción y deposición, etc.

- Cuidados del cordón, evaluar técnica de curación y materiales con que cuentan en domicilio en caso de no poseerlos se les entregarán.
- Evaluar lactancia materna: Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Técnica, Frecuencia, mitos, etc.



- Orientar sobre la importancia: A) Alimentación complementaria adecuada y segura. B) Adecuado aporte de micronutrientes (hierro y Vit.D).
- Lactancia artificial, preparación de la formula,(volúmenes, diluciones, etc.), técnica de alimentación
- Informar cuidados higiene de utensilios para la preparación de la alimentación.
- Orientar sobre la importancia de realizar estudios solicitados en tiempo y forma: Ecografía de cadera, paraclínica solicitada, etc.
- Conocimiento por parte de la familia de signos y síntomas de peligro y de afecciones prevalentes (AIEPI)

- Vigilancia del desarrollo, (aplicación de la guía de Vigilancia M.S.P), estimulación oportuna.
- Evaluar vigencia de esquema de inmunizaciones.
- Informar prevención de accidentes en el hogar y seguridad vial.
- Promover concurrencia a CAIF.
- Promover concurrencia a Serenar y/u otros especialistas a los que fueran derivados.
- Realizar derivaciones desde domicilio si la situación lo requiere: -Semm niños prematuro,-105,-911, etc.
- Agendar fecha para el próximo control pediátrico en el servicio coordinado.
- Otorgar material informativo, folletería e información por escrito de indicaciones, números de emergencia, etc.

**Actividades: orientación de los cuidados a la mujer:**

- Realizar valoración integral de la puérpera.
- Coordinar control puerperal (agendar día y hora).
- Informar sobre signos de alarma ante los cuales consultar precozmente.
- Informar sobre sus derechos salud sexual y reproductiva: métodos de planificación familiar, prevención de ITS, leyes que la amparan, etc.

- Promover hábitos saludables: Alimentación, descanso, recreación etc.
- Evaluar la existencia de uso de sustancias psicoactivas, alcoholismo, tabaquismo, etc.
- Prevención y detección de situaciones de abuso y maltrato.
- Evaluar la presencia de síntomas de depresión,: Aplicar la Escala de Edimburgo., derivar al equipo de salud mental.
- Evaluar la existencia de trastornos en el vínculo madre hijo, realizar las derivaciones pertinentes al equipo de salud mental.
- Coordinar próxima visita domiciliaria si fuera necesario.
- Todo recién nacido que concurre al servicio, en el día tiene que ser recepcionado y/o visto por algún integrante del equipo de Salud (enfermería, pediatría, medico de familia, nutricionista, partera)
- Todo recién nacido se debe de retirar con una cita para su próximo control pediátrico, en caso de no contar con recursos en el servicio derivarlo al centro de salud de referencia, comunicándoles la situación, se registrará en la historia clínica, y SGA.
- Coordinar con efectores en territorio, trabajo en red: SOCAT, CAIF, Centros educativos, MIDES, ETAF, UCC, Jóvenes en Red, Policia comunitaria, centro de mediación del cerro APEX, centros comunales etc.

### **Articulaciones con efectores en territorio:**

- Promover la continuidad de la atención en el servicio de salud de la población a la cual se le realiza seguimiento domiciliario:
- Los neonatos, lactantes y su núcleo familiar que se encuentra en seguimiento por parte del Programa Aduana, durante la visita se les debe agendar una cita programada en el servicio de salud municipal, sin necesidad que concurren a sacar fecha en una primera instancia.

### **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.

### **Cronograma de visitas domiciliarias:**

La frecuencia de las visitas al niño/a y su familia deberá ser determinada por el equipo de seguimiento según los objetivos planteados en cada situación.

Según el criterio del equipo de referencia se decidirá la necesidad de repetir la visita en

cada núcleo familiar y la frecuencia deseada para realizar un adecuado seguimiento y evaluación del impacto de las intervenciones sobre sus beneficiarios.

La primer visita domiciliaria al recién nacido, **será obligatoria, para el seguimiento de niños en riesgo antes de los 7 días del Alta Hospitalaria y VD a los recién nacidos que no concurren a los controles, antes de los 10 días**, siguiendo las pautas establecidas por el MSP, 2011. Documento Meta Asistencial 1, 2011, Ministerio de Salud Pública.(Ver anexo).

En caso de que tengamos niños que no concurren al control pediátrico, se realizará como máximo 3 visitas domiciliarias, si la situación permanece igual, se realiza un informe al centro de salud de referencia con copia a programa aduana central.

Si se concurre al domicilio y se niega el ingreso al domicilio, se concurre como máximo a realizar 3 visitas domiciliarias. Se realiza informe a programa aduana central, se registra en la tarjeta de programa aduana, en la historia clínica y se ingresan datos al sistema informático.

#### **Inubicable:**

-Dirección incorrecta y no se encuentra domicilio: se concurre una vez al domicilio si la dirección es incorrecta o inubicable el

domicilio se registra en la tarjeta de programa aduana, historia clínica, sistema informático y se informa a programa aduana central **(24027382)**.

Se adjudicará desde el servicio un día fijo a la semana para efectuar el seguimiento domiciliario con una carga horaria acorde al número de visitas, este día en caso de ser necesario se podrá modificar con antelación según las actividades programadas por otros motivos del servicio.

#### **Tiempo estimado de la duración de la visita domiciliaria:**

El tiempo estimado de duración de la visita será en función de la situación de la familia y de los objetivos planteados.

La misma deberá tener como mínimo 20 a 30 minutos aproximadamente.

Los últimos minutos se utilizan para efectuar el cierre y la reprogramación de ser necesario.

Se deben tomar en cuenta los traslados.

El horario de las visitas domiciliaria queda sujeto a disposición del servicio.



### **Responsabilidades:**

#### **Recursos humanos:**

Para la ejecución de la visita se deberá contar con una dupla que pertenezca al equipo de Salud de referencia de la Policlínica donde se realizará el seguimiento de la familia.

Esto permitirá que cada uno de los integrantes cumplan roles distintos, el de observador y el otro de entrevistador, la evidencia científica ha demostrado que esto optimiza la ejecución de la visita, retroalimentando la evaluación.

**Equipo de Enfermería:** Lic. en enfermería, Auxiliar de enfermería.

Pueden incluirse otros integrantes del equipo de salud en función de las necesidades identificadas, manteniendo siempre el referente primario del equipo de enfermería.

#### **Cualidades del recurso humano\***

- Entrenamiento y capacitación en VD.
- Experiencia profesional.
- Conocimiento de los recursos comunitarios
- Capacidad para relacionarse empáticamente.
- Proveer la información pertinente en el momento adecuado.
- Habilidad para el desarrollo de relaciones de confianza con las familias. Interés y compromiso por la tarea.

-Establecer límites adecuados en el trabajo con las familias, en los que cada profesional tenga claro el rol que le corresponde cumplir

-Adaptación a las necesidades de las familias.

-Respeto por la diversidad cultural, religiosa, etc.

\* Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia. Chile Crece Contigo, 2009.

### **Recursos materiales:**

#### **Implementar el uso del maletín.**



- Maletín.
- Gasas.
- Alcohol/ Alcohol en gel.
- Algodón.
- Termómetro digital.
- Saturometro.
- Balanza pediátrica.
- Tallómetro.
- Estetoscopio.
- Tijera.
- Suero fisiológico.

- Jeringas.
- Leuco.
- Riñón.
- Guantes.
- Centímetro.

#### **Material de papelería:**

- Folletería.
  - Guía evaluación desarrollo MSP.
  - Tarjetas para citación.
  - Hojas de registro.
  - Lapicera.
- PC específico para programa aduana  
Celular
- Contar con locomoción durante todo el tiempo de la visita.

#### **Registro de actividades:**

- Historia Clínica.
- Carné de control pediátrico.
- Tarjeta de programa aduana.
- Propuesta de registros de enfermería: SIPE perinatal, recién nacido y lactante.
- SGA.

#### **Evaluación de la visita domiciliaria:**

En esta etapa se realizará por parte de la dupla que realiza la visita un análisis de el desarrollo de la misma.

Evaluaremos si logramos cumplir con los objetivos pautados para este encuentro.

Se compartirá lo que se trabajó con la familia en domicilio con el equipo tratante en la policlínica para una evaluación conjunta y establecer nuevos objetivos a seguir en la consulta o en la visita.

Se utilizará como indicadores de evaluación:

- Si se logro el propósito de la visita: por ejemplo el niño cuenta con los controles pediátricos establecidos por las pautas del MSP, cuenta con esquema vacunación vigente.
- Se deben tomar notas en la hoja de registro de visita.

#### **Propuestas:**

-Implementar visitas domiciliarias a las mujeres gestantes que presenten algún factor de riesgo (ausencia de controles). Para poder implementar estas visitas es necesario incluir otros integrantes del equipo de salud: partera, asistente social, auxiliar de enfermería y licenciado en enfermería, Dicha visita es necesario que se lleve adelante fuera del marco de la visita de programa aduana.

**El protocolo de visita domiciliaria fue elaborado con los recursos humanos y materiales indispensables para la ejecución de la misma.**

**Es necesario y excluyente contar con la disponibilidad de los RRHH y RRMM necesarios para poder implementar dicho protocolo.**

**-Elaborar un protocolo de emergencia que permita tener criterios claros de actuación y responsabilidad ante situaciones de emergencia.**



### **Bibliografía:**

-Convención de los Derechos del niño (resolución 44/25, Naciones Unidas, Ginebra, Nov. 1989).

-Orientaciones técnicas, visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia, Chile Crece Contigo, Agosto 2009.

-Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo y Crecimiento del Niño y de la niña menores de 5 años, MSP, Montevideo, 2010.

-Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería": (Enfermedades Prevalentes de la Infancia desde 0 hasta 4 años de edad) Manual Clínico, Washington D.C, OPS/FCH/CH/09.02.E 2009.

-Manual de crecimiento y desarrollo del niño, Washington DC serie paltex para ejecutores de programas de salud de OPS.

-Visita Domiciliaria: Una estrategia para disminuir la mortalidad infantil en Uruguay. MSP, Diciembre de 2010

## **Anexos**

### **Algunas reglas para la visita domiciliaria:**

#### **Atención Primaria en Salud/Organización Panamericana de la Salud.**

-No se comporte nunca ni como “controlador” ni como el “tío bueno” que trae las soluciones para todo.

-No haga creer que existen recetas simples para los problemas sociales que generalmente son complejos.

-Haga entender que la visita es un proceso de aprendizaje mutuo.

-Antes de realizar la primera visita, asegúrese de que puede repetirla poco tiempo después, en caso de necesidad.

-Anuncie previamente su visita. Una vez ahí preséntese a toda la familia. Trate de hablar también con los hombres durante a las horas de descanso.

-Comience el dialogo con comentarios positivos sobre lo que observe como el ambiente que lo rodea.

-Observe todo lo posible, pero durante la visita solo trate uno d dos problemas en la conversación.

-Evite hablar de posibles soluciones antes de que las personas visitadas hayan expuesto, por completo, su punto de vista sobre el problema.

-Haga de la solución del problema una tarea común. Exprese claramente la necesidad de que ellos mismos formulen propuestas concretas.

-Cada éxito es un éxito de la familia; cada fracaso es un fracaso común.

-Si es posible ensaye, practique, junto con los padres o los responsables lo que quiere enseñar.

-No haga nunca promesas. Realice los aportes materiales o financieros sin aviso previo, con el fin de evitar frustraciones.

-Escriba un informe corto después de cada visita.

- Organice reuniones de evaluación con compañeros y compañeras.

### **Clasificación de riesgo**

#### **Pautas del Ministerio Salud Pública**

#### **Riesgo 1 severo:**

**Controlados 3 a 5 días post – alta.**

### **Factores de riesgo biológicos.**

- Neonatos que requieren más de 5 días de internación.
- Peso al nacer menor de 1.500 grs.
- Neonatos que requieren control en Policlínicas especializadas.
- NEONATO que nunca amamantó, acompañado de alguna otra patología, por ejemplo respiratoria, diarrea.
- Inmunización no vigente desde hace más de un mes.
- Usuaria que presenta alguna infección de transmisión sexual.
- Madre o Padre con VDRL positivo.
- Madre o Padre con VIH positivo.
- Signos de desnutrición.
- 

### **Factores de riesgo psicosociales**

Madre Adolescente

- Niños que el pediatra considere de alto riesgo social.
- Niño abandonado por su madre.
- Niño huérfano de padre y madre.
- Niño que no cumple con los controles.
- Madre o Padre con patologías psiquiátrica.
- Usuaria adolescente múltipara.
- Alcoholismo y/o drogadicción en el núcleo familiar.

- Conductas de comportamiento abusivas de violencia familiar y/o maltrato infantil.
- Inadecuado control del embarazo y/o puerperio.
- Usuaria con dificultad de aprendizaje y problemas cognoscitivos sin apoyo familiar.
- Soporte familiar inadecuado, entendido como aquellas usuarias que no presentan: ayuda en las labores del hogar / ayuda y participación activa en los cuidados del niño (s) / espacio de escucha para expresar inquietudes, expectativas, etc. / comunicación fluida con el resto de los integrantes del núcleo

### **Riesgo 2 moderado:**

**Controlados entre 7 y 10 días**

### **Factores biológicos:**

- RN dados de alta de alojamiento madre -hijo.
- RN con resultados pendientes.
- Neonato que nunca amamantó.
- Destete menor a los 6 meses.
- Inmunización no vigente menos de un mes.
- Madre fumadora.

### **Factor de riesgo psicosociales:**

- Madre Adolescente
- Familia monoparental.

- No cumple controles pediátricos, atraso de un mes.
- Madre sin redes de apoyo familiar (padre del niño y/u otro familiar).
- Padre o madre analfabetos, sin dificultades de comprensión.
- Usuaría con pareja estable y no utilización de protección contra enfermedades de transmisión sexual.
- Madre que no utiliza anticonceptivos.
- Vivienda con signos de humedad.
- Inexistencia de saneamiento, luz eléctrica y/o agua potable.
- Inexistencia de baño interno.
- Presencia de colecho.
- Presencia de basurales en los alrededores de la vivienda (menos de 100 metros).
- Inexistencia de ingresos económicos fijos en el hogar.
- Padre o Madre con estudios a nivel primario y/o secundario.
- Concurrencia a controles pediátricos en tiempo y forma.

### **Riesgo 3 leve**

#### **Factores biológicos:**

- Inmunizaciones vigentes.

#### **Factores de riesgo psicosociales:**

- Familia Nuclear.
- Usuaría con pareja estable.
- Soporte familiar adecuado.
- Vivienda sin signos de humedad.