



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quintela



**Primeros 3 años de trabajo de la
Policlínica de la Maternidad del Hospital
Universitario 2017-2020.**

Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas
“Dr. Manuel Quintela”

Metodología científica II

Grupo 75: Carolina Méndez

Edwards Olivera

Melissa Rodríguez

Lucía Romay

Evelin Romay

Orientadores: Fernanda Blasina

Lucía Vaamonde

Silvina Tejeira

Romina Esponda

Pablo Noli

Noviembre 2020



Índice de contenido.

	Página
Resumen.....	3
Introducción.....	5
Objetivos de la investigación.....	12
Metodología.....	13
Resultados.....	15
Discusión.....	23
Conclusiones y perspectivas.....	26
Bibliografía.....	27
Anexos.....	29



Resumen:

Introducción: El Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas, ha implementado un espacio para el seguimiento en Policlínica de aquellos pacientes que habiendo tenido una patología grave durante la etapa de transición a la vida extrauterina, poseen un riesgo aumentado de evolución adversa tanto en su crecimiento como en su desarrollo. La concurrencia de estos niños y sus familias, constituye una herramienta de apoyo tanto a la familia como al equipo de salud que sigue al paciente en territorio.

Objetivo: El objetivo de este estudio es describir el perfil, en cuanto a tipo de patología, crecimiento y desarrollo, de los niños que se atienden en la policlínica de alto riesgo del Hospital Universitario, y evaluar la conformidad de los padres con ella.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo observacional, realizado con la población que se atiende en la Policlínica de alto riesgo (PAR), fueron **incluidos** aquellos pacientes que tuvieron dos o más controles y estuvieron ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Fueron **excluidos** aquellos con menos de dos controles y los que no consintieron participar del estudio. Por otra parte, se realizó una encuesta de satisfacción dirigida a los padres, madres o tutores legales de los pacientes.

Resultados: De 54 pacientes que ingresaron al estudio 49 fueron pretérminos y 5 de término al nacer. Se observó una prevalencia de 73 casos para enfermedades respiratorias, 26 casos para enfermedades cardiovasculares y 43 casos para enfermedades hematológicas, todas presentes al nacimiento. No se encontró asociación entre escolarización materna (valor $p=0.2821$), sepsis (valor $p>0.9999$), HIC (valor $p=0.08$), BDP (valor $p>0.9999$), y los resultados de los test de Battelle.

El 92,6% de los padres encuestados concordaron en que la calidad asistencial es excelente.

Conclusiones: Con respecto a la encuesta de satisfacción se concluyó que la calidad asistencial percibida por las familias es excelente.

La muestra de pacientes está constituida principalmente por pretérminos con pluripatologías. No se encontró asociación entre la escolarización materna, sepsis, HIC, DBP con el resultado de los test de Battelle.



Summary:

Introduction: The Department of Neonatology of the Hospital de Clínicas has implemented a space for the follow-up in the Polyclinic of those patients who, having had a serious pathology during the transition stage to extra-uterine life, have an increased risk of adverse evolution both in their growth and in their neurodevelopment. The attendance of these children and their families constitutes a support tool for both the family and the health team that follows the patient in the territory.

Objective: The aim of this study is to describe the profile, in terms of type of pathology, growth and development, of the children who are treated in the high-risk polyclinic of the University Hospital, and to evaluate the parents' compliance with it, and thus be able to generate new inputs to improve the care of these patients.

Methodology: A descriptive, observational study was conducted with the population served by the high-risk polyclinic (PAR). Those patients who had two or more controls and were admitted to the neonatal intensive care unit were included. Those with less than two controls and those who did not consent to participate in the study were excluded. On the other hand, a satisfaction survey was conducted for the parents or legal guardians of the patients.

Results: Of 54 patients who entered the study, 49 were preterm and 5 were at term at birth. A prevalence of 73 cases was observed for respiratory diseases, 26 cases for cardiovascular diseases and 43 cases for hematological diseases, all present at birth.. No association was found between maternal schooling (p-value 0.2821), sepsis (p-value >0.9999), HIC (p-value 0.08), BDP (p-value >0.9999), and Battelle test results.

The 92.6% of parents surveyed agreed that the quality of care is excellent.

Conclusions: With respect to the satisfaction survey, it was concluded that the quality of care perceived by the families is excellent.

The sample of patients is mainly made up of preterm patients with pluripathologies. No association was found between maternal schooling, sepsis, ICH, DBP with the result of the Battelle tests.

PALABRAS CLAVES: Encuesta de satisfacción, Maternidad de alto riesgo, Escolarización materna, Desarrollo, Battelle.



Introducción

La Maternidad del Hospital de Clínicas, “Dr. Manuel Quintela”, se caracteriza por ser de alta complejidad, atiende embarazos de alto riesgo y cuenta con CTI neonatal. La misma está incluida en un hospital general para adultos que tiene todas las especialidades a disposición para la asistencia de la gestante, incluyendo CTI de adultos, motivo por el cual tiene la capacidad de asistir el binomio madre-hijo dentro de la misma institución. A su vez el Dpto. de Neonatología inauguró una policlínica en el año 2017 con el fin de controlar y seguir a los recién nacidos con asfixia perinatal y prematuros.

Los recién nacidos hospitalizados pueden mantenerse durante días o semanas en el CTI o en instalaciones de rehabilitación. Al finalizar una hospitalización ya sea prolongada o no, pero después de haber pasado por una enfermedad neonatal, el equipo asistencial debe preparar a los padres para que brinden atención en el hogar y para ingresar al seguimiento ambulatorio tras un alta segura y exitosa. El alta del CTI para neonatos de alto riesgo es un hito importante, pero optimizar la continuidad de la atención ambulatoria para bebés complejos, es un desafío. Brindar una atención continua de alta calidad a estos bebés es complicado ya que no hay estándares que aseguren los mejores resultados para un seguimiento óptimo. La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) define al seguimiento ambulatorio ideal con las siguientes características: atención accesible, continua, integral, centrada en la familia, coordinada, compasiva y culturalmente efectiva brindada por un médico de atención primaria bien capacitado. La dificultad es que con niños que han tenido patologías graves durante la etapa neonatal, ha sido demostrado que tanto las familias se sienten más satisfechas cuando hay continuidad del cuidado por parte del mismo equipo, como los Pediatras que reciben a este tipo de pacientes perciben falta de capacitación en pediatría del desarrollo y coordinación de la atención. En una encuesta de pediatras generales, más de la mitad creía que no integraban adecuadamente la atención médica continua en este grupo de pacientes. [1]

En el caso de la sobrevida de los neonatos nacidos con peso extremadamente bajo al nacer también ha aumentado la morbilidad, entre lo que se destaca la afectación del desarrollo neurológico, siendo necesario evaluar en cada niño y un referente en este ámbito es Jean Piaget. Los aportes del mismo al estudio de la infancia, además de su teoría constructivista del desarrollo de la inteligencia, lo posicionaron como una de las figuras más importantes en el mundo de la teoría pedagógica. Uno de sus principales estudios fue el de la Teoría Cognoscitiva a partir de la cual planteó que el desarrollo cognitivo, es una construcción continua del ser humano, marcada por varias etapas, necesidades y acciones.



Piaget divide esas etapas en periodos de tiempo y define el momento y el tipo de habilidad intelectual que un niño desarrolla según la fase cognitiva en la que se encuentra. En términos más sencillos, lo que planteó Piaget es que tal como lo hace el cuerpo, en los primeros años de vida, nuestras capacidades mentales también evolucionan en fases que son cualitativamente diferentes entre sí. Es clave entender que estas etapas de desarrollo, para Piaget, no son acumulativas, sino que cada una de éstas va reconfigurando la siguiente, lo que permite una expansión hacia varios ámbitos del conocimiento.

Las etapas del neurodesarrollo planteadas por Piaget son las siguientes:

1. Etapa sensoriomotriz (0 a 2 años)

Esta es la primera en el desarrollo cognitivo y según Piaget, ocurre entre el momento del nacimiento y la aparición de un lenguaje que se articula en frases simples. Esta etapa se define por la interacción física con el entorno. El desarrollo cognitivo, en este momento, se articula a través de un juego que es experimental y que se puede asociar también a ciertas experiencias que surgen de la interacción con personas, objetos o animales. En esta etapa, según el psicólogo, los bebés están en una etapa sensorio-motora y juegan para satisfacer sus necesidades mediante transacciones entre ellos mismos y el entorno, hecho que se relaciona con lo que él llamó un “comportamiento egocéntrico”, es decir, aquel que está centrado en sí mismo y no en la perspectiva del otro. Piaget dice que el comportamiento o lenguaje egocéntrico aparece como una expresión de la función simbólica que acaba de adquirir el niño.

2. Etapa preoperacional (2 a 7 años)

En esta etapa, los niños empiezan a ganar la capacidad de ponerse en el lugar de los demás y por esta razón, son capaces de actuar y hacer juegos de rol. A pesar de este cambio, el egocentrismo sigue de alguna manera presente y por esto, hay dificultades a la hora de acceder a pensamiento o reflexiones más abstractas. En esta etapa, los niños aún no pueden realizar operaciones mentales complejas, tal como lo hace un adulto, por eso, Piaget también habla de lo que se conoce como “pensamiento mágico” que surge de asociaciones simples y arbitrarias que el niño hace cuando intenta entender cómo funciona el mundo.

3. Etapa de operaciones concretas (7 a 12 años)

En esta etapa, los niños empiezan a usar la lógica para llegar a conclusiones válidas, pero para lograrlo necesitan situaciones concretas y no abstractas. También pueden categorizar aspectos



de la realidad de una forma mucho más compleja. Otro punto esencial es que el pensamiento deja de ser tan egocéntrico. Una señal clara de esta etapa es cuando los niños pueden darse cuenta, por ejemplo, de que la cantidad de líquido en un recipiente no depende de la forma que adquiere, pues éste conserva su volumen.

4. Etapa de operaciones formales (desde los 12 años hasta la vida adulta)

En este período los niños ganan la capacidad para utilizar una lógica que les permite llegar a conclusiones abstractas que no están ligadas a casos concretos. En otras palabras, a partir de este momento, pueden “pensar sobre pensar”, y eso quiere decir que pueden analizar y manipular deliberadamente esquemas de pensamiento. También pueden utilizar el razonamiento hipotético deductivo.

Continuando con las ideas de Piaget su interés se centra, de forma predominante, en los procesos de construcción de nuevas estructuras. Afirma que existe una continuidad funcional entre la adaptación biológica y las operaciones intelectuales, aun cuando ambas sean estructuralmente diferentes: “Decir que la inteligencia es un caso particular de la adaptación biológica es, pues, suponer que esencialmente es una organización y que su función consiste en estructurar el universo como el organismo estructura el medio inmediato”.

Por lo tanto, según esta teoría, la inteligencia reflexiva se construye a partir de la inteligencia práctica o sensorio motriz, la que a su vez se apoya en un aprendizaje que parte de los reflejos innatos, a través de procesos que se van generando en permanente interrelación dialéctica con el entorno. Piaget propone el término “inteligencia sensorio-motriz” para referirse al proceso de construcción de estructuras que tiene lugar desde el nacimiento hasta la aparición de la función semiótica, que se hace manifiesta en el uso del lenguaje. Para no dar ideas equivocadas al desarrollar su teoría Piaget no habla de “sensaciones” sino de “percepciones”. Considerando que los comportamientos del niño, desde los primeros reflejos, son de una gran complejidad, y se modifican con la progresiva utilización de la experiencia. En las primeras etapas luego del nacimiento, va teniendo lugar un reconocimiento práctico, que no implica conciencia de objeto diferenciado del yo, sino asimilación de distintos objetos a los esquemas de succión y de prensión. [2]

El proceso de desarrollo es una construcción permanente de estructuras diversas, aunque las grandes funciones de la vida en todos sus niveles, incluyendo las funciones del pensamiento, sean las mismas. Estos invariantes funcionales son para Piaget la organización y la adaptación. Si referimos los invariantes funcionales a los procesos del pensamiento, la adaptación sería la



“concordancia del pensamiento con las cosas”; y la organización, la coherencia interna o “acuerdo del pensamiento consigo mismo”.

Existen distintas herramientas para realizar la evaluación neuropsicológica cuyo objetivo es “identificar las áreas cognitivas alteradas en niños sanos, que presentan inmadurez o que tengan daño o disfunción cerebral durante la etapa prenatal, perinatal o posnatal”, una de las herramientas usadas es el **Inventario de Desarrollo de Battelle (IDB)**. [3] Una de sus funciones al evaluar el desarrollo es identificar niños con retraso o minusvalía en algún área específica a partir del nacimiento hasta los ocho años. Está constituido por cinco áreas: cognitiva, adaptativa (autoayuda), motora, comunicación y desarrollo personal-social, cada una de las cuales se dividen en sub áreas, sumando un total de 341 ítems. El IDB incluye también una Prueba de screening formada por 96 ítems (dos por cada nivel de edad) extraídos de las cinco áreas. Su utilidad radica en que permite establecer las áreas en que se necesita una evaluación completa con el IDB. [4] En lo que respecta a la puntuación la misma es de 0,1 a 2, 0 si no lo hace, 1 si lo intenta, 2 si lo logra. Esta prueba da una visión general del nivel de desarrollo del niño y la niña con o sin minusvalía, su tiempo promedio de aplicación es de 20 a 60 minutos. [5]

Se ha visto cierta evidencia sobre la asociación entre patologías frecuentes en la prematurez y la obtención de resultados adversos durante el neurodesarrollo, tales como enterocolitis necrotizante, sepsis, hemorragia intracraneal y displasia broncopulmonar. Por lo que, aquellos pacientes que presentaron dichas patologías tienen mayor riesgo de presentar resultados alterados en su evaluación con el IDB.

En un estudio de cohorte se vio que en una población de bebés con peso extremadamente bajo al nacer y que nacieron con una edad gestacional menor a 32 semanas existe un impacto de la sepsis neonatal sobre el neurodesarrollo a los dos años de edad gestacional corregida. [6]

Los prematuros con enterocolitis necrotizante que necesitaron cirugía poseen un riesgo aumentado de peores resultados en el neurodesarrollo, incluyendo un mayor riesgo de deterioro cognitivo y parálisis cerebral. [7]

En el caso de los prematuros con displasia broncopulmonar (DBP) se sabe que tienen un mayor riesgo de obtener resultados adversos en el desarrollo en la primera infancia en comparación con prematuros sin DBP y términos, teniendo frecuentemente durante la edad escolar un cociente intelectual más bajo y un menor rendimiento en pruebas académicas. [8]

En cuanto a la hemorragia intracraneal en un metanálisis en el que se revisó bibliografía sobre el resultado del neurodesarrollo en una población de neonatos prematuros ≤ 34 semanas, de los cuales presentaron hemorragia periventricular / intraventricular (PIVH) de diferente grados, fueron comparados con otros niños que no tuvieron dicho evento, destacándose que la PIVH leve y grave están asociadas con deterioro del desarrollo neurológico moderado-grave y a su la PIVH grave aumenta la probabilidad de presentar parálisis cerebral y retraso cognitivo. [9]

Además, diversos estudios han documentado que existen factores predisponentes que afectan el normal desarrollo en este grupo etario repercutiendo sobre el rendimiento escolar. Uno de estos es el BPN, el cual se ha asociado con peores resultados escolares en comparación con neonatos normopeso y de hecho estos resultados “en lactantes con bajo peso al nacer son inversamente proporcional a su peso al nacer y edad gestacional”. Un elemento clave para el buen desarrollo cerebral es el volumen cerebral, que como muestra la Figura 1 la edad gestacional tiene una relación con el volumen cerebral a los 10 años de vida. [10]

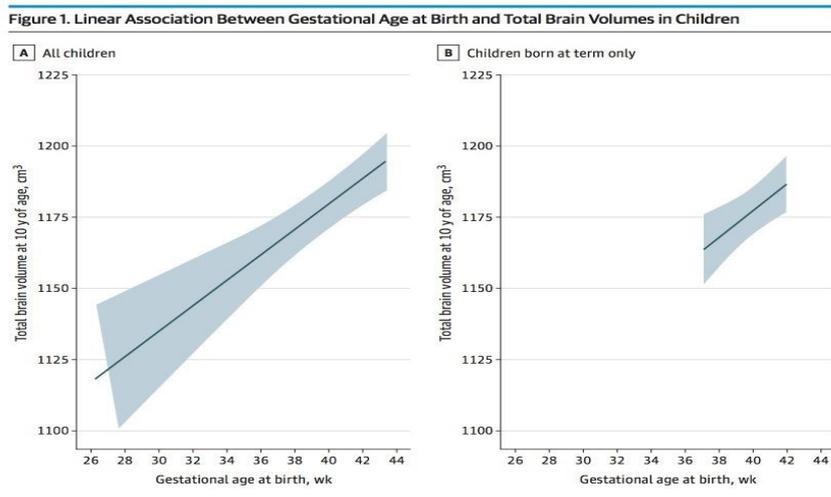


Figura 1. Asociación lineal entre la edad gestacional al nacer y el volumen cerebral total en los niños.

A su vez las dificultades escolares se han asociado a ciertos factores de riesgo familiar, como lo son el nivel educativo bajo de la madre, medio socioeconómico deficiente, sexo masculino y raza no blanca. De esto se desprende que la familia tiene un rol fundamental en el rendimiento escolar. [11].



Además de la atención en salud que se le brinda al niño indirectamente también es dada y pensada en función de la familia, a su vez es importante en cualquier ámbito de la vida del niño incluida su salud, y son estas las personas que permanentemente están viendo su progreso, por lo que su opinión puede ser un buen insumo para mejorar la atención en salud. En un estudio se buscó “determinar si existe una asociación entre tener una relación continua con un proveedor pediátrico de atención primaria y mejorar la calidad de la atención por informe parental” y se vio que efectivamente existe una asociación positiva, es decir, según los resultados de las encuestas CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) que se les realizaron a los padres la asistencia continua mejora la calidad de la misma. [12]

En un estudio descriptivo se evaluó la satisfacción de los padres mediante una encuesta en un centro de salud que lleva adelante un programa de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de niños/as menores de 10 años, de este estudio se destaca que el grado de satisfacción fue alto y estuvo asociado a variables como la buena comunicación con el personal de la salud, el buen trato, el ambiente adecuado y el respeto a la privacidad. [13]

Otro estudio evaluó mediante entrevista semiestructurada cuáles eran las necesidades percibidas por 23 padres de bebés prematuros y que estuvieron en la unidad neonatal, con el objetivo de “identificar las experiencias y los obstáculos de estos padres durante la hospitalización y después del alta” con lo que obtuvieron que “el parto prematuro tiene un impacto emocional sobre los mismos”, dado por las dificultades que se les presentaron tanto en la hospitalización como luego del alta con el cuidado en el hogar, las necesidades que fueron planteadas son una mejora en la coordinación y en la información. Además, los padres piensan que “los programas de alta temprana son muy útiles para abordar los aspectos emocionales de la hospitalización y la adquisición de habilidades de atención neonatal”, siempre y cuando tengan un equipo de salud que pueda apoyarlos y evacuar dudas. [14]

En una revisión sistemática se incluyeron ensayos clínicos sobre programas de intervención temprana a nivel del desarrollo que comenzaron dentro de los primeros 12 meses de vida de neonatos menores a las 37 semanas de edad gestacional. Se concluyó que “la intervención mejoró los resultados cognitivos en la infancia y en edad preescolar”, no siendo así durante la edad escolar. En esta revisión se encontró que las intervenciones con un componente que se centró en la relación entre padres e hijos tuvieron un mayor impacto en los resultados cognitivos en la infancia y la edad preescolar en comparación con las intervenciones que se centraron solo en el desarrollo infantil o el apoyo de los padres. [15]



Dado lo antes expuesto y la importancia que ello implica en el correcto desarrollo de los niños, el equipo asistencial de la Maternidad del Hospital Universitario consideró necesario instaurar una policlínica para la atención de los recién nacidos que fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal y generar con dicha policlínica un seguimiento a largo plazo. Esto es debido a que es prioritario que estos niños tengan un control posterior por el mismo personal de salud que lo vio nacer y ayudó en su etapa en la UCI neonatal, además del control paralelo con su pediatra de referencia.



Objetivos investigación

Objetivo general

El objetivo de este estudio es describir el perfil, en cuanto a tipo de patología, crecimiento y desarrollo, de los niños que se atienden en la policlínica de alto riesgo del Hospital Universitario, y evaluar la conformidad de los padres con ella, y generar así nuevos insumos para mejorar la asistencia de estos pacientes.

Objetivos específicos

1. Evaluar mediante encuesta aspectos sobre la percepción de la familia en cuanto al apoyo que brinda su concurrencia a una policlínica perteneciente al servicio donde nacieron sus hijos, asistidos por el mismo equipo de salud.
2. Realizar una descripción de los pacientes asistidos durante los primeros 3 años de trabajo en la Policlínica del Depto. de Neonatología del Hospital Universitario.



Metodología.

Se realizó un estudio descriptivo observacional con el fin de caracterizar el perfil de los niños que fueron incluidos en el estudio, y que son atendidos en la policlínica de seguimiento de pacientes del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Por otra parte, se realizó una encuesta de satisfacción dirigida a los padres, madres o tutores legales de los pacientes con el fin de evaluar su percepción sobre la calidad de atención recibida en los controles. Esta encuesta constó de 16 preguntas, 13 de ellas cerradas de respuesta “SI” o “NO”, una con escala numérica y 3 abiertas de respuesta corta.

Los criterios de inclusión fueron:

- Aquellos recién nacidos de la Maternidad del Hospital Universitario, que estuvieron ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatal.
- Aquellos RN que asistieron al menos dos veces en la policlínica de alto riesgo de la Maternidad del Hospital Universitario en el periodo de 2017-2020.

Los criterios de exclusión fueron:

- Aquellos pacientes controlados en la policlínica menos de 2 veces tras el alta desde la unidad neonatal de la Maternidad del Hospital Universitario.
- Padres que no deseen participar de la encuesta de satisfacción.

Normas Éticas

Se utilizó la Versión N° 2 del protocolo, con fecha del 07/07/20, elevado y aprobado por Comité de Ética del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. En el mismo consta el procedimiento por el cual se recolectaron los datos necesarios, previo consentimiento informado, y la encuesta de satisfacción para realizar a los padres, madres o tutores legales.

Se adjunta, en “Anexos”, el consentimiento informado y la encuesta de satisfacción, realizados telefónicamente.

Procesamiento de datos

Los procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos, descritos a continuación:



Se realizó un relevamiento de todos los pacientes que concurren a la policlínica, a partir de una planilla que fue previamente confeccionada en conjunto con el equipo de Neonatología, alcanzando un total de 117 pacientes.

***Ver diagrama de flujo, se resume el proceso de selección de los participantes (Anexos).**

Una vez obtenido el consentimiento informado, se procedió a la realización de la encuesta, y simultáneamente se comenzó con la extracción de datos de las historias clínicas recopilando los mismos en una planilla de Excel. Dichas muestras y datos fueron anonimizados con disociación reversible, para lo cual se utilizó un número de registro, previamente asignado, al azar en cada historia.

Se calculó en Excel (paquete Office 2010) la frecuencia relativa para “sexos” y “edad gestacional”. Estas últimas fueron agrupadas en cinco grupos:

- Términos ≥ 37 semanas (**T**), Pretérmino Tardío 34-36 semanas (**PT**), Pretérmino Moderado ≤ 33 semanas (**PM**), Pretérmino Severo ≤ 31 semanas (**PS**), Pretérmino Extremo ≤ 28 semanas (**PE**).

Se realizó el cálculo de la media y el desvío estándar para peso (al nacer y al alta), longitud (al nacer y al alta), el perímetro cefálico, el Apgar (al minuto y a los cinco minutos). Estas variables fueron agrupadas según la clasificación para la edad gestacional.

A partir de las historias clínicas se extrajo la escolarización materna al nacimiento de los pacientes, y se busca asociación en relación a los resultados de los Battelle, utilizando la prueba de Chi^2 con corrección del test de Fisher.

Fueron aportados los test de Battelle por parte de la Lic. en Psicomotricidad que valora a intervalos regulares entre 5 meses y 8 años a los pacientes, los cuales utilizamos para realizar diferentes asociaciones con las patologías que frecuentemente afectan el neurodesarrollo. Para el cálculo de Chi^2 con corrección de Fisher, el valor p- y los gráficos relacionados se utilizó el programa Prisma en su versión 8.4.3.

Por otra parte, se ingresaron los datos obtenidos en la encuesta de satisfacción a una planilla de Excel, para posteriormente analizarlos, graficarlos, y con ellos poder evaluar la percepción de los padres (ver Anexos).

Resultados

Los resultados se dividen de acuerdo a los objetivos principales: descripción de la población y encuesta de satisfacción.

Se asignó un número al azar a cada historia clínica y se contabilizó el número de controles clínicos que tuvo cada paciente, seleccionando a aquellos que cumplían con los criterios de inclusión.

De una muestra de 117 niños, 10 de ellos no fueron ingresados al estudio ya que cuentan con un único control, no cumpliendo con los criterios de inclusión.

De los 107 niños restantes, 71 cumplieron con los criterios de inclusión.

Los padres y/o tutores de 54 pacientes respondieron, de forma telefónica, accediendo a participar del estudio, y otorgando su consentimiento. Por otra parte, no fue posible contactar a padres o tutores de los 17 pacientes restantes, por lo tanto no fueron incluidos en el estudio.

En la **Tabla 1** se expresan las principales características antropométricas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio. Otra característica demográfica a destacar es la procedencia, de un n de 54, 27 pacientes son del interior, 24 de Montevideo y en 3 casos se desconoce la misma.

Características antropométricas y demográficas de la población

<i>Variables</i>		CLASIFICACIÓN EDAD GESTACIONAL				
		Término ≥ 37 semanas	Pretérmino Tardío 34-36 Semanas	Pretérmino Moderado ≤33 semanas	Pretérmino Severo ≤31 semanas	Pretérmino Extremo ≤28 semanas
Edad Gestacional (FR)(n=54)		0,099.3(5)	0,15(8)	0,26(14)	0,33 (18)	0,17 (9)
Sexo (FR)	Femenino (n=30)	0,20 (1)	0,75 (6)	0,79 (11)	0,39 (7)	0,56 (5)
	Masculino (n=24)	0,80 (4)	0,25 (2)	0,21 (3)	0,61 (11)	0,44 (4)
Peso (g) Media y desvío.	Al nacer	2542 ± 1722	2480 ± 666	1983 ± 317	1434 ± 373	950. ± 362
	Al alta	2815 ± 1994	2659 ± 602	2235 ± 244	2200±351	2365 ± 306
Longitud (cm) Media y desvío.	Al nacer	37.5 ± 25.2	32.8 ± 1.7	30.7 ± 1.4	40.2±3.1	35.1 ± 6.5
	Al alta	38.2 ± 25.5	46.3 ± 3.3	44.4 ± 2.5	44 ± 3	41.3 ± 4.7

Perímetro cefálico al nacer (cm) * Media y desvío.		27 ± 18	47 ± 3	45.1 ± 3	44 ± 3	26.5 ± 3
APGAR	Al 1'	Vigoroso: (4) **DNNM: (1) ***DNNS: (0)	Vigoroso: (7) **DNNM: (1) ***DNNS: (0)	Vigoroso: (10) **DNNM: (3) ***DNNS: (1)	Vigoroso: (13) **DNNM: (4) ***DNNS: (1)	Vigoroso: (6) **DNNM: (0) ***DNNS: (3)
	A los 5'	Vigoroso: (5) **DNNM: (0) ***DNNS: (0)	Vigoroso: (8) **DNNM: (0) ***DNNS: (0)	Vigoroso: (12) **DNNM: (2) ***DNNS: (0)	Vigoroso: (16) **DNNM: (2) ***DNNS: (0)	Vigoroso: (6) **DNNM: (3) ***DNNS: (0)
Escolarización materna (n)	Primaria completa	0	3	6	5	4
	Secundaria incompleta	2	4	6	5	4
	Secundaria completa	0	0	0	2	0
	Terciario	0	0	2	4	0
	Se desconoce	3	1	0	2	1

Tabla 1. Características antropométricas y demográficas de la población.

*En los registros de seguimiento no se cuenta con el perímetro cefálico al alta.

- **Vigoroso:** (APGAR 7-10).

** **DNNM:** Depresión neonatal moderada (APGAR: 4-6).

*** **DNNS:** Depresión neonatal severa (APGAR: 0-3).

En lo que respecta a la escolarización de las madres de los pacientes, se encontró que 21 contaban con secundaria incompleta, 18 con primaria completa, 6 con estudios terciarios, 2 con secundaria completa y se desconoce la escolaridad de 7 madres.

En la **tabla 2** se muestran las patologías que presentaron los pacientes, a distinta edad gestacional, divididas en ocho categorías, mientras que en la gráfica 1 se visualizan estas categorías en función de los subgrupos clasificados por edad gestacional. Se encontraron 73 casos de patologías respiratorias, de los cuales 8 corresponden a PT, 13 a PM, 28 a PS y 24 a PE, mientras que dentro del grupo de los T no se presentó ningún caso. Las patologías



respiratorias por orden de frecuencia que presentaron los pacientes fueron SDR (43), apnea por prematuridad (21), y displasia broncopulmonar (5), hipertensión pulmonar (5), asfixia (1).

En lo que respecta a las patologías cardiovasculares el total de casos es de 26. Se encontraron 5 en los subgrupos de PT y PM respectivamente, mientras que en los PS son 6 y en los PE 10. Las más frecuentes fueron ductus arterioso tratado (11), comunicación interauricular (10), ductus arterioso persistente (4).

Las patologías hematológicas representan 43 casos, 4 en T, 3 en PT, 6 en PM, 18 en PS y 12 en PE. Dentro de las más frecuentes están las afecciones hematológicas (17) la ictericia neonatal asociada a parto pretérmino (14), anemia por prematuridad (4), conflicto de grupo sanguíneo (4), policitemia neonatal (1), hemorragia pulmonar en el período perinatal (1), enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh (1), enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO (1).

En cuanto a las patologías infecciosas se presentaron en 13 casos, de los cuales corresponden a 1 en los grupos de T y de PT, 4 a PM y PS y 3 casos a PE. Las más prevalentes fueron sepsis (8), conjuntivitis (3), sífilis congénita (1), VIH (1).

Las patologías musculoesqueléticas se presentaron en 9 casos, 1 PM, y 4 casos en PS y PE respectivamente. En orden de frecuencia fueron hernias inguinales (6), otras anomalías musculoesqueléticas (3).

En el caso de las patologías neurológicas se presentaron 11 casos, 4 en T, 2 en PT y PS respectivamente, y 3 PE. Las más prevalentes por orden de frecuencia fueron hemorragia intracraneal no traumática (5), convulsiones (3), encefalopatía hipóxico- isquémica (2), hidrocefalia adquirida (1).

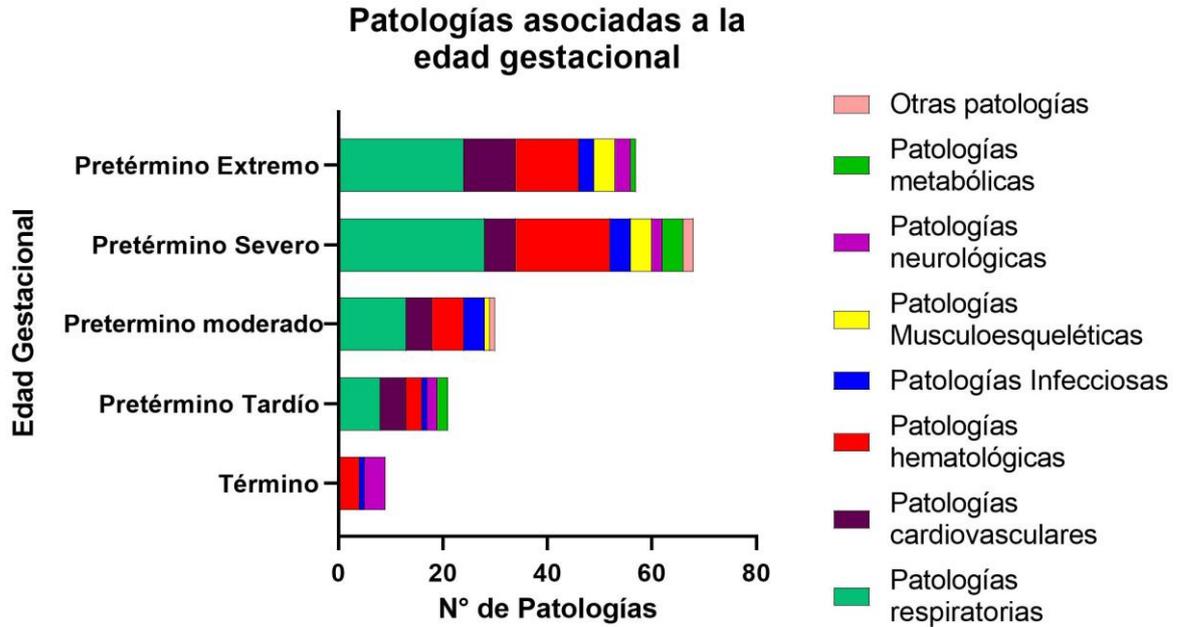
Las patologías metabólicas están presentes en 7 casos, de los cuales 2 corresponden a PT, 4 a PS y uno a PE. Las más prevalentes por orden de frecuencia son patologías metabólicas-nutricionales (5), hipoglicemia (2).

En el subgrupo de otras patologías se incluyen 3 casos, 1 en PM y 2 en PS. Dos casos corresponden a retinopatía y uno de otras anomalías gastrointestinales.

Patologías prevalentes según edad gestacional

	Patologías respiratorias	Patologías cardiovasculares	Patologías hematológicas	Patologías Infecciosas	Patologías Musculo-esq	Patologías neurológicas	Patologías metabólicas	Otras patologías
Término	0	0	4	1	0	4	0	0
Pretérmino Moderado	13	5	6	4	1	0	0	1
Pretérmino Tardío	8	5	3	1	0	2	2	0
Pretérmino Severo	28	6	18	4	4	2	4	2
Pretérmino Extremo	24	10	12	3	4	3	1	0

Tabla 2. Patologías prevalentes según edad gestacional.



Gráfica 1. Patologías asociadas a la edad gestacional.

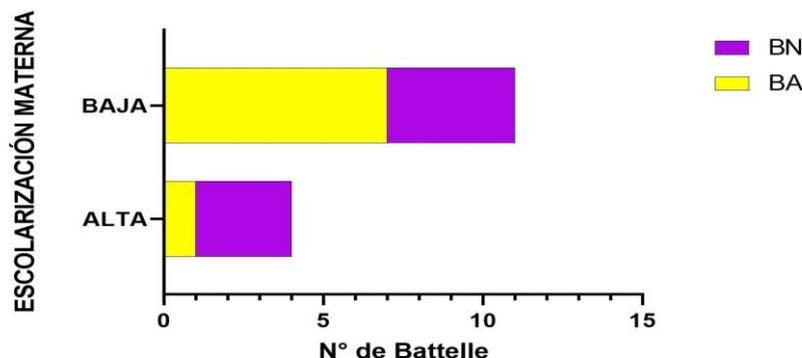
Respecto al número de eventos se encontró que 2 pacientes no presentaron ningún evento (patología), a diferencia de otros pacientes que presentaron 1 o más eventos. De estos pacientes,

10 presentaron un evento, 6 presentaron 2 eventos, 5 presentaron 3, 5 presentaron 4, 8 presentaron 5, 6 presentaron 6, 5 presentaron 7, 1 presentó 8, 3 presentaron 9, 1 presentó 13.

Con respecto a la imagenología se toma como referencia un proyecto llevado a cabo en la policlínica, donde se analiza la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) con respecto a la asfixia y la prematurez, evaluando aquellos que tuvieron RNM y/o ecografía encefálica. Se encontró que 27 pacientes contaban RNM, pero solo 13 de ellos contaban con ecografía encefálica. Por otra parte, de 13 pacientes que no contaban con RNM, 4 de ellos contaban con ecografía encefálica. De 9 pacientes que tenían pendiente la RNM, 5 de ellos ya contaban con ecografía encefálica. Finalmente, de 5 pacientes a los que no le correspondía realizarse RNM, 1 de ellos contaba con ecografía encefálica.

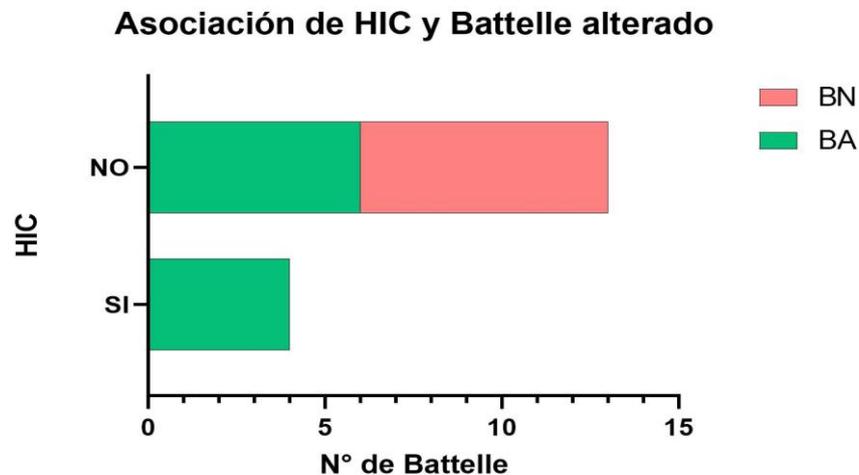
Respecto a la asociación de la escolarización materna (“alta escolarización”/”baja escolarización”) con los resultados de los test de Battelle (“normal”/”alterado”), mediante una tabla de contingencia que se realizó utilizando χ^2 con corrección de Fisher, no se encontró que existiera asociación entre las variables antes mencionadas, obteniendo un valor p- de 0.2821. Cabe aclarar que para conformar las agrupaciones de “alta escolarización” y “baja escolarización” se tomaron como referencia primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y estudios terciarios de las madres de los pacientes. Por lo que, se asoció primaria completa y secundaria incompleta, designándolas a “baja escolarización”, y se asoció secundaria completa con estudios terciarios, designándolas a “alta escolarización”. Dichos resultados se observan en la **gráfica 2**.

Asociación entre escolarización materna y la alteración de los resultados de los test de Battelle



Gráfica 2. Asociación entre escolarización materna y la alteración de los resultados de los test de Battelle.

Se intentó establecer la asociación entre los resultados de los test de Battelle alterados y normales en relación al presentar o no Hemorragia intracraneal (HIC) al nacer. De los resultados de esta asociación se desprende que no hay asociación significativa, obteniendo un valor p- de 0.08. Dichos resultados se observan en la **gráfica 3**.

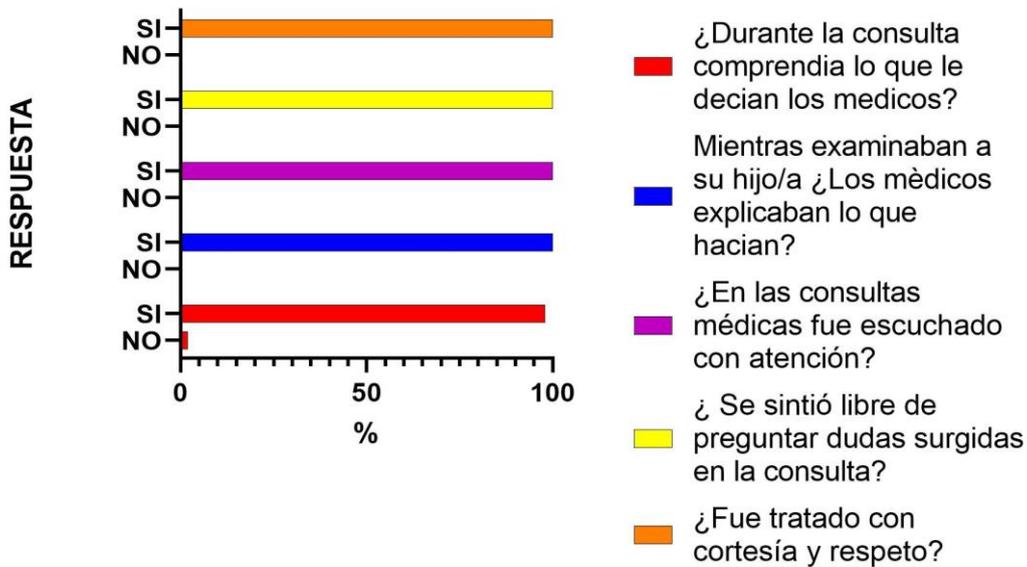


Gráfica 3. Asociación HIC y Battelle alterado.

Se realizó además la asociación de sepsis y broncodisplasia pulmonar (BDP) con los resultados de los test de Battelle. De estas asociaciones se desprende que 4 pacientes tuvieron sepsis, de los cuales 3 tenían el resultado del test de Battelle alterado y 1 de ellos tenía Battelle normal. No se observó una asociación, dada por un valor p- >0.9999 . Continuando con estas asociaciones se encuentran que 2 pacientes tuvieron BDP, de los cuales 1 de ellos tenía el resultado de Battelle alterado, mientras que el otro tenía un resultado de Battelle normal. Tampoco en este caso, con n muy bajo, se verificó asociación, dada por un valor p- >0.9999 .

En cuanto a los resultados obtenidos de la encuesta de satisfacción, en las preguntas referidas a las habilidades comunicacionales del equipo médico, la gran mayoría de los encuestados comprendieron lo que decían los médicos (98,2%), se sintieron libres de preguntar dudas (100%), fueron tratados con cortesía (100%), fueron escuchados con atención durante las consultas médicas (100%) y al examinar a los pacientes explicaban lo que hacían (100%).

Habilidades comunicacionales del equipo médico.

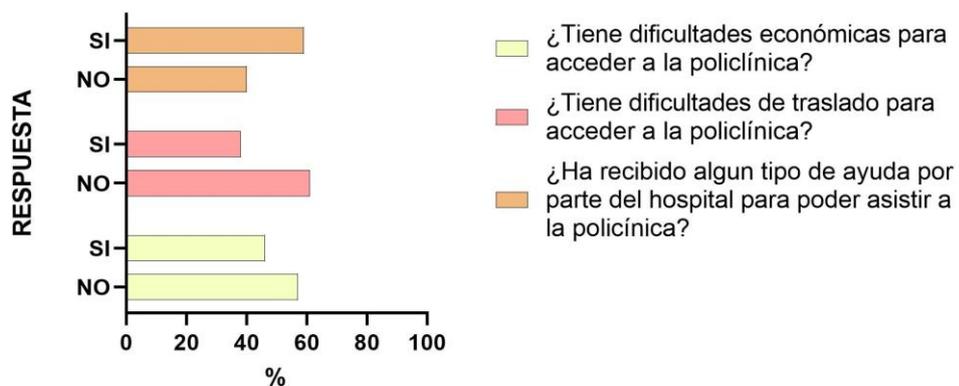


Gráfica 4. Habilidades comunicacionales del equipo médico.

Con respecto a las dificultades surgidas para acceder a la policlínica, un 42,6% refirió tener dificultades económicas, mientras que un 38,9% expresó tener dificultades en el traslado.

Como otro punto a destacar un 40,7% recibe ayuda por parte del hospital para asistir a la policlínica.

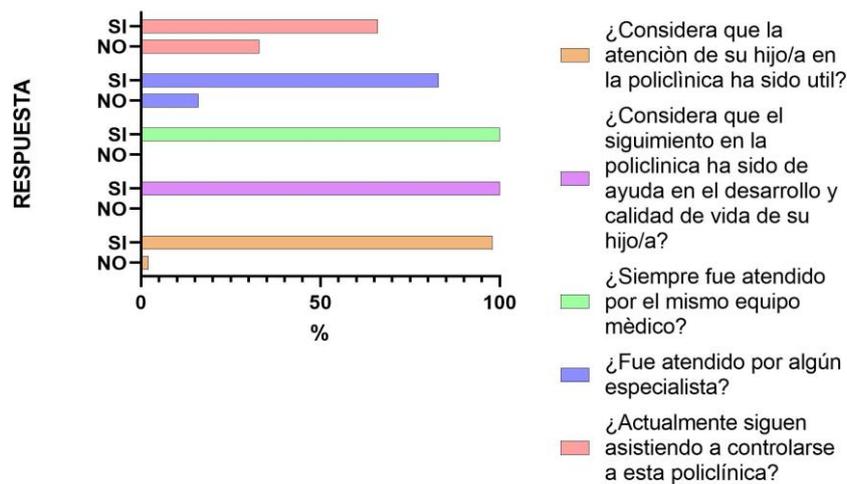
Dificultades en el momento de acceder a la Policlínica.



Gráfica 5. Dificultades en el momento de acceder a la Policlínica.

Con respecto a la atención recibida y la conformidad con la misma un 98,2% refirió que la atención en la policlínica ha sido útil, un 100% estuvo de acuerdo en que ayudó en el desarrollo y calidad de vida de su hijo, un 100% de los encuestados expresó que la atención fue realizada siempre por el mismo equipo médico y un 83,7% de los pacientes fueron atendidos por especialistas. Actualmente el 66,7% de los encuestados siguen asistiendo a controles en la policlínica, mientras que el 33,3% restante no asisten porque se les dio el alta médica (8), cambiaron de prestador de salud (4), desde el inicio de la pandemia no se han agendado nuevos controles (4), entre otras causas.

Calidad asistencial percibida.



Gráfica 6. Calidad asistencial percibida.

La atención recibida en los controles fue calificada como excelente en el 92,6% por parte de los encuestados, muy buena en el 5,6% y buena en el 1,8%.

Las sugerencias expresadas por dos de los padres fueron: “*mayor difusión del número telefónico de la Policlínica y horario de atención del mismo*” (sugiere que sea a través de la web del HC) y “*mejorar la comunicación de estudios paraclínicos y diagnósticos*”.



Discusión.

Se debe destacar que el número inicial de pacientes se correspondía con 117, de los cuales fueron incluidos 71. De estos 71 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión existió comunicación telefónica con 54, generando así limitantes con las que se encontró el equipo de trabajo al momento de acceder a los datos personales de los padres, madres o tutores de los pacientes, ya que una parte de sus números telefónicos de contacto no estaban actualizados, y con otros no se contaban. Para poder comunicarse con gran parte de las familias se realizó, en conjunto con el equipo médico, contacto con las policlínicas periféricas correspondientes a sus domicilios, otros fueron brindados por la responsable del plan Aduana, que se aloja en el servicio de la maternidad del Hospital Universitario, y otros fueron aportados por el equipo médico a cargo de la atención de los pacientes. Uno de los elementos que permiten mantener una vía de comunicación con las familias es contar con los datos actualizados, que en este caso verificamos no se cumplían en todos los casos, considerando éste un aspecto a ser fortalecido para optimizar el funcionamiento de este servicio de policlínica.

Sobre la encuesta de satisfacción realizada se destaca la buena disposición de la mayoría de los padres, ya que a pesar de estar limitados por el tiempo disponible o el lugar físico, en el que se encontraban, brindaron una cordial y excelente recepción ante las llamadas realizadas.

Una vez iniciada la comunicación no se encontraron dificultades al solicitar el consentimiento informado, ninguno de los padres que respondieron a las llamadas se negó a participar de este estudio. No obstante, una vez iniciada la encuesta de satisfacción surgieron varias limitantes, como dificultades para comprender las preguntas realizadas por los encuestadores. Se cree que al realizar la encuesta de forma telefónica se entorpece con el lenguaje corporal, ausente en este caso, y se depende estrictamente del lenguaje verbal. Se solicitó, en varias oportunidades por parte de las familias, explicaciones específicas sobre las preguntas cortas que se realizaban, y cuyas respuestas eran “SI” o “NO”. En la gran mayoría de las respuestas otorgadas se debía realizar un resumen hablado de sus respuestas para concluir si respondían a “SI” y “NO”. Esto fue, en algunos casos, una tarea difícil, dichas respuestas extensas podrían dar lugar a errores de interpretación, a pesar de que el equipo encuestador aclaraba, antes de iniciar la encuesta, que se trataba de respuestas cerradas. Con respecto a la metodología de la encuesta y la limitante de la comunicación verbal, se cree que la oportunidad ideal para solicitar el consentimiento informado y realizar la encuesta de satisfacción, de quienes cumplían con los criterios de inclusión para entrar al estudio, hubiera sido en los controles. En conjunto con el equipo médico se podría haber agendado a los pacientes con fecha y hora para asistir a la



policlínica, y así se hubiera podido sortear las barreras de la comunicación verbal. Aun así se hubieran planteado otras problemáticas, como los cuidados a tener y la distancia física a guardar en tiempos de pandemia, y el poco tiempo disponible para realizar la encuesta, obtener los datos y analizarlos.

En lo que respecta a la calidad asistencial percibida y calificada se puede concluir que es muy buena. Por otra parte, se destaca la excelente habilidad comunicacional del equipo en las consultas y fuera de ellas. En algunas de las respuestas las familias refieren: *“ya no controlábamos a mi hijo en la policlínica, porque nos habíamos cambiado a la mutualista, pero la atención no era buena, por eso nos comunicamos con los doctores para retomar los controles allí”*; *“cuando tengo dudas pregunto las veces que sea necesario y me explican, y si al llegar a casa sigo con dudas me comunico con ellos, me atienden, y muy amablemente me vuelven a explicar”*. Por lo cual podemos decir que el equipo médico de esta policlínica posee buenas habilidades comunicacionales y, basándonos en la bibliografía ya consultada, podemos decir que la buena comunicación del equipo médico es uno de los determinantes de un alto nivel de satisfacción por parte de las familias. [13]

Otro punto a destacar es que aquellos padres que presentaron dificultades económicas para acceder a la policlínica tuvieron cobertura de los pasajes por parte del hospital, mientras que otros fueron auxiliados con donaciones de ropa y pañales.

Al analizar las características demográficas de la población en estudio se encontró que las historias clínicas de varios pacientes estaban desactualizadas o incompletas. Un dato importante con el cual no se contó fue el perímetro cefálico al alta, dato clave en el seguimiento para poder valorar el crecimiento y desarrollo.

Cabe aclarar que de 54 pacientes analizados, 41 pacientes les corresponde tener el test de Battelle por ser menores de 33 semanas. En esta franja de EG es donde se ubican la gran mayoría de las patologías, siendo las respiratorias, cardiovasculares y hematológicas las más prevalentes. Se adjunta en **Anexos** la tabla 3 donde se detallan todas las patologías presentadas y analizadas. Se plantea la objetivación de los resultados de cada test de Battelle para clasificarlos en variables más precisas como “Battelle normal” y Battelle alterado”, basándonos en que la normalidad del score z se encuentra entre menos uno y uno (score $z=-1/1$). Dicha objetivación es necesaria para plantear las asociaciones y se cuenta con el resultado de 17.

No se encontró asociación entre el neurodesarrollo y las patologías analizadas, contrario de lo encontrado en la bibliografía consultada. [6; 7; 8]. Esto podría deberse al bajo número de test



con los que contamos, por lo que sería interesante realizar este análisis por parte del equipo médico cuando se cuente con un mayor número de pacientes evaluados. Cabe aclarar que no se buscó asociación entre enterocolitis necrotizante y alteración de los resultados de los test de Battelle ya que ninguno de los pacientes presentó esta patología. Siguiendo la línea de asociación de los test de Battelle, se comparó con la escolarización materna, no encontrando asociación significativa. A pesar de eso, se observó una tendencia a que muchos niños con Battelle alterados tienen madres con baja escolarización, como se destaca con la bibliografía internacional. [11]



Conclusiones y perspectivas

Con respecto a la encuesta de satisfacción podemos concluir que la calidad asistencial percibida por las familias es excelente, destacando el gran compromiso y dedicación por parte del equipo médico y de los referentes de la policlínica de alto riesgo.

La muestra está constituida principalmente pretérminos con pluripatologías, predominan las respiratorias, cardiovasculares y las hematológicas, las cuales son más prevalentes a menor edad gestacional.

No se encontró asociación entre la escolarización materna, sepsis, HIC, DBP con el resultado de los test de Battelle.

Se plantea la posibilidad de realizar una nueva asociación entre las mismas variables, pero esta vez incluyendo, analizando e incorporando la mayor cantidad posible de pacientes.

Una recomendación a partir de los resultados obtenidos, es contar con un registro único, fiable, donde se concentren todos los controles y estudios paraclínicos, que sea completado por todos los profesionales que se vean implicados en la atención de los pacientes, y que de preferencia sea en formato digital/electrónica, con el fin de que toda la información registrada sea legible.

Hoy en día se plantea un modelo centrado en el hogar que incluya el seguimiento en la fase posterior a la internación, dicho modelo (medical home model propuesto por la AAP) es ideal para brindar atención médica a bebés de alto riesgo. Sin embargo, se ha reportado que la mayoría de los pediatras de EE. UU. en la actualidad, aún no tienen los recursos en tecnología de la información, instalaciones de laboratorio o informes de calidad de la atención necesarios para calificar como dicho modelo. Algunos pediatras pueden sentirse incapaces de atender a los bebés médicamente complejos debido a los fondos limitados y al personal médico inadecuado en sus consultorios o debido a la percepción de falta de capacitación en pediatría del desarrollo y coordinación de la atención. [1]. En este sentido, el fortalecimiento de la relación con la familia del equipo de salud donde el neonato requirió internación, así como con el Pediatra que seguirá a la familia en territorio, puede ser una herramienta poderosa para la mejora de la calidad asistencial.



Bibliografía:

1. Boss, R. D., & Hobbs, J. E. (2013). Continuity of care for NICU graduates. *Contemporary Pediatrics*, 30(10), 28-34.
2. Piaget J. La Teoría De Piaget. *Infanc y Aprendiz*. 1981;4(sup2):13–54.
3. Méndez P. Evaluación neuropsicológica. 2009;7(1):50–4. Available from:
<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-evaluacion-neuropsicologica-S1696281809704524>
4. Newborg J, Stock J, Wnek L. Inventario de Desarrollo Batelle. 2011; Available from:
<http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/Battelle-Manual-Extracto.pdf>
5. Cabrales NA. BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA UNIVERSIDAD DE LA SABANA Chía - Cundinamarca. Tesis [Internet]. 2015;103. Available from:
<https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/27344/Wendy%20Carolina%20Lenis%20G%c3%b3mez%20%28Tesis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Hentges CR, Silveira RC, Procianoy RS, Carvalho CG, Filipouski GR, Fuentefria RN, et al. Association of late-onset neonatal sepsis with late neurodevelopment in the first two years of life of preterm infants with very low birth weight. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2014;90(1):50–7. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.10.002>
7. Mukerji A, Shah V, Shah PS. Periventricular/intraventricular hemorrhage and neurodevelopmental outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;136(6):1132–43.
8. DeMauro SB. The Impact of Bronchopulmonary Dysplasia on Childhood Outcomes. *Clin Perinatol* [Internet]. 2018;45(3):439–52. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.clp.2018.05.006>
9. Newborg J, Stock J, Wnek L. Inventario de Desarrollo Batelle. 2011; Available from:
<http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/Battelle-Manual-Extracto.pdf>
10. El Marroun H, Zou R, Leeuwenburg MF, Steegers EAP, Reiss IKM, Muetzel RL, et al. Association of Gestational Age at Birth With Brain Morphometry. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2020 Sep 21; Available from:
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2991>
11. Zhang J, Holditch-Davis DL, Darcy-Mahoney A, Forsythe PL. Perinatal, neonatal, and family social factors predicting poor school outcome of low-birth-weight survivors: An integrative review. *Adv Neonatal Care*. 2015;15(1):38–47.
12. Christakis DA, Wright JA, Zimmerman FJ, Bassett AL, Connell FA. Continuity of care is associated with high-quality care by parental report. *Pediatrics*. 2002;109(4).

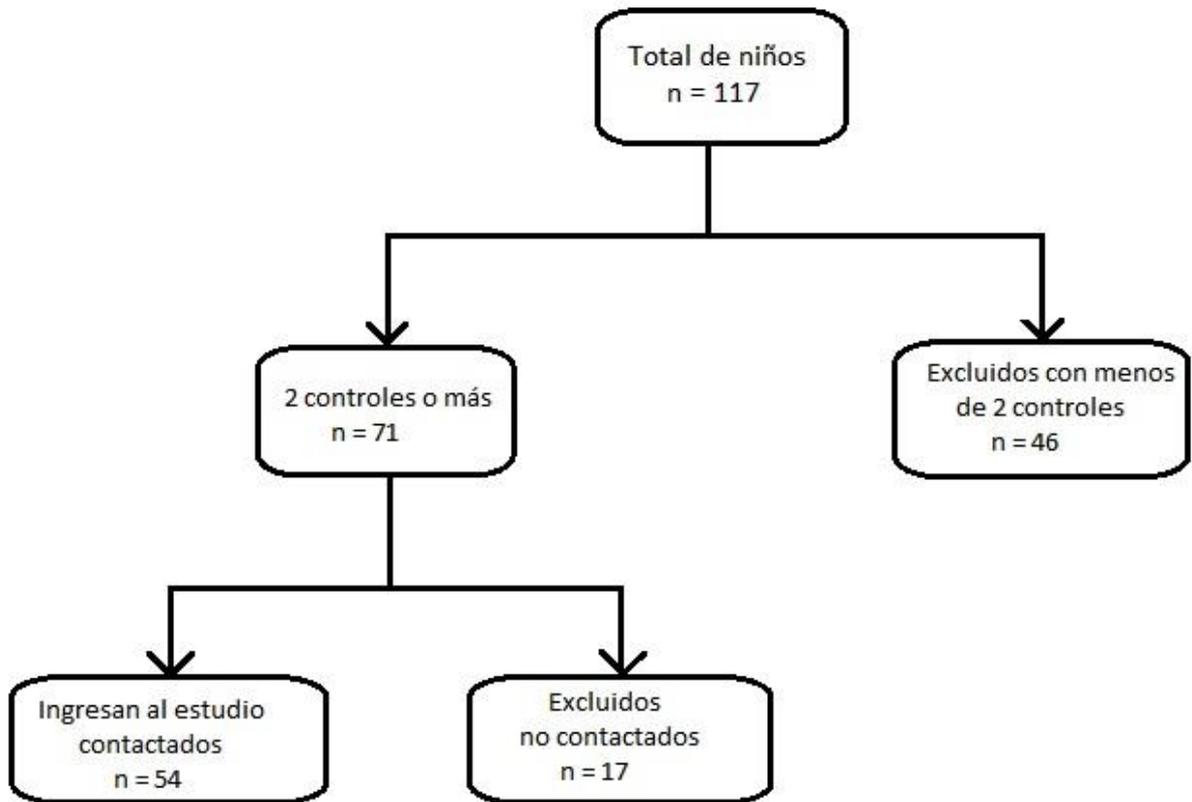


13. Paternina D, Aldana M, Mendoza K. Satisfacción de padres de niños y niñas que asisten al programa de Crecimiento y Desarrollo en una IPS de Sincelejo. REVISALUD Unisucre [Internet]. 2017;4072(1):18–25. Available from: <https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/574>
14. Toral-López I, Fernández-Alcántara M, González-Carrión P, Cruz-Quintana F, Rivas-Campos A, Pérez-Marfil N. Needs Perceived by Parents of Preterm Infants: Integrating Care Into the Early Discharge Process. J Pediatr Nurs [Internet]. 2016;31(2):e99–108. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.007>
15. Spittle, Orton J, Anderson P, Boyd R, Doyle L. Early developmental intervention programs post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants What ' s new Dates Text of review Synopsis. Cochrane Database Syst Rev. 2009;1(11):1–56.



Anexos

Diagrama de flujo (Anexo I)





Consentimiento informado (Anexo II)

Versión N° 2.

Parte I – Datos de la Investigación

Título del estudio: Estudio descriptivo sobre los primeros 3 años de trabajo de la Policlínica de recién nacidos de riesgo de la Maternidad del Hospital Universitario 2017-2020.

Número de protocolo: n° 2. Rectificado el 7 de julio de 2020.

Patrocinante: no corresponde.

Institución o servicio que realiza el estudio: Departamento de Neonatología, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Investigador principal y centro donde se realiza el estudio: Lucía Vaamonde,

Cel: 099 709 962, e-mail: luciavaamonde@gmail.com, Departamento de Neonatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.

Parte II - Información sobre la investigación

Introducción. El objetivo de esta instancia es la invitación a participar de un proyecto de investigación. Durante el proceso de consentimiento tiene la posibilidad de realizar preguntas específicas o comunicarse con otras personas que considere necesario. Es importante que sepa que puede tomarse el tiempo que necesite para considerar su participación en este estudio.

Información. La policlínica de alto riesgo del hospital universitario abrió sus puertas en el año 2017 con el fin de controlar y seguir a los recién nacidos con asfixia perinatal y prematuros. Por lo que es de vital importancia para nosotros establecer el perfil de los niños que se atienden en la policlínica y conocer la situación o estado de dicho servicio, estableciendo también el perfil de la policlínica. También es fundamental conocer la percepción de las familias con respecto a la policlínica, ya que nos permitirá abordar las temáticas planteadas, y mejorar la calidad de la atención.

Objetivos.

- General: Evaluar mediante encuesta aspectos sobre la percepción de la familia en cuanto al apoyo que brinda su concurrencia a una policlínica perteneciente al servicio donde nacieron los mismos niños y asistido por el mismo equipo de salud.
- Específico: Realizar una descripción de los pacientes asistido durante los primeros 3 años de trabajo en la policlínica del Depto. de Neonatología del HC.

Procedimiento. Una vez aceptado el consentimiento informado, realizaremos una encuesta de satisfacción telefónica sobre la Policlínica (dirigida a los padres) y posteriormente procederemos a la recolección de datos necesarios de las historias clínicas para realizar el estudio.



Resultados esperados. Generar un informe para las autoridades del Hospital de Clínicas para visualizar el rol de la policlínica de Neonatología, compartirlo con otros colegas y junto con la encuesta de satisfacción mejorar la calidad en la asistencia en dicha unidad.

Selección de participantes. Participarán en el estudio aquellos recién nacidos en la Maternidad del Hospital de Clínicas, que estuvieron ingresados en el CTI neonatal y que se controlaron al menos dos veces en la policlínica entre 2017- 2020.

Exclusiones. Todos aquellos recién nacidos en la Maternidad del Hospital de Clínicas, que estuvieron ingresados en el CTI neonatal y que se controlaron menos de dos veces en la policlínica entre 2017-2020.

Duración. El estudio se llevará a cabo en el período de tiempo desde el 1° de julio de 2020 hasta el 30 de octubre de 2020.

Garantía de privacidad. Para garantizar los aspectos éticos expresaremos los datos en porcentajes y/o promedios, evitando así la expresión de un caso individual que pueda ser identificado. Todos los datos recolectados en la planilla primaria serán anonimizados, a efectos de evitar la utilización de datos identificatorios. Estas planillas serán controladas por dos personas para corroborar lo antes dicho.

Parte III

FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

“Señores padres los estamos invitando a participar en una investigación cuyo objetivo es conocer su opinión, mediante una encuesta de satisfacción, acerca de la Policlínica de Neonatología de la Maternidad del Hospital de Clínicas, y permitir el acceso a los datos de la historia clínica de su hijo/a, entendiendo que los mismos no serán revelados.

Yo (nombre de padre/madre), en comunicación con (nombre del investigador que contacta), mediante el teléfono 24871515, interno 2689, consiento ___/ No consiento ___ ser parte de esta investigación como participante, y entiendo que tengo el derecho de dar mi sincera opinión y retirarme, en cualquier momento, del estudio sin que se vea afectada, de ninguna manera, la asistencia médica de mi hijo/a.”-



Encuesta de Satisfacción (Anexo III)

Encuestador: _____ N° Reg. Asignado a la HC: _____

Objetivo. Evaluar mediante encuesta aspectos sobre la percepción de la familia en cuanto al apoyo que brinda su concurrencia a una policlínica perteneciente al servicio donde nacieron los mismos niños y asistido por el mismo equipo de salud.

Datos de verificación: nombre completo del paciente, cédula de identidad del paciente, nombre del/ la doctor/a que lo atendió.

Parentesco con el paciente _____ .

1. ¿Considera que la atención de su hijo/a en la policlínica ha sido útil? SI ___/NO___
2. ¿Considera que el seguimiento en la policlínica ha sido de ayuda en el desarrollo y calidad de vida de su hijo/a? SI ___/NO___
3. ¿Siempre fue atendido por el mismo equipo médico? SI ___/NO___
4. ¿Durante la consulta comprendía lo que le decían los médicos? SI ___/NO___
5. Mientras examinaban a su hijo/a ¿Los médicos explicaban lo que hacían? SI ___/NO___
6. ¿En las consultas médicas fue escuchado con atención? SI ___/NO___
7. ¿Se sintió libre de preguntar dudas surgidas en la consulta? SI ___/NO___
8. ¿Fue tratado con cortesía y respeto? SI ___/NO___
9. ¿Fue atendido por algún especialista? SI ___/NO___
¿Cuál/es? _____
10. ¿Tiene dificultades económicas para acceder a la policlínica? SI ___/NO___
11. ¿Tiene dificultades de traslado para acceder a la policlínica? SI ___/NO___
12. ¿Ha recibido algún tipo de ayuda por parte del hospital para poder asistir a la policlínica?
SI ___/NO___



ESCALA. Del 1 al 5, siendo 1 el mínimo, 5 el máximo y 3 un valor medio o indefinido.

13. ¿Cómo calificaría la atención recibida en los controles en la Policlínica?

1__/2__/3__/4__/5__

14. ¿Tiene sugerencias para mejorar la atención en la policlínica? ¿Cuáles?

15. Actualmente ¿siguen asistiendo a controlarse a esta policlínica? SI __/NO__

16. En caso de haber indicado NO, ¿Cuáles fueron los motivos para discontinuar la atención?

X: Se marcará este símbolo la opción elegida por el encuestado/a.

Patologías según edad gestacional (Anexo IV)

Tabla 3.

	Término ≥ 37 semanas	Pretérmino Tardío 34-36 semanas	Pretérmino Moderado ≤33 semanas	Pretérmino Severo ≤31 semanas	Pretérmino Extremo ≤28 semanas	TOTAL
SDR	0	5	12	16	10	43
Apnea por prematurez	0	1	3	10	7	21
Afecciones hematológicas	1	0	2	8	7	18
Ictericia neonatal asociadas a parto pretérmino	1	1	2	6	4	14
Ductus arterioso tratado	0	1	1	4	5	11
CIA	0	3	2	1	4	10
Depresión neonatal	0	0	3	3	3	9
Septicemia	1	1	2	2	2	8
Hernia inguinal	0	0	1	2	3	6
Displasia broncopulmonar	0	0	0	1	4	5
Otras patologías metabólicas/ nutricionales	0	1	0	3	1	5
Hemorragia intracraneana no traumática	1	0	0	2	2	5
Ductus arterioso persistente	0	1	1	1	1	4
Conflicto de grupos sanguíneos	2	1	1	0	0	4
Anemia de la prematurez	0	0	0	3	1	4
Conjuntivitis	0	0	0	2	1	3
Otras anomalías Musculoesquelética s	0	0	0	2	1	3
Convulsiones	1	1	0	0	1	3
Hipertensión pulmonar	0	1	2	0	1	4
Retinopatía	0	0	0	2	0	2
Otras anomalías gastrointestinales	0	0	1	0	0	1
Otras anomalías circulatorias/ respiratorias	0	0	1	1	0	2



Encefalopatía hipóxica isquémica	1	1	0	0	0	2
Hipoglicemia	0	1	0	1	0	2
Asfixia	0	1	0	0	0	1
Sofocación	0	0	0	0	1	1
Policitemia neonatal	0	0	0	1	0	1
Sífilis congénitas	0	0	1	0	0	1
Hidrocefalia adquirida	1	0	0	0	0	1
HIV	0	0	1	0	0	1
Hemorragia pulmonar originada en el período perinatal	0	0	0	0	1	1
Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh	0	1	0	0	0	1
Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO	0	0	1	0	0	1