



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COMUNITARIA**

SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO Y SU FAMILIA AL ALTA

Autor:

Lic. Esp. María Rita Pérez Faggiani

Tutor:

Prof. Agda. Mg. Teresa Menoni

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

Nuestro mayor agradecimiento es a todas las LE entrevistadas. Sin su confianza, colaboración y generoso involucramiento no habría sido posible realizar este estudio.

A las LE Jefes de los servicios donde entrevistamos LE, por autorizarnos y apoyarnos

A la Facultad de Enfermería por su Plan de Maestrías

A los Departamentos de Enfermería Comunitaria y Materno Infantil de la Facultad de Enfermería.

En forma particular a todos aquellos Profesores que nos brindaron su apoyo y orientación por su acompañamiento y guía en el proceso del trabajo.

A nuestras familias por su paciencia y aliento permanente.

A todos nuestros compañeros de trabajo con quienes hemos compartido el Cuidado Enfermero a lo largo de nuestra trayectoria profesional.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y la Familia
CCF	Cuidado Centrado en la Familia
FENF	Facultad de Enfermería
L.E.	Licenciados en Enfermería
IC	Investigación Cualitativa
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
NICHD	Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNA	Primer Nivel de Atención
R.N	Recién Nacido
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SOCAT	Servicio de Orientación Consulta y Articulación Territorial
TF	Teoría Fundamentada
UdelaR	Universidad de la República
UCC	Uruguay Crece Contigo
UN	Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
RESUMO	8
INTRODUCCIÓN	9
1. ANTECEDENTES	12
2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	17
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
4. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	20
5. OBJETIVOS	22.
7. CONSIDERACIONES ETICAS	22
CAPÍTULO 1-MARCO CONCEPTUAL	24
1.1 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE PERCEPCIÓN	24
1.2 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE ALTA DEL PACIENTE.....	24
1.3 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE SEGUIMIENTO DEL RN DE RIESGO Y SU FAMILIA.....	26
1.4 CONCEPTUALIZACIÓN DE RN DE RIESGO	32
1.5 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	35
1.6 CONCEPTUALIZACION SOBRE ROL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RN DE RIESGO CON ENFOQUE FAMILIAR EN EL PNA.	37
CAPÍTULO 2 – METODOLOGÍA	43
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	43
2.2 POBLACION DE ESTUDIO	45
2.2.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	45
2.2.2 SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	45

2.2.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	47
CAPÍTULO 3 –RESULTADO		48
3.1	REFERENCIAS METODOLÓGICAS GENERALES DEL ESTUDIO	48
3.2	LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LOS RN DE RIESGO. LA PERSPECTIVA DEL PNA.	51
3.3	ASPECTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA.....	51
3.4	ASPECTOS PERSONALES, AFECTIVIDAD, SUBJETIVIDAD, EXPERIENCIA PERSONAL	53
3.5	ASPECTOS ORGANIZACIONALES	56
3.6	ASPECTOS SOCIALES, FAMILIARES, COMUNITARIOS Y DE DERECHOS	59
CAPÍTULO 4 -DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		65
CAPÍTULO 5 -CONCLUSIONES		73
BIBLIOGRAFÍA		78
ANEXOS.....		81

RESUMEN

El seguimiento de los Recién Nacidos de riesgo al alta hospitalaria, se presenta como un factor de enorme jerarquía, que requiere de los cuidados del Licenciado en Enfermería en los diferentes Niveles de Atención. Sería necesario captar, planificar y coordinar con el equipo, para fortalecer el cuidado integral, adaptándolo a la realidad y a las necesidades de cada familia al alta hospitalaria. Esta investigación con un enfoque cualitativo tiene como objetivo general conocer la percepción de los Licenciados en Enfermería respecto a la continuidad de la atención en ese proceso. La Facultad de Enfermería describe a la *Enfermería como disciplina científica que fortalece la capacidad reaccional del ser humano, persona- familia- grupo poblacional... y enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.*, (Plan 93). El estudio se realizó durante el año 2016 y 2017, en la ciudad de Montevideo, en Instituciones Públicas, en el PNA. Se realizaron seis entrevistas semi estructuradas, grabadas, utilizando como diseño de análisis la Teoría Fundamentada. En nuestra población de estudio participaron seis Licenciadas en Enfermería todas mujeres, con edades entre 26 y 67 años que contaban con 5 años de experiencia en el área. Luego del análisis del contenido de los datos discursivos, las categorías emergentes del estudio dan cuenta que las LE al gestionar el Plan de Alta enfrentan dificultades relacionadas a lo organizacional y a conflictos de rol en los Equipos. Destacan una mejora continua en la inclusión del modelo de maternidades centradas en la familia. La referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención es percibida con nexos débiles y carencias en la información. El seguimiento en el PNA se percibe acompañado de varios elementos limitantes que desafían encontrar estrategias y recursos que lo faciliten en toda su dimensión.

Palabras clave: Percepción. Recién nacido. Riesgo. Alta del Paciente. Estudios de seguimiento. Niveles de Atención

ABSTRACT

The follow-up of the Newborns at risk after of hospital discharge is presented as a factor of enormous hierarchy, requiring Nursing care in the different levels of care. Capture, plan and coordinate with the team, to strengthen comprehensive care, adapting it to the reality and the needs of each family. The main objective of the research was to know the perception of the Nurses respect to the continuity of the attention in that process.

The Faculty of Nursing describes the Nursing as a scientific discipline that strengthens the human, person-family-population group's reaction capacity ... and focuses the attention through an integral process, human, continuous, interpersonal, educational and therapeutic in the different levels of care (Plan 93). The research was made during 2016 and 2017 in Montevideo City. Primer Health of Public Health were covered.

The qualitative methodology was used. Six semi structured and recorded interviews were conducted through a theory-based analysis design. In the present work all the interviewed were woman nurse, between 26 to 67 years old and with over 5 years of experience. The analysis of the results shows that: a) the most important problems in the “*Plan de Alta*” programme’s management are related with the organization and the conflicts between equipment inherent to each role, b) A continuous improvement has been observed caused by the inclusion of the *Maternal* model centered in the family, c) referral and counter-referral between the attention levels are perceived with weak links and with lack of information d) The interviewed perceived that The Primer Health monitoring is accompanied by several limiting and the search of solution will require the development of strategies measures to position the PNA programme in all dimension.

Key words: Perception, Newborns, Risk, Medical discharged, Levels of attention, Patient follow-up

RESUMO

O acompanhamento dos recém-nascidos de risco até a alta hospitalar, se apresenta como um fator de enorme importância em que o mesmo requer cuidados e atenção dos profissionais de enfermagem nos diferentes níveis de atenção. Captar, planejar e coordenar com a equipe para fortalecer o cuidado integral adaptando-o a realidade e as necessidades de cada família até a alta hospitalar. Esta pesquisa tem como objetivo geral conhecer a percepção dos licenciados em enfermagem em relação a continuidade da atenção neste processo.

A faculdade de enfermagem descreve a enfermagem como uma disciplina científica que fortalece a capacidade reacional do ser humano, pessoa, família e grupo, focalizando a atenção através de um processo integral, humano, contínuo, interpessoal, educativo e terapêutico nos diferentes níveis de atenção (Plano 93)

O estudo realizou-se durante o ano de 2016-2017, na cidade de Montevidéu, em instituições públicas, em três hospitais de segundo nível e terceiro nível de atenção. Utilizou-se a metodologia qualitativa, realizando quatorze entrevistas semiestruturadas, gravadas, utilizando como desenho de análises a teoria fundamentada. Nesta população estudada participaram oito licenciadas em enfermagem, todas mulheres com idades de 31 e 52 anos, que contavam com 5 anos de experiência na área. Logo das análises e da comparação dos dados, a categoria emergente do estudo indica que as L.E ao coordenar o plano de alta enfrentam dificuldades relacionadas a organização e conflitos no papel de cada integrante da equipe.

Destaca-se uma melhora contínua na inclusão do modelo de maternidade direcionadas para a família. A referência e a contra referência entre os níveis de atenção, percebe-se elos fracos e falta de informação. O acompanhamento do PNA é percebido seguido por vários elementos limitantes que desafiam encontrar estratégias e recursos que facilitam sua dimensão

Palavras chave: Percepção, recém-nascido, risco, alta de paciente, estudos de acompanhamento, níveis de atenção.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se realizó en el marco de la Maestría de Salud Comunitaria cursada en el Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. Surge como una inquietud relacionada a la condición de Maestrandas y a la propia experiencia adquirida como Licenciadas en Enfermería en servicios que prestan atención a recién nacidos de riesgo y sus familias. Se ha pretendido investigar específicamente la instancia del alta hospitalaria y regreso al hogar de los RN de riesgo y sus familias, así como el seguimiento en el PNA. en salud maternal y neonatal este período está considerado como de gran vulnerabilidad, donde se tornaría imprescindible un acompañamiento cercano por los equipos sanitarios como otra forma de impactar positivamente en mejorar las cifras de morbimortalidad materna y neonatal. Cuando nos referimos a los RN de riesgo estamos considerando a todos aquellos neonatos donde ellos, o sus familias, se hallan asociados a uno o más factores de riesgo bio-psico-social y presenten un grado mayor o menor de probabilidad de padecer una enfermedad en el momento cercano al nacimiento, durante el nacimiento, o posteriormente a este. Esto se basa en la valoración de factores pre concepcionales, gestacionales, obstétricos y psicosociales que puedan causar un daño.

Desde que se produce el alta del RN de riesgo en el tercer o segundo nivel de atención y comienzan los controles de seguimiento de la evolución en el PNA, existe un período de transición, donde el niño y su familia, cualquiera sea su situación, deben transitar una etapa de adaptaciones múltiples que implican entre otros aspectos, responsabilizarse de los cuidados requeridos en el hogar. En otros casos, una vez que un neonato ha superado la etapa aguda y crítica de su enfermedad, todas las inquietudes que inicialmente padeció su familia, relacionado con el riesgo de vida, se irá desviando en el momento del alta a cómo será su calidad de vida y cómo impactará en el resto de la familia la condición de este nuevo integrante. Es parte del rol del LE, facilitar el acompañamiento y continuidad de los cuidados. Para ello se requiere dentro del proceso de atención de enfermería una planificación del alta, individualizada, donde se contemple todos los aspectos biopsicosociales, "...coordinando con

el resto de los integrantes del equipo de salud, fortaleciendo el cuidado integral y adaptando los planes de cuidado a las necesidades de cada familia y su situación”, como manifiesta la Prof. Mercedes Pérez, Decana de la Facultad de Enfermería de la UdelaR, ex Directora del Dpto. Materno Infantil de la mencionada Facultad.

A pesar de la relevancia que consideramos que tiene este tema, en la búsqueda de literatura científica al respecto, no lo encontramos abordado con el enfoque que hemos pretendido investigar. En IC la búsqueda de literatura es un aporte como antecedente para contrastar con los hallazgos aportados por los datos obtenidos. Para reunir más información acerca de las propiedades y dimensiones de los conceptos que emergen de los datos es necesario a la luz de ellos, continuar indagando en la bibliografía. Es imposible en IC conocer a priori los conceptos teóricos que van emergiendo en el proceso de la investigación.

Hemos elegido investigar este fenómeno buscando como fuente de datos las vivencias que al respecto tienen las LE en el quehacer dentro de su terreno profesional. En consecuencia se ha realizado una investigación de naturaleza cualitativa siguiendo el método de la Teoría Fundamentada. Nuestro objetivo general ha sido conocer la percepción que tienen las LE acerca del alta hospitalaria y regreso al hogar de los RN de riesgo y sus familias, así como el seguimiento en el PNA. Esta investigación buscará conocer la percepción que determinadas LE que trabajan con estos RN y sus familias en el PNA, tienen de este proceso, en donde acontece: centros de salud públicos de diferentes zonas de la ciudad de Montevideo, seleccionados por conveniencia. Cabe aclarar que no se solicitó ni se cuenta con la autorización para nombrar la Institución.

El número de participantes de la población de estudio quedó definido por muestreo teórico de lo que se dará cuenta al tratar este aspecto metodológico. En esta investigación participamos dos LE compartiendo la etapa protocolar. En cuanto al trabajo de campo si bien fue realizado en conjunto para las entrevistas, análisis y procesamiento de los datos, cada una de las investigadoras se dividió la responsabilidad de la siguiente manera: Primer Nivel de Atención: investigador 1, LE Esp. En Enfermería Materno Infantil y en Neonatología, María Rita Pérez Faggiani. Segundo y tercer Nivel de Atención: investigador 2, LE. Esp. en Enfermería

Materno Infantil y Neonatología Alicia Pérez Borba. Posteriormente se realizaron sesiones de trabajo compartidas para la discusión de resultados y elaboración de las conclusiones.

1. ANTECEDENTES

Para la realización de esta investigación se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática y un análisis de la literatura científica sobre los temas que involucran a las palabras clave. Se consultó material científico editado de diferentes autores nacionales y extranjeros. La búsqueda online se realizó en las bases de datos Medline, Bireme, Lilacs y Scielo.

Hemos corroborado que hay escasos antecedentes de investigaciones similares y en la región no encontramos estudios con el enfoque que pretendimos investigar.

De esta búsqueda destacaremos documentos que se refieren a la situación en América Latina y del Uruguay. Se destacan y daremos cuenta de documentos relacionados a la situación del tema en general.

Si bien no nos fue posible encontrar una versión más actualizada de este material, haremos referencia al documento de la OPS, Organización Panamericana de la Salud, “Manual AIEPI , Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”. Marca un antecedente importante ya que tiene el objetivo de iniciar un consenso interinstitucional encaminado a promover la salud del RN en América Latina y el Caribe. Fue elaborado junto a las Agencias bilaterales, Sociedades Científicas, Organismos no Gubernamentales, reunidos en Washington DC en el año 2005, celebrando el Día Mundial de la Salud. Aunando los esfuerzos de diferentes instituciones que colaboran con la OPS, un grupo de profesionales especialistas en Neonatología desarrollaron un documento genérico que contempla todas aquellas intervenciones basadas en evidencia costo-efectivas que pueden ser aplicables en todos los niveles de atención. El documento AIEPI 2da Edición OPS 2011 y su componente neonatal informa que las tres cuartas partes de todas las muertes neonatales ocurren en la primera semana de vida, 25 a 45%, en las primeras 24 horas. También es el período en donde más muertes maternas ocurren, sin embargo, 47% de las madres y recién nacidos no reciben cuidados adecuados durante el nacimiento y 72% de los nacimientos no institucionales no reciben control postnatal. La importancia de brindar este cuidado en las primeras horas y días después del nacimiento, debe merecer mayor atención. Este es el período en donde la

continuidad del cuidado es más frecuentemente interrumpido. La OMS y UNICEF recomiendan al menos dos visitas domiciliarias para las madres y sus recién nacidos: la primera dentro de las 24 horas iniciales de vida, (día 1), y otra posterior en el día 3. Si es posible, una tercera visita a la primera semana de vida (día 7). Varios estudios han demostrado que las visitas tempranas en el hogar para el cuidado del recién nacido son efectivas en reducir mortalidad neonatal en poblaciones de alto riesgo. Además han mostrado mejoras en las prácticas claves del cuidado neonatal tales como: el inicio de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva, contacto piel a piel, retrasar el baño y mejorar la higiene, así como lavado de manos con agua limpia y jabón y cuidado del cordón umbilical.¹ De vemos también destacar el objetivo 3 del documento Desarrollo Sostenible del Milenio, de las Naciones Unidas, es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades para los próximos 15 años.² Promueve que parte de la atención tiene que estar en la prevención de las muertes neonatales, y en ese camino está la Red Global para las Mujeres y la Investigación de la Salud de los Niños, una asociación dedicada a mejorar los resultados de salud materna e infantil y la capacidad de investigación en salud. El avance sostenido que ha experimentado en los últimos años el cuidado intensivo neonatal ha dado por resultado el aumento de la sobrevivencia de recién nacidos de alto riesgo. Ya en la década del 50 en Chicago, EEUU surge la importancia de los programas de seguimiento, primero para continuar los cuidados ya iniciados y luego entregar información importante para el seguimiento multidisciplinar. La Red Mundial se inició en 2001 como una asociación público – privada entre el NICHD y la Fundación Bell y Melinda Gates en EEUU. El NICHD proporciona supervisión científica de la Red Global y de todas sus actividades.³

¹ OPS.AIEPI Neonatal Intervenciones basadas en evidencia. Segunda edición. Washington, DC.: OPS,2010.

² <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> [consulta: 20.abr. 2017]

³ <http://www.nichd.nih.gov/research/supported/Pages/globalnetwork.aspx> [consulta: 17.nov.2015]

⁵ Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. Pediatrics 2008, 122 (5): 1119-1125.

En éste proceso de acercarnos a publicaciones de la región latinoamericana, encontramos la “Guía de Seguimiento del R.N de Alto Riesgo”, documento de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología que en su introducción expresa; *“Con la mayor sobrevivencia de bebés muy prematuros y recién nacidos con graves patologías, el cuidado posterior al alta de estos pacientes presenta el desafío de múltiples aspectos médicos sin resolución. Típicamente, estos pacientes requieren mayores cuidados y seguimientos más estrictos que se les brindaban en el pasado. Más aún, las fuerzas económicas y sociales actualmente influyen sobre el momento y el proceso de alta y seguimiento, con el resultado de que el equipo de salud requiere ser guiado en la evaluación y planeamiento de esta etapa.”*⁴

Un grupo de Enfermeras de la Universidad Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil realizaron una revisión bibliográfica sobre la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos de riesgo, entre los años 2005 y 2010, observándose que todavía existían desafíos respecto a la reducción de la morbilidad. Reconocieron como conclusión que la mejora en la asistencia de calidad en el prenatal, durante el parto y después del nacimiento, y que es relevante disponer de políticas y estrategias para asegurar la continuidad y acompañamiento sistematizado de todos los recién nacidos.⁵ Un estudio analítico, de tipo cohorte llevada a

⁵ Faria de Souza C, Martins Baccarat de Godoy C, Lima Aguiar FC, Gaíva Munhoz MA. Morbilidad y mortalidad entre recién nacidos de riesgo: una revisión bibliográfica. *Enferm Glob* [Internet]. 2014; 13(36): 298-309. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400017&lng=es [consulta: 03 jun. 2015].

⁷ Sassá AH, Higarashi Harumi I, Bercini Olga L, Arruda DC de, Marcon Silva S. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. *Acta paul enferm* [Internet] 2011; 24(4): 541-49. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400017&lng=es [consulta: 03 jun. 2015].

cabo en el Municipio de Maringá- PR Brasil en el año 2008 con 237 recién nacidos se concluye que; es imprescindible el seguimiento en el primer año de vida, y plantean la necesidad de políticas y estrategias de acompañamiento sistematizado a la familia.⁶

Un conjunto de enfermeras pertenecientes a un grupo de estudio y pesquisa de la Universidad Federal de Santa María- RS. Brasil realizó una Investigación exploratoria-descriptiva, con abordaje cualitativo, cuya recolección de datos fue a través de entrevistas semi-estructuradas, en 2011. Sus objetivos eran comprender la percepción de los profesionales de la salud y de los padres sobre la planificación y ejecución del alta del recién nacido en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Los participantes fueron ocho profesionales de la salud y trece padres de recién nacidos. Para análisis de datos se utilizó el Análisis de Contenido. Los resultados indican que el proceso de darle alta hospitalario al recién nacido es centrado en la restauración de las condiciones fisiológicas; las orientaciones de atención al recién nacido son transmitidas a los padres por el enfermero, rápidamente y sólo en el alta. Se concluyó que es necesaria la expansión de las estrategias de educación en salud en el proceso del alta para los padres de recién nacidos, por el equipo de salud en su trabajo diario, para mejor planificación y continuidad de la atención prestada una vez que estos regresan con el niño a su hogar.⁷

En nuestro país, en el año 1971 fue creado lo que se llamó Programa Aduana, en el Área Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, enfocado a la población más vulnerable del

⁷ Nietzsche E A, Dalla NA, Lima Rodrigues de MG, Bottega Camara J, Neves Tatsch E, Sosmayer Vera L. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma unidade de terapia intensiva neonatal. YEsc Anna Nery [Internet] 2012; 16(4): 809-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400024> [consulta: 03 jun 2015].

área metropolitana de niños y niñas en el primer año de vida con excelentes resultados. Por sus buenos resultados se valoró como importante darle estructura y desarrollo en el marco de la reforma de salud del año 2007 bajo la forma de Programa con alcance nacional y universal, extendiendo el seguimiento hasta los tres años de vida. En el año 2014 quienes integraron el grupo de trabajo que tuvo como responsabilidad la elaboración del Manual de Procedimientos para el Re perfilamiento del Programa Aduana al analizar el procesos histórico que ha llevado el Programa Aduana a convertirse en una potente herramienta para el sistema de salud.

La última reforma sanitaria en nuestro país crea el Sistema Nacional Integrado de Salud por la Ley 18211 del 13 de Diciembre de 2007. Dentro de sus objetivos destacamos el que se plantea; *“implementar un modelo de atención basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programadas e integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios, incluyendo los cuidados paliativos”*. Concibe a la Salud como: *“...una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurable de normalidad física, sicológica y social, permite al individuo de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social”*

Este cambio de paradigma tiene como aspecto emergente la jerarquización como estrategia, entre otras, del trabajo en red. Enfermería debe incluirse y funcionar en estas redes y se visualiza más naturalmente cuando se desempeña en el Primer Nivel de Atención. Muchos usuarios con problemas de salud transitan por los tres niveles de atención. Para que el cuidado enfermero sea de calidad, se debe asegurar entre otros, la continuidad del mismo en ese tránsito, con sus adecuaciones correspondientes, coordinando entre las disciplinas, organizando grados de intervención y participación en cantidad y calidad así como la inclusión del usuario y su familia en pos de ese cuidado.

1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La modificación del perfil epidemiológico de los RN en nuestro país, donde hay prevalencia de nacimientos prematuros y de niños con patologías complejas, requieren de una forzosa adecuación del sistema de salud y una red de asistencia integral. El núcleo duro de la mortalidad infantil en nuestro país se ubica en la etapa neonatal y pos neonatal precoz, siendo el grupo de RN de riesgo los mayormente expuestos. Según cifras oficiales del Ministerio de Salud Pública, y manifestado por el Ministro de MSP, Dr. Jorge Basso” en los últimos 11 años en nuestro país se registra una fuerte caída en la Tasa de Mortalidad Infantil. En el período 2004 – 2015 la TMI pasó de 13.2 o/oo en el año 2004 a 7.4 o/oo en el año 2015”. Es una tasa record como la más baja para el país y una de las más bajas de las Américas, pero acentúa el desafío de mantenerla y/o bajarla, ya que sigue vinculada a la prematurez, malformaciones, trastornos genéticos, consumo de sustancias psicoactivas y ausencia de controles de embarazo.⁸ El dato del porcentaje de ausencia de los controles prenatales en nuestro país es del año 2011 donde se registra un 35% de captación en el segundo trimestre y un 7% en el tercer trimestre de embarazo. Otras cifras del año 2015 aportan datos sobre los nacimientos de niños prematuros en el Hospital de Referencia Nacional que es del 11,8% y de este , el 3,4% son de gestaciones sin controles prenatales. Otra fuente aporta los siguientes datos: la prematurez ocurre en el 9% de los casos de nacidos vivos anualmente y es la principal causa de internaciones en CTI. En 2015 el 64% de los niños fallecieron por causas perinatales, y por malformaciones congénitas. Esta cifra fue de 78% en el 2016. Esto significa, que casi el 80% de los fallecimientos en 2016 fueron causados por las patologías más difíciles de combatir, y eran difícilmente evitables. Dicho de otra forma, las muertes evitables bajaron drásticamente

⁸ Ministerio de Salud Pública. Montevideo: Departamento de Epidemiología, 2014. Disponible en <http://www.msp.gub.uy> [consulta: 16 dic 2015].

en 2016, si lo comparamos con 2015. Hoy el desafío es el tratamiento y detección de las causas “duras” de mortalidad, las malformaciones y las asociadas al periodo del nacimiento.⁹

La última reforma sanitaria ha cambiado el modelo de atención orientándolo a la promoción y prevención con un enfoque socio familiar. Este modelo en desarrollo se encuentra enmarcado en un sistema nacional integrado de salud con sus respectivos programas. Es importante señalar que el LE se enfrenta cada vez más al desafío de desarrollar estrategias que permitan identificar nuevos modelos de abordaje profesional y de trabajo para los equipos de enfermería que permitan adaptarse a los cambios. Toda intervención de Enfermería debe hacerse con el objetivo de mantener y estimular las fortalezas existentes, ayudar a equilibrar aquellas que se han resentido, procurando minimizar los riesgos e iatrogenias. La instancia del alta y regreso al hogar con un niño y/o una madre que requiere cuidados específicos, aumenta la carga de tensión y angustia de la familia en forma significativa. En estos casos pueden acentuarse los puntos vulnerables como también contrariamente, pueden evidenciarse fortalezas ignoradas tanto individuales como colectivas que debemos saber reconocer, estimular y sostener organizadamente para que sean productivas. Contar con un seguimiento con pautas claras es esencial para prevenir, anticipar y detectar oportunamente factores protectores y/o alteraciones durante el desarrollo del recién nacido. Exige un trabajo minucioso y atento de afrontamiento interdisciplinario y es fundamental que la continuidad en la asistencia se vea garantizada, así como una atención integral adecuada, oportuna y de calidad. En esta instancia, como en todo el proceso el L.E es fuertemente desafiado ya que es quien permanece mayor tiempo en contacto con el niño, sus padres y la familia.

La importancia de la continuidad en la atención radica en dar seguridad a la familia en el proceso del alta, lo que genera confianza, afirma sus fortalezas, les otorga una participación activa y les empodera del cuidado. Esto conduce a una mejor respuesta a las diferentes intervenciones y optimiza el seguimiento. El L.E de los diferentes niveles, juega un rol

⁹ <http://www.isalud.edu.uy/mortalidad-infantil-en-uruguay-lo-que-los-numeros-no-muestran/>

preponderante en la articulación con el Equipo Sanitario de asistencia, el usuario y su familia. Es parte responsable en ayudar a establecer los mecanismos que aseguren la continuidad en la atención y garantizar un regreso al hogar de la madre y el niño con su familia, en condiciones de hacerse cargo de los cuidados minimizando los riesgos. Puede ser importante desde la disciplina enfermera analizar y/o rediseñar estrategias que faciliten en el propio marco de los derechos de las familias junto a la oferta de recursos existentes, un acompañamiento sin interrupciones en el proceso de traslación del RN de riesgo y sus familia por los diferentes niveles de atención. Esto motiva, justifica y fundamenta el interés por indagar acerca de todos estos aspectos de acuerdo a la opinión de las LE que trabajan con estas familias y sus RN en el PNA a las que hemos entrevistado y consultado acerca de sus percepciones al respecto.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Desde que se produce el alta hospitalaria del RN de riesgo y comienzan los controles de seguimiento en el PNA, hemos mencionado que existe un período de transición, donde es vital un acompañamiento adecuado, no perder contacto y asegurar la continuidad de la atención al RN y su familia. “Es parte del rol de los L.E, facilitar el acompañamiento y continuidad de los cuidados. Para ello se requeriría dentro del proceso de atención de enfermería una planificación del alta individualizada y que se contemplen todos los aspectos biopsicosociales, coordinando con el resto de los integrantes del equipo de salud, fortaleciendo el cuidado integral y adaptando los planes de cuidado a las necesidades de cada familia y su situación”.¹⁰

Nuestra investigación busca conocer la percepción que tienen las L.E que llevan adelante este proceso, en el propio lugar donde acontece. A partir de ello, para estudiar el fenómeno, nuestra pregunta problema es la siguiente: **¿Qué percepciones tienen las Licenciadas en Enfermería, acerca del proceso del alta hospitalaria del recién nacido de riesgo y su familia, de la continuidad en la atención y el seguimiento posterior en el PNA?**

2. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se ha realizado un estudio cualitativo siguiendo el método de la Teoría Fundamentada. De acuerdo al paradigma cualitativo consiste en extraer aspectos significativos de las percepciones o significados de los LE que nos posibilite una reflexión teórica en base a lo que ellas mismas expresan. Haciendo referencia a Irene Vasilachis, la autora, reseña “...¿A qué preguntas de investigación responde la investigación cualitativa? La investigación cualitativa se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, por sus comportamientos, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada, es decir, ubicándolos en el contexto

¹⁰ Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería materno infantil. Departamento de enfermería comunitaria. Seguimiento domiciliario del binomio madre hijo en situación de vulnerabilidad. Montevideo: CSEP; 2012.

particular en el que tienen lugar. Trata de comprender dichos contextos y sus procesos y de explicarlos recurriendo a la causalidad local. Para Strauss y Corbin, (1990), también expresan que la investigación cualitativa se ocupa de la vida de las personas, de historias, de comportamientos pero, además, del funcionamiento organizacional, de los movimientos sociales o de las relaciones interaccionales”¹¹ “La Teoría Fundamenta tiene por objetivo comprender la realidad a partir de la percepción o significado que cierto contexto u objeto tiene para la persona, generando conocimiento, aumentando la comprensión y proporcionando una guía significativa para la acción”.¹² Para ello se han realizando entrevistas semi estructuradas grabadas a Licenciadas en Enfermería del sector público que se desempeñan en el PNA. Para fundamentar por qué hemos elegido TF como estrategia de análisis de los datos cabe citar a Carmen De la Cuesta Benjumea, Profesora titular de la Facultad de Enfermería de Antioquia, quien refiere específicamente a favor de esta metodología, que la misma “...permite contextualizar el cuidado, desvelar interacciones, las construcciones que se hacen sobre una actividad y sus componentes culturales.” “El Cuidado es un encuentro con el otro, con lo diferente a nosotros mismos y con lo perturbador que esto puede ser. Los estudios cualitativos en general hacen evidentes componentes del cuidado que no son considerados en los estudios cuantitativos, permiten así la comprensión y la justa valoración del cuidado del otro”¹³

¹¹ Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de Investigación Cualitativa. 1era ed Barcelona: Gedisa; 2006

¹² Dantas CC. A enfermeira gerenciando o cuidado de clientes com HIV/Aids: o nao dito pelo feito visando um cuidado igualitário independente da patologia. [dissertacao]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2005.

¹³ Cuesta Benjumea, C (2012). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. Cultura de los cuidados, 0 (20), 136-140. Doi <http://doi.org/10.14198/cuid.2006>. 20.19

La Teoría Fundamentada también ofrece una forma de representar y arrojar luz y entendimiento sobre lo estudiado. Charmaz K, (2005), lo define al método como “...brinda unas directrices analíticas que permite focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales”.

3. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Conocer las percepciones de los LE con respecto al Plan de Alta, la continuidad de la atención y seguimiento en el PNA de los RN de riesgo y sus familias

B. OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer las percepciones de las LE del PNA sobre el seguimiento de los RN de riesgo y sus familias, luego del alta hospitalaria.

4. CONSIDERACIONES ETICAS

Es necesario explicitar que el trabajo o investigación cualitativa es interpretativa y subjetiva, razón por la cual la validez de ésta investigación se basará en los conceptos de Corbin y Strauss, (1990), que son; credibilidad, confiabilidad y verdad, principios éstos, que garantizan la calidad de la información obtenida, el análisis y la documentación final. Estas autoras enfatizan en que los conceptos de muestreo teórico y saturación teórica de la información aseguran la validez y la confiabilidad. Según Patton, (1990),...” para la validez en la investigación cualitativa, el investigador es el instrumento, ya que la credibilidad se basa en la competencia, en las habilidades y el rigor de la persona en el trabajo de campo. Un estudio cualitativo creíble responde a tres preguntas: 1. Qué técnicas y métodos se utilizaron

para garantizar la integridad, la validez y la exactitud de los hallazgos?, 2. ¿ Qué proporciona el investigador al estudio en términos de experiencia y aptitudes?, 3. ¿ Qué suposiciones subyacen al estudio? »¹⁴

Previo a las entrevistas fue necesario obtener las autorizaciones correspondientes de las instituciones donde se llevó a cabo la investigación. Es de destacar que el protocolo de esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería a quien le fuera solicitado oportunamente ¹⁵. El documento correspondiente fue presentado ante las instituciones a quienes se les solicitó autorización para entrevistar a sus LE, y a cada una de las informantes, antes de efectivizar las entrevistas.

Uno de los elementos éticos, más importante es el procedimiento que lleva al consentimiento informado de los participantes, de acuerdo con la Declaración de Helsinki. En el se expresa que la información que se obtenga es confidencial y anónima, no implica riesgo para los participantes los cuales son libres de renunciar a la entrevista pudiendo retirarse si así lo desean o inclusive posteriormente a realizada, solicitar no ser parte de la investigación. Aclara también que la información obtenida será solamente con fines académicos.

Se solicitó un consentimiento informado para participar en la investigación y se estableció el compromiso de que sus datos filiatorios estarían debidamente protegidos en el marco de la confidencialidad y del anonimato para lo cual se les propuso elegir el nombre de una flor. Nuestros informantes fueron orientados con una descripción detallada de la naturaleza de la investigación y sus objetivos.

¹⁴ Anselm Strauss y Juliet Corbin Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada Ed. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, 2002

¹⁵ Pérez A, Pérez R, Protocolo tesis Plan de maestrías. Montevideo: Facultad de Enfermería, UDELAR; 2016

CAPÍTULO 1-MARCO CONCEPTUAL

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE PERCEPCIÓN

Hemos acordado la conceptualización más adecuada acorde al Diccionario de la Real Academia Española. Percepción: es la acción o efecto de percibir. Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. Conocimiento, idea. También se puede entender como sinónimo de respuesta, interpretación, enjuiciamiento, análisis o valoración. “La percepción ha sido objeto de innumerables estudios científicos, principalmente de la psicología y la filosofía. En la actualidad se entiende básicamente como un proceso que permite a las personas captar, elaborar, e interpretar información del entorno. A partir de éste proceso el sujeto va formando su propia realidad con aquella información que le llama la atención del ambiente y que capta a través de los 5 sentidos básicos. Proviene la palabra del verbo *latino percipere*. *Per*:(preposición) y *cipio*: (tomar, coger y comprender)”...la persona que percibe es un sujeto histórico y por tanto en el proceso perceptual intervienen otros aspectos que derivan de la historia particular de cada individuo y del contexto determinado en que vive. Para Luz María Vargas Melgarejo el concepto de percepción; se trata de un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.”¹⁶

1.2 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE ALTA DEL PACIENTE

De acuerdo al Manual de procedimientos del Programa Aduana de ASSE en el año 2014 se define “alta” como... “*el procedimiento administrativo/asistencial que opera el momento en*

¹⁶ Vargas Melgarejo L M, Sobre el concepto de percepción. Alteridades 199447/53. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>. Fecha de consulta: 6 de mayo de 2016.

que la responsabilidad de asistencia de un usuario pasa de un servicio a otro de la red integrada de servicios de salud.” Vinculado a este concepto, también extraemos otro muy relacionado: “Contra referencia es el procedimiento administrativo/asistencial mediante el cual el servicio de salud al que fue referido el usuario una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad y la información del cuidado de salud del mismo (o el resultado de una prueba diagnóstica) al establecimiento de salud referente (de menor complejidad), para su control y seguimiento según sea necesario, ...se considera este concepto en lugar de derivación.”¹⁷

El Plan de Alta y la Visita Domiciliaria, contribuyen a continuar brindando un cuidado de calidad, promover la autonomía y otorga condiciones que proporcionan una comunicación más fluida y segura. Como estrategia de seguimiento el Plan de Alta es un instrumento que determina y sistematiza las acciones para tender un puente entre el tercer/segundo y primer nivel de atención tanto cuando se trata de un RN de riesgo o un RN normal. “...Su objetivo es lograr que los individuos logren su independencia en el mínimo de tiempo, con las mejores condiciones, mediante la coordinación de la asistencia y de los recursos requeridos para asegurar una transición entre el hospital y el domicilio, con el mínimo de riesgos, generados por esa transición” ¹⁸

El Plan de alta está concebido como una herramienta a la que debe tener acceso y ser utilizada por todos los miembros del equipo multidisciplinario. Debe formar parte del sistema de registros del usuario en la unidad de internación. Contribuye a prever, en forma personalizada,

¹⁷ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Área Niñez y Adolescencia. ASSE. Manual de Procedimientos .Reperfilamiento del Plan Aduana. Montevideo: MSP; 2014.

¹⁸ Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería materno infantil. Departamento de enfermería comunitaria. Seguimiento domiciliario del binomio madre hijo en situación de vulnerabilidad. Montevideo: CSEP; 2012.

las necesidades de los usuarios para cuando se produzca el egreso del hospital y efectivizar la planificación de acciones para satisfacerlas. Requiere ser iniciado al ingreso de la madre y RN y se realiza en base a la recolección de datos del usuario de los registros clínicos y de la historia perinatal, de entrevistas con la familia para acceder a datos de su composición, situación emocional, dinámica, experiencia y conocimientos, características socio económicas y culturales, acordar el seguimiento, coordinar los encuentros, consultas, estudios ambulatorios y coordinación con los equipos del PNA, vinculación a programas o equipos específicos según el tipo de riesgo que se haya detectado. Tiene un gran componente educativo hacia la familia como forma de orientarles acerca de los cuidados que requerirá el niño, signos de alarma que ameritan una consulta, adecuación de recursos para lo que es muy importante su inclusión en este proceso.

1.3 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE SEGUIMIENTO DEL RN Y SU FAMILIA

Cuando nace un niño con complicaciones o la madre padece una patología previa o vinculada al embarazo, que también la pone en riesgo, los cuidados hacia esa familia constituyen un importante desafío para el equipo sanitario que deberá valorar los múltiples aspectos que estarán afectados, sin desestimar ninguno de ellos ni colocar la mirada solo en las carencias y dificultades que pueda presentar la familia, sino jerarquizar las potencialidades y recursos que les sostienen. Las capacidades y recursos de las familias son el mejor punto de partida para apoyarlos en los procesos del cuidado propio y de sus hijos en el hogar luego del alta.

Las maternidades actuales enfocan su atención hacia un usuario complejo ya que lo componen la mujer, su hijo y su entorno familiar y social. El nivel de dependencia es variable pero se tiende a favorecer el auto cuidado y el disfrute de esa experiencia familiar multidimensional junto a la atención sanitaria en sí, siendo inclusivos y prestando mucha atención al contexto real donde se desenvuelven y desarrollan las personas. Desde un enfoque

de calidad, debemos ubicar al usuario en el centro del sistema y adecuarnos a sus intereses y necesidades mientras transita por los diferentes niveles de atención según sea la etapa y situación que se aborda. Para esto, debemos contar con un marco conceptual y lineamientos estratégicos comunes en esos niveles con un enfoque preventivo, donde se jerarquicen aspectos de humanización, integración familiar y contexto socio cultural. Enfermería debe insistir y responsabilizarse en buscar y proponer la mejora de estrategias para dar continuidad y coordinación necesarias para el acompañamiento del proceso desde antes del nacimiento, durante su internación y luego del alta hospitalaria. Es básico asegurar un seguimiento de los problemas detectados o potenciales de esas familias como resultado o posible causa de problemas en etapas posteriores. Para lograr esa continuidad y permitir acciones efectivas, fundamentalmente educativas, previa y posteriormente a la internación, que es un período corto y cargado de distractores, es fundamental un sistema de coordinación y enlace fluido y seguro. De hecho, si bien el proceso perinatal es parte de un proceso fisiológico normal, coloca al RN y su familia, en una situación de vulnerabilidad por el stress fisiológico y psicológico que implica.

Otra estrategia, para un seguimiento adecuado además del plan de alta, es el cuidado domiciliario, una vez que el niño haya superado los problemas agudos de salud. Se utiliza como instrumento la visita domiciliaria integral a cargo de un equipo de salud responsable de su gestión. Como integrante de ese equipo Enfermería interviene en el proceso de salud-enfermedad que se considere crítico y según las necesidades del RN y su familia. Esta atención se produce en el domicilio de las personas siendo la enfermera quien sale de su espacio “natural”, conocido que, es su servicio, para ingresar a desempeñarse en uno desconocido, donde es la familia quien le abre sus puertas y en forma consensuada y participativa brinda el cuidado. Se capacita a la familia para ofrecerle los cuidados necesarios para la recuperación, rehabilitación y mantenimiento de la salud.

Relativo a la continuidad entre niveles nos referimos a un punto de vista más vinculado a las propias instituciones y centros de tratamientos especializados, más específicos y menos personales, en un proceso de transición donde se debe asegurar la continuidad de los cuidados

de la situación aguda que involucra al usuario y su familia en una corresponsabilidad terapéutica. En referencia al concepto teórico de continuidad personal- longitudinal a través del tiempo, se centra más en la satisfacción de las necesidades del usuario abordables con mayor facilidad desde el primer nivel de atención, con una visión bio psico social del contexto y los cuidados preventivos con mayor profundidad. El trabajo voluntaria y concertadamente o en redes para el seguimiento de RN de riesgo es una estrategia que se adecua a éstos requerimientos. El trabajo en red es una estrategia vinculada a la articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de un fin común. El Dr. Mario Rovere se refiere a las redes como; “heterogeneidades organizadas”. *“...parten de vínculos que se construyen se alimentan, se sostienen y también se deterioran y destruyen, cumpliendo las funciones básicas de proveer compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios y accesos a nuevos contactos.”*¹⁹

Dentro de las reformas a nivel de políticas públicas que Uruguay viene desarrollando desde el año 2005, se ha puesto en marcha la reforma social con la reformulación de la Matriz de Protección Social surgiendo los programas Intersectoriales Prioritarios como Uruguay Crece Contigo, inspirado en el modelo chileno, hoy bajo la órbita del MIDES junta a otros como Cercanías y Jóvenes en Red para actuar en la protección a la primera infancia, adolescencia, los jóvenes y las familias. Coordinan la finalidad de lograr un abordaje integral de los determinantes sociales y de la estructura del ordenamiento social que condicionan el estado de salud de las personas y de las poblaciones más vulnerables, con una perspectiva familiar y territorial.

En el año 1971 fue creado lo que se llamó Programa Aduana, en el Área Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, enfocado a la población más vulnerable del área metropolitana de niños y niñas en el primer año de vida con excelentes resultados. Por sus buenos resultados se valoró como importante darle estructura y desarrollo en el marco de la reforma de salud del

¹⁹ ROVERE, M. Redes en Salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/amr, Instituto Lazarte, (reimpresión 1999).

año 2007 bajo la forma de Programa con alcance nacional y universal, extendiendo el seguimiento hasta los tres años de vida. En el año 2014 quienes integraron el grupo de trabajo que tuvo como responsabilidad la elaboración del Manual de Procedimientos para el Reperfilamiento del Programa Aduana al analizar el procesos histórico que ha llevado el Programa Aduana a convertirse en una potente herramienta para el sistema de salud, entre otros destacaron elementos a mejorar que justifican la reformulación y que son los siguientes: un déficit en recurso materiales básicos tales como equipamiento de apoyo y comunicación, equipamiento informático, equipos básicos de los servicios de PNA para asegurar la calidad de los controles, las limitaciones del sistema informático y del sistema de registros de los datos de seguimiento, escasez de RRHH, cargos estables y alta dedicación a la tarea, dificultades en la coordinación interinstitucional sistemática y organizada para la solución de los problemas detectados en el seguimiento, fallas en la instrumentación de respuestas oportunas ante situaciones graves y/o complejas, falta de homogeneización de procedimientos de trabajo, definiciones conceptuales, intervenciones estandarizadas, con asignación de responsabilidades claras y flujo comunicacional entre los actores e instituciones y escasa priorización de los espacios de coordinación intersectorial e interinstitucional para la resolución integral de complejas problemáticas de la población en general y de los infantes en particular.

En su lugar el Programa reperfilado plantea que prioriza por igual todos los niveles de atención en el contexto de procesos asistenciales integrados y está basado en el seguimiento del usuario y en garantizar el acceso a las prestaciones según las necesidades del usuario, independientemente del nivel de atención donde se asista. Su orientación se basa también en el usuario y sus necesidades y en la gestión, los recursos humanos los dedican la mayor parte del tiempo a realizar acciones e intervenciones Define condiciones de riesgo y prestaciones correspondientes que deben garantizarse frente a cada necesidad, así como los responsables de brindarlas. Adapta las prestaciones a las necesidades. En cuanto a los procedimientos se los define en forma homogénea con aprobación institucional y se difunden a todo el personal involucrado en un manual con versión y con planificación de actualizaciones periódicas. Define las responsabilidades claramente, consensuadamente las difunde a todo el personal involucrado y las supervisa. Esas responsabilidades están centradas en los derechos del

usuario. Acciones interinstitucionales las plantea protocolizadas y priorizadas, desde la concepción de un abordaje integral. Se definen responsables de coordinación desde nivel político estratégico hasta nivel operativo en el marco de los Programas Prioritarios y otros Programas Interinstitucionales. El abordaje se propone integral, interinstitucional y en equipo a nivel local. El registro será informatizado e integrado al proceso asistencial y un Sistema de información único integral e integrado que da cuenta del proceso asistencial y permite la gestión y la realización de estadísticas, facilita la continuidad asistencial a través de una historia de salud compartida. Brinda información relevante para la toma de decisiones y para la realización de acciones de manera oportuna. Sistema de información compatible con integración al SIIAS. Asegura la continuidad asistencial con responsabilidades claras de los referentes de los distintos componentes del programa, (Derivación responsable). Incluye sistemas explícitos de ordenación y priorización de los pacientes, de preferencia acompañado del sistema informático. Se unifica y generaliza lo pautado en un manual único de procedimientos del Programa Aduana con glosario único de terminología.

El sistema de referencia y contrarreferencia entre el hospital y el PNA para los RN de riesgo está enmarcado por lo tanto en este Programa que abarca a niños de 0 a 3 años y tiene como objetivo general: “contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud integral, asegurando la continuidad asistencial de la población de niños y niñas del Uruguay usuarios de ASSE a través del acceso universal a servicios de salud de calidad en función de las necesidades asistenciales, priorizando las acciones interinstitucionales e intersectoriales a nivel nacional-local-territorial, contribuyendo a la generación de conocimiento sobre la situación de salud y las condiciones de vida de la infancia en Uruguay.

Está organizado en tres componentes:

A) Un componente central constituido por un equipo conformado por técnicos y profesionales del Área Niñez y Adolescencia de ASSE, con visión país, y con funciones de planificación, organización, supervisión y evaluación permanente del programa, asesorando a los demás componentes del sistema. Bajo su responsabilidad técnica se encontrará el cumplimiento de

las metas de los indicadores propuestos para el Programa así como del sistema informático que dará soporte y apoyo al funcionamiento del mismo.

B) Un componente hospitalario que se ubica en el segundo y tercer nivel de atención, estructurándose en dos subcomponentes neonatológico y pediátrico. El subcomponente neonatológico incluye los servicios asistenciales especializados en población menor a 28 días de vida. En segundo lugar, el subcomponente pediátrico incluye sectores asistenciales destinados a población menor a 15 años en general. El componente hospitalario tiene el rol de asegurar el ingreso al Programa Aduana (proceso conocido como “captación”⁶), atención y referencia-contrarreferencia, asegurando la continuidad asistencial con otros niveles de atención de la Red Integrada de servicios.

Nos detendremos en el subcomponente Neonatal (Maternidades) integrado por los servicios y prestaciones organizadas en la Unidad Ejecutora Hospitalaria destinados a la asistencia especializada de población neonatal. Se encarga de las referencia-contrarreferencias y coordinaciones de todos los neonatos con los servicios y equipos de referencia del primer nivel de atención (como de otros efectores de la red asistencial, independientemente del nivel de complejidad), asegurando la continuidad asistencial y las prestaciones que deben ser garantizadas según la situación de riesgo detectada y la inclusión a programas específicos (SERENAR, alto riesgo, Uruguay Crece Contigo, Cercanías, Programas de MIDES, Programas de INAU, etc.).

C) Un componente Primer Nivel de Atención (antes: descentralizado) Constituido por los equipos de salud de los efectores del Primer Nivel de Atención (Centro Auxiliar, Centro de Salud, policlínicas, consultorios). Deberá captar y asegurar la continuidad asistencial y una atención integral a la salud priorizando acciones de promoción de salud y la detección precoz de enfermedades así como tratamiento oportuno de las mismas mediante consultas programadas en salud estipulados por el 7 Término utilizado en el sentido de Metas Asistenciales. Corresponde al primer contacto con el equipo del primer nivel de atención al egresar del hospital, priorizando aquellos niños con un criterio de riesgo. Deberá asimismo asegurar las prestaciones que deben ser garantizadas según el tipo de riesgo detectado y la

inclusión a programas específicos (SERENAR, alto riesgo biológico, Uruguay Crece Contigo, Cercanías, Programas de MIDES, Programas de INAU, etc.). Deberá facilitar la coordinación de consultas, exámenes paraclínicos y procedimientos que por la condición de riesgo y vulnerabilidad del niño o su familia requieran una atención preferencial o priorizada.

Las LE del PNA sea en forma directa o a través de centros de referencia del PNA que luego distribuyen la información a las diferentes policlínicas barriales, deben recibir online la referencia de los RN cuyas familias viven en su territorio inmediatamente que este egresa del hospital. El formulario electrónico específico incluye información tal como datos filiatorios, dirección y teléfonos de contacto del hogar, diagnóstico al alta, resumen de historia clínica, tratamiento y observaciones. Con esta información su responsabilidad es coordinar y planificar acciones para su seguimiento. 20

1.4 CONCEPTUALIZACIÓN DE RECIEN NACIDO DE RIESGO

Genéricamente, *riesgo* es la probabilidad de que un hecho, en general adverso, se produzca. En epidemiología el término *factor de riesgo* se ha incorporado para indicar cualquier variable asociada a la probabilidad de desarrollar una enfermedad o que se produzca un evento adverso. Es posible identificar factores de riesgo en cualquier ámbito: medio ambiente físico, síquico, social y biológico. Puede aplicarse a situaciones muy diversas y es así que el Dr. Martín Zurro, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria define que “*Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar, o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. La presencia de indicadores relacionados a los factores biológicos, (historia de enfermedades hereditarias), comportamentales, (etilismo y consumo problemático de sustancias psicoactivas), socioculturales, (bajo nivel educacional familiar, embarazo adolescente, pobreza y*

²⁰ <http://www.asse.com.uy/contenido/Manual-de-Procedimiento-de-Reperfilamiento-Programa-Aduana-7903>

vulnerabilidad social), así como la historia obstétrica, pueden ser determinantes para que un RN sea considerado de riesgo. Cada uno de los factores puede modificar la probabilidad de una enfermedad tanto aumentándola como disminuyéndola; sin embargo se reserva tradicionalmente el término de factor de riesgo para aquellos que aumentan, mientras que los factores que la disminuyen o la evitan, se denominan factores protectores”²¹

Se considera recién nacido de riesgo cuando a éste y a su familia se le asocia uno o más factores de riesgo. El nacimiento y el acompañamiento de los recién nacidos de riesgo es uno de los desafíos más actuales de los servicios de salud, pues los avances tecnológicos y la mayor calificación de la asistencia prestada han permitido cada vez más, la sobrevivencia de los niños nacidos en condiciones desfavorables. “Un RN de alto riesgo es aquel niño que ha nacido con condiciones anormales, particulares y definidas de salud y según la evidencia surgida en estudios en países desarrollados, tienen una posibilidad mayor que los RN sanos de evolucionar con morbilidad crónica, presentar secuelas o aún de morir en la primera infancia”.

²²Los factores de riesgo sociales y económicos son predominantes para identificar el riesgo asociado a; las condiciones de pobreza, nivel educativo de los padres, espacio intergenésico, ausencia de los controles prenatales, embarazo adolescente, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. Las influencias del medio ambiente especialmente la desnutrición y la pobreza han sido ampliamente estudiadas y se ha demostrado su influencia negativa en el desarrollo de los niños. Los “mediadores” de la pobreza son: la condición física del hogar, (vivienda), el nivel cognitivo de la estimulación del hogar, el estilo de vida de los padres y/o familia y el cuidado de los niños.²³

²¹ Solá A, Cuidados neonatales. Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. 1a ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Edimed- Ediciones Médicas, 2011.

²³ Martell M., Burgueño M., Argón G., Weinberger M., Alonso R. Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo. Arch Pediatr Urug 2007; 78 (3).

En el marco del Reperfilamiento del Programa Aduana se hace una definición de las características consideradas de riesgo. Las mismas toman como base aquellas definidas por Metas Asistenciales del MSP. El listado del Manual de Procedimientos incluye:

- 1.- Prematurez menor o igual a 32 semanas de edad gestacional clínica.
2. - Bajo peso al nacer: 2500g
- 3.- Muy bajo peso al nacer: 1500g
- 4.- Patología que requirió cuidados intensivos.
5. -RN que hayan requerido cuidados especiales y que al alta mantengan algún factor de riesgo, a saber: I. Oxígeno dependiente. . II Apneas del prematuro en tratamiento. III Trastornos neurológicos. IV. Malformaciones congénitas mayores. V. Patología quirúrgica compleja o no resuelta. VI. Síndromes hipóxico isquémicos. VII. Trastornos endócrinos en tratamiento).
6. -Patologías diagnosticadas por el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal: hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, hipoacusia congénita.
7. -Lactante o niños con defectos o patologías congénitas mayores.
8. - Niños/as con patología orgánica crónica y/o aguda compleja (incluyendo cuidados paliativos).
9. -RN que hayan presentado infecciones connatales específicas.
- 10.- Embarazo no controlado o mal controlado (con 4 o menos controles).
11. -Madre menor o igual a 17 años.
- 12.- Patología psiquiátrica severa y/o retardo mental de madre o cuidador.
- 13.- Madre o cuidador consumidor de sustancias psicoactivas.
- 14.- Madre con primaria incompleta.

15.- Madre y/o padre con antecedentes legales relacionados con la crianza de otro hijo y/o violencia intrafamiliar.

16.- RN o niño huérfano o con abandono materno.

17.- RN mal controlado

18.- Niña/o mal controlada/o

19.- Pobreza extrema 20. Hermano/a fallecido/a antes del año.

1.5 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Para ayudar a comprender los diferentes aspectos que puedan emerger en esta investigación importa tener como marco uno de los modelos de salud- enfermedad más vigente y revolucionario en lo que a Salud Pública se refiere , que es el de Marc Lalonde , (1974). “De acuerdo al modelo de Marc Lalonde identificamos cuatro elementos; el ambiente, los estilos de vida, la biología y el sistema organizado de atención a la salud como factor que incide en la salud de los individuos. Ésta concepción amplía el campo de la enfermería que pasa a incluir factores como estilo de vida, costumbres, recursos económicos que destinan los gobiernos al cuidado de la salud de la población siéndole necesario dar jerarquía a las relaciones humanas tanto a nivel general como profesional, y desarrollar la relación cuidador – persona cuidada como elemento esencial para alcanzar la salud. En la actualidad el contraste con el modelo reduccionista únicamente biológico es cada vez mayor y el modelo biosicosocial es el que nos define. Se trata de un enfoque más participativo de salud enfermedad, postulando que el factor biológico, el psicológico, los factores sociales desempeñan un papel significativo en la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad. En este paradigma debe abrirse a otras perspectivas asumiendo la relatividad de la salud y comprender la enfermedad como un resultado de un conjunto de fenómenos donde el aspecto orgánico es solamente una de las múltiples facetas y cuidar pasa ser un “ayudar a

vivir” y que las personas administren el patrimonio de su saluds apreciado tanto por los cuidadores y los cuidados.”²⁴

La declaración de Alma Ata de OMS UNICEF en 1978 define la APS como “la asistencia esencial basada en métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de corresponsabilidad y autodeterminación”.

Estrategias como la de “salud familiar” se han planificado incorporando el conocimiento generado en las experiencias internacionales de los sistemas de salud con base en la Atención Primaria y en las propuestas de Alma Ata, teniendo como principio el acceso universal, integral y coordinado junto a las comunidades y a su contexto social. Desde la perspectiva psicosocial las acciones que se marcan en el llamado acompañamiento familiar permiten fortalecer la calidad en la implementación de las políticas sociales y particularmente en las de salud. Con frecuencia se asume que el acompañamiento familiar supone la atención personalizada a las familias en sus domicilios, para la cual el eje central de la metodología es la construcción del vínculo que se concibe como el primer paso para la articulación con la familia. El acompañamiento no es un fin en sí mismo, sino que se constituye en una estrategia para sostener los procesos que involucran cambios subjetivos y accesos a protecciones sociales y de salud. Debemos considerar y revisar el marco conceptual de la continuidad asistencial entre niveles de Atención y la coordinación con las redes de apoyo como estrategias vinculares de intercambio entre las Instituciones y las personas con una visión sicosocial y que conserve la longitudinalidad a través del tiempo.²⁵

²⁴ Martínez Trujillo, Nelsi Los modelos de salud de enfermería. Revista Uruguaya de Enfermería (RUE), nov

²⁵ Lecovictz E, Antoniol G, Fernandez Galeano M, Ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS. 2011

Según el Dr. Julio Vignolo , Profesor del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo “el primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.”

1.6 ROL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RN DE RIESGO CON ENFOQUE FAMILIAR EN EL PNA.

Definición de rol: “es un conjunto de comportamientos, actitudes y habilidades que se esperan de un individuo por parte de aquellos con quienes interactúan”. (Anne Gillies).

Implica comportamientos, actitudes, habilidades, y un lugar en relación a los demás de él, en el desempeño del rol en este lugar preciso. Está determinado por el contexto en que se desarrolla o cumple con las funciones determinada, por el momento social, histórico del lugar en donde se desarrolla, la evolución de la profesión y su forma de vincularse con el resto de la sociedad, (usuarios y otros profesionales del equipo, en este caso).²⁶

La Facultad de Enfermería de la UDELAR Plan 93 define a Enfermería como “*una disciplina científica fortalece la capacidad reaccional del ser humano, persona- familia- grupo poblacional, donde esa capacidad está dada por la lucha continua del mismo por mantener un*

²⁶ Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería materno infantil. Bases Conceptuales para un cambio de modelo de atención de enfermería a la salud de la mujer. Montevideo: CSEP; 2009.

equilibrio con el medio, constituyéndose en una respuesta individual o grupal frente a las alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención. El Licenciado en Enfermería es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de Asistencia, Docencia e Investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados”.

El Departamento de Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República define a la Enfermera en Salud Comunitaria como “ *el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la Salud, posee los conocimientos y habilidades técnicas así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian o en las instituciones sanitarias cuando fuere preciso, desde una concepción de la /el enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores , realizando las funciones de Asistencia, Docencia e Investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.* ”²⁷

El profesional Enfermero es quien tiene las mejores condiciones para un contacto estrecho con las familias y forma parte de su rol el compromiso de ser el nexo en ambos sentidos con el resto de los integrantes del equipo. Tiene un rol integrador en un sentido amplio también dentro de la comunidad donde esas familias viven, se desarrollan y ejercen ciudadanía.

²⁷ Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería comunitaria. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: CSEP; 2009.

El compromiso profesional con el usuario y su familia respetando sus derechos hace necesario un cambio de mentalidad y actitud de la enfermera que brinda asistencia y cuidado. La familia como sujeto/objeto de la atención de enfermería es el concepto fundamental del cuidado centrado en la familia que es una respuesta asistencial, humana y social.

Forma parte de su rol también poder adaptarse y aceptar el cambio que el concepto familia reviste siendo ésta considerada como una organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo. Sistémicamente se ha definido como “Un subsistema social abierto, en constante interacción entre el medio natural, cultural y social. De elementos interactuantes de tal modo que el comportamiento de un elemento en cierta situación es diferente al de este elemento en otra situación. Si uno de los elementos se modifica todo el resto sufre modificaciones también.

Friedman (1992) refiere que “una familia es dos o más personas que estén unidas entre sí por vínculos creados por el compartir y por la cercanía emocional y que se identifican a sí mismos como parte de la familia”. Wrigh y Leahey, (1994) amplía el concepto diciendo “la familia es quien dice serlo.” Es así que se incluyen una variedad de formas familiares como la familia extensa que reside en dos o más hogares, las parejas que cohabitan, las familias mixtas, las familias sin hijos, las familias de homosexuales masculinos y femeninos y las familias con un solo progenitor.

Muchas disciplinas académicas que estudian la familia han desarrollado teorías que permiten entender el funcionamiento y la dinámica familiar y sirven de base para el diagnóstico, la planificación del cuidado día a día y a predecir eventos que hagan necesaria la adecuación de estrategias de atención. Podemos mencionar tres de ellas. *La teoría de los sistemas familiares* que hace énfasis en abordar al individuo como una entidad pero en el marco de un sistema familiar visto como otra unidad que le contiene. Conlleva un proceso dinámico entre sus integrantes que conforman un todo y no una suma de individuos. *La teoría de desarrollo familiar* se centra en la familia a medida que ésta evoluciona en el tiempo. Sus miembros pasan por fases de crecimiento. Las estructuras y funciones familiares varían con el tiempo y juntas estas etapas constituyen el ciclo vital de la familia. Otra *teoría es la del estrés familiar* donde se ha intentado describir cómo las familias se adaptan de manera diferente al mismo

agente estresante. No alcanza restringirse al agente, a la percepción que tiene la familia del mismo y a los recursos familiares para hacerle frente ya que deben tenerse en cuenta los contextos interno y externo en los cuales la familia esté viviendo un evento crítico. El contexto interno comprende los elementos que una familia podría cambiar, potenciar o controlar tales como la estructura, fronteras, roles, las defensas psicológicas y los valores o creencias. Por otra parte debe considerarse el contexto externo, o sea el tiempo y espacio en que una familia particular se encuentra sobre los que no puede tener control. Esto incluye la cultura de la sociedad a la que pertenece, el momento histórico, el medio ambiente, el estado económico particular familiar y el social, el nivel educativo alcanzado, la madurez de los individuos involucrados, la capacidad de afrontamiento a situaciones estresantes, (resiliencia), y la herencia genética.²⁸

La familia para la Dra, Raquel Vidal, (1991), es “un sistema abierto, una estructura organizada de individuos, que tienen entre sí vínculos estrechos, estables, que están unidos por necesidades básicas de sobrevivencia, que comparten una historia y un código singular...”

Olson describe seis funciones básicas de todas las familias: comunicación, afectividad, apoyo, adaptabilidad, autonomía y establecimiento de reglas y normas. Cualquiera de estas funciones puede ser alterada en un momento dado, y provocar un desequilibrio.

En los últimos años han ocurrido una serie de modificaciones en las familias de nuestro país tales como: no hay un único proveedor de ingresos económicos, la mujer participa activamente en el mercado laboral y en las instituciones educativas capacitándose, en una importante mayoría. Cambios de roles esposo/esposa madre/ padre, transferencia de funciones que antes ejercía la familia ahora pasan a ser ejercidas por instituciones dedicadas a niños y ancianos, por ejemplo. Existe una tendencia en los últimos años a que la población de zonas rurales migre hacia la ciudad. Es notorio el crecimiento que ha sostenido la ciudad de Montevideo y la

²⁸ Loudermilk Pery Bobak Enfermería Materno Infantil Vol 1 Ed Harcourt/Oceano 6ª ed Barcelona España 2003

extensión de población hacia las zonas próximas de Canelones y San José. Una característica de esta zona del país más densamente poblada es su segmentación social donde encontramos zonas lujosas donde habitan personas con gran poder económico pasando por una gama más homogénea de poder adquisitivo medio alto y medio, a zonas muy pobres donde viven personas de muy bajos recursos económicos cuyas familias son más vulnerables. Los problemas a los que estas familias se enfrentan y aumentan su vulnerabilidad son: enfermedades crónicas, tratamientos prolongados, niños con bajo peso al nacer, prematuridad, niños que nacen con VIH o sífilis, muy bajos ingresos económicos, subempleo o desempleo, adicciones a sustancias psicoactivas, alcoholismo y tabaquismo, no concurrencia a controles de salud y de enfermedades o controles de embarazo, exclusión social. Existe en los últimos años una corriente migratoria proveniente de países con conflictos bélicos así como políticos y sociales tales como Siria, India, Venezuela, Perú, Bolivia, Colombia, República Dominicana, etc.

La intervención de enfermería con enfoque familiar en el PNA requiere desarrollar habilidades para vincularse con una actitud de respeto, establecer una relación ética y de confianza y preservar la información con reserva ya que la tendencia natural de las familias es de preservar su intimidad, mantener en su ámbito cierta información por lo que el abordaje debe ser gradual y aceptando los límites y resistencias que puedan aparecer. Una actitud paciente y un clima de afecto y confianza son de gran importancia. El uso de una historia clínica familiar y la realización del familiograma son herramientas que permiten conocer la estructura familiar, sexos, edades, parentesco, morbilidad, aspectos culturales, sociales, vínculos entre sus integrantes, clima familiar, etapa del ciclo vital familiar, hábitos alimenticios y de higiene, descanso, ocio, así como consignar el entorno donde viven, características de la vivienda, cobertura de salud, ingresos económicos, intereses educativos y culturales de sus miembros, creencias con relación al cuidado de la salud, vínculos fuera de la familia, amigos, relación con el barrio, participación en actividades comunitarias. Los objetivos del cuidado centrado en la familia son: conocer aspectos conceptuales de Familia, identificar aspectos que presenta la familia de un RN de riesgo, determinar los cuidados de enfermería para esa familia, sensibilizarse sobre la importancia de

la atención humanizada y desarrollar estrategias hacia un cambio de modelo en la atención con integración familiar.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para ésta investigación se aplicó la metodología cualitativa, utilizando el diseño de la teoría fundamentada. Consideramos a la TF como la herramienta privilegiada para acceder a la información sobre los procesos, acciones, procedimientos y prácticas de la continuidad de la atención de Enfermería. Se entiende por T F, según Corbin y Strauss, (1990), aquella que nos permite hacer una investigación de campo, explorar y describir el fenómeno en su escenario natural. Enfatizamos el descubrimiento de lo expresado por las entrevistadas sobre sus percepciones lo que nos ha permitido acceder a los significados que cada L.E. da a los acontecimientos en su práctica profesional. Las investigadoras y las personas entrevistadas nos encontramos en el propio campo, y eso permitió un encuentro de saberes, examinar las prácticas de manera profunda, los comportamientos y la percepción del fenómeno estudiado. Los Licenciados en Enfermería en su práctica viven diversidad de problemas o situaciones de salud o enfermedad para cuyo estudio no es suficiente abordarlos solamente desde el positivismo sino que consideramos que se debería enfocar en forma más holística para lograr comprender e interpretar la realidad, las percepciones, las experiencias y los significados que las personas dan a situaciones vividas.

Dentro de la planificación de las entrevistas se realizó un contacto previo con las LE Jefes de las Instituciones participantes, quienes además de autorizarnos, nos brindaron información sobre las posibles informantes en cuanto a forma de contactarlas para concretar los encuentros. Una vez que nos contactamos con cada una de las LE, establecimos la duración de la entrevista y acordamos el lugar y horario de acuerdo a sus posibilidades, agradeciendo su participación.

En cuanto al procedimiento e instrumento de recolección de los datos se usó una entrevista semi-estructurada a partir de preguntas iniciales adecuadas a los LE. del área hospitalaria y otras preguntas para los que ejercen en Servicios de PNA. Algunas preguntas fueron

planteadas a ambos grupos por igual, para obtener la información de un mismo aspecto desde los dos ámbitos. Se entregó un consentimiento informado para leer y firmar. En este se explicitaban premisas tales como: respetar y preservar su autonomía al elegir participar de forma voluntaria, su libertad para cooperar hasta donde se sienta cómoda y de ser su voluntad, abandonar la entrevista sin ser juzgada por ello. Se aseguró el anonimato para lo que cada participante se auto adjudicó el nombre ficticio de una flor, la confidencialidad de la información aportada y grabada, así como el derecho a preguntar y a no ser dañado a causa de la entrevista. Nuestra pregunta de investigación fue dada a conocer y se explicaron aspectos conceptuales para delimitar el tema con un instructivo de entrevista. Las entrevistas se llevaron a cabo con la presencia de ambas investigadoras, donde una actuó en el rol de acompañante y la otra investigadora tuvo a cargo la entrevista semi estructurada y grabada. El espacio físico fue en lugares separados del área de trabajo que aseguró el desarrollo de la entrevista en privacidad, comodidad e intimidad, sin interrupciones. Estas condiciones de privacidad y confianza permitieron optimizar la recolección de datos. En todos los casos se solicitó permiso a las informantes para usar la grabadora explicando quiénes luego usaríamos la información, que esta se desgrabaría e identificaría usando seudónimo y clave y el uso y difusión que se haría de los resultados de la investigación.

El estilo de entrevista fue semiestructurada con un alto grado de libertad, donde la entrevistadora orientaba la conversación dado que las informantes, en este estudio, son consideradas expertas o bien informadas en el tema investigado.

El guion de la entrevista fue el siguiente:

PREGUNTAS PRELIMINARES COMUNES PARA L.E DE TODOS LOS NIVELES DE ATENCIÓN:

■ ¿Cómo y en qué condiciones opina Ud. que se planifica el alta de los RN de riesgo?

■ ¿Cómo es percibida por Ud. la coordinación entre los niveles de atención para su seguimiento?

PREGUNTAS PARA L.E EN P.N.A

🎬 ¿Que percibe Ud. con respecto a la continuidad de los cuidados de los RN de riesgo una vez que es dado de alta del hospital?

📺 En su experiencia cotidiana, ¿cuál es su percepción con respecto al seguimiento del R.N. y su familia en el PNA?

2.2 POBLACION DE ESTUDIO- MUESTREO

La planificación de las entrevistas requirió seleccionar Licenciadas en Enfermería que pudieran constituirse en informantes calificados, que ejercieran su profesión dentro de instituciones públicas de la ciudad de Montevideo en el PNA haciendo seguimiento de RN luego del alta hospitalaria contaran con un desempeño en el área no menor a cinco años. Se realizaron las gestiones con carta de solicitud de autorización a las LE Jefes de los Servicios. Previo a cada entrevista mantuvimos un contacto telefónico con las personas a entrevistar para informarles del estudio, obtener su consentimiento y acordar fecha, horario y lugar para llevar a cabo el encuentro.

2.2.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Las entrevistadas fueron seis LE del PNA del sector público.

Caracterización de las Licenciadas en Enfermería entrevistadas

N°entrev.	Fecha	Nombre (*)	Edad	Lugar de la entrevista	Duración en minutos.	Nivel de Atención
E 1	22/06/16	Orquídea	41 años	Policlínica	30	Primer Nivel
E 5	07/02/17	Ilusión	45 años	Policlínica	21.11	Primer Nivel

E 6	09/02/17	Camelia	45 años	Policlínica	20.27	Primer Nivel
E 9	14/02/17	Alegría de Jardín	26 años	Policlínica	21.38	Primer Nivel
E 10	14/02/17	Estrella Federal	48 años	Policlínica	44.42	Primer Nivel
E 11	14/02/17	Marimoña	67 años	Policlínica	43.48	Primer Nivel

(*) Los nombres de las entrevistadas son ficticios

2.2.1 SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Por criterios de conveniencia se seleccionaron Licenciados en Enfermería que se desempeñan en Servicios Públicos del PNA, posean experiencia no menor a cinco años y conocimiento en relación a nuestros objetivos para el estudio. Las instituciones seleccionadas por conveniencia y accesibilidad han sido: Policlínicas Públicas de los diferentes barrios de la ciudad de Montevideo. Conforme a la TF, el tamaño de la población de estudio fue definido por *muestro teórico* que. El muestreo teórico se realiza con base en lo que emerge de los datos o sea en base a los conceptos emitidos por las entrevistadas, considerados significantes y repetidamente presentes, que se fueron acumulando y aumentando en profundidad, lo que ha permitido la generación de categorías densas y saturadas. Esta es una de las características de la IC, en cuanto a que los diseños son emergentes. Para lograr esto se fue entrevistando una a una a las LE, Se revisó su discurso en forma sucesiva y adecuó el guión de entrevista prestando atención al momento en que no surgieran nuevos datos o la información comenzó a ser redundante, llegando en esta investigación y con estos criterios, a un número de seis informantes.

2.2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Licenciados en Enfermería que actualmente realicen el seguimiento de los RN de riesgo y sus familias en el PNA en servicios públicos de la ciudad de Montevideo.

Experiencia profesional mayor de cinco años en el área.

Estar de acuerdo en participar en el estudio y haber dado su consentimiento informado firmado, con seudónimo acordado con nombre de flor, para formar parte de la investigación.

CAPÍTULO 3 –RESULTADOS

3.1 REFERENCIAS METODOLÓGICAS GENERALES DEL ESTUDIO

Para comprender el proceso que tuvo este estudio se explicitan ciertas características metodológicas. Como expresa Miguel S. Vallés (1999), este estudio fue realizado con informantes denominados “de elite”, ya que se comparte la profesión y el área de conocimiento. Son un estilo de entrevistas especializadas en las que no solamente las preguntas y el orden están totalmente abiertas, sino que también los conceptos y los subtemas pueden ser acotados por los entrevistados que son expertos en el tema objeto de investigación. Se da un intercambio simbólico entre el entrevistador y el entrevistado. Si bien hay metodologías que aconsejan intervenir mínimamente en el diálogo con el entrevistado, en este caso particular, no resultó contraproducente algún pequeño intercambio, pues actuó como un elemento de motivación y animó a las entrevistadas a la profundización de los datos, sin limitaciones. Otro autor que complementa los aspectos mencionados anteriormente es Kathy Charmaz, (2006), quien señala que “...el propio investigador hace hablar a los sujetos y los significados son el resultado de un proceso de negociación. Entre ambos, se construyen y obligan al investigador, a reflexionar sobre la forma en que los significados se producen en un proceso de construcción subjetiva e intersubjetiva, donde entran en juego valores, creencias e ideologías y adquieren un papel central”.²⁹

Siguiendo a Taylor y Bodgan en “La presentación de los hallazgos”, (1987)³⁰, para esta investigación, cabe informar que participaron seis LE del PNA que ejercen en Centros de

²⁹ Valles M S, Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. 1ª reimp. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.

³⁰ Taylor S. J. Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona. Buenos Aires. México: Paidós; 1987. v. 7. p. 179- 187.

Salud y Policlínicas del sector público de diferentes zonas de la ciudad de Montevideo, de barrios dispares como Cordón, Casavalle, Casabó, Barrio Sur, Buceo y Paso de la Arena.. Es de destacar que el problema investigado de acuerdo a sus manifestaciones, les resultó atractivo y de interés, lo que estimuló su disposición a participar. Procuramos que pudiesen expresarse con libertad. Sentimos que fue posible ir indagando también otros aspectos no previstos, que por estar relacionados con el tema, pasaron a ser tenidos en cuenta a medida que avanzó la investigación. En todos los casos concurrimos ambas investigadoras. El tiempo de cada entrevista fue entre 20 a 45 minutos aproximadamente. Cada investigadora realizó la entrevista a la LE del nivel de atención que le correspondía estudiar. Se utilizó un guión de entrevista, (ver Anexo Nro. 4), para seguir cierto orden y mantenernos centradas en el tema; la otra actuó observando aquellos aspectos que podían ser de interés como por ejemplo expresiones no verbales o acontecimientos propios del ambiente que posteriormente analizamos entre ambas . Se realizó la grabación de toda la entrevista con previo permiso de las participantes y firma de un consentimiento informado. Estas entrevistas fueron desgrabadas para poder ser analizadas. Cada entrevista se fue identificando con un código numérico. Fue necesario analizarlas en más de una oportunidad así como escuchar las grabaciones para poder extraer lo máximo posible de ellas. Siguiendo a Strauss y Corbin³¹, cada entrevista se codificó manualmente separando los datos de su texto lo que se denomina “codificación abierta” y se fueron comparando los datos con la siguiente, (“comparación constante”), viendo qué ideas compartían entre ellas. En ellas buscamos propiedades que a su vez las pudieran agrupar en lo que se denomina codificación axial. Esto permite llegar a poder comprender el fenómeno estudiado con los datos lo más agrupados posible y poder lograr establecer mejor sus relaciones. Para esta codificación axial hemos utilizado el paradigma cualitativo que nos permitió reunir los datos con una estructura y proceso relacionados.

³¹ Strauss A , Corbin J, Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada Ed. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, 2002

Vasilachis³² cita textualmente a Creswell, (1998:57), quien señala “... el proceso sistemático de análisis de datos en la teoría fundamentada se sintetiza de la siguiente forma: En la *codificación axial*, el investigador reúne los datos en nuevas formas después de la codificación abierta. Esto es presentado usando un *paradigma de codificación o diagrama lógico* en el cual el investigador identifica un *fenómeno central* (por ejemplo, una categoría sobre el fenómeno), explora *condiciones causales* (por ejemplo, categorías de condiciones que influyen el fenómeno), especifica *estrategias* (por ejemplo, las acciones o interacciones que resultan del fenómeno central), identifica el *contexto* y las *condiciones intervinientes* (por ejemplo, las condiciones estrechas o amplias que influyen las estrategias), y delinea las *consecuencias* (por ejemplo, los resultados de las estrategias) para este fenómeno”. Las categorías identificadas en este estudio fueron en un inicio cinco: a) la percepción del alta hospitalaria y del seguimiento; b) la percepción de las necesidades familiares y sociales; c) las expectativas y los sentimientos de las L.E generadas al alta y en el seguimiento; d) las necesidades profesionales y, e) la percepción del contexto institucional. De su agrupación y reducción se ha obtenido la categoría Central: 1) La continuidad de la atención y el seguimiento de los RN de riesgo desde la perspectiva del PNA. Las otras cuatro: 2) aspectos técnicos de enfermería, 3) los aspectos afectivos, emocionales y personales 4) los aspectos organizacionales, (Recursos humanos y materiales), y 5) los aspectos sociales y familiares. Todas ellas se vinculan a la categoría central que hemos identificado. Las entrevistas aparecen literalmente en el análisis de los resultados dentro de cada categoría, expresando puntos de vista, opiniones semejantes y contrastantes y sus sentimientos.

³²

Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de Investigación Cualitativa. 1era ed Barcelona: Gedisa; 2006

3.2 LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LOS RN DE RIESGO. LA PERSPECTIVA DEL PNA.

Hemos identificado esta categoría como la central dado que la referencia a la continuidad de la atención y el seguimiento emergen constantemente en los discursos de las entrevistadas. Por otra parte, como veremos en la presentación de las otras categorías, estas se conectan con ella y la alimentan. La conexión en los datos obtenidos nos va a permitir abordar una reflexión teórica acerca del significado que las LE del PNA dan a la continuidad de la atención y al seguimiento. De acuerdo al modelo paradigmático de la Investigación Cualitativa en nuestro estudio se destacan los siguientes rasgos: existe una vida profesional sostenida por interacciones simbólicas relativas al rol de las LE; relaciones significativas entre el deber ser y las pautas de conducta o éticas, propias del ejercicio profesional. La opinión de nuestras entrevistadas y los conocimientos que expresan tener son subjetivos, personales e individuales, razón por la cual debemos tener presente que el paradigma cualitativo no controla los resultados ni el conocimiento. El resultado o idea central es una realidad para las LE entrevistadas, en los entornos donde se encuentran desarrollando sus actividades.

3.3 ASPECTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

Esta categoría se fundamenta de acuerdo a lo expuesto cuando conceptualizamos el Alta del Paciente, Seguimiento, el rol de la Licenciada en Enfermería en el PNA, (Pág. 27), y lo que surge de las expresiones de las entrevistadas.

Desde el PNA las licenciadas perciben una gestión del Plan de Alta en el 3er y 2do nivel de atención desajustado con las bases conceptuales teóricas mencionadas. En consonancia con esto, **Orquídea** expresa estar percibiendo al Plan de Alta, gestionado con dificultades y con repercusión en la calidad de los seguimientos del RN y sus familias.

“... no personalizado”, “...con mensajes contradictorios”, “...no iniciado desde el ingreso”, “...no referenciado de acuerdo a las necesidades de la familia y su contexto...genera confusión en la madre y la familia y falta de credibilidad en el sistema porque uno me dice una cosa y otro me dice otra...”.

Con respecto a la información que reciben referenciada desde el hospital por un lado **Camelia** dijo no percibir dificultades y en ese aspecto expresó:

“nos llega por escrito información suficiente, completa, con participación de todos los integrantes del equipo asistencial del hospital”.

En cambio otras perciben dificultades como lo que manifiesta **Ilusión**: *“...llega un resumen de alta escaneado, no está legible”, “...nos derivan algunos RN que no están dentro de nuestra zona de intervención territorial”.*

Refiriéndose a la comunicación entre niveles, el enlace deseable entre ellos así como la necesaria continuidad en la atención, la recepción de comunicación para las captaciones y el seguimiento de los RN y sus familias **Ilusión** declara: *“...siguen faltando detalles en la comunicación, la comunicación verbal, que puedas usar, el teléfono, eso que está en la teoría, que el enlace se tiene que dar en mano... la importancia que tiene que sea persona a persona, humanizar la comunicación...”* En este aspecto **Orquídea** expresa *“...se debería hacer una visita pre alta desde el 2do nivel y debería ser antes que llegue a nosotros o, como forma de operativizarlas, coordinarla con nosotros para que la efectivemos y les informemos las condiciones en que vive”... porque la realidad es que hay planes de alta estandarizados y que cuando se llega al domicilio faltan elementos básicos, están las necesidades básicas insatisfechas...”.* **Estrella federal** destaca la comunicación verbal y afirma: *“¡cuando me llaman por teléfono para derivarme un RN, es fantástico!”*

3.4 ASPECTOS PERSONALES, AFECTIVIDAD, SUBJETIVIDAD, EXPERIENCIA PERSONAL

Al ser interrogadas sobre aspectos relacionados a sus experiencias y condiciones para el seguimiento de los RN de riesgo y sus familias, nos sorprendió que fueron emergiendo en las diferentes entrevistas, expresiones ligadas a la esfera afectiva y los sentimientos que ellas tienen con respecto a sí mismas, al desempeño de su rol, al relacionamiento con el equipo de trabajo, con las familias, y otros integrantes de la red territorial. Creímos importante tenerlos en cuenta y presentarlos, sin llegar a perder el objetivo de nuestra investigación, por su reiteración. También consideramos que estas manifestaciones provenían de una apertura y una necesidad no sólo de referirse a los aspectos pragmáticos de su ejercicio profesional sino de comunicar los sentimientos y emociones que les genera. Lo vinculamos en otro aspecto al concepto de que el cuidado enfermero en el PNA adquiere un valor social de cercanía con la comunidad y donde lo emocional y el relacionamiento interpersonal cobra un valor en sí mismo. En las entrevistas, no consultamos en base a qué modelo teórico de Enfermería ellas trabajaban pero entendemos oportuno citar ahora a Hildegard Peplau, (1952), que en su teoría entiende al cuidado como la interacción con la persona a través de una relación interpersonal terapéutica. En su conceptualización de la Enfermera expresa que ésta "...ha de ser capaz de conocer y comprender su propia conducta para poder identificar lo que sienten los demás y así poder ayudarlos. A esta forma de entender el modo de hacer enfermería la llama "enfermería psicodinámica" y comporta la aplicación de los principios de las relaciones humanas para dar respuesta y ayudar al sujeto ante las dificultades que van surgiendo en todos los grados de la experiencia".... "Las personas viven cuatro tipos de experiencias psicobiológicas, que son: la necesidad, la frustración, el conflicto y la ansiedad. Estas experiencias generan energía que se transforma en acciones. El conocimiento por parte del profesional de estas experiencias es necesario para el establecimiento de las intervenciones y los objetivos adecuados. El nivel de

aprendizaje que alcanza un paciente durante la relación que establece con la enfermera está en relación directa con el tipo de persona que sea...”³³

Con respecto a los equipos y el vínculo con las familias para el seguimiento **Ilusión** se refiere así: ... *“en mi caso me puedo considerar una privilegiada porque trabajo con una pediatra que tiene una forma de trabajo que es muy accesible y tiene mucho arraigo en el barrio....entonces es como un referente de la comunidad y se la respeta y se la quiere... yo he escuchado a niños que le dicen te amo y la abrazan, entonces se trabaja desde ese lugar... privilegiamos lo vincular y tenemos un encuentro juntas con la madre pero luego nos separamos cada una en su área... con un buen diálogo... “...hay que ganarse la confianza... establecer un puente, sino todo lo que venga después es hueco... que sientan que cuentan contigo y que ... puedes ayudar de alguna forma y colaborar desde tu lugar. Cuando se refiere a otros integrantes del equipo, considera a la Obstetra Partera como integrante también pero respecto a la Licenciada en Trabajo Social expresa...”es una carencia... tuvimos en una época... hace como más de 10 o 15 años y luego ese recurso se perdió”... pasaron a desempeñarse en otras dependencias con un rol más administrativo”... era una fortaleza tenerlas en la policlínica...porque muchas veces la gente no va a un centro administrativo...”*

Alegría de Jardín expresa: ... *”la policlínica hace años que está acá y hay como un arraigo del equipo en la zona... esto ayuda... cuando una persona se acerca sabe que una respuesta va a tener... tenemos dos o tres captaciones espontáneas por mes porque son varias generaciones que se vienen atendiendo acá y nos conocen...”*

Marimoña refiere: ... *” recibo un resumen de alta que me dice todo lo que pasó... lo comparto con la pediatra... tenemos una asistente social que trabaja sólo dos días acá y tenemos una psicóloga, pero sólo trabaja con adultos en otros temas”.... “el equipo trabaja acá dentro... sale la LE a hacer las visitas cosa que no está bien porque podría hacerse con otros integrantes además que tengan más vínculos con las personas. ... “A la familia X yo sí la visité, la controlé, la vi, podría ser otro profesional que pueda conocer mejor de un aspecto,*

³³

Benavent Ma. A, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de enfermería 2a. ed España: DAE; 2009

pero soy yo la que hago las visitas... y si me voy, no queda ninguna enfermera porque somos dos para cubrir todo el horario” “ es inherente a mi cargo y lo hago pero...”

Otro aspecto que emerge vemos que es la sensación de sobrecarga de trabajo.

Marimoña dice al respecto: *...”hay muchos programas porque todos los días te ponen otro programa... no tenemos horas suficientes”... todas las policlínicas tenemos una realidad diferente en recursos humanos... aunque te organices y planifiques, si no se cuenta con recursos...”*

Ilusión refiere: *... “A veces son derivados niños de una cierta complejidad...como si la policlínica tuviera las herramientas como para poder hacer un seguimiento efectivo... se nos dice que en el Pereyra hay un equipo que sigue los de mayor riesgo están saturados de la cantidad de niños ... capaz que el desborde que tiene este grupo de trabajo hace que no puedan cubrir todo... la policlínica ahí se recarga, se hace lo que se puede... se va de las manos”*

Respecto a la comunicación entre niveles **Ilusión** hace esta referencia a sentimientos como: *“...hay como mal entendidos... esto de que: “es mi trabajo”, “mi sector”, se ve desde nuestro lugar... estaría bueno romper con esas barreras que hay en la comunicación...”*.

Estrella Federal y Camelia expresan sensación de inseguridad frente a la referencia y contrarreferencia. **Estrella Federal** refiere: *...”la parte teórica está muy bien, el problema es que al operativizarlo yo percibo que hay algunos “agujeros negros”... cuando te derivan un niño y ese niño no corresponde a tu policlínica, o te pasan mal algunos datos...”*

Camelia dice: *“...Me derivan mal los RN... ya lo hemos trabajado mucho... para que lleguen acá y yo los capte tienen que direccionarlo a xxx .pero del Programa Aduana los mandan al código del centro de referencia y eso hace que se pierda tiempo y de repente lo derivaron a otro Centro y vive a dos cuadras de acá ...”*

3.5 ASPECTOS ORGANIZACIONALES

Muchos de los aspectos organizacionales a los que las LE se refieren en sus expresiones están conceptualizados en la pág. 27 en donde nos referimos al Primer nivel de atención. También en la pág. 13 cuando hicimos referencia al Programa Aduana. Esta categoría es la que reúne el mayor número y variación de expresiones.

Expresan estar percibiendo una sectorización de la actividad de enfermería en los diferentes niveles de atención interfiriendo en la continuidad. Es así que Ilusión refiere

“... parece contradictorio porque por un lado tengo un mail, un teléfono, tengo todo a disposición pero igual siguen habiendo fallas.... “Estaría bueno romper esas barreras “ya no es mío”, “hasta acá llegó mi intervención”, “ya mandé el mail”, cuando el usuario es el mismo!...” **Camelia** refiere que también hay dificultades para comunicarse con el 2do nivel: *“...La comunicación con el segundo nivel es difícil, el seguimiento lo hacemos, pero las comunicaciones nuestras hacia ellos son muy difíciles, por el trámite que hay que hacer, por los tiempos de espera...”*

En relación al Programa Aduana **Camelia** expresa: *“...ha mejorado muchísimo en los últimos años y los RN de riesgo están mucho mejor referenciados que antes, ... nos llega el formulario, la historia, a veces hasta nos han llamado por teléfono... me parece que está bastante mejor...”* **Marimoña** nos dice: *“...es un adelanto. Antes no había esa conexión entre niveles, entonces ahora, yo recibo un alta con todo lo que pasó...”* **Alegría de Jardín** manifiesta: *“...la continuidad que logramos es mediante el Programa Aduana... vemos que hay un seguimiento más cercano según el riesgo”* También se perciben dificultades y en este sentido **Camelia** refiere: *“...si no tengo nada derivado amplió la búsqueda por direcciones... para que no se pierda ninguno porque lo derivan a otro lado... vive a dos cuadras y lo derivaron mal...y también tengo muchos que por esa razón llegan espontáneamente... eso estaría para afinarlo y corregirlo... hay un tema de límites territoriales que no están bien definidos, problemas interinstitucionales... hemos hablado con la coordinadora de muchos*

lugares... hay RN que no están contemplados en esa referencia y contrarreferencia, por ejemplo... en el Militar o el Policial... y es por eso que a veces te llegan niños con 20 días de nacidos... el Clínicas sí está... con los privados también hay problemas... nuestra población fluctúa mucho. Por el FONASA pasan a una Mutualista, uno lo ve afiliado allí y se queda tranquilo y a los cinco meses llega, y nunca se controló... esas instituciones tienen algo medio establecido, (para el seguimiento), pero no funciona como el Programa Aduana, ...uno indaga más con la familia por qué no se controló en el prestador que estaba y te dicen: "porque nunca entendí como era", o, "no tenía dinero para la Orden..."

Con respecto al trabajo en red las entrevistadas ponen en relieve el uso de estas estrategias para optimizar el abordaje socio familiar integral del cuidado de los RN y sus familias.

Alegría de Jardín expresa: "... trabajamos con el equipo y también con otros grupos de trabajo como son UCC, Jóvenes en Red... con el SOCAT..." al referirse a una forma de suplir las propias carencias del equipo de la policlínica manifiesta: "...según el riesgo es con quien vamos a trabajar. También se derivan casos... ahora tenemos una Pasante en Trabajo Social...la Psicóloga se jubiló... trabajamos mucho con los recursos de la zona... el CAIF nos ayuda mucho también." **Orquídea** en ese sentido informa: "...en la visita se hace un diagnóstico de la situación del RN y la familia para valorar un plan de acción o dar respuesta acorde a lo que estamos visualizando y se realizan las visitas que se necesite. Se trabajan las pautas de crianza, el apego, el vínculo, los derechos, los cuidados en base a los factores de riesgo que se identifican. De ser pertinente se derivan a programas que estén funcionando en territorio como UCC y la dupla de cercanía... porque nosotros no tenemos la disponibilidad horaria para estar haciendo el trabajo que se requiere en territorio... muchas veces una visita lleva 40 minutos y nosotros tenemos dos horas a la semana para hacer visitas domiciliarias..."

A lo largo de sus de sus expresiones vemos de que uno de los factores presentes es la falta de recursos humanos que tomamos como parte de los aspectos organizacionales percibidos por nuestras entrevistadas. Otro elemento que se repite en sus expresiones es la falta de recursos para el traslado cuando deben efectivizar las visitas domiciliarias. **Ilusión** refiere: "...el

recurso auto es acotado, tenemos el auto destinado un día la semana a determinado horario. Hay otras policlínicas que tienen una camioneta que ya es del servicio y se manejan con otra flexibilidad. En el caso nuestro, como en otros, tenemos un auto que está para otros servicios en la Institución y... viene en un horario acotado, un chofer que no tiene idea de lo que vamos a hacer...una valoración de la importancia que tiene la Visita y protestan, miran el reloj..."

Debido a la falta de este recurso se refieren a la meta institucional que determina cumplir con una visita para captar al RN de riesgo antes de los 10 días lo que está obligando a buscar soluciones alternativas. **Alegría de jardín** nos cuenta: “...a nosotros se nos dificulta por el tema de la locomoción que tenemos una vez por semana... trabajamos en conjunto con el centro coordinador que tienen los recursos...”. **Marimoña** expresa: “...ahora la visita está puesta como una obligación.... Yo antes hacía visitas con mayor libertad cuando valoraba de acuerdo al riesgo y no para cumplir con la meta.”

Alegría de Jardín hace mención a los registros de las visitas: “...hacemos la visita pero no tenemos ningún instrumento de registro, tenemos una tarjeta y después registramos en la historia...hojas de registro de la visita domiciliaria no tenemos...”

3.6 ASPECTOS SOCIALES, FAMILIARES, COMUNITARIOS Y DE DERECHOS

En lo expresado en las entrevistas surgieron una serie de aspectos que tienen que ver con la condición social de las familias, la situación de vulnerabilidad, temas de género, hogares monoparentales, mujeres jefas de hogar, violencia, etc. y que forman parte de un necesario abordaje en pos de la salud de las personas. En este aspecto también creo necesario mencionar a Madeleine Leninger, (1978), como otro modelo teórico que entiendo, sustenta lo que las LE nos informan. Cito aquí parte de los enunciados teóricos que lo componen: “Un comportamiento sólo tiene significado en la medida en que se incluye el entorno. El proceso de cuidar en enfermería, exige el respeto a los valores culturales y a los estilos de vida de las personas. En la medida en que los cuidados enfermeros prestados se alejan de los valores asistenciales genéricos o populares irán surgiendo los conflictos y las tensiones culturales entre profesionales y los usuarios. Al contrario, se producirán unos resultados más satisfactorios en el proceso de cuidar, cuando exista una estrecha relación entre las creencias y las prácticas de quienes prestan cuidados y de quienes los reciben. Las reformas emprendidas en la atención sanitaria, no tendrán éxito, si no tienen en cuenta los valores, las creencias y las prácticas de tipo cultural”. 34

Estas son las expresiones de **Orquídea** luego de considerar que los Planes de Alta no se están realizando en base a la realidad socio familiar. Conociendo esos parámetros, ya desde el 2do nivel de atención refiere que se podría valorar si es posible incluir a otras personas del núcleo familiar para el cuidado del RN y dice: “...*depende del contexto de cada familia para que pueda ser un sostén o no, ...muchas veces nos encontramos con familias que no...que está la usuaria con su RN, que no tiene apoyo familiar y es ella la única referente y desde mi*

³⁴ Benavent Garcés M A, Ferrer E, Francisco del Rey E. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed España: DAE; 2009

abordaje ...hago un mapeo y un diagnóstico de lo que la usuaria elige e identifica como sostén... no siempre encontramos familias continentales y que den respuesta.... También creo que en el sistema todavía falta mucho eso de una mirada que no se centralice en una mujer y el niño y sobre todo hacer a la mujer responsable de todos los cuidados... se está trabajando en eso de los derechos de la familia, de las mujeres, pero todavía existe esta tendencia, desde nosotros, que la mujer se haga cargo del cuidado del RN, se deja un poco de lado la integración del padre u otro familiar y se sesga y muchas veces cuando el padre u otro familiar asume el cuidado porque la mujer está en situación de no poder afrontarlo se la culpabiliza entonces el abordaje familiar es algo que hay que seguir trabajando. Creo que el equipo debe tener un enfoque de género...”. Refiriéndose a otros aspectos de la vulnerabilidad social y la necesidad de adaptación de los servicios y los equipos para un abordaje integral expresa: “...desde nuestro servicio contamos con un equipo con pediatra y Licenciada en Enfermería formados con un enfoque de acción comunitaria, en todo lo que tiene que ver con políticas públicas, ...y con todo lo que tiene que ver con el seguimiento se trata de forma articulada con el resto de los integrantes del equipo. Cuando hay alguna dificultad, se realizan reuniones... para ver qué estrategia podemos implementar... y se trabaja en redes con UCC, que es un programa, con el SOCAT, que es un servicio de organización territorial... como con el MIDES que podemos trabajar en forma conjunta hacia las familias... , se intenta,.. no siempre ...yo he pasado por otros equipos y no he logrado eso y ha sido muy difícil porque se generaban crisis y conflictos que repercutían en la calidad de la atención.”

Camelia expresa: *...”nosotros tenemos un equipo pequeño pero tratamos de apoyarnos con la Psicóloga. No tenemos Trabajadora Social, estamos un poco solos ... hay mucho riesgo social en esta zona, y no está considerada como de riesgo, pero lo hay...hay poco apoyo y poco trabajo en red y no se cuenta en quien apoyarse. Lo mismo que pasa en todos lados pasa acá, hay consumo de drogas, hay privados de libertad, hay violencia doméstica, situación de calle, tal vez en menor escala... hace un año yo tenía una familia en situación de calle instalada acá al lado y un niño RN con su mamá viviendo en situación de calle... con la complejidad que agrega que frente a eso te ves sola... se considera que este barrio no tiene*

mayores dificultades y hasta el chofer se asombró que frente al centro comercial detrás de una puerta aparentemente clausurada, al costado, hicieron un agujero y habían cuatro familias viviendo... eso pasa ... no hay disponibles recursos contemplados por las políticas públicas acordes a la realidad y hace que el Licenciado en Enfermería tenga que resolverlo y resolverlo... hay un centro diurno para preescolares del INAU que tiene una Trabajadora Social y ahí asisten niños de familias que se atienden con nosotros...me apoyo mucho con ella..."

Alegría de Jardín por su lado dice *"...cada familia va a participar como pueda... hay madres que sufren mucho violencia doméstica ... logran salir de la situación que tienen con su pareja yéndose a vivir con un familiar, pero siempre está la situación, no logran salir del todo..."*

Las LE de las zonas más céntricas de la ciudad hacen referencia al fenómeno de la población de inmigrantes que es relativamente nuevo y va en aumento.

Marimoña se refiere a un caso que resulta gráfico: *"... la madre trabajó en un momento y estaba en la mutualista X por un año, después del último control en octubre del 2016 se enferma y va allí y ya no le correspondía y va al Pereyra, del Pereyra lo mandan al CTI, entra, sale, ...idas y vueltas ... vuelve a la sala del Pereyra, pero en el medio de eso, ella parió... al final terminó en una internación social que la llaman ... ella iba todos los días a ver al niño y la internaron a ella y al RN también... salieron de alta y voy a la casa... y ¿por dónde empezar?... inmigrantes peruanos, ellos desconocían las políticas públicas... ayer la cité para venir a control, no tiene ninguna historia con nosotros ni con el hospital público, la historia parece que está en la mutualista..."* También **Estrella Federal** expresa en este aspecto: *"...yo no se si se corroboran bien las direcciones, (al alta), o mienten, ...es muy difícil comunicarse... tienen gran movilidad,...cambian de teléfono... cambian de dirección... el perfil de la población que nosotros atendemos es diferente al del norte u oeste de la ciudad... son muchos extranjeros...siete u ocho niños, de Dominicanos. Supongamos que de 10 niños, seis son dominicanos, venezolanos, algún colombiano, pakistaní, rusos, bolivianos, peruanos...hay que trabajar muchísimo porque aunque no diga Riesgo 1, ellos vienen, se embarazan, tienen ese bebé ...tienen la ciudadanía del niño y por ende la de la mamá y el*

papá... vienen a las pensiones y los hostales céntricos o de la Ciudad Vieja... después se van a la periferia...algunos hasta son universitarios... los venezolanos y colombianos mayormente..., los dominicanos de la costa... los de la montaña y el interior son prácticamente analfabetos... muchos de ellos tienen en común culturalmente el no controlar a los niños... vienen de un clima diferente... con planes de inmunizaciones diferentes... sufren muchísimo en invierno, viven hacinados... tienen diferentes sitios donde paran día a día... llama la atención ...que cada 10 mujeres inmigrantes que atendemos, por lo menos todas han tenido una muerte dentro de sus hijos, de tres, seis, ocho meses... allá el hijo es suyo y no ven como obligación la vacunación...tenemos que ir a ellos.....no lograban entender por qué yo iba a la casa hasta que entendieron y quedan maravillados... acá no funciona lo de los talleres, tenes que ir tú, ver, y adecuarte a esa realidad. ...Allá van al paritorio, te dicen, y el mismo día te dan el alta... recurren a los chamanes, a sus comadronas, que son de su confianza..."

DIAGRAMA DE LAS CATEGORÍAS

El uso de diagramas integradores para relacionar las categorías con la idea central; es aquella que representa el tema central del estudio, y facilita la tarea del investigador. Se trabaja con los conceptos y son las representaciones abstractas de los datos y no están incluidos en su mayoría todos los conceptos que emergieron durante el estudio. Se relacionan entre sí formando el cuerpo del informe. Para construir las categorías los autores Strauss y Corbin (1997) sugieren realizar preguntas a los datos tales como; **cuando** ocurre, **donde** ocurre, **por que** ocurre, **quien** provoca, con **cuales** consecuencias.

Categoría: Aspectos Técnicos de Enfermería	Categoría: Aspectos Afectivos, Emocionales y Personales	Categoría: Aspectos Organizacionales	Categoría: Aspectos Sociales, familiares, comunitarios y de Derechos
<ul style="list-style-type: none"> - Viendo la continuidad fraccionada en los tres niveles de atención - Criterios dispares entre niveles de atención - Programa aduana percibido con dificultades en su gestión en el 2do nivel - Dificultad de comunicación entre niveles de atención - Plan de alta no personalizado, no adaptado a la realidad, improvisado al egreso - No visita pre alta 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabajo por falta de recursos - Inseguridad porque se pierden usuarios. - Preocupación por los vínculos con las familias - Preocupación por el vínculo con el Equipo - Viendo desconocimiento del 2do nivel de la realidad socio familiar de los RN - Desafío para adaptar la asistencia al fenómeno de los inmigrantes. - Impotencia para encarar la asistencia integralmente por Equipo incompletos o inestables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa aduana sentido como una herramienta que ha mejorado la referencia y contrarreferencia. - Dificultades percibidas en la información vía web, la lectura de los informes, omisiones, errores en las derivaciones. - Llegadas espontáneas al PNA - SGA poco amigable - Uso sistemático de la Visita domiciliaria de captación, programada. - Negativo meta compitiendo con necesidad de priorización de las visitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de alta con dificultades de adecuación a la realidad familiar. - Información contradictoria. - Población de inmigrantes con sus características y necesidades particulares - Frecuentes cambios de domicilio - Frecuentes cambios de prestadores - Desconocimiento de derechos. - Desconfianza en el PNA

<ul style="list-style-type: none"> - Falta de encuentros para evaluar la actividad 	<ul style="list-style-type: none"> - Carga de responsabilidad sólo en la LE para la VD 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de recurrir a las redes para suplir falta de RRHH y MM - Considerando falta de RRHH y MM - Sintiendo necesidad de generar estrategias para mejorar el enlace entre niveles de atención. - Necesidad de mejorar condiciones para el registro electrónico de las visitas - Muchos programas que atender todos importantes - 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar credibilidad en el sistema con mensajes claros y coherentes - Buena calidad del Vínculo como principal condición para trabajar en el PNA con las familias. - Equipos estables con actitud negociadora hacia las familias - Visión de género (sobrecarga de responsabilidades hacia la mujer.
---	---	--	---

Categoría: Aspectos Técnicos de Enfermería	Categoría: Aspectos Afectivos, Emocionales y Personales	Categoría: Aspectos Organizacionales	Categoría: Aspectos Sociales, familiares, comunitarios y de Derechos
<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesitando instancias de encuentro entre equipos públicos y privados. - Reconocimiento de la importancia del trabajo en red - Equipos muy dispares en conformación y estabilidad - Trabajo en territorio recae siempre en la LE y disparmente en otros integrantes del equipo 	<ul style="list-style-type: none"> -

CAPÍTULO 4 -DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Este capítulo se refiere a la etapa en la cual tomamos, por un lado, lo que ha sido la comparación constante de los datos categorizados obtenidos de las entrevistas y la relación dialéctica de estos con la conceptualización teórica, con la que nos hemos nutrido para comprender los diferentes aspectos del fenómeno estudiado. Hemos tenido que volver una vez más a emprender nuevas búsquedas literarias para completar el marco teórico inicial. En este sentido, ha sucedido lo propio de cuando se decide estudiar un fenómeno desde el paradigma cualitativo. Algunos conceptos teóricos se prevén, se trabajan en la etapa protocolar y se mantienen. Otros, pierden relación con los hallazgos en el trabajo de campo o se re direccionan y afinan mientras otros, surgen durante o al final de la investigación. Es por eso que entiendo necesario retomar algunos aspectos metodológicos relacionados a los diseños en la Teoría Fundamentada que es la que hemos utilizado para esta investigación. Sin que este estudio se ajuste puramente a uno de ellos, tenerlos en cuenta, ayuda a comprender el proceso de discusión de resultados. Así Glaser, (1978)³⁵, cuando se refiere al *diseño emergente*, expresa: “Para que una teoría funcione, todas sus categorías deben ajustarse, pero también debe ser relevante para lo que sucede en el área. La Teoría Fundamentada llega a ser relevante porque permite que problemas y procesos centrales (*core*), emerjan. (Glaser, 1978: 5)”. El criterio de *modificabilidad* lo agrega para referirse a que: “...si la prioridad es prestar atención a los datos, cualquier cambio que se produzca en estos, debe ser recogido por la teoría.” Aquí se hace vívido que los datos “mandan” y se impone, en base a ellos, un análisis minucioso que es el que propone el *diseño sistemático*. Por su lado Charmaz, (2000), propone un *diseño constructivista* y refiere: “... una TF constructivista asume que la gente crea y mantiene mundos significativos a través de procesos dialécticos de otorgar significado a sus realidades y actuar dentro de ella (...) . Adoptando un enfoque constructivista, el

35

Anselm Strauss y Juliet Corbin Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada Ed. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, 2002

investigador puede mover más lejos los métodos de la TF al reino de la ciencia social interpretativa,..., sin asumir la existencia de una realidad externa unidimensional”.

De acuerdo a las categorías que emergieron del proceso de análisis de los datos aportados por las entrevistadas, presentadas en el capítulo anterior, realizaremos las siguientes reflexiones teóricas. La categoría central ha sido **“La continuidad de la atención y el seguimiento de los RN de riesgo. La perspectiva del PNA”**.

Con respecto a la continuidad de la atención, cada entrevistada hizo mención a ello, directa o indirectamente. Vertieron expresiones en sus discursos acerca de la importancia que le otorgan, el sentido que tiene para ellas, considerándola una condición imprescindible para una atención de calidad, que no puede estar ausente tampoco, en el proceso de la atención de los RN de riesgo. Desde el PNA denotan estar muy atentas al proceso del pasaje del RN y su familia por el 2do y/o 3er nivel de atención. Declaran que constituye un factor de preocupación, que ciertos procesos de comunicación con la familia y entre niveles transcurran con dificultades. En lo concerniente, al seguimiento de la familia y sus RN, manifiestan aspectos que las inquietan como la captación oportuna, la necesidad de un abordaje integral, la importancia de establecer vínculos sólidos, por lo que hacen mención a aspectos relativos, también a la continuidad, en diferentes momentos.

Retomaré una definición de Primer nivel de Atención que ha dado la Cátedra de Salud Comunitaria de Facultad de Enfermería, “...como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población. Es la base del sistema de salud, el primer contacto que tiene la población con el sistema sanitario”.³⁶ En este marco estaremos reflexionando sobre lo que acontece con la población de RN de riesgo que se atiende en servicios públicos del PNA en los barrios , Cordón, Buceo, Cerro, Barrio Sur, Barrio Lavalleja y Paso de la Arena de la ciudad de Montevideo. Se trata de una población de RN provenientes de hogares de nivel

³⁶ Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería comunitaria. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: CSEP; 2009

socioeconómico medio bajo, o bajo y con diferentes situaciones de vulnerabilidad social y familiar, que necesitan especial cuidado. Requiere que se pongan en juego estrategias de abordaje y accesibilidad que permitan garantizar la cercanía y el acompañamiento adecuado a las necesidades reales de esas familias.

El concepto de continuidad está ligado al de coordinación y vinculado a los índices de calidad considerados para la acreditación de los servicios de salud. De acuerdo a esta definición, "... la coordinación asistencial es la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente. La continuidad asistencial según la definición clásica es la percepción que tiene el usuario sobre la coherencia de esta asistencia coordinada, que recibe a lo largo del tiempo... varios conceptos operativos deben integrarse en esta definición, como son el ámbito de la existencia identificada del responsable asistencial, de la longitudinalidad del seguimiento en el tiempo, de la flexibilidad para adaptarse a los cambios personales y sociales y finalmente, de la información efectiva con el paciente, cuidadores y otros profesionales. La coordinación asistencial está identificada como herramienta de gestión clínica generadora de mejor calidad de vida y satisfacción de los usuarios. Esto ha hecho que los sistemas sanitarios lo integren en los distintos planes de calidad para enfermedades crónicas complejas, de forma que figuren transversalmente en sus formas de trabajo y se incluya en la formación de los profesionales."³⁷ Otra definición dice que "...se entiende por continuidad asistencial, la percepción del paciente respecto al nivel de coordinación y unión de las expectativas en la atención recibida a lo largo del tiempo de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades y contexto personal. La continuidad tiene diferentes dimensiones y elementos a medir. Para analizar todo su espectro se utilizan sus tres dimensiones: la continuidad de la gestión, (es la coordinación de la atención), provisión de diferentes tipos de atención sanitaria de manera que se complementan entre sí y no se dupliquen), continuidad de la información, (se atribuye al

³⁷ Fernández Moyano Antonio, Ollero Baturone Manuel. Percepción de la continuidad asistencial: Conocer para actuar. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2010 Ago [citado 2017 Abr 28]; 84(4): 349-351. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400001&lng=es.

flujo de información, o sea la disponibilidad, utilización e interpretación de acontecimientos anteriores de un usuario) ...es el nexo de unión de un proveedor y de un servicio a otro; y continuidad de relación, (permanencia de relación interpersonal, relación en el tiempo de un paciente con uno o más proveedores... la longitudinalidad de la relación en el tiempo con diferentes proveedores o servicios). Se refiere a la importancia del conocimiento del usuario como persona, el conocimiento de sus valores, preferencias y contexto social... Requiere un vínculo entre paciente y proveedor, que se caracteriza por la generación de expectativas sobre la confianza y la responsabilidad del Equipo hacia el usuario, relaciones interpersonales familiares en las que se conocen también los problemas de salud de otros miembros del grupo familiar; de la estabilidad del proveedor y de la consistencia del personal cuando hay expectativas de establecer una relación de larga duración.”³⁸

Se ha definido esta categoría central y cuatro categorías más que la sustentan y se evidencia en ellas una transversalidad de los datos.

La primera de ellas reúne la información obtenida en lo que atiene a los aspectos técnicos de Enfermería. Hay una clara conciencia y sentido de responsabilidad relacionado al rol de la LE en el PNA en todos sus relatos. En base a esto se evidencia una mirada crítica a los aspectos que competen a la profesión del LE en cuanto a las intervenciones que se llevan a cabo en la gestión del Plan de Alta y en la referencia y contrarreferencia de los RN de riesgo por medio del Programa Aduana. A través de lo expresado en las entrevistas, se pone en evidencia que las LE del PNA perciben desorientación y descreimiento en las familias frente a mensajes contradictorios desde los equipos de asistencia y la necesidad de ser más creíbles, dando mensajes coherentes desde los tres niveles de atención. Se evidencia que existen inquietudes con respecto a la información, cómo se procesa y cómo es referida, recibida y utilizada. Surgen aquí, puntos de conexión con la categoría que habla de los aspectos organizacionales.

³⁸ http://www.consorci.org/accesosdirectes/serveidestudis/documentssepps/renata%20Castro%20Gusmao_2008_%20Continuidad%20-Master.pdf

El Programa Aduana contribuye con la sistematización de información para la referencia y contrarreferencia entre niveles de atención mediante formularios electrónicos pautados que incluye toda la información necesaria para la continuidad de la asistencia. En general las LE tienen una percepción de que los RN de riesgo están mejor referenciados. Ha significado un antes y un después desde su implementación, a favor de una mejora en la continuidad de la atención. En la planificación del alta, pese a que nadie pone en duda su importancia, se siguen enfrentando diversas dificultades. Podemos ver que hay una reiterada actitud reflexiva, crítica y autocrítica hacia lo que sucede en estos aspectos, cómo se realizan estos procedimientos, que si no lo están, deberían estar pautados, y que son de competencia de su rol. Por un lado valoran estas herramientas en cuanto a su vigencia y utilidad pero refieren que no se logra ser efectivo y emiten sus opiniones sobre ciertas condiciones que para ellas provocan distorsiones en el proceso de la planificación del alta. En las referencias que hacen a los aspectos técnicos las entrevistadas incluyen en forma muchas veces presente, aspectos personales, afectivos, subjetivos, en cuanto a sus experiencias personales. Hemos consignado al presentar los resultados de la categoría 3.3, que fueron aspectos que imprevistamente emergieron y merecieron nuestra atención y fundamentación, por formar parte de nuestros propios modelos teóricos de la Enfermería. Mencionamos allí a H. Peplau, para que esos sentimientos expresados puedan adquirir otro valor. Podríamos decir, paradójicamente, que es una forma de ponerlos en evidencia en su verdadero contexto, comparándolos con las notas musicales, que en esa caja de resonancia, pueden sonar mejor. La enorme preocupación por establecer y preservar el vínculo con las familias de los RN es otro elemento muy presente en sus relatos. Es posible visualizar en los discursos la percepción de la calidad en el vínculo como principal facilitador del seguimiento así como los vínculos entre los integrantes del Equipo. La sensación de sobrecarga de trabajo, de inseguridad, entre otros aspectos, afectan los vínculos, según hacen mención. Estos aspectos conectan con los modelos de Enfermería mencionados pero también evidencia la necesidad de estas profesionales de contar con espacios de escucha y de reflexión acerca de sus actividades y prácticas. De sus discursos se desprende cuán importante es dar lugar a los aspectos emocionales con los que se logran conectar con la práctica, con sí mismas y con los demás. Expresan cómo repercuten en sus afectividades las vivencias que afrontan día a día referidos a las situaciones de salud de los

usuarios, la relación personal y profesional con el equipo interdisciplinario, la comunidad, y la organización donde se desempeñan. Dentro de los aspectos organizacionales hemos visto que se hacen mención a la falta de recursos humanos, a la fragmentación de la actividad de Enfermería y en consecuencia de la comunicación; a la falta de una protocolización institucional del Plan de Alta ; a que no todas las instituciones prestadoras utilizan el Programa Aduana para la referencia y contrarreferencia; a las fluctuaciones de la población que en la práctica se dan entre los diferentes prestadores del SNIS, provocando quiebres en la continuidad de la atención, entre otros. El trabajo en Red sin duda es jerarquizado por las LE del PNA, por lo que significa, por su valor en sí mismo, pero aparece en los discursos también, como un camino estratégico facilitador a la hora de solventar la falta de recursos humanos y materiales y optimizar los seguimientos.

Desde lo organizacional, pero también desde lo profesional, se requeriría emprender acciones y dedicar mayores esfuerzos para corregir todo lo que aparece percibido que desfavorece y obstaculiza llevar a la práctica una atención eficiente y de calidad para los RN de riesgo y sus familias. Esto incluye aspectos relativos a las políticas sanitarias y recursos destinados para su puesta en práctica. Una de las entrevistadas enfatizó en su momento que hay ausencia de espacios necesarios de encuentro, sobre todo accesibles, posibles, para intercambio, revisión y mejorar la gestión de los programas, a nivel operativo en el PNA.

Dentro de la categoría que trata los aspectos sociales, familiares y comunitarios, se resalta la importancia de un trabajo en red, estrategia sin la cual muy poco sería posible. En todas las entrevistas se destaca la preocupación por la Visita domiciliaria de captación y seguimiento, percibida como herramienta fundamental, de uso sistemático y enfoque integral, para el diagnóstico y planificación de acciones. Enfatizan acerca de la necesidad de ser abordada en equipo y complementar las intervenciones articulando con las redes para efectivizar la satisfacción de las necesidades de la población. También está presente en reiteradas intervenciones de las LE, la percepción de una necesidad de las familias de poder contar con equipos de asistencia estables y conocidos a lo largo del tiempo. Insisten en que esa condición permite que se establezcan vínculos de confianza, conocer y abordar sus necesidades integralmente. Refieren que deben tener en cuenta sus condicionantes

sociales, aceptar sus mitos, creencias y modos de vida y adoptar una actitud negociadora hacia ellos. Al presentar los resultados de esta categoría en la Pag.46, mencionamos a M. Leninger y desarrollamos parte de su concepción del cuidado Enfermero dando marco a todas esas expresiones. Otro aspecto que merece destacar es el fenómeno de la inmigración. El flujo de inmigrantes se ha acentuado en los últimos tiempos en número y en variedad de nacionalidades. Se han radicado familias provenientes de Latinoamérica, y de otros continentes, que por razones muy diversas, se establecen sobre todo en Montevideo. Esto hace que se perciba como un nuevo desafío para adaptar la asistencia a sus reales necesidades y particularidades. Leninger da una gran importancia a los cuidados dimensionados también como prácticas culturales y entiende que cuando las prácticas culturales, los valores y las creencias se consideran en los cuidados que brindan las Enfermeras, provocan mayor bienestar en quienes los reciben, sean personas, familias o grupos. Otra referencia imprescindible en esta discusión es el modelo de Cuidados Centrados en la Familia y el modelo humanista de Watson. La humanización de los cuidados perinatales, el modelo de maternidades centradas en la familia y el enfoque de calidad de atención aplicada a los servicios de salud son tres premisas ineludibles si queremos lograr una atención de calidad a los RN y sus familias. Luego de la última reforma sanitaria, el SNIS apunta a impulsar los aspectos relativos a la prevención y promoción de la salud, a fortalecer el PNA, colocando a las familias usuarias y sus necesidades en el centro de su atención y procurando establecer mecanismos que den garantía a la continuidad de la atención. Desde la captación de las embarazadas, el control de su embarazo, la atención del parto y el retorno a su comunidad con el RN, debe haber un acompañamiento ininterrumpido, donde el cuidado enfermero intervenga coordinadamente con el equipo sanitario de acuerdo a las necesidades que se detecten. Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo el de Jean Watson, (1970), la cual refiere que "...el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto

de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos”.³⁹

De hecho Enfermería, aún cuando no se dedica a la atención materno infantil, sea el nivel de cuidados donde se desempeñe, tiene una oportunidad privilegiada de intervención y de influir positivamente en el cuidado de la salud de las familias. Está entre los primeros profesionales de la salud que tienen contacto con las vidas de las familias. Desarrollar un modelo de atención centrado en la familia requiere amalgamar todos los conceptos de humanización de la atención, ética profesional, asertividad en la comunicación, trabajo en equipo, conocimiento de la dinámica familiar, aceptación de su modo de integración, cultura, creencias, posturas filosóficas y políticas, historia, entre otras cualidades así como basar sus diagnósticos de la mano de teorías familiares tales como la sistémica, de desarrollo familiar y estrés familiar. (Ver Cap 1 Item 1.5)

Aparece mencionada en las entrevistas, la necesidad de tener una mirada de género para las mujeres en su rol de cuidador, percibiendo necesario encarar la atención con esta visión. Hacen referencia a la necesidad de promover la participación de otros integrantes del grupo familiar en el cuidado de los RN, como factor de protección de la mujer en su rol de cuidador. Permite evitar una sobrecarga de responsabilidad y también prevenir sentimientos de culpa, cuando pueda no estar en condiciones de asumir el cuidado según puntualizan.

Hago una reflexión como investigadora, sobre la forma en que se producen los significados, donde participan además del conocimiento, los valores, las creencias y los aspectos ideológicos. Debo destacar que las entrevistadas, en diferentes oportunidades, hacen mención directa o indirectamente a reconocer y conocer, desde su formación académica, cómo debería llevarse a cabo el proceso de cuidar a esta población, desde el PNA. Sus reflexiones parten desde ese cuerpo de conocimiento, y junto a los demás

³⁹ Poblete Troncoso, Margarita Valenzuela Suazo, Sandra Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios Acta Paulista de Enfermagem [en línea] 2007, 20 (Octubre - Diciembre) <http://www.scielo.br/pdf/ap/v20n4/18.pdf> [consulta 28 abr. 2017]

aspectos mencionados, es que visualizan las fortalezas y debilidades para su ejecución. En este sentido se puede afirmar que hay una fortaleza evidente en lo que refiere a la formación profesional que otorga la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. Las LE demuestran que lejos de sustraerse, tienen mucho para decir y aportar y creo que sería desde allí, que se debe continuar nutriendo y fortaleciendo los cambios.

CAPÍTULO 5 -CONCLUSIONES

En relación a los objetivos planteados en esta investigación considero que en buena medida se han alcanzado. Estos eran: “conocer las percepciones de los LE con respecto al Plan de Alta, la continuidad de la atención y seguimiento en el PNA de los RN de riesgo y sus familias”, el general; y “conocer las percepciones de las LE del PNA sobre la continuidad y el seguimiento de la atención de los RN de riesgo y sus familias, luego del alta hospitalaria”, el específico.

Todas las categorías seleccionadas reúnen los significados que nuestras entrevistadas, fueron expresando y sus reflexiones acerca de lo que se les preguntó agregando otros aspectos como sus propios aportes. Ha exigido de mi parte tener la sensibilidad para facilitar el espacio y la escucha donde por su lado, libremente, pudieran manifestarse y expresarse relacionando dialécticamente sus conocimientos y teorías con su percepción de la realidad. Esta investigación trata un fenómeno complejo; la información lograda en estas seis entrevistas es muy rica y podría ser objeto de un análisis mucho más profundo y pormenorizado. Se ha intentado lograr un acercamiento y dar un primer paso en una realidad poco explorada en la Enfermería desde el paradigma cualitativo. Entendemos que merecería ser tema de estudio de futuras investigaciones y de otros abordajes y miradas. En mi opinión sería interesante complementar la investigación de este mismo tema pero enfocado desde las propias familias. Esto enriquecería sustancialmente un trabajo de esta naturaleza y darle voz y opinión a los propios usuarios. En el ítem 7 de la Introducción, concerniente a los Aspectos Éticos, nos referíamos a los puntos a tener en cuenta para que una investigación cualitativa cumpla con los criterios de credibilidad, confiabilidad y

verdad que deben garantizar la información obtenida, el análisis y la presentación de los resultados.

Considero relevante el tema investigado dado que responde a un problema de gran interés y preocupación considerado en el desarrollo de políticas públicas para la atención de la salud materno infantil, en la región y en nuestro país.

Como investigadora he procurado mantener el rigor que impone la metodología en todo el proceso de investigación y transmitirlo en este informe. En cuanto a la integridad, ésta queda documentada en las referencias y citas bibliográficas y la validez y credibilidad además de sustentarse en el muestreo teórico, se sostiene en haber mantenido la preocupación a lo largo del trabajo, de mantener la mayor transparencia en la descripción detallada del proceso. He procurado ser lo más fiel en mis interpretaciones a las expresiones de las participantes. Para ello he intentado la transcripción literal de sus declaraciones. Las suposiciones que subyacen al estudio fueron percibir que hay dificultades con respecto a la continuidad de la atención de los RN de riesgo.

Se destaca de los hallazgos, que aparece varias veces presente la preocupación por aspectos como la humanización y la continuidad de la atención. Las entrevistadas en determinados momentos se acercaron en sus reflexiones a una necesaria figura de enlace para mejorar estos aspectos que son considerados también desde la Cátedra de Materno Infantil de nuestra Facultad. Lo podemos vincular además a la mención que el Programa Aduana hace en su manual de procedimientos sobre la implementación de un “equipo de enlace”. En nuestro medio hay puntuales experiencias al respecto, con escaso desarrollo. Queda sugerida a modo de hipótesis, desde esta investigación, esta modalidad de cuidado enfermero de la que hay experiencia más basta en otros países, en diferentes especialidades y con buenos resultados. Para ello transcribimos un párrafo del siguiente artículo: “Actualmente hay países que al entender la importancia de la continuidad en el pasaje entre niveles de atención han desarrollado la figura de la Enfermera de Enlace Comunitaria, definida como el profesional que forma parte del proceso de colaboración mediante el cual se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan, opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona y los cuidados,

articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo efectivo. El trabajo se basa en una “gestión de casos” y su rol fundamental es asegurar la “continuidad entre los diferentes niveles de atención anticipando y previendo recursos para la satisfacción de necesidades que el paciente tendrá luego del alta”.⁴⁰ Constituye una propuesta interesante donde la LE se constituye en la figura principal del equipo de enlace contribuyendo en la optimización de la continuidad de la atención, la comunicación y la articulación entre equipos y niveles de atención y propiciando la humanización de la atención con enfoque familiar en los cuidados del recién nacido de riesgo que egresa del centro hospitalario.

Pudimos apreciar que los modelos teóricos aparecen conceptualizando los discursos, las reflexiones y las consideraciones expresadas por las LE entrevistadas. Es importante remarcar que dentro de ellos, fundamentalmente figura el modelo de Marc Lalonde al que se hizo mención al conceptualizar el PNA.

Es de entender que se han dado pasos importantes en los últimos años, que han provocado un salto cualitativo en la calidad en la atención de los RN de riesgo con respecto a la continuidad y al seguimiento. La implementación y puesta en práctica del Programa Aduana es una de ellas. De la lectura del Manual de Procedimientos del Reperfilamiento del Programa Aduana destacamos que en la Justificación, (pág 29) del Manual, se visualizaban como debilidades lo siguiente: “... Déficit en recursos materiales básicos tales como equipamiento de apoyo y comunicación, equipamiento informático, equipos básicos de los servicios de PNA para asegurar la calidad de los controles, las limitaciones del sistema informático y del sistema de registros de los datos de seguimiento, escasez de RRHH, cargos estables y alta dedicación a la tarea, dificultades en la coordinación interinstitucional sistemática y organizada para la solución de los problemas detectados en el seguimiento, fallas en la instrumentación de respuestas oportunas ante situaciones graves y/o complejas, falta de homogeneización de procedimientos de trabajo, definiciones

40

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/planillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf setiembre 2012

conceptuales, intervenciones estandarizadas, con asignación de responsabilidades claras y flujo comunicacional entre los actores e instituciones y escasa priorización de los espacios de coordinación intersectorial e interinstitucional para la resolución integral de complejas problemáticas de la población en general y de los infantes en particular”.

Sin duda, desde esos momentos, (año 2014); con el reperfilamiento puesto en práctica muchos de estos aspectos se están corrigiendo y mejorando. Podemos entender que todos los cambios requieren tiempo de evolución y percibimos que estamos en medio de un camino que requiere de ajustes y revisiones necesarias a todo cambio sustancial y complejo, dentro de un sistema.

Un aprendizaje fundamental que me ha dejado esta experiencia de investigación, es confirmar que una de las condiciones ineludibles para lograr tener éxito en los procesos de gestión en Salud es recurrir en forma permanente a las voces y opiniones de los directamente involucrados en brindar el cuidado y recibirlo.

De nuestro estudio podemos concluir que el tema seleccionado es relevante dentro de la atención de Enfermería a los RN de riesgo y sus familias y consideramos que merece continuar siendo investigado tanto a nivel de la asistencia como de la docencia. En referencia a la metodología que hemos elegido, entendemos pertinente su aplicación en investigaciones del campo de la enfermería, porque requiere estudiar fenómenos complejos y permite considerar aspectos que quedarían limitados con un abordaje solamente desde el paradigma cuantitativo.

Esta investigación es un trabajo en conjunto donde desarrollamos una intensa cooperación e interacción basada en las experiencias de cada una de las investigadoras concerniente a la especialidad y al trabajo desempeñado en los diferentes niveles de atención.

Compartimos conocimientos parcialmente diferentes pero coincidentes y un común interés por el tema: la etapa de transición y entendimos valioso acudir a las LE en un marco metodológico de investigación, como un intento de saber más acerca de qué ocurre con nuestros niños recién nacidos y sus familias alrededor de su egreso del hospital y luego, en el PNA, una vez que se encuentran en sus hogares.

Consideramos esta modalidad de llevar adelante una investigación en forma conjunta, los dos colegas, como una fortaleza. Hemos compartido este trabajo que así nos ha resultado estimulante por el mutuo apoyo que nos brindamos en cada etapa. Comprobamos gratamente que aporta riqueza a la experiencia y un complemento, no solo de saberes, sino de miradas hacia el objeto de estudio, a lo que se suma el valor de las reflexiones de cada una. En base a ello hemos transitado un camino de aprendizaje significativo para nuestra formación como Magister en Salud Comunitaria.

El Protocolo de Investigación fue compartido en su totalidad. El cuerpo del trabajo de investigación: Marco conceptual, la planificación de las entrevistas, su ejecución y el proceso de los datos, fue compartido. Sólo nos separamos en las etapas de de los Resultados, la Discusión de los datos y las Conclusiones para el nivel estudiado.

Además de los módulos y las materias cursados, esta experiencia de realizar el trabajo de Investigación Final de la Maestría en forma conjunta y colaborativamente, no sólo nos ha aportado conocimientos en lo profesional, sino también, una experiencia de vida muy gratificante.

BIBLIOGRAFÍA

- Benavent Garcés M A, Ferrer E, Francisco del Rey E. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed España: DAE; 2009
- De la Cuesta Benjumea C. Teoría y método La teoría fundamentada como herramienta de análisis. Rev Cultura de los Cuidados (Colombia) 2006; 136-140.
- De la Cuesta Benjumea C. ¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. (España) Enferm Clin. 2008; 18 (4) : 205-10.
- Hernández Sanpieri R, Fernández Coleado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ª ed México, DF: Mc Graw-Hill; 2008.
- Izcara Palacios S P. Manual de investigación cualitativa. 1ª ed México DF: Fontamara; 2014
- Lowdermilk D, Perry S, Bobak I. Enfermería Materno Infantil 6ª ed España: Harcourt/Oceano; 2003
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina familiar. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. 1v.
- Organización Panamericana de la Salud. Investigación Cualitativa en Enfermería. Metodología y didáctica. Washington: OPS; 2013.
- Otero M. Una actualización sobre teoría fundamentada. Rev Ensayo y Error Caracas 2011; (40-41): 87-113.
- Parada Lezcano M. Metodología cualitativa de investigación científica. Valparaiso: [s.n.]; 2011.
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada 1 ed. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería, 2002.

Solá A, Cuidados neonatales. Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. 1a ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Edimed- Ediciones Médicas, 2011.

Tarrés ML. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa de la investigación social. México, El Colegio de México; 2008.

Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería comunitaria. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: CSEP; 2009.

Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería materno infantil. Departamento de enfermería comunitaria. Seguimiento domiciliario del binomio madre hijo en situación de vulnerabilidad. Montevideo: CSEP; 2012.

Valles M S, Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. 1ª reimp. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.

Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de Investigación Cualitativa. 1era ed. Barcelona: Gedisa; 2006.

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext Universidad de Navarra. Escuela de Enfermería [Internet]. Pamplona: Universidad de Alicante; 2010 [consulta: 9 abr 2015].

<https://www.nichd.nih.gov/research/supported/Pages/globalnetwork.aspx> [consulta:17.nov.2015]

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> [consulta: 20.abr.2017]

<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/122/5/1119.full.pdf> Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. Pediatrics 2008, 122 (5): 1119-1125.

: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400017&lng=es [consulta: 03 jun. 2015].

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400015> [consulta: 03 jun. 2015].

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400024> [consulta: 03 jun 2015].

<http://www.msp.gub.uy>

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>. [consulta: 29 mayo 2016]

<http://www.fundasamin.org.ar/archivos/El%20ABD%20del%20cuidado%20de%20enfermeria%20en%20los%20bebés%20prematuros%20extremos.pdf> [consulta: 29 mayo 2016]

<http://www.asse.com.uy/contenido/Manual-de-Procedimiento-de-Reperfilamiento-ProgramaAduana-7903> [consulta: 3 junio 2017].

ANEXOS

ANEXO 1 - Aprobación Comité de Ética de la FENF.

ANEXO 2 - Modelo de nota, solicitud a las Instituciones.

ANEXO 3 - Consentimiento informado.

ANEXO 4 - Entrevista semiestructurada.

ANEXO 5 - Instructivo de la entrevista.

ANEXO 6 - Autorizaciones.

ANEXO1



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Montevideo 2 de diciembre de 2016.

De Comité de Ética de la Investigación

A: Investigador Lic Alicia Perez Borba, Lic. Rita Perez Faggiani

El Comité de Ética de la Investigación ha evaluado los aspectos éticos del Proyecto de Investigación "Seguimiento del recién nacido de riesgo y su familia al alta: Percepción de los Licenciados en Enfermería de los diferentes niveles de atención en Instituciones Publicas de Montevideo, Uruguay."

Cumple con los requisitos Éticos para el resguardo de los participantes de las Investigaciones.

Sin perjuicio de lo anterior, se deberán solicitar las respectivas autorizaciones de las Instituciones involucradas.

Sin otro particular, saludan atentamente

Prof. Agda Inés Umpierrez

Prof. Adj. Araceli Otárola

Lic. Enf. José Luis Priore

Soc. Claudia Morosi.

SEDE CENTRAL: JAIME CIBILS 2810. TEL: (598) 2487-00-50 /2487-00-44 FAX: (598) 2487-00-43
SEDE HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA: Avda. Italia s/n 3er piso TELE-FAX: (598) 2480-78-91/2487-69-67
C.C. 11600 e-fax web: WWW.fenf.edu.uy e-mail: secretaria@fenf.edu.uy

ANEXO 2

Montevideo,

Hospital.....

Jefe de Enfermería del Servicio Neonatal

Lic. Enf.

Por la presente quienes suscriben, L.E. Esp Alicia María Pérez Borba y L.E.Esp María Rita Pérez Faggiani, estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UDELAR, Plan Maestrías se presentan y solicitan su autorización para entrevistar a Licenciados en Enfermería de la unidad de pre alta de RN, que Ud. Gerencia.

Nuestra investigación se titula: Seguimiento del Recién nacido de Riesgo y su familia al alta: Apreciación de los Licenciados en Enfermería de los diferentes Niveles de Atención en la ciudad de Montevideo.

Se trata de un estudio cualitativo cuyo objetivo general es: “Conocer las apreciaciones de los L.E en la continuidad y el seguimiento de la atención de los RN y su familia luego del alta hospitalaria.”

El método que utilizaremos será una entrevista grabada con previo consentimiento informado firmado por quienes deseen participar. La información recabada será de carácter anónimo siendo solamente de utilidad académica para obtener el título de Magister en Salud Comunitaria.

Esta investigación cuenta con el aval de quien ejerce la tutoría Prof. Agda. Mg. Teresa Menoni y se adjunta el consentimiento del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería.

Agradeciendo su gentil atención le saludamos afectuosamente

L.E. Esp. Alicia Pérez Borba

alicipe@hotmail.com

L.E. Esp. Rita Pérez Faggiani

mariarperez2957@hotmail.com

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada L.E.

Quienes suscriben, L.E. Esp. Alicia Pérez Borba y L.E.Esp. Rita Pérez Faggiani estudiantes de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería, invitamos a Ud. a participar en la Investigación que estamos realizando sobre: **Seguimiento del Recién nacido de Riesgo y su familia al alta: Apreciación de los Licenciados en Enfermería de los diferentes Niveles de Atención en la ciudad de Montevideo.**

Se trata de un estudio cualitativo cuyo objetivo general es: “Conocer las percepciones de los L.E en la continuidad y el seguimiento de la atención de los RN y su familia luego del alta hospitalaria.”

Su participación es totalmente voluntaria y anónima y será por medio de una entrevista grabada cuyos datos serán utilizados confidencialmente y solamente con fines académicos. La entrevista durará 40 minutos aproximadamente. Si en el transcurso de la entrevista Ud. siente que no desea continuar participando puede dejar de hacerlo sin ningún compromiso.

Consiente voluntariamente formar parte de esta investigación como participante en las condiciones antepuestas y entiende que tiene el derecho de retirarme en cualquier momento sin que afecte en ningún aspecto. Se me ha explicado el carácter confidencial de la información que brinde así como el uso que darán a la misma.

Nombre: Nombre de FlorFecha.....

ANEXO 4

CENTRO DE POSGRADO

PLAN MAESTRIAS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA.

Entrevista N°..... Lugar.....
Fecha.....

Seudónimo..... Duración.....

**“Seguimiento del Recién nacido de Riesgo y su familia al alta: Apreciación de los
Licenciados en Enfermería de los diferentes Niveles de Atención en la ciudad de
Montevideo.”**

PREGUNTAS PRELIMINARES COMUNES

PARA L.E DE TODOS LOS NIVELES DE ATENCIÓN.

1. ¿Cómo y en qué condiciones opina Ud. que se procesa el alta de los RN de riesgo?
2. ¿Cómo es percibida por Ud. la coordinación entre los niveles de atención para su seguimiento?

PREGUNTAS PARA L.E EN P.N.A

1. ¿Que percibe Ud. con respecto a la continuidad de los cuidados de los RN de riesgo una vez que es dado de alta del hospital?
2. En su experiencia cotidiana, ¿cuál es su percepción con respecto al seguimiento del R.N. y su familia en el PNA?

ANEXO 5

INSTRUCTIVO DE LA ENTREVISTA

Esta entrevista centra su interés en conocer como percibe Ud el seguimiento de los RN de riesgo y sus familias en su tarea cotidiana en el PNA

Definición de Percepción: Consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos síquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización

Definición de Proceso del alta: Instrumento que determina y sistematiza las acciones para tender un puente entre el tercer/segundo y primer nivel de atención.

Definición de Coordinación entre niveles de atención: referencia y contra referencia.

Definición de Continuidad: Proceso ininterrumpido de los cuidados requeridos por parte de la familia y el acompañamiento correspondiente por el equipo de salud.

ANEXO 6