



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNO-INFANTIL

FACTORES QUE MOTIVARON EL REINGRESO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE RIESGO

**COOPERATIVA ASISTENCIAL MÉDICA DEL ESTE DE
COLONIA JUNIO AGOSTO 2014**

Autores:

Br. Carbajal, Daniel
Br. Manzi, Karina
Br. Oviedo, Vanesa
Br. Pessoulle, Solange
Br. Torres, Marisa

Tutor:

Lic. Alicia Pérez
Lic. Sandra Pignataro

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

Montevideo, 2014

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a nuestros padres, por habernos inculcado la ética de trabajo y superación.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, con nuestro compromiso de superación profesional.

A la Universidad de la República y Facultad de Enfermería que nos permitió realizar esta carrera y a todo el equipo docente de la misma.

A nuestros amigos, compañeros de trabajos, y a todos los que de una u otra forma nos acompañaron en este proceso para lograr nuestros objetivos.

RESUMEN

TABLA CONTENIDO

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
METODOLOGÍA	8
RESULTADOS	10
ANÁLISIS	24
CONCLUSIÓN	28
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	31

RESUMEN

Se realizó este trabajo de investigación para reflejar la importancia de la visita domiciliaria como estrategia de atención a la salud, y el rol del licenciado de enfermería en el domicilio, identificando factores que inciden en el reingreso de los recién nacidos de riesgo, contribuyendo a disminuir el mismo, así como la morbi-mortalidad por causas prevenibles.

Dicha investigación de diseño descriptivo, retrospectivo y cuantitativo tuvo como objetivo determinar cuáles son los factores que motivaron el reingreso de los recién nacidos de riesgo.

El mismo se realizó en la Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC), ubicada en la ciudad de Rosario, en el período comprendido desde julio 2013- agosto 2014.

Los datos se obtuvieron a través de la revisión de las historias clínicas los cuales fueron plasmados en un instrumento elaborado por el grupo investigador.

Este informe de investigación permitió demostrar la eficacia de la visita domiciliaria e identificar los factores de riesgo en el reingreso de los recién nacidos.

La visita domiciliaria realizada por el licenciado de enfermería enmarcó un plan de acción con objetivos específicos que dirigieron acciones correspondientes, lo que produjo efectos favorables para estas familias y para el centro de salud, ya que se observó un bajo índice de reingresos neonatales siendo las afecciones respiratorias bajas las principales causas de reingresos. Se identificaron factores socioeconómicos, ambientales y características del entorno que inciden en el bajo índice de reingreso de los recién nacidos, quedando demostrado el rol del licenciado de enfermería y la eficacia de la visita domiciliaria.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República, cursando la carrera escalonada, plan 93, en el marco del trabajo final de investigación, que surge como requisito curricular para obtener el título de grado de la Licenciatura de Enfermería.

El mismo se realizó en la Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC), ubicada en la ciudad de Rosario, en el período comprendido desde julio 2013- agosto 2014.

Se planteó como objetivo conocer cuáles son los factores que motivaron el reingreso de los recién nacidos de riesgo.

El trabajo de investigación pretendió reflejar la importancia de la visita domiciliaria como estrategia de atención a la salud, y el rol del licenciado de enfermería en el domicilio, identificando factores que inciden en el reingreso contribuyendo a disminuir el mismo, así como la morbi-mortalidad por causas prevenibles.

La recolección de los datos fue obtenida de la revisión de las historias clínicas los cuales fueron plasmados en un instrumento elaborado por el grupo investigador.

Los datos obtenidos fueron analizados a través de la estadística descriptiva, univariada, donde se utilizó el programa Excel para la representación gráfica respectiva. Las variables quedaron representadas a través de tablas donde se especifica la distribución de frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual.

Para el análisis de los datos se confrontaron las variables con el marco conceptual.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año dan a luz unas 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años, representan alrededor del 11% del mundo.

Nuestro estudio reflejó que el factor de riesgo de la visita domiciliaria más frecuente fue la realizada a madres menores de 17 años, correspondiendo porcentualmente al 40%.

Estudios realizados en nuestro país sobre enfermedades prevalentes de la infancia, demuestran que las patologías respiratorias altas y bajas son las que presentan mayores causas de morbilidad infantil; esto coincide con nuestra investigación, dado que los factores de reingresos del recién nacido más frecuente fueron 30% bronquiolitis y 10% neumonía.

En Uruguay la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) muestra una tendencia decreciente, se encuentra entre las más bajas de la región. Durante el período de estudio no se registraron muertes neonatales en domicilio, en la población estudiada.

Considerando este indicador demográfico el cual se encuentra estrechamente relacionado con el índice de desarrollo humano y por lo tanto con el grado de desarrollo económico, social y educativo del país, que las políticas sociales impulsadas en el último quinquenio, focalizadas a los hogares más vulnerables, expliquen estos resultados, quedando reafirmado a través de este estudio de investigación.

Tipo de estudio: Para complementar los objetivos un estudio de tipo descriptivo retrospectivo cuantitativo.

Área de estudio: comunidad en la ciudad de Rosario, Departamento de Colonia, República Oriental del Uruguay y sus áreas de influencia (San Lorenzo, Nueva Helénica, Tardías, Valdomín, Vigentino, Florencio Sánchez, La Paz D.F., Playa Fuerte).

METODOLOGÍA

Título de investigación: Factores que motivaron el reingreso de los recién nacidos de riesgo.

Pregunta problema: ¿Qué factores motivaron el reingreso de los recién nacidos de riesgo, luego de realizada la visita domiciliaria, en la Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC) en el período enero 2011 a diciembre 2013?

Objetivo general: Conocer cuales son los factores de riesgo que motivaron el reingreso de los recién nacidos de riesgo.

Objetivos específicos:

- Realizar revisión de las historias clínicas de la población estudio.
- Identificar a los recién nacidos de riesgo que reingresaron y fueron visitados, desde enero 2011 a diciembre 2013.
- Caracterizar la población de estudio.
- Determinar los factores de riesgo del reingreso de la población en estudio

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Para nuestra investigación utilizamos un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo.

Área de estudio: comprendida en la ciudad de Rosario Departamento de Colonia, República Oriental del Uruguay y sus áreas de influencia (Juan Lacaze, Nueva Helvecia, Tarariras, Valdense, Miguelete, Florencio Sánchez, La Paz C.P., Playa Fomento).

Universo: Determinado por todos los recién nacidos (de 0 a 28 días de vida) de ambos sexos que pertenecen a la institución que se encuentran comprendidos en el área de influencia en el periodo enero 2011 a diciembre 2013.

Objeto: Todos los recién nacidos de riesgo visitados.

Muestra: Determinada por todos los recién nacidos de riesgo que reingresaron y fueron visitados en el periodo de estudio.

Criterios de inclusión: Todos los recién nacidos de riesgo que reingresaron y se les realizó visita domiciliaria en el período de estudio.

Criterios de exclusión: Todos los recién nacidos que no cumplen con los criterios de inclusión.

Metodología de Recolección de Datos: Se realizó a través de la revisión de las historias clínicas, se extrajeron datos de la planilla de la visita domiciliaria al recién nacido de riesgo, la cual es elaborada por el servicio del primer nivel de atención según pautas del Ministerio de Salud Pública (MSP). Los datos fueron plasmados en un instrumento elaborado por el grupo investigador, el mismo consta de los siguientes datos: factor de riesgo en el reingreso del recién nacido, sexo, edad del recién nacido al momento de la visita domiciliaria, edad al reingreso, factor de riesgo de la visita domiciliaria, alimentación recibida al momento de la visita domiciliaria, factores que ayudan a reducir la muerte súbita del recién nacido, situación laboral de los padres, nivel de instrucción de los padres, características de la vivienda (material del techo, paredes, eliminación de excretas, red eléctrica, agua potable), eliminación de residuos, acciones de enfermería en la visita domiciliaria.

Los datos recabados fueron cuantificados, tabulados, graficados y se estudiaron estadísticamente.

RESULTADOS.

Se analizaron las historias clínicas correspondientes a los recién nacidos de riesgo visitados que reingresaron; definiendo y operacionalizando las siguientes variables de estudio.

Tabla N 1. VARIABLE FACTORES DE RIESGO EN EL REINGRESO DEL RECIÉN NACIDO.

FACTORES DE RIESGO EN EL REINGRESO	FA	FR(%)
BRONQUIOLITIS	3	30
NEUMONIA	1	10
CRISIS BRONCO OBSTRUCTIVA	0	0
FIEBRE	2	20
VÓMITOS	0	0
MAL ASCENSO PONDERAL	1	10
CRISIS DE SOFOCACIÓN	0	0
ICTERICIA	2	20
DERMATITIS	0	0
HIPOGLUCEMIA	0	0
APNEA	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica 1



La patología más prevalente fueron las afecciones respiratorias destacándose bronquiolitis un 30%, lo continua con un 20 % ictericia, fiebre, un 10 % neumonía, mal ascenso ponderal y apnea.

Tabla N 2. **SEXO**

SEXO	FA	FR(%)
MASCULINO	2	20
FEMENINO	8	80
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 2



El sexo predominante fue el femenino, correspondiendo a un 80%, el masculino correspondió a un 20%.

Tabla N 3. EDAD DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO DE LA VISITA DOMICILIARIA.

EDAD AL MOMENTO DE LA VISITA DOMICILIARIA (DÍAS)	FA	FR(%)
0-8	8	80
9-17	1	10
18-28	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 3



La visita domiciliaria fue realizada en un 80 % en la primer semana de vida del recién nacido, un 10% correspondió a 9 - 17 y 18 - 28 días.

Tabla N 4. Edad al reingreso

EDAD AL REINGRESO (DÍAS)	FA	FR(%)
0-8	3	30
9-17	5	50
18-28	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 4



La franja etárea más relevante de los reingresos fue la que corresponde a los recién nacidos entre 9 y 17 días, mostrando un 50%, 0 a 8 días correspondieron a un 30% y de 18 a 28 días un 20%.

Tabla N 5. **FACTORES DE RIESGO DE LA VISITA DOMICILIARIA**

FACTORES DE RIESGO DE LA VISITA DOMICILIARIA	FA	FR(%)
MADRE MENOR DE 17 AÑOS	4	40
MADRE CONS. DE SUST. PSICOACTIVA	0	0
MADRE CON PATOLOGÍA PSIQUIATRICA	0	0
RECIÉN NACIDO PREMATURO	3	30
MAL FORMACIÓN CONGÉNITA	0	0
HERMANO FALLECIDO MENOR A 1 AÑO	1	10
RECIÉN NACIDO QUE RECIBIÓ CUIDADOS ESPECIALES.	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 5.



El factor de riesgo de la visita domiciliaria más frecuente fue madre adolescente, correspondiendo a un 40 %, recién nacido prematuro un 30%, recién nacido que requirió cuidados especiales 20%, y hermano fallecido menor a un año 10%.

Tabla N 6. ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO AL MOMENTO DE LA VISITA DOMICILIARIA.

ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO AL MOMENTO DE LA VISITA DOMICILIARIA	FA	FR (%)
LACTANCIA MATERNA	6	60
MIXTA (FORMULA- FORMULA MAS PECHO DIRECTO).	4	40
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 6.



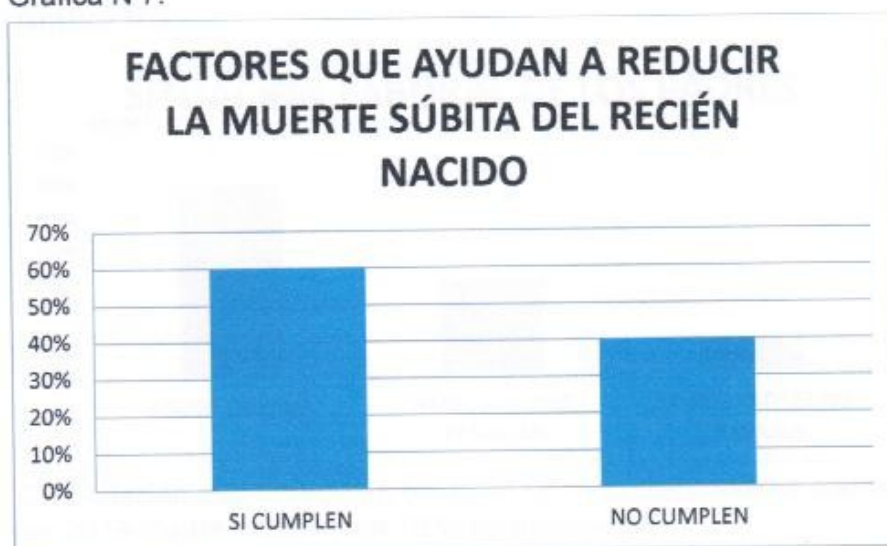
En lo referente a la alimentación al momento de la visita domiciliaria un 60 % de los recién nacidos recibían lactancia materna exclusiva y un 40 % lactancia materna mixta.

Tabla N 7. FACTORES QUE AYUDAN A REDUCIR LA MUERTE SÚBITA DEL RECIÉN NACIDO.

FACTORES QUE AYUDAN A RED. MUERTE SÚBITA.	FA	FR %)
SI CUMPLEN	6	60
NO CUMPLEN	4	40
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 7.



En cuanto a los factores que ayudan a reducir las posibilidades de que ocurra la muerte súbita del lactante, un 60% cumplía las pautas de sueño seguro, un 40 % no las cumplía o las hacía parcialmente.

Tabla N 8.SITUACIÓN LABORAL DE LOS PADRES.

SITUACIÓN LABORAL DE LOS PADRES.	FA	FR(%)
PADRE TRABAJA	6	60
MADRE TRABAJA	0	0
AMBOS PADRES TRABAJAN	3	30
AMBOS PADRES NO TRABAJAN	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 8



Con relación a la situación laboral, el 60 % correspondió a padres trabajadores, un 30 % madre trabaja y un 10 % no trabajan.

Tabla N 9. 1 NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	FA	FR(%)
ANALFABETA	0	0
PRIMARIA COMPLETA	1	10
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0
SECUNDARIA COMPLETA	2	20
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	60
TERCIARIA COMPLETA	1	10
TERCIARIA INCOMPLETA	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 9.1



El nivel de instrucción de la madre correspondió a un 60 % secundaria incompleta, 20% secundaria completa, un 10 % primaria completa y terciaria completa.

Tabla N 9. 2

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE	FA	FR (%)
ANALFABETO	0	0
PRIMARIA COMPLETA	1	10
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0
SECUNDARIA COMPLETA	3	30
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	60
TERCIARIA COMPLETA	0	0
TERCIARIA INCOMPLETA	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 9.2



El nivel de instrucción de los padres mostró que un 60% presenta secundaria incompleta, un 30 % secundaria completa y un 10 % primaria completa.

Tabla N 10.CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA	FA	FR (%)
TECHO HORMIGÓN	3	30
TECHO CHAPA	7	70
TECHO NYLON	0	0
PARED LADRILLO	2	20
PARED BLOQUES	8	80
PARED MADERA	0	0
PARED CHAPA	0	0
SANEAMIENTO	8	80
POZO SÉPTICO	2	20
SI RED ELÉCTRICA	10	100
NO RED ELÉCTRICA	0	0
SI AGUA POTABLE	10	100
NO AGUA POTABLE	0	0

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 10.



En cuanto a la variable características de la vivienda observamos que un 100% presentaban agua potable y red eléctrica, un 80% pared de bloques y saneamiento, un 70 % techo de chapa.

Tabla N 11. **ELIMINACIÓN DE RESIDUOS**

ELIMINACIÓN DE RESIDUOS	FA	FR (%)
RECOLECTOR	10	100
BASURAL	0	0
CONTENEDORES	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

En cuanto a la recolección, tratamiento y eliminación de los diferentes tipos de desechos, correspondió un 100 % a recolector.

Tabla N 12. ACCIONES DEL LICENCIADO DE ENFERMERÍA EN LA VISITA DOMICILIARIA.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VISITA DOMICILIARIA	FA	FR (%)
VALOR. LA SATISF. NECES. BÁSICAS DEL GRUPO FLIAR	10	100
PLANIFICAR Y ADM. CUIDADOS.	10	100
CONTROL ANTROPOMÉTRICO	10	100
ATENCIÓN AL NIÑO	10	100
EDUCACIÓN A LA FLIA.	10	100
SOPORTE EMOCIONAL Y TÉCNICO.	10	100
ACOMPañAR A LA FLIA EN SITUAC. DE ENF. Y MUERTE.	0	0
FOMENTAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	10	100
PROMOVER UN FUNCIONAMIENTO FLIAR ADECUADO	10	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Gráfica N 12



Las actividades del licenciado de enfermería en la visita domiciliar se encuentran comprendidas en un 100 % a valorar las satisfacción de necesidades básicas del grupo familiar, planifica y administra cuidados, realiza control antropométrico, realiza atención al niño, educación al grupo familiar, soporte emocional y técnico, fomenta estilos de vida saludable promoviendo así un funcionamiento familiar adecuado.

ANÁLISIS

La finalidad del trabajo de investigación fue reflejar la importancia de la visita domiciliaria como estrategia de atención a la salud, y el rol del licenciado de enfermería en el domicilio, identificando factores que inciden en el reingreso contribuyendo a disminuir el mismo, así como la morbi-mortalidad por causas prevenibles. Se confrontaron las variables con el marco conceptual obteniéndose los siguientes resultados:

El Ministerio de Salud Pública ha definido entre sus prioridades la implementación de la visita domiciliaria (VD) como un componente esencial del Programa Nacional de Salud de la Niñez. El objetivo de esta estrategia es apoyar y acompañar a las familias en el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas mediante acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad. Para ello es necesario que las intervenciones tengan un enfoque de riesgo, anticipatorio al daño e incluyan la visión de los determinantes sociales con énfasis no solo en el niño o niña sino en su familia, en el entorno y en la comunidad.

En cuanto a cuándo se debe realizar la visita domiciliaria, en la Cooperativa Asistencial del Este de Colonia se tiene como directriz lo establecido en la Meta Asistencial del 2011 la cual establece que al recién nacido de riesgo se le realizará antes de los 7 días posteriores al alta Hospitalaria, el 100% de los niños que reingresaron cumplieron con esta normativa.

El reingreso neonatal es un tema muy importante con morbilidad significativa y costosa responsabilidad, por representar un problema para el niño, la familia y el sistema de salud. Es un indicador de salud que se utiliza para medir el estado de salud de una población.

Estudios realizados en nuestro país sobre enfermedades prevalentes de la infancia, demuestran que las patologías respiratorias altas y bajas son las que presentan mayores causas de morbi mortalidad infantil; esto coincide con nuestra investigación, dado que el mayor porcentaje de reingresos fueron 30% bronquiolitis y 10 % neumonía.

La población estudiada se encuentra dentro de la franja etárea de 0 a 28 días, obteniéndose que el 50% reingresaron entre los 9 y 17 días, destacándose que el 80% correspondió al sexo femenino, en contraposición con los estudios realizados en la bibliografía revisada, donde se plantea que el mayor porcentaje de reingresos corresponden al sexo masculino.

Considerando lo anteriormente mencionado, con respecto a los factores de reingreso, el económico no presentó gran incidencia dado que el 90% los padres trabajan.

El nivel de instrucción de los padres no presentó un factor determinante para el reingreso ya que no reflejó un porcentaje significativo, ambos padres cuentan con educación formal, un 100% de educación primaria completa, y de estos el 60% secundaria incompleta.

Las tasa de natalidad y mortalidad globales y las causas de morbi- mortalidad de los recién nacidos se diferencian según los barrios y características de las viviendas y del entorno; sus enfermedades, escolaridad, acceso a la información, nutrición, peso y talla.

Los recién nacidos son los primeros afectados por una mala vivienda y un entorno deficiente. Un sitio adecuado y el acceso al agua potable disminuyen notablemente la incidencia de enfermedades como queda reflejado en nuestra investigación.

Los factores ambientales en general y la vivienda en particular influyen en la situación física, mental y social de los recién nacidos, se ha encontrado en este

estudio que las características de la vivienda y del entorno, son favorables en la mayoría de la población investigada, observamos que un 100% presentaban agua potable y red eléctrica, un 80% pared de bloques y saneamiento, un 70 % techo de chapa.

La escala y el grado de su influencia varían con el tipo de hábitat y, por consiguiente, con las necesidades insatisfechas de cada sector de la población. Cualquier sea su grado de incidencia clasifica a cada recién nacido desde el inicio de su vida, sujetándolo a una existencia con posibilidades muy diferentes que son consecuencia directa de la familia donde nació y del hábitat en que esta familia vive.

Cada año dan a luz unas 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años, representan alrededor del 11% del mundo.

Además, los recién nacidos de madres adolescentes corren un mayor riesgo de nacer con insuficiencia ponderal, lo que puede incrementar la tasa de riesgos para la salud a largo plazo.

Nuestro estudio reflejó que el factor de riesgo en la visita domiciliar mas frecuente fue la realizada a madres menores de 17 años, correspondiendo porcentualmente al 40%.

La muerte súbita en Uruguay en el año 2003 fue la cuarta causa más frecuente de fallecimiento entre los recién nacidos que tenían un mes de vida o más. Durante el periodo de investigación en los registros de las visitas domiciliarias que corresponden al cumplimiento de los requisitos sobre sueño seguro establecidos por el Ministerio de Salud Pública, y la Sociedad Uruguaya de Pediatría, con apoyo de UNICEF, se observó que un 60% cumplían con estos requisitos para reducir los riesgos y , adicionalmente, favorecer el bienestar y la salud del recién nacido.

Considerando las cuatro premisas que reducen la muerte súbita del lactante; dormir boca arriba, no abrigarlo demasiado, no fumar en el hogar y darle solo pecho los seis primeros meses de vida haciendo énfasis en ésta última, nuestro estudio reflejó que un 60% recibían lactancia materna exclusiva.

En Uruguay la Tasa de Mortalidad Infantil muestra una tendencia decreciente; se encuentra entre las más bajas de la región.

Este indicador demográfico negativo se encuentra relacionado con el índice de desarrollo humano y con el grado de desarrollo económico, social, y educativo del país.

Se ha demostrado que la mayoría de los recién nacidos que mueren en domicilio corresponden a los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

En este informe no se registraron muertes neonatales, la población de estudio no pertenecían a estos sectores mas perjudicados.

El licenciado de enfermería en su práctica profesional, emplea diferentes metodologías y estrategias para lograr realizar cuidados de calidad. En nuestro estudio, este tiene un papel preponderante en la planificación y ejecución de la visita domiciliaria., enmarca un plan de acción y de intervención familiar.

Este plan es evaluado durante el proceso de atención, la adecuada planificación y sistematización de esta intervención permitió alcanzar la mayor eficacia posible. En nuestro estudio se vio reflejado su labor, observamos que durante el período de estudio, del total de las visitas realizadas a los recién nacido de riesgo, solo reingresaron un 3 % y no ocurrieron muertes neonatales en domicilio, quedando demostrado, el trabajo del licenciado de enfermería y la eficacia de la visita domiciliaria a los recién nacidos de riesgo.

CONCLUSIÓN.

Este trabajo de investigación reflejó la importancia de la visita domiciliaria como estrategia de atención a la salud y su influencia en los reingresos de los recién nacidos de riesgo.

La implementación de la visita domiciliaria en la cooperativa asistencial médica del este de colonia dirigida a la familia de los recién nacidos de riesgo basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y las madres, padres o cuidadores primarios, cuyo objetivo principal es la promoción de mejores condiciones ambientales y relacionales para favorecer el desarrollo integral de la infancia reflejó la eficacia de la misma.

La visita domiciliaria realizada por el licenciado de enfermería enmarcó un plan de acción con objetivos específicos que dirigieron acciones correspondientes, lo que produjo efectos favorables para estas familias y para el centro de salud, ya que se observó un bajo índice de reingresos neonatales siendo las afecciones respiratorias bajas las principales causas de reingresos. Se identificaron factores socioeconómicos, ambientales y características del entorno que inciden en el bajo índice de reingreso de los recién nacidos.

El reingreso neonatal es un tema muy importante con morbilidad significativa y costosa responsabilidad, constituye un especial desafío, debido a la inespecificidad y labilidad con que el recién nacido reacciona ante diferentes noxas y la variedad de patologías que pueden presentarse de manera similar.

Desde que se implementa la visita domiciliaria no ocurrieron muertes neonatales en domicilio, esto nos revela la eficacia de la misma y el rol del licenciado dentro de ésta.

Podemos concluir que en la Cooperativa Asistencial del Este de Colonia se logró una adecuada asistencia sanitaria.

Se considera que la visita domiciliaria es un pilar importante que se debería aplicar y fomentar en todas las instituciones, capacitando al personal de enfermería y al equipo de salud del primer nivel de atención, ya que implementado esta estrategia no solo se estaría educando a la población sino también reduciendo de manera favorable los reingresos hospitalarios en nuestro país y por ende disminuyendo la morbilidad infantil.

A través de ella es posible brindar conocimientos que ayuden a disminuir los reingresos hospitalarios, promoviendo la educación para la salud, desarrollando actividades independientes con madres gestantes, promoviendo la importancia del control pediátrico, inmunización vigente, detección de enfermedades informando signos de alarma y posibles causas de emergencia; así como también lograr identificar factores de riesgo.

Ramón E. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Montevideo: OPS, 2002.

Shawcross R, Hall J. Human malformations and related anomalies. 2a ed. Oxford: Oxford Univ Pr; 2005.

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

BIBLIOGRAFÍA

Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Mongue A, Acosta C, Crosa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: CSEP; 2009.

Jacquier N, Dos Santos L, Wolhien L, Martínez R. Introducción a la enfermería comunitaria: una contribución a la salud colectiva. Posadas, Misiones: Edición del Autor; 2011.

Pérez M, Acosta C, Callorda C. Seguimiento domiciliario del binomio madre – hijo en situación de vulnerabilidad. Montevideo: UR, CSEP; 2012.

Ramos E. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Madrid: DAE; 2002.

Stevenson R, Hall J. Human malformations and related anomalies. 2a.ed. Oxford: Oxford Univ Pr; 2006.

ANEXOS

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN FACTORES QUE MOTIVARON EL REINGRESO DE LOS RECIEN NACIDOS DE RIESGO

COOPERATIVA ASISTENCIAL MÉDICA DEL ESTE DE COLOMBIA
JUNIO 2013- AGOSTO 2014.

Autores: Dr. Carballo Danilo

Dr. Manuel Korta

Dr. Gustavo Valencia

Dr. Francisco Salazar

Dr. Torres Wilson

Editorial: Lic. en enfermería, Karen Ríos

Lic. en enfermería, Piedad Rodríguez



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

FACTORES QUE MOTIVARON

EL REINGRESO

DE LOS RECIEN NACIDOS DE RIESGO

COOPERATIVA ASISTENCIAL MÉDICA DEL ESTE DE COLONIA

JUNIO 2013- AGOSTO 2014.

Autores: Br: Carbajal Daniel.

Br: Manzi Karina.

Br: Oviedo Vanesa.

Br: Pessoulle Solange.

Br: Torres Marisa.

Tutoras: Lic en enfermería: Perez Alicia.

Lic. en enfermería: Pignataro Sandra.

TABLA CONTENIDO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	3
PREGUNTA PROBLEMA.....	3
INTRODUCCIÓN	3
FUNDAMENTACION	4
MARCO TEÓRICO	7
OBJETIVO GENERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	24
MÉTODO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	28
ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE LAS VARIABLES.....	29
CRONOGRAMA	30
PRESUPUESTO	31
BIBLIOGRAFIA	32
ANEXOS	35

El trabajo se realizará en la Cooperativa Agraria del Medio del Estado de Colombia (CAAMEC), ubicada en la ciudad de Rosario, en el periodo comprendido desde julio 2013- agosto 2014.

Dicha investigación de diseño descriptivo, exploratorio y cuantitativo, tendrá como objetivo conocer cuáles son los factores de riesgo que influyen en el reintegro de los recién nacidos de riesgo.

El trabajo de investigación pretende resaltar la importancia de la visita domiciliar como estrategia de atención a la salud, y al rol del personal de enfermería en el domicilio, identificando factores que influyen en el reintegro contribuyendo a disminuir el número así como la morbilidad por causas prevenibles.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Factores que motivaron el reingreso de los recién nacidos de riesgo.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Qué factores motivaron el reingreso de los recién nacidos de riesgo, luego de realizada la visita domiciliaria, en la Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC) en el período enero 2011 a diciembre 2013?

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación será realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República, cursando el cuarto ciclo de la carrera escalonada, plan 93, en el marco del trabajo final de investigación.

El mismo se realizará en la Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC), ubicada en la ciudad de Rosario, en el período comprendido desde julio 2013- agosto 2014.

Dicha investigación de diseño descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, tendrá como objetivo conocer cuáles son los factores de riesgo que motivaron el reingreso de los recién nacidos de riesgo.

El trabajo de investigación pretende reflejar la importancia de la visita domiciliaria como estrategia de atención a la salud, y el rol del licenciado de enfermería en el domicilio, identificando factores que inciden en el reingreso contribuyendo a disminuir el mismo, así como la morbi-mortalidad por causas prevenibles.

Los datos se obtendrán a través de la revisión de las historias clínicas que serán plasmados en un instrumento de recolección de datos, elaborado por el grupo investigador.

FUNDAMENTACION

La evidencia científica muestra que las intervenciones que se basan en la atención domiciliaria al recién nacido pueden prevenir entre 30 y 60% de las defunciones neonatales en entornos donde la mortalidad es elevada. Así pues, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para aumentar la supervivencia de los recién nacidos¹.

Las estadísticas muestran un porcentaje importante de casos de muerte en recién nacidos en el primer mes de vida, con una incidencia mayor en la primera semana de vida.

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 6.9 millones de niños murieron antes de cumplir 5 años en 2011. Cerca del 40% de las muertes de menores de 5 años se producen durante el período neonatal.

En Uruguay, según el Ministerio de Salud Pública (MSP) la tasa de natalidad en el período 2008- 2011 es de 14,48%, siendo la tasa de Mortalidad Infantil decreciente. Entre 1990 y 2010 la tasa de mortalidad infantil se redujo de 20,4 a 7,71 por mil nacidos vivos. El 39% de esta reducción ocurrió entre 2005 y 2010; de 12,7 a 7,71 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil en Uruguay se encuentra entre las más bajas de la región.

¹ Organización Mundial de la Salud - UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. [Internet]. 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf?ua=1 [consulta: 15 jul 2013].

En los últimos años se observa que las principales causas de mortalidad neonatal no han variado, siendo las afecciones del periodo perinatal vinculadas a la prematuridad (52,1%) y las malformaciones congénitas (28,7%) las más frecuentes. Se destaca además que el 60% de las muertes neonatales ocurren en los primeros 7 días de vida.

Otro hecho relevante es que una elevada proporción de las muertes pos neonatales ocurren en domicilio. En el año 2008, la tasa de mortalidad infantil en domicilio fue 2,5/1.000, lo que representó casi la mitad de la tasa de mortalidad pos neonatal en Montevideo con predominio en varones usuarios del sector público de salud.

La principal causa de muerte son las Infecciones Respiratorias bajas.

Muchas de estas muertes se asocian con prematuridad y anomalías congénitas.

La mayoría de las muertes son evitables con medidas de promoción de salud y diagnóstico precoz durante el embarazo y en el primer año de vida. Se ha demostrado que la mayoría de los niños que mueren en domicilio corresponden a los sectores más desfavorecidos de la sociedad por lo que en general se concentran en determinados barrios o regiones de cada ciudad o departamento. La muerte en domicilio constituye un problema de salud pública.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha definido entre sus prioridades la implementación de la visita domiciliaria como un componente esencial del Programa Nacional de Salud de la Niñez. El objetivo de esta estrategia es apoyar y acompañar a las familias en el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas mediante acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad. Para ello es necesario que las intervenciones tengan un enfoque de riesgo, anticipatorio al daño e incluyan la visión de los determinantes sociales con énfasis no solo en el niño/a, sino en su familia y en el entorno.

En el año 2011, el Ministerio de Salud Pública (MSP) introduce en la meta asistencial correspondiente a la salud del niño y la embarazada, la visita domiciliaria obligatoria para el seguimiento de los recién nacidos de riesgo luego del alta y de aquellos que no concurren a los controles antes de los 10 días de vida.

En este sentido, la Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC) implementa la visita domiciliaria como estrategia de atención a la salud a partir de la reforma sanitaria del sistema nacional integrado de salud.

La visita domiciliaria implica un cambio en el modelo de atención de la salud, puesto que constituye una estrategia activa de entrega de servicios en el contexto directo de vida de las personas. Implica una actitud proactiva y sensible por parte de los profesionales de salud hacia los niños/niñas y sus familias en la promoción de mejores condiciones de contexto ambiental y relacional para promover el crecimiento y desarrollo disminuyendo la morbi - mortalidad.

La selección del tema es debido a la importancia del mismo, ya que la Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC) no cuenta con estudios estadísticos luego de implementada la visita domiciliaria en recién nacidos con factores de riesgo.

Es de suma importancia el rol del licenciado de enfermería en acercarse a los grupos familiares que están viviendo la incorporación de un recién nacido mediante la visita domiciliaria, para poder valorar en conjunto, aquellos factores de riesgo que puedan estar afectándolo.

La población de estudio representa un grupo con elementos de fragilidad desde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; al realizar ésta investigación, se aportarán datos sistematizados, siguiendo patrones metodológicos, que permitan la utilización de la información en búsqueda del

fortalecimiento de la función investigadora del licenciado de enfermería; que se enfrenta en la actualidad a grandes desafíos y oportunidades de desarrollo, ocupando un papel preponderante en la prevención y en la promoción; que ayuden a mejorar la calidad de vida de este grupo.

Teniendo en cuenta la premisa que siempre será más económico invertir en la prevención de los factores de riesgo, que el gasto en asistencia luego que ocurre una situación que pone en riesgo a la población asistida.

MARCO TEÓRICO

El concepto de **salud** por años se ha asociado a la ausencia de enfermedad, sin abarcar las múltiples dimensiones (de ser biopsicosocial). Luego se pasó hablar de salud como: "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez" (definición de la Organización Mundial de la Salud), pero se le atribuye que es una definición utópica, estática y subjetiva. Es estática porque solo considera que tiene salud a los que presentan un estado de completo bienestar. Es utópica ya que se trata más de un deseo que de una realidad. Y es subjetiva porque no contempla aspectos objetivos de la capacidad de funcionamiento. Por eso, es necesaria una definición dinámica donde se considere a la salud y a la enfermedad conjuntamente; por lo tanto se entiende por proceso de **salud-enfermedad**, según la Facultad de Enfermería UDELAR *"Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra"*.

La salud se encuentra dividida en **niveles de atención** para tener una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos, para satisfacer las necesidades de una población.

El **primer nivel de atención** es la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y las más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada, además debe ser accesible a la población. Incluye servicios de salud tales como las policlínicas, consultorios, atención ambulatoria, entre otros. Es de baja complejidad y corresponde al 80% de la población asistida, posee baja complejidad intensiva y alta complejidad extensiva. Dicho nivel tiene como pilares básicos la prevención y promoción de la salud.

Según las "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas", OPS-OMS, 1991, Promoción de la Salud es: *"La suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectivo"*

La carta de Ottawa la define como *"El proceso de capacitación de la población para que incremente su control sobre su salud y de esta forma, la mejore²"*.

La misma incluye cinco ejes de actuación: la elaboración e implementación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables a la salud, el refuerzo para la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los sistemas y servicios de salud.

La **promoción** de salud se define como el proceso mediante el cual, los individuos y las comunidades, ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida; siendo estos determinantes aquellos datos por los estilos de vida y el ambiente que son los que tienen que ver con los condicionantes de la salud: alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y ambientales.

También son determinantes de la salud el status socio-económico y la presencia de otros factores en una sociedad como la desigualdad y la inequidad en salud;

² FRÍAS OSUNA, Antonio. Enfermería Comunitaria. Barcelona: Masson, 2000 : 49-51.

por ello, la promoción en salud aumenta las habilidades y capacidades para la salud y la calidad de vida.

El propósito de la promoción de la salud es hacer énfasis en el potencial del bienestar de la persona y alentarla para que modifique sus hábitos personales, estilos de vida y ambiente, de manera que sea posible el mejoramiento de su salud y bienestar general. La promoción de la salud se inicia desde antes del nacimiento, y continúa a lo largo de la niñez, adolescencia, vida adulta y ancianidad.

Al igual que todos los profesionales al cuidado de la salud, las enfermeras tienen la responsabilidad de promover actividades que fortalezcan el bienestar y la realización personal. Debe considerarse toda interacción de las personas que requieran de cuidados de salud como una oportunidad para promover actitudes positivas hacia ésta.

Siguiendo el esquema de la Organización Mundial de la Salud; se definen tres niveles de prevención.

Prevención primaria son todas aquellas acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en la población, reduciendo el riesgo de aparición de casos nuevos. Abarca la promoción a la salud y la protección específica.

Prevención secundaria: todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y duración de esta. Abarca el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Prevención terciaria: todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población, reduciendo al mínimo las invalideces funcionales consecutivas a la enfermedad. Abarca la Rehabilitación y la reinserción Social.

Significa en un sentido riguroso simplemente inhibir el desarrollo de una enfermedad antes de que ocurra. Pero el uso corriente del término ha sido

ampliado para abarcar medidas que interrumpen o hacen lento el progreso de la enfermedad. En este sentido, la **enfermería** como disciplina científica fortalece la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a 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 de enfermería comunitario** 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 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. Realiza actividades tales como la promoción de la participación comunitaria, de grupos, familias y del individuo en el proceso de atención de enfermería, realiza educación para la salud, participa en los programas elaborados por los niveles centrales y locales de salud. Coordinación de actividades con otros sectores municipales haciendo una participación activa. Realiza visitas domiciliarias, administra el personal y los cuidados de enfermería, actividades extramurales de acuerdo con las necesidades de la comunidad. Contribuye con el cuidado y mantenimiento del medio ambiente, realiza investigaciones de enfermería y/o conjuntamente con el

equipo, sobre temas relacionados a su ámbito de competencia ó necesidades locales de salud³.

El Ministerio de Salud Pública ha definido entre sus prioridades la implementación de la **visita domiciliaria integral** como un componente esencial del Programa Nacional de Salud de la Niñez.

El objetivo de esta estrategia es apoyar y acompañar a las familias en el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas mediante acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad. Para ello es necesario que las intervenciones tengan un enfoque de riesgo, anticipatorio al daño e incluyan la visión de los determinantes sociales con énfasis no solo en el niño o niña sino en su familia, en el entorno y en la comunidad.

Se ha priorizado a los recién nacidos por tratarse de una etapa de especial vulnerabilidad que ofrece una oportunidad de intervención familiar que puede promover el cuidado y proteger su salud y así contribuir a disminuir la mortalidad en el primer año de vida.

Considerando que los principales problemas de salud de la infancia, la adolescencia y el adulto comienzan a desarrollarse en la etapa preconcepcional, existen otras oportunidades de intervención para minimizar riesgos y promover factores protectores. Esto implica avanzar en el apoyo y acompañamiento de la familia desde la gestación.

La visita domiciliaria está incluida en el Programa Nacional de Salud de la Niñez. Ha sido impulsada y desarrollada principalmente por los Servicios de la administración de Salud del Estado (ASSE) como parte del Programa Aduana. En el marco de la reforma de la salud ha sido definida como una prestación de los servicios de salud de todos los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud.

³ Ibid. p.52-58.

Representa un valioso aporte al cambio del modelo de atención ya que constituye una oportunidad para el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario y la articulación intersectorial con el objetivo de lograr mayor bienestar para los niños y niñas y sus familias.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), define la visita domiciliaria como una prestación de los servicios de salud, que refuerza la participación activa del equipo de salud anticipándose a la consulta del usuario. En esta estrategia, el equipo de salud toma contacto con el niño en su hogar, en su entorno inmediato⁴.

La visita domiciliaria es la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psico-sociales, en el marco de una relación asistencial continua e integral. Tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y /o rehabilitación de la salud.

Se destaca que en la visita domiciliaria integral la unidad de atención es la familia y el objetivo es promover mejores condiciones ambientales y relacionales. La estrategia se basa en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia y se inscribe en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera.

En la misma se aplica el proceso de atención de enfermería partiendo de una valoración integral e integrada, sistemática, con la elaboración de diagnósticos de enfermería que permitan el desarrollo de la autonomía profesional, mejorando la calidad de vida de las personas y su familia.

⁴ Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Meta 1: Metas del niño, niña y la mujer. [Internet]. 2011.

Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Instructivo_Meta_1_-_2013-2014.pdf [consulta: 17 jul 2013].

La definición de quién debe realizar la visita domiciliaria es responsabilidad del prestador. Se conformará un equipo de referencia en el primer nivel de atención, el cual con la información que posee sobre el recién nacido y su familia, evaluará la pertinencia del o los profesionales que acudirán al domicilio y serán responsables además de asegurar la continuidad de la atención.

Considerando los objetivos y alcances de la visita domiciliaria, el equipo tendrá una conformación que garantice el abordaje bio - psico - social (enfermería, partera, médico, licenciado en trabajo social). En caso de patología neonatal de riesgo, la visita domiciliaria será realizada por el licenciado en enfermería y un profesional médico. Se debe recordar que el equipo encargado de implementar la visita domiciliaria debe tener la capacidad de conectar a la familia con las redes territoriales, tanto de salud como sociales pertinentes, dependiendo de sus necesidades. Independientemente de quien participe de la visita domiciliaria es necesario capacitación y profesionalismo.

"Las habilidades de los profesionales en el desarrollo de una relación adecuada con las familias, han sido consideradas como fundamentales para mantener la adherencia de la familia y apertura ante las intervenciones realizadas durante las visitas al hogar"..... "El éxito de la Visita no sólo depende del trato personal de los sanitarios que en ella participan sino también de la cualificación y profesionalidad de los mismos ya que exige un alto nivel de preparación y dedicación así como del apoyo desinteresado de la propia administración"⁵

El rol de la licenciada de enfermería es determinar, mediante el proceso de atención de enfermería, factores de riesgo del ambiente, cultura, situación familiar, social y económica.

⁵ Lizarraga C, Sánchez- Arruiz A. Visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera. Rev. Anales Sis San Navarra 2002; 25 (supl 2): 7-16.

Informar a la unidad de cuidados especiales los datos obtenidos para adecuar el proceso del alta.

Valorar la situación de salud del niño en el hogar y la adaptación a su medio.

Brindar cuidados y realizar actividades y procedimientos de enfermería tales como control antropométrico, promoción de la lactancia, puericultura y promover la adaptación de los cuidados que debe brindar el núcleo familiar al niño.

Reforzar conductas generadoras de salud.

Promover el auto cuidado, reforzar sostenes y recursos propios así como facilitar el acceso de redes, recurriendo al asistente social en caso de que la visita en cuestión no sea conjunta.

Coordinar consultas con otras especialidades o exámenes para clínicos y comunicarlos a las familias para evitarles gastos, incomodidades y desplazamientos innecesarios que impliquen resentimiento en la calidad de los cuidados del niño del bienestar familiar o de su economía.

Realizar la devolución de cada visita en sus diferentes aspectos.

Registrar los datos y la valoración obtenida de la visita en ficha pre confeccionada a tales efectos en papel y en formato electrónico.

Las etapas de la visita son tres, planificación, ejecución y evaluación.

Planificación de la visita, al principio hay que identificar si es una visita o de seguimiento, es decir si es la primera vez que se hace la visita o es consecutiva a otra anterior ya realizada. Este paso es esencial ya que determinará el acercamiento a realizar, los objetivos y los recursos necesarios.

Es importante tener en cuenta algunos requisitos como existir un vínculo con algún integrante de la familia y miembros del equipo de salud, en el marco de la línea de cuidados. Debe ser planificada con antelación, tener en cuenta el traslado, en que se irá, con quien, a qué hora, que duración tendrá la visita y el mismo traslado.

Recursos a llevar, maletín con instrumental, (aparato de presión, termómetro, balanza, tallómetro, y otros que sean convenientes), material educativo, guías de recursos comunitarios y redes sociales, material blanco, guantes limpios, antiséptico, medicamentos según situación (como por ejemplo antipiréticos).

La misma debe ser autorizada por un miembro de la familia.

Clarificar el motivo de la visita, es necesario determinar si es una visita que surge de la necesidad de la persona o la familia o si es a partir de un interés de enfermería o del equipo de salud.

Recolectar antecedentes o datos, aportados desde el servicio ya sea a través de la historia clínica, o de un integrante del equipo, inclusive a veces si existen notas y/o avisos de otros sectores como sociales, deportivos, educativos o laborales, todos ellos se tomarán en cuenta y se irán entrelazando para poder tener una visión integral de la situación que se presenta.

Fijar los objetivos, algunos de los más frecuentes son conocer el hogar, el entorno y la situación familiar.

Detectar necesidades, recursos y redes del grupo familiar y el caso índice, evaluar a la familia como unidad de cuidados, mejorar la definición del problema de salud.

Intervenir precozmente y oportunamente con acciones adecuadas y que se correspondan a la situación encontrada. Mejorar la comunicación entre los integrantes del equipo de salud y la familia.

Para coordinar la visita consensuar el día, la fecha y horario, es necesaria esta coordinación para ser recibido por la persona o la familia. Generalmente cuando esto se produce el personal de enfermería es esperado y recibido cordialmente. La comunicación es armoniosa y se logra rápidamente la empatía necesaria para realizar el proceso de atención de enfermería.

Negociar objetivos, es necesario ponerse de acuerdo con la persona o la familia sobre qué objetivos se persiguen con este encuentro en su domicilio y que

resultados se pueden esperar. Esta instancia es importante y no es necesario trabajar los objetivos en profundidad ya que hay que recordar que en la visita misma cuando se logra valorar mejor la situación se planteará en conjunto los objetivos a seguir.

Asegurarse que la familia tiene claro las "ventajas" que obtendrá de la visita y que no existe la idea de "intromisión en la vida privada".

La ejecución de la visita se inicia con la llegada al domicilio, presentándose, recordando la coordinación realizada y respetando los tiempos de las personas que nos reciben, es decir esperar a que permita que se entre y ofrezca asiento o pasar a algún espacio determinado. Desde que se ingresa al domicilio se comienzan a valorar los aspectos antes mencionados.

Una vez instalado el dialogo inicial se aplica el proceso de atención de enfermería. Al principio se valorarán aspectos relacionados a: Valoración del barrio, características generales (calles, tránsito, viviendas, características de la población, redes formales e informales, servicios de salud, agua potable, alumbrado público, saneamiento).

Uso de espacios comunitarios, obstáculos de acceso.

Valoración de la vivienda, características generales (materiales de construcción, espacio circundante, disposición de espacios internos y externos, servicios luz eléctrica e instalación, red cloacal, agua potable adentro, ventilación, luz natural).

Valoración del hogar, aquí se pondrá atención en: aspecto del interior de la casa, (Prolija, desordenada, luminosa, lúgubre, alegre, triste, espacios concretos, los de intimidad, de convivencia familiar, dormitorio, cama, objetos personales y comunes, comedor, cocina y baño).

Valoración de la embarazada, o madre y niño según la situación particular, aquí se sugiere realizar una valoración ordenada por ejemplo: obtención de datos

patronímicos si no se cuenta con ellos, primera impresión, antecedentes personales y familiares; aspectos socio económicos culturales, historia laboral, valoración psico- emocional, promoción de conductas y hábitos saludables, valoración sistémica.

Valoración familiar, integración del núcleo familiar, identificación del ciclo vital familiar, función del núcleo familiar, comunicación y redes internas, recursos con los que se cuenta.

Intervención tendrá correlación a la situación encontrada, fortaleciendo los factores protectores; manejo de factores de riesgo, manejo práctico de cuidados, realización de cuidados directos, potenciación de la red familiar y comunitaria. Anticipación de eventos previsibles, como la muerte súbita, esto ocurre cuando un niño menor de 1 año fallece de una forma inesperada e inexplicable durante el sueño. Conocida como muerte en cuna o muerte blanca, la muerte súbita es más común y preocupante de lo que podríamos pensar. A pesar de que ha sido una de las enfermedades más desconocidas durante años, actualmente se han podido identificar algunos factores que ayudan a reducir las posibilidades de que ocurra. Para reducir los riesgos y, adicionalmente, favorecer el bienestar y la salud del bebé se promueve los siguientes cuidados; posición supina, sin abrigo excesivo, libre humo de tabaco, dejar brazos y manos del lactante por fuera de ropa de cama y amamantar al bebé a demanda.

Apoyo y orientación a cuidadores, promoción de salud, prevención de enfermedades y secuelas, rehabilitación, orientación a la reinserción social, orientación a la integración a la comunidad.

Despedida esta instancia requiere de cierta disciplina en relación a los tiempos para que la despedida no sea brusca, respetando los espacios para comunicarse acompañado todo esto con un movimiento suave del cuerpo para reunir los materiales utilizados y llevados.

Se tendrán en cuenta entonces: salida despacio, sin apuro, quien nos acompaña a la puerta es un momento clave para prestar atención a la exteriorización de temores, confesiones, algún dato perdido y/o algún pedido especial.

Registros en lo posible realizarlos antes de retirarse, a la persona y a la familia les interesa conocer lo que se escribe sobre el proceso de atención mantenido; utilización de tarjetas elaboradas para este fin, programas en formato electrónico, si se contara con laptop y el programa correspondiente, informe general y particular de la visita domiciliaria.

La evaluación de la visita domiciliaria permite mirar conscientemente el proceso generado y poder generar y concordar acciones futuras que permitan alcanzar los objetivos del plan. Es importante aquí tomarse el tiempo para la reflexión, evaluar con la familia o la persona, contrastar impresiones con otros profesionales, evaluar el proceso generado.

En el año 2011, el Ministerio de Salud Pública introduce en la meta asistencial correspondiente a la salud del niño y la embarazada, la visita domiciliaria obligatoria para el seguimiento de los recién nacidos de riesgo antes de los 7 días del alta y de aquellos que no concurren a los controles antes de los 10 días de vida. El recién nacido de riesgo, se clasifica en el lugar de nacimiento. Esta tarea es responsabilidad del equipo de salud que participa de la atención del recién nacido Neonatólogo, Pediatra, Partera, Licenciada/o en Enfermería.

Se entiende por **factor de riesgo** cualquier característica o cualidad de una persona, comunidad o entorno, que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Se incorporan factores de riesgo de tipo biológico y social, definiéndose categorías en el niño/a, madre y ambiente familiar. Es importante señalar que al tener la visita domiciliaria también un rol diagnóstico, el riesgo se termina de catalogar o se re define, en la propia visita. Otro aspecto a destacar es el peso relativo que tienen las diferentes categorías definidas. Es por ello que se

está definiendo una herramienta que permita ponderar el riesgo para planificar la intervención y evaluar el impacto de la misma. En esta etapa metas asistenciales (Dirección del Sistema Nacional Integrado de Salud) junto al Programa de Salud de la Niñez (DPES) priorizó los siguientes factores de riesgo: prematurez (edad gestacional al nacer < de 37 semanas), recién nacido con patología que requirió cuidados intensivos, recién nacido con defectos o patologías congénitas mayores, embarazo no controlado, patología psiquiátrica severa de la madre, retardo mental moderado o severo, depresión materna, madre menor de 17 años, madre / padre / cuidador consumidor de sustancias psicoactivas, hermano fallecido antes del año de vida.

En relación a los defectos congénitos se priorizarán las patologías detectadas por la pesquisa neonatal y aquellos considerados como malformaciones mayores, defectos congénitos a ser considerados en la visita domiciliaria.

Cardiopatías congénitas, anomalías del sistema nervioso central: anomalías encefálicas, mielomeningocele, encefalocele, síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas, anomalías cráneo-faciales: labio leporino y/o, paladar hendido, fisuras faciales, malformaciones digestivas: atresias digestivas, ano imperforado, malformaciones urogenitales: patología estructural renal y de vía urinaria, criptorquidia, hipospadia, sexo ambiguo, defectos graves de miembros.

Patologías diagnosticadas por el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal: hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, hipoacusia congénita⁶.

Los recién nacidos que causan reiterados ingresos constituyen una importante preocupación clínica y un posible indicador de la gestión hospitalaria.

El **reingreso hospitalario** se considera un indicador de salud; que son instrumentos que se utilizan para medir el estado de salud de una población.

⁶ Stevenson R, Hall J. Human Malformations and Related Anomalies. Oxford Univ Pr; 2nd Edition edition. 2006; 3-82.

Cuantifican los factores que inciden en el proceso-enfermedad y sus consecuencias. Miden hechos, sucesos o fenómenos vinculados directa e indirectamente al proceso salud enfermedad y pueden expresarse en términos de su frecuencia absoluta o a través de relaciones como tasas, proporciones o razones.⁷

La reducción de los reingresos hospitalarios es importante tanto para la calidad de la asistencia médica como para la optimización de los gastos en el centro. Es cierto que muchos reingresos son inevitables y justificados, pero una parte de ellos pueden ser prevenidos.

"(...) Las causas de reingresos hospitalarios de los recién nacidos son variadas, entre ellas las citadas con mayor frecuencia son: edad materna, multiparidad, variación geográfica, situación socioeconómica, partos de pretermino, nacimientos por parto cesárea y alta temprana, que en la actualidad es considerada una causa o factor determinante para la readmisión (...)"⁸

El licenciado de enfermería aplica el **proceso de atención de enfermería** como método de trabajo mediante el cual el profesional aborda las situaciones de salud y enfermedad, con la finalidad de dar respuestas, en base al diagnóstico eliminando o disminuyendo los factores que perjudican y fortalecer los que potencian. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados e integrales. El mismo consta de las etapas de valoración, diagnóstico de enfermería, plan de acción y evaluación.

La valoración es recabar información con la finalidad de poder realizar una adecuada identificación y priorización de las necesidades, intereses y problemas.

⁷ Martínez J, Llorente B, Echegaray M, Urbieto M, González C. Reingreso hospitalario en medicina interna An Med. Ibero [Internet] 2001; 18 (5): 248-54. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n5/original4.pdf> [consulta: 15 ago 2013].

⁸ Navarro E, Mendieta E, Mir R, Céspedes E, Caballero B. Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. Rev. Chil. Pediatr [Internet] 2008; 79(1): 86-91. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1683-98032006000100002&script=sci_arttext [consulta: 15 jul 2013].

Una vez identificados los problemas, se elaborarán los diagnósticos que se corresponderán con los sistemas priorizados. La elaboración de los diagnósticos de enfermería se realiza para llevar a cabo un adecuado plan de cuidados y relaciona a dos variables, efecto/causa.

En el plan de acción se plantean los cuidados de enfermería a brindarse; seguidos de un objetivo claro y medible; y la evaluación consiste en ver si el objetivo propuesto fue cumplido con los cuidados proporcionados de manera que el diagnóstico sea revertido a favor del bienestar del usuario.

El profesional de enfermería que desarrolla su tarea en la comunidad como se ha expresado cumple un rol importante en el desarrollo de la misma como disciplina profesional; su plan de acción queda plasmado a través de los registros.

Los registros son importantes en todos los ámbitos especialmente en el de la salud. La historia clínica es un documento médico legal por lo tanto los registros de enfermería en esta dan a sus acciones cobertura legal. Es el conjunto de documentos que va generando el usuario durante el tiempo de atención.

Cada profesional que atiende al paciente deja registrada toda la información, ya sea de tratamiento, procedimiento, diagnósticos y estudios previos.

El diseño de las historias clínicas puede ser variable, pero ha de cumplir requisitos señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ser legible e intangible, fiable, concisa y estar organizada lógicamente, ser resistente al deterioro, identificar a las personas que hacen las anotaciones y accesible. Adecuados registros reflejan un trabajo multidisciplinario de alta calidad.⁹

Universidad: Determinados por todos los recién nacidos (de 0 a 28 días de vida), de ambos sexos que pertenecen a la población que se encuentra comprendida en el área de influencia en el período 2011-2012.

Objeto: Todos los recién nacidos de riesgo vital.

⁹ Gené J, Jiménez J, Martín A. Historia clínica y sistemas de información. 6a. ed. En: Zurro A, Cano J. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. 6a. ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 411-28.

Muestra: Determinada por todos los recién nacidos de riesgo que reingresaron y fueron visitados en el periodo 2011-2013.

Criterios de inclusión: Todos los recién nacidos de riesgo menores que reingresaron y en los cuales se pudo documentar el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: Todos los recién nacidos de riesgo que no cumplan con los

OBJETIVO GENERAL

Conocer cuales son los factores de riesgo que motivaron el reingreso de los recién nacidos de riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisión de las historias clínicas de la población estudio.
- Identificar a los recién nacidos de riesgo que reingresaron y fueron visitados, desde enero 2011 a diciembre 2013.
- Caracterizar la población de estudio.
- Determinar los factores de riesgo del reingreso de la población en estudio.

DISEÑO METODOLÓGICO

Para nuestra investigación utilizaremos un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, con un muestreo no probabilístico.

El área de estudio estará comprendida en la ciudad de Rosario Departamento de Colonia y áreas de influencia (Juan Lacaze, Nueva Helvecia, Valdense, Tarariras, Miguelete, Florencio Sánchez, La Paz C.P.).

Universo: Determinado por todos los recién nacidos (de 0 a 28 días de vida), de ambos sexos que pertenecen a la institución que se encuentran comprendidos en el área de influencia en el periodo 2011-2013.

Objeto: Todos los recién nacidos de riesgo visitados.

Muestra: Determinada por todos los recién nacidos de riesgo que reingresaron y fueron visitados en el periodo 2011-2013.

Criterios de inclusión: Todos los recién nacidos de riesgo usuarios que reingresaron y se les realizó visita domiciliaria en el período de estudio.

Criterios de exclusión: Todos los recién nacidos que no cumplen con los criterios de inclusión.

Metodología de Recolección de Datos: Se realizará a través de la revisión de las historias clínicas, se extraerán datos de la planilla de la visita domiciliaria al recién nacido de riesgo, la cual es elaborada por el servicio del primer nivel de atención según pautas Ministerio de Salud Pública (MSP). Los datos serán plasmados en un instrumento elaborado por el grupo investigador, el mismo consta de los siguientes datos: factor de riesgo en el reingreso del recién nacido, edad del recién nacido al momento de la visita domiciliaria, edad al reingreso, factor de riesgo de la visita domiciliaria, alimentación recibida al momento de la visita domiciliaria, factores que ayudan a reducir la muerte súbita del recién nacido, situación laboral de los padres, nivel de instrucción de los padres, características de la vivienda (material del Techo, paredes, eliminación de excretas, red eléctrica, agua potable), eliminación de residuos, acciones de enfermería en la visita domiciliaria.

Una vez recabados los datos se prosigue al procesamiento, se elaborarán tablas y gráficos, cuantificándolos y se tratarán estadísticamente.

Definición operativa: término: medida

Clasificación de la variable: cualitativa y cuantitativa

Representación gráfica: gráfico de barras

1-VARIABLE EDAD DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO DE LA VISTA DOMICILIARIA.

Definición conceptual: Período en días de vida del recién nacido, donde se realiza la vista domiciliaria.

Definición operativa: **OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

Clasificación de la variable: cuantitativa discreta.

Representación gráfica: gráfico de barras.

1-VARIABLE FACTORES DE RIESGO EN EL REINGRESO DEL RECIÉN NACIDO.

Definición conceptual: rasgo, característica o exposición del recién nacido a una determinada situación que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, lesión o muerte.

Definición operativa: Bronquiolitis, neumonía, crisis bronca obstructiva, fiebre, vómitos, mal ascenso ponderal, crisis de sofocación, ictericia, dermatitis, hipoglucemia, apneas.

Clasificación de la variable: cualitativa, nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras

2- VARIABLE SEXO.

Definición conceptual: División del género humano en dos grupos, femenino, masculino.

Definición operativa: femenino, masculino.

Clasificación de la variable: cualitativa nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras.

3-VARIABLE EDAD DEL RECIÉN NACIDO AL MOMENTO DE LA VISITA DOMICILIARIA.

Definición conceptual: Período en días de vida del recién nacido, donde se realiza la visita domiciliaria.

Definición operativa: 0 – 8 días, 9 –17 días, 18 –28 días.

Clasificación de la variable: cuantitativa discreta.

Representación gráfica: gráfico de barras.

4-VARIABLE EDAD AL REINGRESO

Definición conceptual: Período en días de vida del recién nacido comprendido desde el alta al reingreso.

Definición operativa: 0 – 8 días, 9 –17 días, 18 –28 días.

Clasificación de la variable: cuantitativa discreta.

Representación gráfica: gráfico de barras.

5-VARIABLE FACTORES DE RIESGO DE LA VISITA DOMICILIARIA

Definición conceptual: rasgo, característica o exposición del recién nacido a una determinada situación que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Definición operativa: Madre menor de 17 años, madre consumidora de sustancias psicoactiva, madre con patología siquiátrica, recién nacido prematuro, malformación congénita, hermano fallecido menor a 1 año, recién nacido que recibió cuidados especiales e internación.

Clasificación de la variable: cualitativa nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras.

6- VARIABLE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO AL MOMENTO DE LA VISITA DOMICILIARIA.

Definición conceptual: Tipo de alimento que recibe el recién nacido al momento de la visita domiciliaria.

Definición operativa: lactancia materna exclusiva, mixta (leche modificada y pecho directo).

Clasificación de la variable: cualitativa, nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras

7- VARIABLE FACTORES QUE AYUDAN A REDUCIR LA MUERTE SÚBITA DEL RECIÉN NACIDO.

Definición conceptual: acciones que los padres o cuidadores pueden poner en práctica para condicionar una situación, reduciendo los riesgos y, adicionalmente, favorecer el bienestar y la salud del bebé. Dentro de estas acciones encontramos las siguientes pautas: posición supina, no exceso de abrigo, ambiente libre humo de tabaco, brazos del recién nacido por fuera de ropa de cama y amamantar al bebé a demanda, incluida toma nocturna los primeros 6 meses de vida.

Definición operativa: cumple con las acciones, no cumple con las acciones.

Clasificación de la variable: cualitativa, nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras

8- VARIABLE SITUACION LABORAL DE LOS PADRES

Definición conceptual: Actividad remunerada por uno de los padres o ambos.

Definición operativa: padre trabaja, madre trabaja, ambos trabajan y no trabajan.

Clasificación de la variable: cualitativa, nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras

9- VARIABLE NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES.

Definición conceptual: Nivel de educación formal máximo alcanzado por los padres.

Definición operativa: Madre analfabeta, primaria completa- incompleta, secundaria completa- incompleta, terciaria incompleta- completa. Padre Analfabeto, primaria completa- incompleta, secundaria completa- incompleta, terciaria incompleta- completa.

Clasificación de la variable: cualitativa, nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras

10-VARIABLE CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA.

Definición conceptual: Edificación cuya principal función es ofrecer refugio a las personas.

Definición operativa: Material de techo y paredes, eliminación de excretas (saneamiento, pozo séptico), presencia de red eléctrica, ausencia de red eléctrica, agua potable intradomiciliaria, agua potable fuera del domicilio.

Clasificación de la variable: cualitativa, nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras

11- VARIABLE ELIMINACIÓN DE LOS RESIDUOS.

Definición conceptual: recolección, tratamiento y eliminación de los diferentes tipos de desechos, reduciendo el nivel de impacto negativo de los residuos sobre el medio ambiente y la sociedad.

Definición operativa: recolector, basural y contenedores.

Clasificación de la variable: cualitativa nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras.

12- VARIABLE ACCIONES DEL LICENCIADO DE ENFERMERÍA EN LA VISITA DOMICILIARIA

Definición conceptual: Actividad de carácter social y sanitario que brinda el licenciado de enfermería basados en fundamentos científicos, permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y de las familias potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.

Definición operativa: Valorar la satisfacción de las necesidades básicas de todo el grupo familiar. Planificar y administrar cuidados, tratamiento, control antropométrico, atención al niño (inmunizaciones, prevención de accidentes). Educar a la familia, dar soporte emocional y técnico, acompañar a la familia en situaciones de enfermedad terminal y muerte.

Promover un funcionamiento familiar adecuado, fomentar estilos de vida saludables.

Clasificación de la variable: cualitativa nominal.

Representación gráfica: gráfico de barras.

MÉTODO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El marco legal para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos en nuestro país, establece la formación de comités de ética que salvaguarden los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de estudio, controlando en especial que se cumplan en la investigación los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Así mismo serán los encargados de velar por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la Declaración Universal de Derechos Humanos, lo dispuesto en la

Constitución de la República en su Artículo 44 y la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 – Orgánica de Salud Pública -, Resolución del Poder Ejecutivo N° 610/005, (Interna N° 68) de 11 de abril de 2005 y en el Decreto N° 379/008 de 4 de agosto de 2008.

Para desarrollar nuestro trabajo de investigación deberemos: obtener autorización de las autoridades de la Cooperativa Asistencia Médica de Este de Colonia (CAMEC) para la realización de esta investigación.

ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE LAS VARIABLES

En base a los datos que se obtenga de la muestra y para responder al problema y objetivos planteados, se presentarán una serie de tablas de frecuencia y porcentuales, que mostrarán el resumen de datos para cada variable, lo cual permitirá evaluar las tendencias de cada una de ellas y así cumplir con la parte descriptiva de nuestra investigación. Mostrando dichas tendencias estadísticamente al graficar los datos de cada variable. Se realizará a través del soporte informático, Microsoft Office mediante el programa Excel, donde se procesarán los datos obtenidos.

CRONOGRAMA

Actividades	Julio 2013	Ago. 2013	Set. 2013	Oct. 2013	Nov. 2013	Dic. 2013	Enero 2014	Febrero 2014	Marzo 2014	Abril 2014	Mayo 2014	Junio 2014	Julio 2014	Ago. 2014	Set. 2014
Elección del tema															
Revisión Bibliográfica															
Planteamiento del problema															
Elección de la metodología															
Elaboración del protocolo															
Primera tutoría															
Segunda tutoría															
Tercer tutoría															
Cuarta tutoría															
Entrega protocolo															
Aplicación protocolo															
Análisis de datos															
Entrega informe final															
Defensa															

PRESUPUESTO

Recursos Financieros: \$U 17.000

Transporte: \$U 12.000

Conexiones a Internet: \$U 1.000

Papelería: \$U 500

Impresiones: \$U 2.500

Llamadas Telefónicas: \$U 1.000

Recursos Humanos: 5 estudiantes de Licenciatura en Enfermería.

Recursos Materiales:

De uso: Bibliografía

Computadora

Impresora

De consumo: Compact disc, tinta de impresión, fotocopias, papelería.

3- Navarro E, Wenzel E, Mir R, Aspöck E, Cabañero S. Recomendaciones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. *Rev. Chil. Pediatr [Internet]* 2005; 70(1): 56-61.

Disponible en: http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=0709-08242005000100005 [consulta: 15 jul 2013].

BIBLIOGRAFIA

1- Organización Mundial de la Salud - UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. [Internet]. 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf?ua=1 [consulta: 15 jul 2013].

2-Frías A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000: 49-51.

3-Ibid. p.52-58.

4- Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud. Meta 1: Metas del niño, niña y la mujer. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Instructivo_Meta_1_-_2013-2014.pdf [consulta: 17 jul 2013].

5-Lizarraga C, Sánchez- Arruiz A. Visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera. *Rev. Anales Sis San Navarra* 2002; 25 (supl 2): 7-16.

7- Martínez J, Llorente B, Echegaray M, Urbieto M, González C. Reingreso hospitalario en medicina interna *An Med. Itern* [Internet] 2001; 18 (5): 248-54. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n5/original4.pdf> [consulta: 15 ago 2013].

8- Navarro E, Mendieta E, Mir R, Céspedes E, Caballero B. Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto. Rev. Chil. Pediatr [Internet] 2008; 79(1): 86-91.

Disponibles en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1683-98032006000100002&script=sci_arttext [consulta: 15 jul 2013].

9-Gené J, Jiménez J, Martín A. Historia clínica y sistemas de información. 6a. ed. En: Zurro A, Cano J. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. 6a. ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 411-28.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Barrenechea C, Menoni T, Lacava E, Mongue A, Acosta C, Crosa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: CSEP; 2009.

Jacquier N, Dos Santos L, Wolhien L, Martínez R. Introducción a la enfermería comunitaria: una contribución a la salud colectiva. Posadas, Misiones: Edición del Autor; 2011.

Pérez M, Acosta C, Callorda C. Seguimiento domiciliario del binomio madre – hijo en situación de vulnerabilidad. Montevideo: UR, CSEP; 2012.

Ramos E. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Madrid: DAE; 2002.

Stevenson R, Hall J. Human malformations and related anomalies. 2a.ed. Oxford: Oxford Univ Pr; 2006.

ANEXOS

		INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS													
FACTORES DE RIESGO EN EL REINGRESO	Bronquiolitis													TOTAL	
	Neumonía														
	Crisis Bronco-obstructiva														
	Apnea														
	Crisis de sofocación														
	Malacenso Ponderal														
	Ictericia neonatal														
	Fiebre														
	Hipoglucemia														
	Vómitos														
	Dermatitis														
SEXO	F														
	M														
EDAD AL MOMENTO DE LA VISITA	0-8														
	9-17														
	18-28														
EDAD AL REINGRESO	0-8														
	9-17														
	18-28														
FACTORES DE RIESGO DE LA VISITA DOMICILIARIA	Madre < 17 a.														
	M. consumidora sust. psicoactivas														
	M. con patología psiquiátrica														
	R.N. prematuro														
	Mal formación congénita														
	Hno fallecido < 1 a.														
	R.N. cuidados esp. o internación														
ALIMENTACIÓN EL R.N. EN VISITA	Lactancia exclusiva														
	Alimentación o/fórm.														
	Mixta														
FACTORES QUE AYUDAN A REDUCIR LA MUERTE SUBITA	Posición supina														
	No exceso de abrigo														
	Ambiente libre de humo de tabaco														
	Brazos por fuera														
	Amamantar al bebé														
SITUACIÓN LABORAL DE PADRES	Padre trabaja														
	Madre trabaja														
	Ambos trabajan														
	Ambos no trabajan														

Rosario 10 de Diciembre del 2013.

Sra. Jefa del Dpto de Enfermería Lic. en Enf Soledad Florio
Presento:

Los abajo firmantes estudiantes de la Carrera Escalonada de Lic. de Enfermería y funcionarios de la institución de CAMEC solicitan a ud autorización para llevar a cabo el campo clínico de nuestro trabajo final de investigación correspondiente a la última etapa de nuestra carrera. El mismo consiste en realizar un relevamiento de datos de HC, de los recién nacidos de riesgo asistidos en nuestra institución en el servicio Materno Infantil, correspondiente a los años 2011-2013. Así como el de analizar la información recabada durante estos mismos años, por el servicio de Metas Asistenciales en lo que se refiere a las visitas domiciliarias realizadas a los recién nacidos de riesgo. Con el fin de investigar el grado de incidencia de la visita domiciliar en esta población de riesgo, en lo que respecta al ingreso a la institución luego del alta.

Debemos aclarar que la información que se maneje quedará comprendida dentro de lo estipulado en el marco regulatorio de los aspectos éticos de toda investigación con sujetos humanos, establecida en la Constitución de la República en su Artículo 44 y la ley N° 9202 del 12 de enero de 1934- Orgánica de Salud Pública-Resolución del Poder Ejecutivo N° 610/005, (Interna N° 68) del 11 de abril de 2005 y en el decreto N° 379/08 del 4 de agosto de 2008.

Quedamos a la espera de una pronta respuesta
Sin otro particular, saludan a Uds. atte.

Br. Carbajal, Daniel	C.I.
Br. Manz, Roxana	C.I.
Br. Oviedo, Vanessa	C.I.
Br. Pessolun, Solange	C.I.
Br. Torres, Marisa	C.I.

[Firma]
Daniel Carbajal

[Firma]
Roxana Manz

[Firma]
Vanessa Oviedo