



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



**PERCEPCIÓN DE LOS LICENCIADOS EN
ENFERMERÍA DEL SEGUNDO Y TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN, SOBRE EL
SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE
RIESGO Y SU FAMILIA AL ALTA**

Autor:

Lic. Enf. Esp. Alicia Pérez Borba

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 la Facultad de Enfermería por su Plan de Maestrías.

A los Dptos. De Enfermería Comunitaria y Materno Infantil de la Facultad de Enfermería.

En forma particular a nuestra tutor Mgr. LE Teresa Menoni por su acompañamiento y guía en el proceso del trabajo, y a todos aquellos Profesores que nos brindaron su apoyo y orientación.

A nuestras familias por su paciencia y aliento permanente.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
EOA	Emisiones Oto Acústicas.
MCF	Maternidades Centradas en la Familia.
FENF	Facultad de Enfermería
L.E.	Licenciados en Enfermería
MCF	Maternidades Centradas en la Familia
NICHHD	Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano
NU	Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNA	Primer Nivel de Atención
SOCAT	Servicio de Organización, Consulta y Articulación Territorial.
R. N	Recién Nacido
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TF	Teoría Fundamentada
UdelaR	Universidad de la República
UCC	Uruguay Crece Contigo
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Tabla de contenido

RESUMEN	6
RESUMO	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
1. ANTECEDENTES	12
2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	17
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	19
4. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	20
5. OBJETIVOS	22
6. CONSIDERACIONES ETICAS	22
CAPÍTULO 1 - MARCO CONCEPTUAL	24
1.1 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE PERCEPCIÓN	24
1.2 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE ALTA DEL PACIENTE	25
1.3 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE SEGUIMIENTO	28
1.4 CONCEPTUALIZACIÓN R.N DE RIESGO	31
1.5 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	33
1.6 ROL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA.	37
CAPÍTULO 2 - METODOLOGÍA.....	43
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	43
2.2 DEFINICIÓN DEL AMBIENTE Y EL MUESTREO DEL ESTUDIO	46
2.2.1 CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN	47
2.2.2 SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	48
2.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	48
CAPÍTULO 3 -RESULTADOS	49
3.1 REFERENCIAS METODOLÓGICAS GENERALES DEL ESTUDIO	49
3.2 SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO Y SU FAMILIA AL ALTA HOSPITALARIA.	52
LA PERSPECTIVA DE LAS L.E DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.	52
3.3 ASPECTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA	52

3.4 ASPECTOS PERSONALES, AFECTIVIDAD, SUBJETIVIDAD, EXPERIENCIAS PERSONALES	57
3.5 ASPECTOS ORGANIZACIONALES	59
3.6 ASPECTOS SOCIALES, FAMILIARES, COMUNITARIOS Y DE DERECHOS	62
CAPÍTULO 4 – DISCUSIÓN	66
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	85

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 y atención de los Licenciados en Enfermería en los diferentes Niveles de Atención.

Para fortalecer el cuidado integral, adaptándolo a la realidad y a las necesidades de cada familia al alta hospitalaria sería necesario captar, planificar y coordinar con el equipo. Esta investigación 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, tres Hospitales de segundo y tercer nivel de atención, utilizando la metodología cualitativa. Se realizaron catorce entrevistas semi estructuradas, grabadas, utilizando como diseño de análisis de los datos la Teoría Fundamentada. En el muestreo del estudio participaron ocho Licenciadas en Enfermería, todas mujeres, con edades entre 31 y 52 años, que contaban con cinco años de experiencia en el área. Luego del análisis del contenido de los datos discursivos, las categorías emergentes del estudio dan cuenta que; las L.E al gestionar el plan de alta se enfrentan a dificultades relacionadas a lo organizacional y a conflictos del rol en los equipos. Destacan una mejora continua en la inclusión del modelo de Maternidades Centradas en la Familia. La referencia y contrareferencia entre los niveles de atención es percibida con nexos débiles y carencia en la información. El seguimiento en el PNA se percibe acompañado de elementos limitantes y otros favorables, que lo afrontan encontrando estrategias y recursos que lo facilitan en toda su dimensión.

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

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 à 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 e 2017, na cidade de Montevideu, 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 discursivos, a categoria emergente do estudo indica que as L.E ao coordenar o plano de alta enfrentam dificuldades relacionadas à 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 contrarreferência 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.

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. **First Level Attention's** center (PNA) 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*” programmer’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 PNA monitoring is accompanied by several limiting and the search of solution will require the development of strategies measures to position the PNA programmer in all dimension.

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

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 investigado específicamente 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 Primer Nivel de Atención. Se realizó una investigación de naturaleza cualitativa siguiendo el método de la Teoría Fundamentada al análisis de los datos.

La modificación del perfil epidemiológico de los RN en nuestro país, donde hay prevalencia de nacimientos prematuros y de niños con patologías complejas, requeriría de una forzosa adecuación del sistema de salud y una red de asistencia integral, siendo mayor el desafío cuando se encuentran presentes los determinantes sociales como; la desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia, y la injusticia. 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, “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 disminuyó un 44% al pasar 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. El dato del porcentaje de la 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 último trimestre. Otras cifras, del año 2015, aportan datos sobre los nacimientos prematuros en el Hospital de

Referencia Nacional, son de 11,8 % y de éstos el 3,4% son de gestaciones sin control prenatal.¹

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 deben recorrer una etapa de adaptaciones múltiples que implican entre otros aspectos, responsabilizarse de los cuidados requeridos en el hogar. Una vez que el 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 como impactará en el resto de la familia la condición de este nuevo integrante.² Es parte del rol de los L.E, la responsabilidad del plan de cuidados del Recién Nacido de alto riesgo en conjunción con los otros miembros del equipo y sus familias para 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 contemple todos los aspectos biopsicosociales y como manifiesta la Prof. Mercedes Pérez “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”. La investigación tiene como objetivo general; conocer las percepciones de los L.E con respecto al plan de alta, la continuidad de la atención y el seguimiento en PNA de los RN de riesgo y sus familias.

A pesar de la relevancia del tema, en la búsqueda de literatura científica al respecto, no identificamos investigaciones referidas al tema, con la perspectiva que hemos planeamos investigar el fenómeno. Aunque en investigaciones cualitativas la búsqueda de literatura, sirve como antecedentes contra los cuales se comparan los hallazgos obtenidos por medio de los datos en las entrevistas. Para complementar acerca de las propiedades y dimensiones de los

¹ Ministerio de Salud Pública. Montevideo: Departamento de Epidemiología, 2014. Disponible en <http://www.msp.gub.uy> [consulta: 16 dic 2015].

² Sola, Augusto Cuidados neonatales: descubriendo la vida de un recién nacido enfermo.1ª ed.

1ª reimp. Buenos Aires: Edimed-Ediciones Médicas, 2011. 2 v.

conceptos que emergen de los datos. Siendo imposible conocer *a priori* los que serán los conceptos teóricos que son finalmente descubiertos y que emergen en los discursos de las entrevistadas, por la que se realizan nuevas búsquedas bibliográficas.

Esta investigación se llevó a cabo por dos Licenciadas en Enfermería, Mastrandos en Salud Comunitaria, abordando en común un mismo tema, que fue analizado en el terreno profesional, siendo una de las características de la I.C; estudiar en el terreno donde se resuelve aquello de que se trata. (R.A.E) Una investigadora exploró las percepciones de los L.E, del proceso del alta en Segundo y Tercer Nivel de Atención. La segunda investigadora; las percepciones de los L.E sobre el seguimiento en el Primer Nivel de Atención.

El trabajo de campo fue realizado en conjunto por ambas investigadoras realizando entrevistas semi estructuradas y grabadas, cuyos ambientes de encuentro fue, en Instituciones Públicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención del 22 de junio de 2016 al 20 de febrero de 2017. Cabe aclarar que no hay autorización para nombrar los Hospitales Públicos. La realización del protocolo de investigación fue en conjunto por las dos L.E, la recolección, análisis y procesamiento de los datos de los entrevistados, la responsabilidad se dividió de la siguiente manera: Primer Nivel de Atención (investigador 1 L.E.Esp. en Enfermería Materno Infantil y en Neonatología; María Rita Pérez Faggiani.) y 2do y 3er Nivel de Atención (investigador 2 L.E.Esp. en Enfermería Materno Infantil y en Neonatología; Alicia Pérez Borba). El número de participantes de la población de estudio quedó definido por muestreo teórico, de lo que se da cuenta en el aspecto metodológico. En la I.C el muestreo teórico se realiza en base a lo que emerge de los datos por lo cual se denomina, que es emergente. Se realizaron sesiones de trabajo compartidas para el análisis, la discusión de los resultados y elaboración de las conclusiones generales.

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 pretendíamos investigar. De ésta búsqueda destacaremos documentos que se refieren a la situación en América Latina y del Uruguay. Se acentúan y daremos cuenta a documentos relacionados a la situación del tema en general.

Si bien no fue posible encontrar una versión más actualizada de este material, haremos referencia al documento de la OPS, Organización Panamericana de la Salud “Manual AIEPI Neonatal, Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia” que con 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, en éstos documentos no se encontró actualización en la nueva búsqueda bibliográfica aunque tiene valor como antecedente.

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, debería merecer mayor atención. Este es el

período en donde el continuo 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).

El objetivo 3 (tres) del documento destaca que; “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 hasta 2030. ³ Promueven 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 sobrevida 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.⁴

En éste proceso de acercarnos a publicaciones de la región latinoamericana, encontramos la “Guía de Seguimiento de los tres primeros años de R.N Prematuros de muy bajo peso”, (2009) documento de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología que en su introducción expresa; *“Con la mayor sobrevida de bebés muy prematuros y recién nacidos con graves patologías,*

³<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/> [consulta: 20.abr.2017]

²<https://www.nichd.nih.gov/research/supported/Pages/globalnetwork.aspx> [consulta: 17.nov.2015]

⁴<https://www.nichd.nih.gov/research/supported/Pages/globalnetwork.aspx> [consulta: 17.nov.2015]

*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.”*⁵

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 y mortalidad. Reconocieron como conclusión que la mejora en la asistencia de calidad en el prenatal, durante el parto y después del nacimiento, es relevante para disponer de políticas y estrategias que aseguren la continuidad y acompañamiento sistematizado de todos los recién nacidos.⁶

Un estudio analítico, de tipo cohorte llevada a 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.⁷

⁵ Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics Hospital Discharge of the High-Risk Neonate. *Pediatrics* 2009, 122 (5): 1119-1125.

⁶ 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://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400015> [consulta: 03 jun. 2015].

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 el análisis de datos se utilizó el Análisis de Contenido. Los resultados indican que el proceso de darle alta hospitalaria 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 la enfermera, 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. ⁸

En nuestro país, en el año 1971 fue creado lo que se llamó Plan 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 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 proceso histórico que ha llevado el Programa Aduana a convertirse en una potente herramienta para el sistema de salud.⁹

⁸ Nietsche 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].

⁹ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Área Niñez y Adolescencia. ASSE. Manual de Procedimientos .Reperfilamiento del Plan Aduana. Montevideo: MSP; 2014.

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 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 debería incluirse y funcionar en estas redes y se visualiza más naturalmente cuando se desempeñan 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.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

En nuestro país se ha modificado el perfil epidemiológico de los Recién Nacidos, donde hay prevalencia de nacimientos prematuros y de niños con patologías complejas que requieren de una forzosa adecuación del sistema de salud y una red de asistencia integral siendo mayor el desafío cuando entran en juego los determinantes sociales como; la desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia. 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, en los últimos 11 años en nuestro país se registra una fuerte caída en la Tasa de Mortalidad Infantil. En el período 2004 – 2016 la Tasa de mortalidad infantil al pasar de 13.2 o/oo en el año 2004 a 7.9 o/oo en el año 2016. Esta cifra actual se vincula a la prematurez, a las malformaciones congénitas, trastornos genéticos, consumo de sustancias psicoactivas y ausencia de controles de embarazo.¹⁰ Estos aspectos en general referidos a nivel nacional, dan una medida de la importancia y jerarquía del tema elegido para el estudio. El dato del porcentaje de la 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 último trimestre. Otras cifras, del año 2015, aportan datos sobre los nacimientos prematuros en el Hospital de Referencia Nacional, son de 11,8 % y de éstos el 3,4% son de gestaciones sin control prenatal. Otra fuente aporta datos sobre la prematurez, donde el nacimiento prematuro en el 9% de los nacidos vivos anualmente en el país y es la principal causa de internaciones en CTI, en el año 2015 el fallecimiento es 64% por causas perinatales y por malformaciones congénitas. En el 2016 ésta cifra fue de 78%. Esto significa que casi el 80% de los fallecimientos en este año, fueron causados por las patologías más difíciles de combatir y son difícilmente evitables. Dicho de otra forma las muertes evitables bajaron drásticamente en el 2016 si lo comparamos con el año anterior. Hoy el desafío es; el tratamiento y detección de las causas duras de mortalidad, las malformaciones y las asociadas al periodo del nacimiento.

¹⁰ Ministerio de Salud Pública. Montevideo. Departamento de Epidemiología, 2016. Disponible en <http://www.msp.gub.uy> [8 de abr 2017]

A nivel profesional de los L.E es necesario profundizar e investigar la realidad de sus actividades, frente al cambio del sistema de salud en el país. Con la Reforma Sanitaria del estado Uruguayo en el año 2007 se crea el SNIS y el FONASA, lo que requiere grandes cambios, donde se implementó un cambio de Modelo de Gestión y un cambio de Modelo de Atención. Cambio desde una concepción de A.P.S con énfasis en la Promoción y Prevención y para el cambio del Modelo de Gestión enfatiza la participación de los usuarios y trabajadores.

Uno de los mayores méritos del SNIS es que la base de su concepción filosófica y ética es el desarrollo pleno de un ser humano como ser bio-sicosocial. Es un instrumento de educación, compromiso con la salud individual y colectiva, de democracia y justicia social. Se requieren RRHH calificados, comprometidos con los objetivos de la reforma. El cuidado de Enfermería es el cuidado de una vida humana que se desarrolla en el proceso vital. Para determinar las necesidades de RRHH de Enfermería se debe considerar la diversidad de factores para una planificación en las necesidades de salud de la población a la que prestan sus servicios. La sobrecarga de trabajo de los servicios no es la única fuente de información para elaborar los cambios del Modelo de Atención. La OPS define “Dotación de Personal” como un proceso integrado para determinar el número y categorías del Personal de Enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente para la atención. Las asignaciones del trabajo de enfermería para el cuidado se consideran: los criterios de clasificación de la atención, el grado de dependencia, la calificación y el área de desempeño.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación busca conocer cuál es la percepción de las L.E tienen sobre el alta del paciente, la continuidad y el seguimiento de la atención a partir de sus realidades, en los escenarios donde acontece. A partir de ello la pregunta específica para estudiar el fenómeno es; ¿Que percepciones tienen las L.E acerca del alta hospitalaria del RN de riesgo y su familia, de la continuidad en la Atención y el Seguimiento en el PNA?

Desde que se produce el alta del RN de riesgo en algunas ocasiones en el tercer o segundo nivel de atención, comienzan los controles de seguimiento de la evolución en el PNA, existe un período de transición, donde el niño y su familia deben recorrer una etapa de adaptaciones múltiples que implican entre otros aspectos que la familia se responsabilice de los cuidados requeridos en el hogar. La Prof. Mercedes Pérez (2013) la Directora de la Cátedra Materno Infantil y Decana de la Facultad de Enfermería manifiesta “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” y “es parte del rol de los L.E, facilitar el acompañamiento y continuidad de los cuidados”¹¹. Para ello se requeriría dentro del proceso de atención de enfermería una planificación del alta individualizada y que se contemplen todos los aspectos biopsicosociales de la familia, que se contemple el entorno, las redes de apoyo y las necesidades que transmiten, durante el período de internación.

¹¹ Udelar.FENF.Departamento de Enfermería Materno Infantil. Departamento de Enfermería Comunitaria.Seguimiento Domiciliario del Binomio Madre-Hijo en Situación de Vulnerabilidad.CSEP.Montevideo: 2012.

4. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se ha realizado un estudio de naturaleza cualitativa siguiendo el método de la Teoría Fundamentada, en los datos. De acuerdo al paradigma cualitativo consiste en extraer aspectos significativos de las percepciones o significados de las Licenciadas en Enfermería que nos posibilite efectuar una reflexión teórica en base a lo que ellas mismas expresan. Haciendo referencia a Irene Vasilachis (2006), la autora reseña "... ¿a qué pregunta de investigación responde la investigación cualitativa?" se interesa por la vida de las personas, por sus historias, por su comportamiento, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos, en forma situada, es decir ubicándolos en el contexto particular que tienen lugar. Trata de comprender dichos contextos, sus procesos y de explicarlos recurriendo a la causalidad local.

Para los autores; Strauss y Corbin (1998) 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. La T.F parte de la necesidad expresa de construir en forma inductiva durante el proceso de investigación, nuevos conceptos relacionados o redefinir los existentes, articulándolos en teorías más generales.¹²

"La teoría fundamentada 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."¹³

La contribución y la utilidad que realiza la Teoría Fundamentada para enfermería es que, permite contextualizar el cuidado, desvelar interacciones, las construcciones se hacen sobre una actividad y sus componentes culturales y sociales. El cuidado es un encuentro con el otro;

¹² Vasilachis de Gialdino I. Estrategia de Investigación Cualitativa. 1 ed Barcelona: Gedisa; 2006

¹³ Dantas CC. A enfermeira gerenciando o cuidado de clientes com Hiv/Aids: o nao dito pelo feito visando um cuidado igualitario independente da patologia[dissertacao]

un encuentro con lo diferente a nosotros mismos y con los estudios cualitativos se hace evidente el componente del cuidado que no son considerados en los estudios cuantitativos. La Teoría Fundamentada es un método de investigación que ofrece la manera de representar la realidad, que arroje luz o un entendimiento sobre lo estudiado. Charmaz, K. (2005): 507 lo define al método como “...unas directrices analíticas que permiten a los investigadores focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales”. La Enfermería está en una posición privilegiada para explicar a otros el mundo del enfermo, su familia y los procesos que acontecen al interior, conoce esos mundos como no lo hace otra disciplina. Por su lado, la T.F es una herramienta de análisis que formaliza éste conocimiento y con ello contribuye a unos cuidados de enfermería culturalmente competente y congruente. ¹⁴

Para ello hemos realizando estrategias de contacto en el campo de investigación, lugar donde se encuentra el objeto de estudio o donde se encuentra el fenómeno a estudiar, con entrevistas semi estructuradas grabadas a Licenciadas en Enfermería de diferentes Instituciones Públicas en los dos niveles de atención.

¹⁴ Cuesta Benjumea, C. (2012). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*, 0(20), 136-140. doi:<https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.19>

5. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Conocer las percepciones de los LE con respecto al plan de alta, la continuidad de la atención y el seguimiento en PNA de los recién nacidos de riesgo y sus familias.

B. OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer las percepciones de las L.E. del segundo y tercer nivel de atención sobre el proceso del alta hospitalaria del RN de riesgo y su familia.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

Es necesario explicar que el estudio o investigación cualitativa es interpretativa y subjetiva, razón por la cual la validez de ésta investigación se basará en los conceptos de Corbin J. y Strauss A. (1990) los cuales son; credibilidad, confiabilidad y verdad. Los cuales garantizan la calidad de la información obtenida, el análisis y la documentación final. Los autores enfatizan que los conceptos de muestreo teórico y saturación teórica de la información aseguran la validez y la confiabilidad. Según Patton (1990) para la validez de una 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 durante el trabajo de campo. Un estudio cualitativo 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? 3. ¿Qué suposiciones subyacen al estudio? ¹⁵

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

¹⁵ 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

investigación ¹⁶ cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería a quien le fuera solicitado oportunamente y se encuentra en el Anexo N° 1. 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 él 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 les entregó 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. Las informantes fueron orientados con una descripción detallada de la naturaleza de la investigación, sus objetivos, el instructivo de la entrevista y se solicitó autorización para grabar la misma.

¹⁶ Pérez A, Pérez R, Protocolo tesis Plan de Maestría. 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 cinco sentidos básicos” “Proviene la palabra del verbo *latino percipere*. *Per*:(preposición) y *capio*: (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.”¹⁷

¹⁷ Vargas Melgarejo L M, Sobre el concepto de percepción. Alteridades 1994447-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>. Fecha de consulta: 6 de mayo de 2016.

1.2 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE ALTA DEL PACIENTE

El plan de alta es un elemento que contribuye a dar continuidad a la atención entre los niveles y durante las diferentes etapas del proceso. Es el puente entre los niveles de atención y de la solidez de ese puente dependerá la posibilidad de que esa familia comprenda lo que está ocurriendo y de esta forma proteja su salud y favorezca la evolución adecuada a sus necesidades. Algunas de las actividades que se requiere para planificar el alta son: recolección de datos durante la internación, entrevista con la familia, orientar sobre situaciones específicas o prevención de signos de riesgo, reuniones o encuentros con los equipos multidisciplinarios, integración de la familia a las actividades que implica el plan de alta, sistema de registros completos para actuar de puente y la coordinación intra y extra hospitalaria. Los equipos de Enfermería juegan un rol fundamental en la gestión del plan de alta, comunicando, coordinando entre los integrantes del equipo, con especialistas y orientando a las familias. Constituye una actividad del área independiente de enfermería. El desarrollo de guías de cuidado y protocolización del plan de alta facilita el trabajo y da las garantías necesarias del cuidado para el usuario y la familia.¹⁸

“El alta hospitalaria es un momento muy esperado por los padres del recién nacido de riesgo, pero también un momento de mucho estrés. Durante semanas y hasta meses, los padres se sienten seguros por el hecho de que su hijo se encuentra atendido y cuidado por personas capacitadas que pueden detectar y resolver cualquier problema.” “Para que ese momento se efectivice y los padres se sientan aptos para cuidar a su hijo en el hogar debería haber una planificación y una enseñanza previa, preparación para el alta que comienza ya desde el momento del ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos”.¹⁹

¹⁸ Udelar.FENF.Departamento de Enfermería Materno Infantil. Departamento de Enfermería Comunitaria. Seguimiento Domiciliario del Binomio Madre-Hijo en Situación de Vulnerabilidad. Cap. 43- 59 CSEP.Montevideo: 2012.

¹⁹ Tamez, RN Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal: asistencia del recién nacido de alto riesgo/Raquel Nascimento Tamez.- 5º.ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires.: Médica Panamericana,2016

Todos los profesionales de la UCIN en la atención de los recién nacidos de riesgo deberían tener en cuenta al momento de planificar los cuidados, el gran impacto que produce en la familia tener un hijo internado al comienzo de la vida y transitar el alta al domicilio. Los siguientes aspectos a considerar serían; los criterios clínicos que el RN está en condiciones de cumplir (termorregulación, estabilidad cardiorespiratoria, alimentación calórica por succión, patrón de ganancia de peso), los aspectos socio económicos y culturales de la familia, la calidad del vínculo que los padres o cuidadores han logrado establecer, la elaboración de un plan educativo específico para cada familia de acuerdo a sus necesidades y su nivel educativo, liderado por el L.E que incluya entrenamiento práctico y materiales gráficos, que ayuden a garantizar la adecuada atención, con sus posibilidades, en el hogar, coordinar el seguimiento según sus necesidades en el lugar de derivación cercano y accesible a la residencia de la familia.²⁰

En el Manual de Procedimientos del Programa Aduana de ASSE en el año 2014 define “alta” como... *“el procedimiento administrativo/asistencial que operacionaliza el momento en 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.”*²¹

²⁰ Materba M. La transición de la Unidad al hogar del prematuro y sus padres. Rev. de Enferm. (Arg.Fundasamin) 2011; 4 (12): pp 4- 7.

²¹ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Área Niñez y Adolescencia. ASSE. Manual de Procedimientos. Reperfilamiento del Plan Aduana. Montevideo: MSP; 2014.

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”*²²

²² Udelar.FENF.Departamento de Enfermería Materno Infantil. Departamento de Enfermería Comunitaria. Seguimiento Domiciliario del Binomio Madre-Hijo en Situación de Vulnerabilidad. Cap 4 43- 49 CSEP.Montevideo: 2012.

1.3 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE SEGUIMIENTO

Durante las últimas décadas, gracias a los avances en medicina materno- fetal y a la implementación de nuevas terapias en las UCIN, se ha logrado mejorar la sobrevivencia neonatal y también la de los recién nacidos de riesgo. Ésta realidad exigiría por parte de los equipos de salud, la familia y la sociedad el compromiso de asegurar la vigilancia durante el desarrollo de éstos y favoreciendo los controles y el seguimiento luego del alta hospitalaria. ²³

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. Tras el alta se sugiere la posibilidad de un seguimiento a largo plazo con un equipo interdisciplinario. Ésta forma de cooperación entre varias disciplinas posibilita una comprensión más certera de la evolución que va aconteciendo tanto en el crecimiento como en el desarrollo. ²⁴ 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, su entorno familiar, social y cultural. 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

²³ Sola, Augusto Cuidados neonatales: descubriendo la vida de un recién nacido enfermo.1ª ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Edimed-Ediciones Médicas, 2011. 2 v.

²⁴ Basso, Graciela Neurodesarrollo en Neonatología: intervención ultra temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.1º.ed- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Médica Panamericana, 2016

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 e integración familiar, derechos y contexto socio cultural. Enfermería debería reclamar 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 estrés fisiológico y psicológico que implica. Otra estrategia es el cuidado domiciliario una vez que el niño haya superado los problemas agudos de salud y abordar integralmente a la familia. 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. 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 efectivos”. 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”. Constituye una propuesta para optimizar el seguimiento, la continuidad y la atención en los cuidados del recién nacido de riesgo que egresa del centro hospitalario.²⁵

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.*”²⁶

²⁵ Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S, Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paulista de Enfermagem 2007;20(4):499-503. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026615010>. Fecha de consulta: 4 de mayo de 2017.

²⁶ ROVERE, M.(1999) 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)

1.4 CONCEPTUALIZACIÓN R.N DE RIESGO

Genéricamente *riesgo* es la probabilidad de que un hecho, en general adverso, se produzca y 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 qué ; *“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 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”*.

Se puede definir al RN de riesgo como aquel que independientemente de su edad gestacional o peso al nacer, tiene probabilidad de mortalidad o de morbilidad, debido a circunstancias superpuestas al curso normal de los acontecimientos asociados al nacimiento y a su adaptación a la vida extrauterina. El período de alto riesgo abarca el crecimiento y desarrollo del ser humano desde el momento en que es viable hasta 28 días de nacido. Se incluye las amenazas para la vida y la salud ocurridas durante los períodos prenatal, perinatal y posnatal. Se considera recién nacido de riesgo cuando a éste y a su familia se le asocia la exposición de uno o más factores de riesgo, que presente una alta o menor probabilidad de padecer una enfermedad en el momento cercano al nacimiento o secuelas luego de nacer. Basado en la valoración de factores; preconcepciones, gestacionales, obstétricos, neonatales y sociales,

factores éstos que pueden causar patologías o daño. El nacimiento y el acompañamiento de los recién nacidos de riesgo es uno de los desafíos 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. También el recién nacido de riesgo es aquel que ha nacido con condiciones anormales, particulares y definidas de salud y según la evidencia surgida en estudios de 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”²⁷ Los 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 controles prenatales, y embarazo adolescente entre otros. Las influencias del medio ambiente especialmente, sobre 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 en el hogar, el estilo de vida de los padres o familia y el cuidado de los niños.²⁸

En nuestro país el conjunto de características que definen el riesgo tanto biológico como social, toman como base aquellas definidas por las Metas Asistenciales, y el listado comprende la prematuridad, los RN con defectos o patologías congénitas mayores, patologías orgánicas crónicas y/o aguda compleja, cuidados paliativos, RN que hayan presentado infecciones congénitas específicas, patología psiquiátrica severa y/o retardo mental del cuidador principal, consumidor/a de sustancias psicoactivas, antecedentes legales (problemas en la crianza de los hijos) RN mal controlados, pobreza extrema e indigencia.²⁹

²⁷ Sola, Augusto Cuidados neonatales: descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. 1ª ed. 1ª reimpr. Buenos Aires: Edimed-Ediciones Médicas, 2011. 2 v.

²⁸ Martell M., Burgueño M., Arbon 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).

²⁹ <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/instructivo-meta-1-abril-2017-marzo-2019>

1.5 CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Dentro de las formas de organización de los Servicios de Salud los Niveles de Atención se definen; como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. En manifestación del Dr. Julio Vignolo, Profesor del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo; la estrategia de los Niveles de Atención a la Salud clásicamente se distinguen en; el Segundo Nivel de Atención se ubica en los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención de la salud en todas las ramas de la medicina interna, ginecología, pediatría, cirugía general y las especialidades. Se estima que entre el primer nivel y el segundo se resuelven el 95% de los problemas de salud de la población. En el Tercer Nivel, se reserva a la atención de los problemas poco prevalentes, de patologías complejas que requieren de procedimientos especializados y de alta tecnología. En éste nivel se resuelve el 5% de los problemas de salud que se planteen. Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrareferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrareferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles.

Para que esto se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención.

La referencia constituye un procedimiento administrativo- asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La contrareferencia es el procedimiento administrativo- asistencial mediante el cual el establecimiento de salud devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el

resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

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.³⁰

La Facultad de Enfermería de la UDELAR en su Plan 93 puntualiza a la *Enfermería como 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 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*

³⁰ Levcovitz E, Antonioli G, Sánchez D, Fernández Galeano M, ed. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011.

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”.

Para fortalecer estos conceptos debemos hacer una mirada desde el punto de vista epistemológico de los aspectos antes mencionados referidos al cuidado enfermero. De ahí es que hacemos acuerdo con el análisis bibliográfico documental acerca del desarrollo de la profesión realizado por la Lic. Enf. Nelcy Martínez Trujillo de Cuba, acerca de “Los modelos de Salud en el desarrollo de la Enfermería”. De este trabajo sintetizamos lo siguiente, como forma de dar sustento teórico a lo que puede ser luego una discusión a la luz de los resultados que se obtenga de esta investigación. Según la autora se han generado a lo largo de la historia diferentes concepciones de Salud. La enfermería se ha ido desarrollando como profesión bajo la influencia de esas concepciones tanto en su formación académica como en el ejercicio de la misma. Los Modelos de Salud en cada fase histórica han dado lugar a Modelos de Enfermería y así se pueden definir en orden cronológico y en base a la bibliografía actual cuatro modelos: modelo biologicista, modelo epidemiológico o de la tríada ecológica, modelo del campo de la Salud de Lalonde y modelo biopsicosocial. El modelo biologicista consideró enfrentados al hombre y al medio ambiente. La causa de la enfermedad o padecimiento es específica, empírica y de comprobación científica en una forma de pensamiento lineal de causa-consecuencia. En este modelo, Enfermería centra sus cuidados en las condiciones provenientes del entorno y su razón de ser se limita a acciones de carácter higiénico ambiental sin incorporar a la persona cuidada en el proceso quedando esta relegada a un papel pasivo. El vínculo entre ambos no es lo que se prioriza por tanto. El modelo epidemiológico o modelo de la tríada ecológica o epidemiológica surge a principios del siglo XX donde se reconoce el equilibrio entre agente, huésped y medio ambiente, dando lugar al concepto de multicausalidad de la salud- enfermedad. Acá la razón de ser de la enfermería pasa a ser el enfermo en calidad de portador de la enfermedad y ésta el objeto al cual se dirige el trabajo del cuidado que pasa a convertirse en “técnicas” y luego en “cuidados técnicos” siendo la

enfermedad la que determina y orienta. Se hace énfasis en el aprendizaje de las patologías en un enfoque muy médico y centrado en las técnicas que ayuden a tratar personas enfermas y funcionen como complemento del tratamiento médico. La persona sana no es el centro de interés en éste paradigma. Ese lugar lo ocupa la persona enferma y las acciones de enfermería tienen dependencia de los diagnósticos médicos. La naturaleza del cuidado enfermero se organiza alrededor del quehacer médico es quien investiga, trata y controla las enfermedades. No es difícil aún hoy día ver profesionales que aceptan o ejercen la profesión perdiendo autonomía y existencia propia sin oponerse a ésta modalidad aceptando pasivamente o no, logrando identificar lo que acontece así como resultarle muy dificultoso imponer una participación activa y propia que respete sus tiempos y consideraciones y le permita ejercer su identidad.

El modelo del campo de la salud de Marc Lalonde retomó la propuesta original de Hubert Laframbiose que en 1973 pretende reemplazar a la tríada ecológica identificando cuatro elementos en su modelo; el ambiente, los estilos de vida, la biología que reconoce al sistema de salud humana y el sistema organizado de atención a la salud lo que introduce y 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. Pretender ubicarnos puramente dentro de un paradigma se torna muy difícil o casi imposible. Coincidimos con la autora de éste análisis en que hoy en día cada modelo convive con nosotros enfermeros en mayor o menor grado como una mixtura no homogénea. En la actualidad el contraste con el modelo reduccionista únicamente biológico es cada vez mayor y el modelo biopsicosocial 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 salud es apreciado tanto por los cuidadores y los cuidados. ”El cuidado enfermero pasa a tener valor no solo en el ámbito hospitalario sino que adquiere un valor social con un servicio accesible a todos, insertado en el seno de la comunidad.”³¹ Éste modelo es con el que nos identificamos y lo tomaremos como una de las bases teóricas para el posterior análisis de los insumos que aporten los entrevistados.

1.6 ROL DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE MATERNIDAD Y NEONATOLOGÍA.

La base conceptual del rol de los L.E como la autora Ann Gillies manifiesta “es un conjunto de comportamientos, actitudes y habilidades que se esperan de un individuo por parte de aquellos con quienes interactúan” y un lugar en relación a los demás. Es de destacar el aspecto recíproco del concepto, no solo depende de lo que cada uno cree y sabe lo que debe hacer, si no también, de lo que esperan los demás de él, del desempeño del rol en este lugar preciso. El rol está determinado por el contexto en el que se desarrolla o cumple con las funciones determinadas, por el momento social, histórico del lugar donde se desarrolla, la evolución de la profesión y su forma de vincularse con los usuarios y otros profesionales integrantes del equipo. Cada uno de nosotros a lo largo de la vida cumple infinidad de roles simultáneos, que a su vez son dinámicos enfermera, mujer, madre, pareja, hija o sea que existe simultaneidad de roles en una misma persona. Se adoptará una forma de relacionamiento y actitudes diferentes, acorde con quien interactúa y con la situación puntual. En la organización de los Servicios de Enfermería, generalmente se da acompañado por las divisiones determinadas por especialidades médicas, requiriendo una definición clara del rol en cada área. La Enfermería es una profesión con un campo de acción específico en el cuidado de la salud del individuo, de

³¹ Martínez Trujillo, Nelcy “Los modelos de Salud en el desarrollo de Enfermería” Licenciada Enfermera. Dra. en Ciencias de la Salud. Profesor Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba. e-mail: nelcynan@infomed.sld.cu Recibido: 17 de julio de 2013 Aceptado: 30 de octubre de 2013

la familia y de las poblaciones. La enfermería se puede categorizar según sus diferentes concepciones, donde se enfatiza una clara orientación centrada en la práctica médica y otra centrada en la persona, su entorno familiar, social, cultural y el proceso Salud – Enfermedad. Existen una serie de teorías de enfermería que contienen una variedad de aspectos valiosos, para analizar con los datos obtenidos, en éste estudio y se incluirá aquellos de valor para la discusión.³²

Por lo tanto Florence Nightingale “...considera a la salud no solo como la falta de enfermedad sino como la voluntad de utilizar bien, cada capacidad que tenemos, maneja conceptos como el entorno, que favorece que la persona lleve sus energías hacia la curación y al individuo sano a conservarla”.

Para Virginia Henderson considera que;...” la enfermería posee el rol de brindar cuidados a las personas sanas o enfermas en la ejecución de actividades relacionadas con la satisfacción de necesidades fundamentales”

Para Madeleine Leininger el propósito de su modelo lo centra en el área transcultural, ofrece una visión holística y extensa de los grupos humanos. “Las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales, y de éste modo podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten de éstos profesionales”.

Y para Jean Watson confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. “La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad”. ” Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería”.³³

Estrechamente ligado a los modelos de enfermería y a sus roles profesionales se encuentra la asistencia perinatal donde se ha pasado de un asistencia basada exclusivamente en la

³² UdeLar. FENF. Departamento Materno Infantil. Bases conceptuales para un cambio de modelo de Atención de Enfermería a la Salud de la Mujer. 2da parte. Cap 1 109- 135 CSEP. Montevideo: 2009.

³³ Marrimer- Tomey A. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: 5º, edición, Mosby – Doyma 2003.

tecnología y la medicalización a un cambio de paradigma, donde la asistencia es humanizada, que permite la recuperación de los derechos, que nunca debió haber perdido la familia con la institucionalización del nacimiento. El concepto de salud sexual y reproductiva implica que las personas tienen la capacidad y el derecho de transcurrir por el proceso reproductivo con éxito, derecho a que sus hijos nazcan y desarrollen al máximo sus potencialidades con el mínimo de riesgo, que puedan regular su fertilidad, mantener relaciones sexuales con el mínimo de riesgos para la salud y de que ocurra un embarazo no deseado. En el desempeño de su rol la L.E, como fortalecedora de los aspectos sanos del individuo en el proceso reproductivo, debería ser activa en el desarrollo de estrategias que implican actividades independientes de la profesión, como parte de un equipo multidisciplinario sin confundir sus roles, complementando acciones y potenciando los logros de ese equipo. Debería ser la Enfermera quien cumpliría la función esencial en la coordinación e integración entre los diferentes profesionales de un equipo y es quien identifica las necesidades específicas de los usuarios los diferentes profesionales para derivar, coordinar e integrar.³⁴

Corresponde en su rol como Licenciados en Enfermería definido por el Departamento Materno Infantil de la FENF la Especialista en Enfermería Neonatal (2015-2016) ; el desarrollo de sus competencias profesionales especializadas en el cuidado de los RN y sus familias en todos los niveles de atención, mediante la gestión del cuidado de enfermería de manera integral, preventiva, humanizada, basado en evidencias científicas, con enfoque de género y pertinencia social, mejorando la calidad de la atención de los servicios. El cuidado de los recién nacidos críticamente enfermos está en permanente evolución por lo tanto Enfermería debería mantener competencias a lo largo de sus carreras. Brindar el cuidado seguro, identificarse con un Modelo de Atención, orientado al cuidado del neurodesarrollo y centrado en la familia, sería el desafío de los Enfermeros en la especialidad neonatal. En otras décadas el rol de la Enfermería Neonatal estaba centrado en la estabilización de problemas médicos agudos, la prevención y

³⁴ UdeLar. FENF. Departamento Materno Infantil. Bases conceptuales para un cambio de modelo de Atención de Enfermería a la Salud de la Mujer. 2da parte. Cap 1 109- 135 CSEP. Montevideo: 2009.

tratamiento de las complicaciones, la gestión integral de la lesión y/o enfermedad y la restauración de los niveles máximos de la salud. Tal vez sea las L.E, los profesionales más implicados en que los pacientes lleguen a un buen fin, identificando cuales son los principios del cuidado. Los de mayor influencia en su labor son: 1) conocer su función, fundamentada en la identificación, el seguimiento y control de salud de los neonatos, 2) conocer sus límites definidos por su nivel de preparación y desarrollo, 3) tener conocimiento de la aplicabilidad de los cuidados dado por su experiencia y la adquisición de conocimientos científicos, 4) tener experiencia en la aplicabilidad de los cuidados ligada a los años de experiencia pero puede ser errónea al realizar técnicas y creer que es la idónea, razón por la cual hay que tener espíritu de mejora, 5) tener capacidad para mejorar, dada por el grado de implicación con sus pacientes.

Las habilidades del L.E en Neonatología es una construcción permanente entre las que se encuentra; tener un genuino interés en los R.N y tener habilidad en las relaciones interpersonales ya que se debería comprender empáticamente las necesidades de los padres y otros miembros de la familia, habilidad para valorar tanto fisiológica como psicológicamente hacia el neonato no verbal, y que depende de enfermería para la identificación de sus necesidades. Tener capacidad de trabajar dentro de un equipo multidisciplinario y brindar educación a la familia y a los pares.

En los últimos años, el desarrollo de la enfermería como profesión permitió encontrar en el cuidado individualizado y holístico una filosofía propia, basada en la humanización de la atención. Esto implica poner en juego, a favor de los recién nacidos, el conocimiento científico y técnico, acompañado de una mirada integral, sobre la base de las necesidades individuales de cada recién nacido como ser humano único, junto a su familia.³⁵

En los servicios de hospitalización y de alta complejidad, presentan ambientes estresantes, con altas cargas emocionales que generan sentimientos como el dolor, la tristeza, el sufrimiento la impotencia tanto en el sujeto de cuidado y sus familias, como en las enfermeras; en algunas

³⁵<http://www.fundasamin.org.ar/archivos/El%20ABD%20del%20cuidado%20de%20enfermeria%20en%20los%20bebés%20prematuros%20extremos.pdf>

de ellas se producen situaciones de despersonalización, déficit en la operacionalización, el uso de tecnología, la carga laboral, las múltiples funciones administrativas que llevan en cierta medida a alejar a la enfermera del contacto con las personas y del verdadero cuidado humanizado. Las instituciones hospitalarias como sub sistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema. De ésta forma el cuidado holístico se ve dificultado por las múltiples tareas delegadas de tipo biomédicas, quedando relegada acciones como la comunicación eficaz, el interactuar con el paciente y su familia en forma cercana.³⁶

En el marco institucional de la Facultad de Enfermería; la L.E se desarrolla en Programas de Salud de la Mujer y los niños, donde el desempeño profesional contenga, “capacidad crítica, desarrollo de metodologías de abordaje individual y comunitario con momentos de trabajo independiente y como integrantes del equipo interdisciplinario, favoreciendo el abordaje integral y el desarrollo de competencias que lo identifiquen claramente como profesional enfermero.”³⁷

También en el área específica de Neonatología en todos los aspectos de la salud y enfermedad de un recién nacido hasta el año de vida, la L.E. participa en modelos de atención al grupo familiar con un enfoque de riesgo, enfatizando las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades. Hoy, en Perinatología, en todas las especialidades que la integran, se trata de sumar, a los progresos de la medicina científica y tecnológica, los redescubrimientos de intervenciones y acciones solidarias, de contención afectiva y de comprensión de las necesidades de cada individuo y su familia. Las maternidades centradas en la familia, MCF, representan un cambio de paradigma en la asistencia perinatal; de la atención basada exclusivamente de la tecnología y la medicalización, a la asistencia humanizada que permite a nuestra especie recuperar derechos inalienables que nunca debió haber perdido con la institucionalización del nacimiento. Es una concepción filosófica y ética que reconoce que

³⁶ Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta paul. enferm*, 20(4), 499-503.

³⁷ <http://www.fenf.edu.uy/index.php/materno-infantil/111-dpto-materno-infantil-vision>

las mujeres, sus hijos y sus grupos familiares son los “verdaderos dueños de casa” en todos los centros donde nacen personas. Es una propuesta que surge de la “empatía” o sea de la capacidad de ponerse en el lugar del otro y “tratarlo de la misma manera que nos gustaría nos traten a nosotros”.³⁸

La L.E. neonatal es clave en los cuidados de un neonato de alto riesgo que se encuentre o no en la UCIN. Su desempeño consta de muchos componentes: la valoración y la implementación de los cuidados físicos, psíquicos y sociales del RN, la colaboración interdisciplinar, ejecución eficaz de terapias, y optimizar su desarrollo posterior. También ayudan y mantienen una constante interacción con los padres y la familia, para ofrecer soporte en ese momento de fragilidad, ayudándoles a adaptarse e involucrarse en el cuidado de su hijo de riesgo.

Los proveedores del cuidado de la salud, luchan contra sus propios temores de haber omitido o que pudieran haber evitado un resultado adverso para el neonato y sus familias. No se debe sub estimar el apoyo que los proveedores necesitan para tratar con su propia aflicción o con los temores de haber cometido un error. Puede ser útil buscar a otros profesionales para discutir el suceso y su impacto personal. Es importante no ponerse a la defensiva o admitir en forma prematura haber cometido un error. Finalmente es importante tomar en cuenta los sentimientos de pérdida de uno cuando ocurre una crisis al nacimiento. Los proveedores de salud invierten en un bebé saludable y se sienten profundamente tristes cuando hay un resultado catastrófico.³⁹

³⁸ Larguía, A. Miguel Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia /

A. Miguel Larguía; Celia C. Lomuto; María Aurelia González; dirigido por A. Miguel Larguía.
1a edición - Buenos Aires: Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, 2006.
116 p.; 30x21 cm. ISBN 987-23241-0-7

³⁹ Damos J. MD, Leventhal H. MSSW, Van Dinter M FNPC, AAFP. Crisis al Nacimiento: cuidado de la familia que experimenta una muerte perinatal o el nacimiento de un niño con complicaciones médicas. En: Curso Proveedores; ALSO ALSO Uruguay/ AAFP; Montevideo: MSP; 11-12 dic 2014. P. 381-394

CAPÍTULO 2 - METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para ésta investigación se aplicó la metodología cualitativa, que se constituye en una forma diferente de mirar, es una vía diversa para generar conocimiento nuevo, utilizando el diseño de la Teoría Fundamentada en los datos. Consideramos a la Teoría Fundamentada (TF), como la herramienta privilegiada para conocer la información de los procesos, acciones, procedimientos y prácticas de la continuidad de la atención de Enfermería.

Se entiende por TF, Grounded Theory cuyos autores Corbin y Strauss (1990) describen 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 conocer lo que cada L.E percibe de los fenómenos en su práctica profesional. Las investigadoras y las L.E entrevistadas se encontraron en el propio campo, donde se halla el objeto de estudio.

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. En la planificación de las entrevistas se realizó un contacto previo con las L.E. Jefes de las instituciones participantes, quienes además de autorizarnos, nos brindan información de las posibles informantes referido a la forma de contactarlas para concretar los encuentros. Una vez realizado el contacto se estableció la duración de la entrevista, el lugar para realizarla, y horario de acuerdo a las posibilidades, agradeciendo su participación al terminar la misma.

En cuanto al procedimiento e instrumento de recolección de los datos se usó una entrevista semi-estructurada que ha constado 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. Previo a cada entrevista se acordó fecha, lugar y hora a cada una de las participantes, se entregó un consentimiento informado para leer y firmar. 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 su voluntad de abandonar la entrevista sin ser juzgada por ello. Se aseguró el anonimato, adjudicando el nombre ficticio de una flor a cada L.E, la confidencialidad de la información aportada, permiso para grabar, así como el derecho a preguntar y a no ser dañado a causa de lo informado en la entrevista.

Se dio a conocer nuestra pregunta de investigación explicándoles aspectos conceptuales para delimitar el tema, con un instructivo de entrevista (Anexo 5). Las entrevistas se llevaron a cabo con la presencia de ambas investigadoras, donde una actuó en 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, se aseguró el desarrollo de la entrevista en privacidad, comodidad e intimidad, sin interrupciones lo que favoreció un ambiente de confianza y cordialidad. En todos los casos se utilizó autorización del uso de la grabadora explicando quienes usarían la información, que sería desgabada, se identificaría con el uso del seudónimo y clave, así como la difusión de los resultados. El estilo de la entrevista fue semi estructurada con un alto grado de libertad, donde la entrevistadora orienta en la conversación, dado que las informantes en éste estudio son consideradas expertas o bien informadas en el tema investigado.

GUIÓN DE ENTREVISTA

PREGUNTAS PRELIMINARES COMUNES PARA L.E DE TODOS LOS NIVELES DE ATENCIÓN
1. ¿Cómo y en qué condiciones opina Ud., que se planifica el alta de los recién nacidos de riesgo?
2. ¿Cómo es percibida por Ud. la coordinación entre los niveles de atención para su seguimiento?

PREGUNTAS PARA L.E EN 2DO Y 3ER NIVEL DE ATENCIÓN.
1. ¿Cuál es su percepción con respecto a su participación en la planificación del alta al domicilio del RN de riesgo y su familia?
2. ¿Cómo percibe su trabajo con el equipo y la familia en esta instancia?
PREGUNTAS PARA L.E EN 2DO Y 3ER NIVEL DE ATENCIÓN.(Preguntas fuera del guion)
3. ¿Qué participación tiene la familia en el proceso del alta hospitalaria?
4. ¿ Que percepción tiene de los factores que favorecen o no el seguimiento ¿ ¿ cuáles?

2.2 DEFINICIÓN DEL AMBIENTE Y EL MUESTREO DEL ESTUDIO

La planificación de las entrevistas requirió seleccionar Licenciadas en Enfermería que pudieran constituirse en informantes calificados, que ejercieran su profesión actualmente. El ambiente o lugar apropiado elegido fue Hospitales Públicos de la ciudad de Montevideo, en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, las cuales reunieran condiciones de accesibilidad y conveniencia. Los ambientes fueron los sectores de Alojamiento Conjunto y las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal que contenían L.E, situaciones, historias y vivencias que necesitábamos para responder la pregunta de investigación. Ambientes factibles para poder recoger los datos y la autorización para acceder a ellos, donde también se registre una cantidad de usuarios asistidos y que las L.E tuvieran experiencia en el desempeño en las áreas, no menor a cinco años de antigüedad. 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 CARACTERIZACION DE LA POBLACION

En el Segundo y Tercer Nivel de Atención estuvo a mi cargo la ejecución de las entrevistas a las L.E que trabajan, actualmente, en estos niveles de atención mientras la otra investigadora actuó de acompañante. La relación investigadoras- investigados en todos los casos fue de colaboración donde se solicitó permiso para grabar la entrevista, se explicitó el objetivo de la investigación, se les acercó un instructivo de la entrevista y se le proporcionó el consentimiento informado además de darle a elegir cuál sería su seudónimo y las entrevistas fueron identificadas con nombre de flor y como: E2, E7....E14.

Las entrevistadas fueron ocho L.E. del 2do y 3er nivel de atención en los siguientes escenarios; Cuidados Intensivos Neonatales y Alojamiento Conjunto de Hospitales Públicos en la Ciudad de Montevideo.

Caracterización de las Licenciadas en Enfermería entrevistadas

Nºentrev.	Fecha	Nombre (*)	Edad	Lugar de la entrevista	Duración en minutos.	Nivel de Atención
E 2	15/07/16	Violeta	43 años	Hospital	20.35	Segundo Nivel
E 3	15/07/16	Rosita	37 años	Hospital	20.50	Segundo Nivel
E 4	17/07/16	Margarita	31 años	Hospital	16.06	Tercer Nivel
E 7	10/02/17	Flor de Fresno	43 años	Hospital	26.41	Tercer Nivel
E 8	10/02/17	Rosa Blanca	52 años	Hospital	19	Tercer Nivel
E 12	15/02/17	Jazmín	47 años	Hospital	16.25	Segundo Nivel
E 13	16/02/17	Clavel	35 años	Hospital	19.06	Tercer Nivel
E 14	20/02/17	Rosa	35 años	Hospital	15	Segundo Nivel

(*) Los nombres de las entrevistadas son ficticios

2.2.2 SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Por criterios de conveniencia se seleccionaron Licenciadas en Enfermería que se desempeñan actualmente en Servicios de Atención Materno Infantiles, Alojamiento Conjunto y Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, en los dos niveles de atención, poseer experiencia no menor a cinco años y conocimiento en relación a nuestros objetivos de estudio. Las instituciones seleccionadas por conveniencia y accesibilidad han sido: Hospitales Públicos de la ciudad de Montevideo. Conforme a la TF el tamaño de la población de estudio fue realizado por muestro teórico y su número se fue definiendo en base a los conceptos emitidos por las entrevistadas, considerados significantes y repetidamente presentes, que se han ido acumulando y aumentando en profundidad, lo que ha permitido la generación de categorías densas y saturadas. Para lograr esto se fue entrevistando hasta llegar en un número de ocho para el segundo nivel y tercer nivel de atención. Se analizó sus discursos en forma sucesiva y adecuando el guion de entrevista prestando atención al momento en que no surgieran nuevos datos.

2.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Licenciados en Enfermería que se desempeñen actualmente en áreas clínicas de Alojamiento Conjunto, y Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal en Hospitales Públicos.

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 éste estudio se explicitan ciertas características metodológicas. Como Miguel S. Vallés (1999) expresa; éste estudio fue realizado con informantes que se denominan “de elite”, ya que comparten la profesión y el área de conocimiento. Constituyéndose en un estilo de entrevista especializada, en las que no solamente las preguntas están totalmente abiertas, sino que también los conceptos y los sub temas pueden ser acotados por los entrevistados, son expertos en el tema objeto de investigación. Se da un intercambio simbólico entre el investigador y el investigado. Si bien hay metodologías que aconsejan intervenir mínimamente en el diálogo con el entrevistado, en este caso particular, no fue contraproducente su implementación. Durante el encuentro se produjo pequeños intercambios, facilitando el diálogo, pues actuó como un elemento de motivación y animó a las entrevistadas en 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 construye y obligan al investigador a reflexionar sobre la forma en que los significados se producen en el proceso de construcción subjetiva e intersubjetiva, donde entran en juego valores, creencias e ideologías y adquieren un papel central”.

Siguiendo a Taylor y Bodgan en “La presentación de los hallazgos”, (1987⁴⁰) para esta investigación, cabe informar que cada entrevista fue acordada previamente con la informante. Participaron ocho L.E. del Segundo y Tercer Nivel de Atención que ejercen en diferentes sectores; Alojamiento Conjunto y Cuidados Intensivos Neonatales en Hospitales Públicos de la ciudad de Montevideo, y propusieron el encuentro en su propio lugar de trabajo. Es de

⁴⁰ 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.

destacar que el fenómeno investigado, de acuerdo a sus manifestaciones, les resultó atractivo y de interés, lo que estimuló su disposición a participar, demostrando afabilidad y ética en los discursos.

Procuramos que pudiesen expresarse con libertad y sentimos que fue posible, ir indagando también otros aspectos no previstos pero al estar relacionados con el tema, pasaron a ser adquiridos sus conceptos, 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 guion de entrevista (Anexo N° 4) para continuar cierto orden y mantenernos centradas en el tema; la otra investigadora, actuó de acompañante.

Se realizó la grabación de toda la entrevista con previa autorización de las participantes y firma de un consentimiento informado. Estas entrevistas fueron desgrabadas para poder ser analizadas. Siguiendo a Strauss y Corbin,⁴¹ 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. Cada entrevista se codificó manualmente separando los datos de su texto lo que se denomina “codificación abierta” y se fue comparando los datos con la siguiente entrevista, (“comparación constante”), viendo qué ideas o conceptos compartían entre ellas. Buscamos propiedades que a su vez se pudieran agrupar en lo que se denomina “codificación axial” como forma de llegar a poder comprender el fenómeno central estudiado con los datos, lo más agrupado posible y 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 relacionado. Vasilachis⁴² 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

⁴¹ Strauss A, Corbin J, Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1º. ed.(en español)Editorial Universidad de Antioquia: 2002

⁴² Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de Investigación Cualitativa. 1era ed Barcelona: Gedisa; 2006

investigador reúne los datos en nuevas formas después de la codificación abierta. 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 traza las *consecuencias* (por ejemplo, los resultados de las estrategias) para este fenómeno”.

Las categorías identificadas en este estudio fueron en un inicio cinco; que luego fuimos reagrupando: 1) la percepción del alta hospitalaria y del seguimiento; 2) la percepción de las necesidades familiares y sociales, 3) las expectativas y los sentimientos de las L.E generadas al alta y en el seguimiento, 4) las necesidades profesionales y 5) la percepción del contexto institucional.

De su agrupación y reducción se ha obtenido la categoría central: **Percepción de las L.E del Segundo y Tercer Nivel de Atención. Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo y su familia al alta hospitalaria.**

Las otras cuatro están compuestas por: **1)** aspectos técnicos de enfermería, **2)** los aspectos afectivos, emocionales y personales, **3)** los aspectos organizacionales (Recursos humanos y materiales), y **4)** los aspectos sociales y familiares. Todas ellas se vinculan a la categoría central que hemos identificado.

3.2 SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO Y SU FAMILIA AL ALTA HOSPITALARIA.

LA PERSPECTIVA DE LAS L.E DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

Hemos identificado ésta categoría como la **central**, dada que la referencia a la continuidad de la Atención y seguimiento, emerge constantemente en los discursos de las entrevistadas. Por otra parte como veremos en la presentación de las otras categorías, éstas se conectan con ella y la alimentan, los que nos permite percibir una conexión en los datos obtenidos que nos va a permitir llegar a una reflexión teórica acerca de lo que el significado que las L.E de segundo y tercer nivel de atención, dan a la continuidad y el seguimiento cuando planifican el alta.

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 L.E, 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 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 L.E y en los entornos donde se encuentran desarrollando sus actividades.

3.3 ASPECTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

Esta categoría se fundamenta de acuerdo a lo expresado cuando conceptualizamos el alta del paciente, seguimiento y el rol de la L.E en el segundo y tercer nivel de atención y de lo que surge de los discursos de las entrevistadas.

La percepción de las L.E del segundo y el tercer nivel de atención; sobre el plan de alta de los recién nacidos de riesgo y sus familias es percibida con una variedad de características. Se destacan las de mayor relevancia:

Rosita expresa : “...no hay programado un plan de alta, todo lo que sería educación, lo vamos haciendo en lo cotidiano...se habla de todas las alertas que tiene que tener esa madre...sobre sueño seguro, lactancia, preparación del complemento ...en realidad no tenemos ni formularios...”

Jazmín: “...acá no tiene nada! Ni un protocolo de alta, no hay nada escrito, yo las orientaba a las madres, las guiaba en los cuidados básicos...”

Flor de Fresno:...” en mi experiencia hay muchas carencias que pueden mejorar mucho desde el punto de vista médico y desde enfermería.....estamos muy sobrecargados y como que al alta no le dan tanta importancia como se debería dar....” “...muchas veces se da el alta y creo que falta enfermería estar presente ahí. Tenemos que estar, porque a veces los médicos, como que están tomando nuestro lugar... estamos dejando que eso suceda, es mucho el trabajo, somos pocas...”

Con respecto a las condiciones en que se procesa el alta desde el CTI hacia el Alojamiento Conjunto.

Violeta: “...siempre está enfocado por la Licenciada del turno, plan de alta viable, la supervisora evalúa el plan, hablo con la familia, revaloramos e interconectamos con la Asistente Social de la zona...”

Clavel nos da su opinión “...las condiciones en realidad son escasas de realizarla...por suerte hemos avanzado en lo que es el Programa Aduana...”

Relacionado con la coordinación del alta desde CTI hacia el Alojamiento Conjunto hay otras opiniones diversas.

Flor de Fresno “...nos falta información, nos encerramos en el tercer nivel y no buscamos más allá...cuando pasan al RN y viene de otro nivel de cuidados, tomamos la información básica...faltan registros pero, nos pasa a nosotros también, enfermería tiene que ver en eso, estamos perdiendo campo...”

Rosa Blanca “...la verdad lo percibo mal...el personal de enfermería del Alojamiento tiene que ser de apoyo al personal de CTI...y no al revés...”

Rosa “...el alta, acá en realidad es bastante completa y es en forma conjunta con los Neonatólogos, se trata siempre de hacer la coordinación con ellos...incluimos el formulario de riesgo...y desde el punto de vista de enfermería se agregó una hoja para el registro de coordinaciones pendientes, y hacer el seguimiento... de EOA, vacunaciones, pesquisa neonatal, Programa Aduana...”

Relacionada a la información que se brinda a la familia al alta han señalado una diversidad de opiniones similares.

Rosa “...a la familia en general desde enfermería se le hace entrega del bolso del programa UCC...la documentación la entrega el médico...no tenemos un plan estipulado que quede registrado...en realidad el formato no sería muy difícil de armar...lo difícil es que el L.E estuviera para la entrega del alta...porque nosotros tenemos un déficit de L.E...”

Clavel “...siento la necesidad de darle más información a la madre para saber cómo manejarse con ese RN en su domicilio...con muchos cuidados, saber y estar alerta...hemos hecho trabajos de realizar un librito...que tengan esa información...pero se olvidan, pero si no llevan algo escrito, sencillo, llaman por teléfono y vuelven a preguntar...”

En referencia a la continuidad de la atención y el seguimiento luego de producido el alta, desde UCIN hacia Alojamiento Conjunto y hacia el domicilio en un inicio, han manifestado como elementos facilitadores lo siguiente:

Violeta “...los casos de mayor riesgo, sobre todo los riesgos sociales, lo que hacemos es contactar con la Asistente Social del Hospital con la A.S, de la zona donde vive la familia...para tener un mayor seguimiento, porque realmente hay familias que requieren un seguimiento, no con una V.D...sino que continuado... esa conexión la hacemos desde el Hospital” “... otro factor que favorece el seguimiento es la disponibilidad que tengan los padres de recibir la información sobre los controles posterior al alta.”

Rosita “...casos de recién nacidos de riesgo, la información del alta pasa al Programa Aduana,... pero nosotros con algunos en particular los referenciamos desde el Hospital, como hijos de madres adictas por ejemplo y la relación con el PNA no es fluida, ni segura, no tenemos devolución , desde Enfermería de los Centros de Salud... “ “ ...hay algunos casos de recién nacidos que vuelven a la semana después del alta, para el primer control acá dentro del Hospital...hasta vuelven dos veces ... o reingresan... sobre todo los que fueron pre términos los Neonatólogos le realizan el seguimiento...”

Margarita “Al ser una Unidad pequeña, se le puede hacer un seguimiento durante un tiempo...continuar ese vínculo, incluso cuando vienen al control pasan por la Unidad, si fue un RN con patología crónica se sigue atendiendo en el Hospital... con controles de Neonatólogos...” “...si las condiciones físicas y familiares son favorables pasan al centro de atención periférica...”

Flor de Fresno “...el primer control de seguimiento vienen al Hospital, y a veces más de uno... no entiendo por qué lo hacen?...”

Rosa Blanca“...los padres se quedan vinculados al Hospital, no continúan el seguimiento en el PNA y los niños no son controlados por el equipo”

Jazmín “...sé que hay una Policlínica de Prematuros que los siguen allí, ya se van al domicilio con coordinaciones de exámenes, consultas con especialistas, les envían ambulancia para traslado, para el control y dentro de lo posible en el mismo día”

Rosa percibe la coordinación entre los niveles para el seguimiento al alta ; “...desde el punto de vista de enfermería es carente ...no conseguimos contactarnos con la Policlínica de referencia, le pregunto a la madre a que policlínica lo llevará, se ingresa el dato al Programa Aduana y allí le destinan otro...perdemos esa conexión...sería ideal coordinar el alta de la mayoría ...saber que se está yendo del Hospital y que al día siguiente lo recibe la Comunidad, no nos da las horas ni la dotación de personal, es un déficit”

Sobre la humanización y la participación de la familia al plan de alta. Han expresado;

Flor de Fresno “...los únicos que ingresan al servicio son el padre y la madre...no es un servicio de puertas abiertas a la familia, no se trabaja con una filosofía centrada en la familia...”

Jazmín “...generalmente permanece la madre o el padre, muy rara vez a los abuelos a no ser que sea una adolescente si la pareja no se encuentra, entonces una sabe que esa abuela es el pilar...”

Violeta “...acá está estipulado que los padres pueden entrar cada tres horas...justamente estamos hablando con la jefe de Neonatología la posibilidad de que puedan ingresar abuelos...dar la posibilidad que conocer al niño ya que están internados 10 o 15 días”

Clavel “...éste servicio estaba en el pasado como que no se permitía pasar a los abuelos, ni tíos ahora hemos ido cambiando...entran el padre y la madre siempre, pero actualmente ingresan abuelos en forma controlada...”

Rosita “...las madres permanecen acá durante toda la internación de sus bebés, no se van...tenemos un hotel de madres... ninguna se va...ellas entran a la unidad todas las veces que quieran para vincularse con su recién nacido...”

3.4 ASPECTOS PERSONALES, AFECTIVIDAD, SUBJETIVIDAD, EXPERIENCIAS PERSONALES

Los aspectos emocionales y afectivos en las entrevistadas en el avance del estudio y al codificar los discursos comienzan a surgir mayoritariamente lo que sienten sensiblemente, cuando se enfrentan a las familias con RN de riesgo. Las impresiones personales que se relacionan con sus experiencias cotidianas, sus temores, sus desalientos, sus necesidades profesionales y su sensibilidad actúan como condicionantes, e intervienen en el desempeño del rol profesional, el trabajo con los equipos interdisciplinar y la impregnación del modelo biomédico en las instituciones. En las entrevistas, no consultamos en base a qué modelo teórico de Enfermería ellas trabajaban pero entendemos oportuno citar que sus expresiones aluden a un modelo humanista aplicado en situaciones en que además de valorar el cuidado en sus dimensiones técnicas y científicas, se reconocen los derechos. Se respetan su dignidad su individualidad, autonomía y subjetividad. Es una relación de familias y profesionales, denominado por Watson J. (1979) “cuidado transpersonal” en su Teoría del Cuidado Humano, temática que se retomará en las conclusiones finales.⁴³ Vinculado a esos aspectos que describen las teorías, la percepción de la sobrecarga emocional que provoca la sobre exigencia del trabajo. Expresando como lo resuelven:

Jazmín “...cuando yo estaba en la sala...era la responsable del formulario del Programa Aduana...Pero ahora me he ido y después de dos años me entero que lo realizan los médicos...y no me queda claro si lo realizan ellos o una enfermera...o una licenciada que estaba anteriormente...como que el terreno de la licenciada se fue perdiendo, el lugar que debería ser nuestro, no lo tenemos...”

⁴³ http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf [consulta 23 de abril 2017]

Flor de Fresno “...tenemos que estar en el momento del alta, a veces los médicos como que están tomando un lugar...y nosotros estamos dejando que eso suceda”. El impacto emocional que exterioriza **Flor de Fresno** cuando se refiere al seguimiento de los RN graves al alta es: “...yo a veces los pierdo y sí! totalmente de mi parte es un mecanismo de defensa, no quiero saber que pasó por que una vive mucho estrés y tienes que protegerte, también”.

Clavel “...tienes que manejar muchas emociones y sentimientos porque es muy cruel y duro las situaciones, pero si estás dispuesto a trabajar, a ayudar a esos usuarios, es muy satisfactorio, es muy lindo.”

Margarita “...no hay una pauta clara de trabajo en equipo...no es que comencemos todos en un turno con una familia a planificar el alta...cada figura individual lo hace como puede o como le parece que es lo correcto” “...no hay una visión del PNA donde los padres se puedan sentir seguros... no concurren al Centro de Salud, no lo ven como herramienta sólida, y tratan de seguir consultando en una policlínica o consultan en el hospital.”

Rosita “...hay discordancias en el trabajo con el equipo, tenemos un problema...la lactancia, por ejemplo, es algo que me preocupa mucho pues tenemos un alto porcentaje de bebés que se alimentan con complemento y esas madres continúan en domicilio y requiere mucha atención para orientar a la madre en los cuidados del biberón...cuando, el incentivar la lactancia materna sería lo correcto.”

Violeta “...se trabaja en conjunto, pero a veces es aislada la información que le puede llegar desde el equipo médico, y después enfermería, pero sí, tenemos los puntos en común...siempre estamos hablando...lo que más me preocupa son los riesgos sociales, nivel de instrucción bajo, entorno familiar, y las adolescentes...”

Otro aspecto que surge es lo referente a un embarazo de riesgo, las angustias familiares, la fragmentación en la atención, y los sentimientos profesionales.

Flor de Fresno “... una madre tiene un embarazo de riesgo, está internada y psicología médica tiene que estar presente, y no está...ella está angustiada... entes del nacimiento debería tener contención...hay como una incomunicación entre el segundo y el tercer nivel de atención...no hay diálogo de la magnitud que se desearía, el conocimiento del binomio y la buena comunicación sería lo ideal, previo al ingreso del Recién Nacido al CTI.” ...”

3.5 ASPECTOS ORGANIZACIONALES

Muchos de los aspectos organizacionales a los que las L.E expresan están conceptualizados en la Pág. 20 donde describimos al Segundo y Tercer Nivel de Atención. También en la pág. 22 al efectuar la conceptualización sobre el Programa Aduana y el seguimiento de la Atención en el PNA. En ésta categoría surgen diversas experiencias y percepción en las entrevistadas, donde se adhieren o discrepan en el modo de ejercer sus roles profesionales y la gestión del Programa Aduana y sus discursos son:

Rosita “...cada paciente que se va de alta...tenemos un secretario administrativo que envía toda la información al Programa Aduana...” “...bueno... ¡ahí tenemos un secretario!..”

Clavel “...siempre se van con fecha y hora a la policlínica... lo maneja la compañera del Programa Aduana y la cosas han resultado buenas...”

Al recordar su experiencia del Internado en la FENF **Clavel**, relata: ...”trabaje en seguimiento de captación de RN, lo hice en...y toda la coordinación la hacían desde el Hospital...coordinaba las visitas...captando la mayoría y...la verdad que muy bien!...” “...si no llegaban a la consulta, se esperaba o ibas al domicilio o se llamaba por teléfono y al otro día aparecían al control”. Actualmente las coordinaciones al PNA presentan otra realidad: **Clavel** continúa manifestando:”... lo que son coordinaciones la podemos manejar y si sabemos que tendrá una dificultad le pedimos interconsultas y los integrantes del equipo ven al niño...” “...o si hay necesidad de una internación pre alta con la madre...” “...en realidad

para una, que se dedica a cuidar un RN nos encantaría tener esa coordinación tener el lugar de referencia a donde van... y las madres nos llaman por teléfono y nos dicen que se les presentó tal problema...y las L.E que se encargan del Programa Aduana sé que se comunican con las policlínicas y están en comunicación con las redes”

Flor de Fresno... *”la madre no se va del CTI directo al alta, pasa por Alojamiento Conjunto...el primer control del niño viene al Hospital, funciona como una policlínica de seguimiento, hasta los tres controles... como un poco fantasmal...vienen al control”*

Margarita... *” no se trabaja con el Programa Aduana...tiene un funcionamiento distinto, el primer control es en una policlínica del Hospital...dentro de él...continúan mucho tiempo hasta tener la edad corregida si son prematuros y que hayan crecido o evolucionado...viéndose con Neonatólogos...no hay una imagen del PNA.” “...no hay un rol del PNA, donde los padres se puedan sentir seguros y poder llevarlos a consulta...”*

Rosa *“...la L.E no es la que se encarga del Programa Aduana, allí tenemos una falla, la verdad que ahí sí!...” desde el punto de vista de Enfermería es carente...muchas veces no conseguimos contactarnos con las L.E de la policlínica de referencia, el lugar no es donde la madre llevará a control, ellos le destinan otro lugar y ahí perdemos la conexión ...lo logramos en casos muy puntuales...un seguimiento más estrecho, pero no es el suficiente...” “...ideal sería que se pueda coordinar el alta de la mayoría y saber que al otro día lo están recibiendo en la comunidad, pero no nos dan las horas ni la cantidad de personal...ese es otro déficit”.*

Frente a las dificultades en los vínculos profesionales y la gestión entre LE de los CTI y Alojamiento Conjunto lo manifiestan:

Rosa Blanca *”...yo pienso que lo fragmentado no es la comunicación, es el conocimiento y la mala descripción de las tareas de cada sector, es una gestión mal pensada...”*

Clavel *“...venimos trabajando en una tarea donde nos cuesta mucho trabajar con las L.E de Alojamiento Conjunto, hay resistencia en la atención del binomio, y si hay algún problema*

con los recién nacidos esa responsabilidad es de las enfermeras de RN...no llegamos a un acuerdo...los contratos de personal por parte de la jefatura, es para la atención del binomio...pero en los hechos sucede la fragmentación...los cambios cuestan”

Jazmín “...cuando me fui a realizar la Especialidad había ingresado una enfermera de enlace? que yo muy claro no tenía cuál era su tarea...hubo un momento que consulté con la Jefe cuál era su rol porque a veces se inmiscuía en otros aspectos de mi quehacer...” acá hubo mucho tiempo trabajando sin L.E , ha influido...como acá no tienes tu lugar”...” las auxiliares se toman atribuciones ...tienes que luchar... en la actualidad está mejor que antes, lo veo más favorecedor el hecho que haya mayor número de L.E, el avance de la tecnología, la planta física, pero todavía falta personal...”...y somos 23 L.E que estamos realizando la especialidad en Enfermería Neonatal y enriquece los conocimientos, las prácticas y la teoría y puedes devolver ese conocimiento al servicio...”

3.6 ASPECTOS SOCIALES, FAMILIARES, COMUNITARIOS Y DE DERECHOS

En lo señalado, en las entrevistas surgieron una serie de aspectos presentes como elementos destacables y que son pertinentes a: el abordaje de los equipos interdisciplinarios; la condición social de las familias al egreso hospitalario, la articulación de la referencia y contrareferencia desde el segundo y tercer nivel de atención, la situación de ansiedad y vulnerabilidad, temas de género y violencia familiar, mujeres jefas de hogar, madres adolescentes y sus derechos. La educación y promoción de salud familiar que según la OPS (1976) la define como “la salud del conjunto de la familia como un hecho que determina y está determinado como la capacidad de funcionamiento efectivo a ésta, como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada.” Es preciso indicar en éste momento la aproximación a un Modelo de Maternidades Centradas en la Familia (MCF) sustentado por los discursos de las entrevistadas que se volverá a retomar en el capítulo 4 al describir la discusión de los resultados.

En referencia al abordaje de los equipos y su relación con los integrantes de la familia:

Flor de Fresno “...desde que la madre ingresa a la Institución debe tener un protocolo de seguimiento conocido por todos, todo el equipo...” “...a ellos les cuesta salir del CTI, les cuesta esa separación y les decís te vas al alojamiento, pero cuando nos necesites estamos acá, igual te llaman para pedirte un biberón”

Margarita “... generan un vínculo con la Institución...por ser una unidad de pocos usuarios se le puede hacer un seguimiento y se puede continuar ese vínculo con la familia.” “... hay una tutela Institucional, un servicio social dentro del hospital, hay un apoyo social importante....”

Jazmín “...el asistente social, de salud mental, médicos, enfermería, y sobre todo los médicos de Cuidados Paliativos apoyan a la familia, algunos participan más que otros”.

“...la asistente social, también la psicóloga se va citando a medida de la necesidad...enfermería es quien realiza la solicitud, ellas dejan el registro en historia clínica y luego comunicamos al equipo...”

Clavel *“... ¡sí! tenemos todo el equipo, se solicita las interconsultas, queda registrado en la historia clínica...”*

Rosita *“...el equipo acá está conformado por pediatras, enfermería, bachiller de enfermería, estudiantes de administración, ginecólogos, servicio social, psicólogos, psicología perinatal...”*

En alusión a las condiciones sociales y emocionales de las familias al egreso, las percepciones de las L.E son:

Violeta *“...en los riesgos sociales es lo que más preocupa, madres con nivel de instrucción bajo...tratamos de hablar con ella... de valorar el entorno social y familiar...si es una madre adolescente con quien convive, si esta con sus padres me da más tranquilidad...”*

Rosa Blanca *“...se cuida mucho el tema de cuando la familia del niño es del interior, los médicos tratan de hacer contacto sobre todo cuando son de localidades alejadas, pueblitos pequeños y si la madre tiene baja escolaridad...se contacta con el área de referencia, se les explica la situación de salud del niño...”*

Clavel *“...cuando se capta a la madre con situaciones complejas y las menos complejas... las madres hacen el desvinculo con el RN en las salas de nacer, y son para adoptar...el INAU facilita los trámites es un período corto y los padres adoptivos se llevan el niño desde la sala...”* *“...después tenemos niños con situaciones judiciales en las que sus madres han sido o son consumidoras, participan en los controles si tienen resolución judicial favorable, se trabaja muy bien con esas madres, con la familia, y pueden participar los padres...”* *“...hay una enfermera responsable de las redes sociales, tiene la responsabilidad de las coordinaciones, de proporcionar el oxígeno si es necesario al alta domiciliaria y otros estudios y el informe al PNA”*

Cabe agregar en la opinión de las entrevistadas en el Segundo Nivel de Atención las referencias al fenómeno de la población de inmigrantes que es relativamente nuevo y va en aumento. **Rosa** “...hemos tenido muchos extranjeros, muy variado, son experiencias distintas...con problemas en la comunicación por el idioma, y la hemos ido solucionando...con los conocimientos de inglés, uso de pictografías, dibujos... desde rusos, sirios, centroamericanos...no varía demasiado el cuidado de los recién nacidos a pesar de la diversidad de culturas...” “...la variación es del lenguaje...” También expresa ciertas necesidades previas al alta y otros que les den efectividad al proceso y elementos valiosos a las familias, como:

Rosa “...falta coordinación, recursos humanos, la referencia al programa Aduana, plan de alta impreso... ese material impreso que ayude a las familias todo lo trabajado durante la internación, y en la Historia Clínica una hoja que diga plan de alta de enfermería...que sintetice los cuidados y se convierta en una herramienta de referencia a los padres en el domicilio...para nosotros es un recurso muy valioso los Internos de Enfermería en las salas ... estamos trabajando en elaborar folletos cortos, con los signos de alarma, preparación del complemento...lactancia materna y la conservación del pecho...estamos en las primeras etapas...”

Otro aspecto que surge son los temas de género relacionado a las mujeres jefes de hogar y el rol de las abuelas. La percepción de las L.E sobre los derechos de esas mujeres en su mayoría solas y las madres adolescentes dicen:

Rosita “...tenemos muchos casos que están bastante solas, cuando hay un padre y una abuela y ella es joven por ejemplo de 14 o 15 años, y si están acompañadas por sus madres o una abuela las integramos en la educación sobre todos los aspectos de puericultura...” “...no permitimos hombres en la noche...” “... tampoco en el horario de visita entran niños, yo digo que no es humano, los hermanitos no pueden venir a conocer al bebe y el tema vínculo está cortado.”

Rosa Blanca “...si no hay un padre presente, hay una abuela, una tía y adiestramos aquella que será el sostén de la mujer...hoy las familias son completamente diferentes en su conformación...”

Clavel “...cuando se capta una madre con problemas sociales, de adicción, de violencia doméstica se decide el ingreso del recién nacido y su madre...”

Flor de Fresno “...muchas veces han pasado recién nacidos desde el CTI al Alojamiento Conjunto no estando la madre presente y pasan al cuidado del padre y otros integrantes como abuelo, tíos, el tutor...se trabaja con un enfoque familiar dentro y fuera del CTI...”

Un aspecto que surge como único y de enorme valor para incluir estrategias en la relación con familias o integrantes de éstas, las entrevistadas dicen:

Jazmín “A veces tienes familias que son muy receptivas o de lo contrario estas dando ejemplos o educación y te dicen; “y me venís a decir a mí, yo cuando me voy a mi casa voy a hacer lo que quiera”...”

Rosa “...la mayoría son los padres de los bebés o las abuelas maternas o paternas...dependiendo con quienes de ellos se van a convivir...tenemos en algunas ocasiones que viene un hijo mayor...”

CAPÍTULO 4 – DISCUSIÓN

El presente capítulo muestra la integración entre los datos obtenidos y la comparación constante de los conceptos teóricos y de los discursos de las entrevistadas que llegaron a la posición de categorías, posterior al análisis línea por línea. De acuerdo al modelo paradigmático de la Investigación Cualitativa y el uso de la Teoría Fundamentada en los datos, se comunicaran los hallazgos que permitieron construir la discusión de los resultados.

Como principio esencial de la Teoría Fundamentada no se partió de una hipótesis preconcebida, sino que nuestro objetivo es presentar sugerencias para futuros estudios, e ir al descubrimiento de ¿qué está sucediendo? En la enfermería ha sido de gran relevancia el hecho de que la TF se desarrolló en su área, cuando los sociólogos Glaser y Strauss aplicaron por primera vez la metodología a finales de los años 60. Presenta un rigor científico que permite a los profesionales de la enfermería contextualizar el cuidado y comprender mejor la experiencia subjetiva de las personas para proporcionar una atención holística, humanizada y competente. Es pertinente para la investigación de enfermería entender en profundidad un fenómeno poco investigado o no revelado que posibilita una nueva perspectiva sobre los aspectos de la investigación.

Como afirma Patton (1990) en la Investigación Cualitativa “... *el reto es dar sentido a una cantidad masiva de datos, reducir el volumen de la información, identificar pautas significativas y construir un marco para comunicar la esencia de lo que revelan los datos*”. Para obtener los resultados y realizar la presentación de la investigación, los autores Strauss y Corbin (1997)⁴⁴ invitan a detenerse en los datos y realizarse las siguientes preguntas; *¿Cuál es el asunto o problema principal con el que parece estar luchando estas personas? ¿Qué resuena una y otra vez? ¿Qué es lo que se percibe aunque no se está diciendo de manera directa?*

⁴⁴ Anselm Strauss y Juliet Corbin. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Colombia 1ª ed. (en español) ed. Universidad de Antioquia; 2002.

Se usó lo recomendado por los autores, para explicar en un sentido general lo que ocurre con: ***Percepciones de las L.E del Segundo y Tercer Nivel de Atención. Del seguimiento de los RN de riesgo y sus familias, al alta hospitalaria.*** Constituyéndose ésta, en la **categoría central**. Fue un proceso de comparación constante con la teoría y las categorías que emergieron, con sus propiedades y dimensiones, y como se relacionaron con ésta.

En el proceso de categorización se identificó la categoría central o el fenómeno que ha sido estudiado desde el paradigma cualitativo. Los elementos o las situaciones que posibilitaron el surgimiento del fenómeno central se relacionan con; **la condición causal** o sea todas las relaciones de las L.E con las familias de los RN de riesgo que eran los generadores de la atención para el plan de alta y el seguimiento, la relación con los integrantes del equipo, sus pares y con el contexto hospitalario. Respecto a las dimensiones y las características del fenómeno encontrado es recurrente en los discursos de todas las entrevistadas. Tras el alta se sugiere la posibilidad de un seguimiento a largo plazo con un equipo interdisciplinario. Ésta forma de cooperación entre varias disciplinas posibilita una comprensión más certera de la evolución que va aconteciendo tanto en el crecimiento como en el desarrollo. Vinculado a la base conceptual teórica referida con anterioridad, en la categoría Aspectos Técnicos de Enfermería las L.E entrevistadas reconocen algunos elementos facilitadores para el seguimiento. Tales como; la presencia de un Servicio Social intra y extra hospitalario realizando el contacto y atribuyendo la importancia del seguimiento “...si los padres tienen disposición de recibir la información sobre los controles posterior al alta...”.

La referencia y contrareferencia al Programa Aduana lo expresan como “... no fluida, ni segura, sin devolución...”. Para ASSE la 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.

Destacan y les preocupa el primer control post alta, “...dentro del hospital, los médicos Neonatólogos realizan el seguimiento...” Las consultas programadas son aquellas instancias de consulta en servicios asistenciales de PNA con el objetivo de realizar actividades de promoción de hábitos saludables, detección precoz de enfermedades prevalentes, seguimiento de crecimiento y desarrollo integral y multidisciplinario.

Necesitan independencia en el rol de Enfermería para brindar información al alta que la sienten fragmentada y con disparidad en los discursos. En lo expresado por las entrevistadas dicen que necesitan tener mayor presencia, contacto y compromiso en sus roles de Enfermería, al momento de realizar el plan de alta, dentro de los Hospitales y Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, para brindar información de calidad, en formato impreso, para que esa información se constituya en un elemento de continuidad. La Enfermería es una profesión con un campo de acción específico en el cuidado de la salud del individuo, de la familia y de las poblaciones. Se puede categorizar según sus diferentes concepciones, donde se enfatiza una clara orientación centrada en la práctica médica y otra centrada en la persona, su entorno familiar, social, cultural y el proceso Salud – Enfermedad. Existen una serie de teorías de enfermería que contienen una variedad de aspectos valiosos, para analizar con los datos obtenidos, en éste estudio y se incluirá aquellas de valor para la discusión.

Florence Nightingale “...considera a la salud no solo como la falta de enfermedad sino como la voluntad de utilizar bien, cada capacidad que tenemos, maneja conceptos como el entorno, que favorece que la persona lleve sus energías hacia la curación y al individuo sano a conservarla”.

Para Virginia Henderson considera que;...” la enfermería posee el rol de brindar cuidados a las personas sanas o enfermas en la ejecución de actividades relacionadas con la satisfacción de necesidades fundamentales”

Para Madeleine Leininger el propósito de su modelo lo centra en el área transcultural, ofrece una visión holística y extensa de los grupos humanos. “Las personas de diferentes culturas

pueden informar y guiar a los profesionales, y de éste modo podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten de éstos profesionales”.

Y para Jean Watson confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. *“La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad”.*” *Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería”.*

Corresponde en su rol como Licenciados en Enfermería definido por el Departamento Materno Infantil de la FENF la Especialista en Enfermería Neonatal (2015-2016) ; el desarrollo de sus competencias profesionales especializadas en el cuidado de los RN y sus familias en todos los niveles de atención, mediante la gestión del cuidado de enfermería de manera integral, preventiva, humanizada, basado en evidencias científicas, con enfoque de género y pertinencia social, mejorando la calidad de la atención de los servicios. El cuidado de los recién nacidos críticamente enfermos está en permanente evolución por lo tanto Enfermería debería mantener competencias a lo largo de sus carreras. Brindar el cuidado seguro, identificarse con un Modelo de Atención, orientado al cuidado del neurodesarrollo y centrado en la familia, sería el desafío de los Enfermeros en la especialidad neonatal. En otras décadas el rol de la Enfermería Neonatal estaba centrado en la estabilización de problemas médicos agudos, la prevención y tratamiento de las complicaciones, la gestión integral de la lesión y/o enfermedad y la restauración de los niveles máximos de la salud. Tal vez sea las L.E, los profesionales más implicados en que los pacientes lleguen a un buen fin, identificando cuales son los principios del cuidado. Los de mayor influencia en su labor son: 1) conocer su función, fundamentada en la identificación, el seguimiento y control de salud de los neonatos, 2) conocer sus límites definidos por su nivel de preparación y desarrollo, 3) tener conocimiento de la aplicabilidad de los cuidados dado por su experiencia y la *adquisición de conocimientos científicos, 4) tener*

experiencia en la aplicabilidad de los cuidados ligada a los años de experiencia pero puede ser errónea al realizar técnicas y creer que es la idónea, razón por la cual hay que tener espíritu de mejora, 5) tener capacidad para mejorar, dada por el grado de implicación con sus pacientes.

En el contexto o escenario del Hospital y dentro de él en los Alojamientos Conjuntos o CTI, la tecnología ha mejorado el Programa Aduana constituyéndose en una herramienta valiosa a pesar que; manifiestan hay una variabilidad de personas (profesionales de la salud y funcionarios) que se responsabilizan del mismo. Solicitan de las Instituciones, mayores Recursos Humanos para poder cumplir con sus roles y no sentir la pérdida de sus “lugares”. Bajo esas condiciones de trabajo, la superposición de horarios, y turnos conspira con la dedicación del equipo, parece insuficiente y no permite realizar el plan de alta para esa transición hospital, domicilio y PNA. A causa de que cada integrante del equipo posee diferentes habilidades, conocimientos, no podría ocurrir duplicación de roles. Al riesgo social en el momento del alta, en general es administrado por las Asistentes Sociales de la Institución, lo que da lugar a un quiebre en el trabajo de equipo. Las familias no reciben de ellos, mensajes claros ni unificados, en los criterios, ni de acuerdo a sus características sociales, culturales e individuales. Desde la perspectiva de las entrevistadas; consideran al Plan de Alta con una variabilidad de propiedades y de responsables. La gestión del alta no concierne a una sola disciplina y es donde mayormente dicen que han dejado” vacíos”, que lo perciben con la superposición de tareas. Esfuerzos que serían valiosos en otros aspectos tales como; brindar a las familias mayor integración al proceso, mensajes claros, unificados en los criterios y adecuarlos a las características socio cultural de cada grupo familiar.

Las condiciones que intervienen como barreras, en opinión de nuestras entrevistadas, se vinculan a lo antes mencionado y las familias no tienen confianza en los equipos del Segundo y Tercer Nivel de Atención por la disparidad de esos discursos que reciben. En esa trasmisión de la información a las familias, la sienten fragmentada en parte por la falta de folletería impresa, por la ausencia de protocolos de atención, por no ser programada sino incidental al momento del alta. Tienden a realizar el plan de alta con los elementos que ellas “piensan o

creen” es lo correcto, pero no tienen soporte de materiales. Aspectos éstos que contribuyen a la afirmación sentida como; que han “permitido” que otros integrantes del equipo ocupen los espacios que las L.E históricamente han tenido.

Las actividades independientes, que demandan habilidades y competencias, tal como se conceptualiza la Licenciada en Enfermería de la FENF en su plan de estudios 93 puntualiza a la *Enfermería como 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 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*”. Éste concepto contribuye al desarrollo de la profesión y en esa dirección van, ya que la mayoría de las entrevistadas son egresadas de esa Facultad.

Como otro aspecto que interviene imposibilitando; argumentan la incoordinación entre los sectores, la faltas de estrategias profesionales propias de la disciplina; la escasez de recursos humanos, el estrés, la superposición de roles y la gestión desprovista de los elementos que la hacen facilitadora de administrar el cuidado a las familias, actúan como causa de sus debilitamientos. Se exteriorizan también con necesidades de apoyo de salud mental y utilizan mecanismos de defensa, frente al estrés que provocan las situaciones de riesgo vividas, en sus experiencias cotidianas y la sobrecarga de trabajo. La L.E. neonatal es clave en los cuidados de un neonato de alto riesgo que se encuentre o no en la UCIN. Su desempeño consta de

muchos componentes: la valoración y la implementación de los cuidados físicos, psíquicos y sociales del RN, la colaboración interdisciplinar, ejecución eficaz de terapias, y optimizar su desarrollo posterior. También ayudan y mantienen una constante interacción con los padres y la familia, para ofrecer soporte en ese momento de fragilidad, ayudándoles a adaptarse e involucrarse en el cuidado de su hijo de riesgo. Los proveedores del cuidado de la salud, luchan contra sus propios temores de haber omitido o que pudieran haber evitado un resultado adverso para el neonato y sus familias. No se debe subestimar el apoyo que los proveedores necesitan para tratar con su propia aflicción o con los temores de haber cometido un error. Puede ser útil buscar a otros profesionales para discutir el suceso y su impacto personal. Es importante no ponerse a la defensiva o admitir en forma prematura haber cometido un error. Finalmente es importante tomar en cuenta los sentimientos de pérdida de uno cuando ocurre una crisis al nacimiento. Los proveedores de salud invierten en un bebé saludable y se sienten profundamente tristes cuando hay un resultado catastrófico.

Las que expresaron la desconfianza de las familias con el PNA, plantean la necesidad de asegurar la continuidad de la atención, luego del egreso hospitalario con un equipo de enlace o una L.E con función de coordinación y enlace con un rol articulador. 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 efectivos”. 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”. Constituye una propuesta para optimizar el seguimiento, la continuidad y la atención en los cuidados del recién nacido de riesgo que egresa del centro hospitalario

Sin embargo una de las condiciones facilitadoras para desempeñar su rol, es la presencia de la L.E en los ámbitos de trabajo, donde proporciona oportunidades de acercamiento y de coordinación, en las etapas claves a las familiares. En el desempeño de su rol la L.E, como fortalecedora de los aspectos sanos del individuo en el proceso reproductivo, debería ser activa en el desarrollo de estrategias que implican actividades independientes de la profesión, como parte de un equipo multidisciplinario sin confundir sus roles, complementando acciones y potenciando los logros de ese equipo. Debería ser la Enfermera quien cumpliría la función esencial en la coordinación e integración entre los diferentes profesionales de un equipo y es quien identifica las necesidades específicas de los usuarios los diferentes profesionales para derivar, coordinar e integrar.

Han estado realizando cambios en sintonía con los modelos de atención humanizada al grupo familiar, con el fin de recuperar los derechos de las personas, integrar en los cuidados de los RN, en las Unidades de Cuidado Intensivo y en el Alojamiento Conjunto. Otra condición favorable es la formación en la Especialidad Neonatal de una Institución con convenio Estatal y la FENF. Según el C.I.E (2013) "...la especialización implica un nivel de conocimientos teóricos- prácticos en un aspecto particular de la enfermería..." que dará como resultado un abordaje de calidad en el fenómeno estudiado hacia la consolidación de la profesión enfermero en el futuro de las Instituciones.

Retomando lo que se expresa como aspectos o condiciones facilitadoras el movimiento a cambios de las Maternidades amigables con la familia. Relacionado al intento de cambios expresado por las investigadas citaremos fragmentos de un libro muy valioso; del Dr. Miguel A. Largaía; *"Las Maternidades Centradas en la Familia (MCF) representan un cambio de paradigma en la asistencia perinatal: de la atención basada exclusivamente en la tecnología y la medicalización, a la asistencia humanizada que permite a nuestra especie recuperar derechos inalienables que nunca debió haber perdido con la institucionalización del parto. MCF es una concepción filosófica y ética que reconoce que las mujeres embarazadas, luego puérperas, sus hijos y sus grupos familiares son los verdaderos "dueños de casa" en todos los centros donde nacen personas."* *"MCF no es una propuesta original. Tampoco ni*

siquiera reciente. Menos aún exclusiva de un centro perinatólogo, de un país, o de una región.”⁴⁵

En las normativas Institucionales hay disposición a cambios y un proceso de empoderamiento de la familia, la abundante literatura, los documentos, los acuerdos internacionales, no restringen el cambio del paradigma, de la atención biomédica a otra más humanista, y basado en los derechos de las familias en la participación de los cuidados en CTI de hospitales públicos. En sintonía con este Modelo de MCF, podría ser una primera etapa para integrar con mayor amplitud el modelo humanizado. En la declaración de Ceará, en Fortaleza, Brasil en el año 2000 definen a la Humanización como un medio para alentar y encaminar el poder de los individuos y grupos, hacia el desarrollo, que se puede aplicar en cualquier aspecto del desempeño humano.

El Plan de Alta, el Programa Aduana y el nexo entre el PNA lo mencionan que es realizado por personal no idóneo y los esfuerzos del equipo multidisciplinar son superpuestos en cada uno de los aspectos técnicos de enfermería. Tal como lo expresa la Prof. Esp. Directora de la Cátedra de Materno Infantil, Mercedes Pérez (2012) “... conceptos tan simples de plantear y que es fácilmente razonable, encuentra numerosas dificultades... ambos niveles de atención tiene dificultades en sus coordinaciones y derivaciones, y como consecuencia las familias no están recibiendo la continuidad...” La percepción de todas las investigadas con respecto al seguimiento de la atención entre los niveles lo visualizan con dificultades, ya que la insuficiente referencia y contrareferencia al Programa Aduana, repercute en la calidad y la confianza de las familias hacia el equipo. El primer control de los recién nacidos de riesgo en dos Hospitales de la ciudad, se realizan en Policlínicas de “seguimiento de prematuros” dentro del ámbito hospitalario, percibiéndolo como no adecuado ni acorde a la situación socio demográfica y económica de las familias, quienes deben concurrir al Servicio luego del alta hospitalaria. Las coordinaciones extra hospitalarias, para asegurar la continuidad del cuidado

⁴⁵ Larguía, A. Miguel Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia / A. Miguel Larguía; Celia C. Lomuto; María Aurelia González; dirigido por A. Miguel Larguía. 1a edición - Buenos Aires: Fundación Neonatólogica para el Recién Nacido y su Familia, 2006. 116 p.; 30x21 cm. ISBN 987-23241-0-7

deberían minimizar los traslados de esa familia y su recién nacido. Las consecuencias pueden llegar a generar inseguridad y dificultades para la continuidad del proceso del cuidado.

Sin embargo conforme a las estrategias de acción / interacción buscando formas para el uso de herramientas que den respuesta positiva a esos “vacíos” entre niveles de atención, al Programa Aduana lo ven valioso.

Uno de los retos de la Política de Salud de Estado (ASSE) afirma que el Programa Aduana tiene un excelente diseño y propósito pero debe avanzar en su cobertura a nivel nacional para la captación y seguimiento de todos los niños y niñas del Uruguay. Su objetivo es también ofrecer a las familias de los RN de Riesgo una continuidad asistencial y facilitar la coordinación entre los niveles de asistencia, y las entrevistadas describen que, siguen apareciendo fragmentaciones. La existencia de una herramienta como el Programa Aduana ha mejorado en su misión, sin embargo debe ser más efectiva y de amplia cobertura para asegurar el seguimiento. Las informantes destacan la ausencia de una referencia y contrareferencia al Programa Aduana en una institución, que conformó parte del escenario/ campo de estudio, aunque no se consultó al momento cuál es la relación de ese fenómeno con la realidad, aparentemente no tienen cobertura del PNA en ASSE.

En opinión de las L.E la continuidad de la atención se realiza en Centros de Atención Periférica o en un control dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, o en la sala de maternidad, no pertenecientes a ASSE. También preocupa a otras informantes de una Institución, que sí pertenece a ASSE, la circunstancias en las que las familias, realizan el primer control pos alta en consultorios dentro del ámbito hospitalario. Señalan que lo perciben como un elemento desfavorecedor que causa en las familias la pérdida de confianza en el PNA y sus equipos multidisciplinarios.

A continuación se exponen cuáles son las consecuencias o las repercusiones que emergen en la interpretación de los resultados de la investigación.

Las percepciones de nuestra población de Licenciadas en Enfermería del Segundo y Tercer Nivel de Atención sobre la continuidad y el seguimiento de los RN de Riesgo y sus familias al egreso hospitalario se constituye en; un variopinto de expresiones relacionadas a la disconformidad, miedos y temores vinculados a la “pérdida y desacreditación de los roles propios y del equipo frente a las familias” en el contexto Institucional.

La necesidad de generar esfuerzos que las mantenga en sus roles para la atención humanizada a las poblaciones objeto y sujetos del cuidado de Enfermería, está condicionado por el escaso número de recursos humanos, que conlleva a la restricción en la dotación de enfermería, al momento de integrar los equipos interdisciplinarios de salud.

Expresan conceptos que enfrentan a lo sensible, al estrés, con respecto al desaliento que sienten a pesar de los esfuerzos que ellas realizan en procura de; priorizar los riesgos sociales, integrar a la familia a los cuidados, procurar alianzas con los integrantes del equipo y continuar con sus tareas de asistencia a un usuario múltiple. (RN, MADRE, PADRE, FAMILIA) y coordinar la transición al PNA.

Las circunstancias que llevan al desaliento que les genera el viejo y hasta insoluble problema de las incoordinaciones entre niveles, la continuidad d

la atención y el seguimiento; lo resuelven con desarrollar su función día a día, de forma incidental, apoyando a los padres y otros familiares, relaciones inter profesionales, formación de posgrado (Especialidades en Enfermería Neonatal) y adhiriéndose a cambios Institucionales de Modelos de Atención.

En las reflexiones relacionadas entre las categorías surge una preocupación común que subyace en los discursos, sin mencionarla explícitamente, y es la necesidad de una figura de enlace entre niveles que permita hacer el nexo y la conectividad entre las familias el equipo de ambos niveles de atención y que asegure el seguimiento. Quedaría así a modo de hipótesis la creación de la Enfermera Comunitaria de Enlace.

Las L.E realizan en sus experiencias diarias el Plan de Alta, pero pocas de ellas tienen la percepción de que lo realizan de forma completa, eficiente, eficaz y acorde a las situaciones y características familiares y del Recién Nacido.

Se percibe que en la esfera individual y profesional necesitan un abordaje de apoyo psicoemocional desde el contexto institucional, de la academia y de sus propias colegas y jefes de área para satisfacer todas las necesidades de la población vulnerable de usuarios, que utilizan el sistema de atención público, unido a la compleja gestión de los procesos.

Sus reflexiones se ajustaron al guion de las entrevistas y lo obtenido es de una riqueza tal que puede ser contemplada para otra investigación o una publicación. Los resultados descriptos pueden orientar a la búsqueda de estrategias que faciliten a las L.E el acceso a una reflexión sobre sus prácticas profesionales, y resignificar su rol profesional en el equipo. Se exhorta evaluar la posibilidad de ajustes en el rol con el apoyo de la FENF. Nadie es espectador pasivo de la realidad donde se desenvuelve profesionalmente, es parte de la responsabilidad profesional participar del cuidado, elaborar guías de práctica, normas, manuales y protocolos que ayuden a brindar; un cuidado seguro, el bienestar de los RN y sus familias.

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 para realizar el informe de los resultados. 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. Los cuales 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 qué** 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"> - Necesidad de independencia del rol del Enfermería para brindar información al momento del alta, para la continuidad del cuidado desde la transición hospital, domicilio y PNA 	<ul style="list-style-type: none"> - Disparidad y fragmentación en los discursos a la familia. - Pérdida del rol de la L.E. - Perciben discontinuidad entre los niveles de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Referencia y contrareferencia a través del Programa Aduana, perciben que ha mejorado el proceso, aunque persiste una variabilidad en quienes realizan la gestión del mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo social en las familias es administrado en su mayoría por los Asist. Sociales en terreno hospitalario y comunitario. - La familia no recibe del equipo de salud mensajes claros ni con unidad de criterios.

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"> - Sienten que no hay coordinación en el trabajo con L.E del CTI y Aloj. Conjunto. - No cuentan con sistema de información impreso de apoyo para el alta. - Ausencia de estrategias para realizar el plan de alta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos con el equipo carentes. - Perciben que las familias no confían en los equipos del PNA y continúan relacionados con los del Hospital o CTI. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitan que la Institución aumente los RRHH para facilitar el rol protagónico de las L.E en plan de alta y trabajo en redes. - No se realizan seguimiento, ni visitas pre alta. - Necesitan desarrollar la capacidad del trabajo en equipo compartido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Piensan integrar y dar mayor participación a las familias al plan de alta desde el ingreso a las unidades de cuidado, con derechos. - Hay una variedad respecto a la inclusión del modelo de M.C.F. - Humanización

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"> - Cuidados humanizados variables y el riesgo social lo absorbe la Institución que brindan; hotelería. - Escasos encuentros de coordinación y comunicación entre segundo y tercer nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Superposición de responsabilidades y duplicación de funciones al gestionar el cuidado. - Necesitan apoyo de salud mental - Sobrecarga de trabajo estresante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en la relación con el PNA. - Control de seguimiento post alta en policlínicas dentro hospital. - Institución sin relación con el Prog Aduana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las familias participan en desiguales condiciones en el cuidado y el ingreso a las unidades. - Fortalecen la incomprensión de la información al alta.

CAPITULO 5- CONCLUSIONES

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 asistencial como de docencia. Se percibe que las Licenciadas en Enfermería exponen una sensibilidad individual y profesional a las vulnerabilidades de las familias y sus Recién Nacidos de Riesgo.

La metodología que hemos elegido entendemos pertinente aplicarla en investigaciones del campo de la enfermería, porque posibilita la construcción de un conocimiento, de una realidad poco explorada o desconocida. Ofrece una manera de representar la realidad y un entendimiento sobre lo ¿qué está sucediendo con el seguimiento y la continuidad de la atención?

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. Consideramos esta modalidad de llevar adelante una investigación desde su inicio como una fortaleza que aporta riqueza en 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, la especialidad y la docencia. De un punto de vista subjetivo, esta experiencia ha sido vivida en forma más estimulante por el mutuo apoyo que nos brindamos en cada etapa. El Protocolo de Investigación fue elaborado y 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 los resultados, la discusión de los datos y las conclusiones para cada nivel estudiado.

BIBLIOGRAFÍA

Benavent Garcés MA, 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 Sampieri R, Fernández Coleado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4a. ed México, DF: Mc Graw-Hill; 2008.

Izcara Palacios SP. Manual de Investigación Cualitativa. 1ed. México DF: Fontamara; 2014.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. 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 1ed. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería 2002

Solá A. Cuidados neonatales. Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. 1ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Edimed- Ediciones Medicas, 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 MS, 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](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.](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004)

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

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.

ANEXO 1



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.

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 2do y 3er NIVEL DE ATENCIÓN.

1. ¿Cuál es su percepción con respecto a su participación en la planificación del alta al domicilio del RN y su familia?
2. ¿Cómo percibe su trabajo con el equipo y la familia en esta instancia?

ANEXO 5

INSTRUCTIVO DE LA ENTREVISTA

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



Intendencia Municipal de Montevideo
Desarrollo Social

fojas 1

DIVISION SALUD
SERVICIO DE ATENCION A LA SALUD
Dirección Profesional

Montevideo 9 de febrero de 2017

De acuerdo con lo solicitado, no existen inconvenientes, para autorizar, la realización la ejecución del Proyecto de Investigación de Maestría , presentado por las Licenciadas Especialistas Alicia María Pérez Borba y María Rita Pérez Faggiani, estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UDELAR.

El mismo, según refieren, se titula: **“Seguimiento del Recién nacido de Riesgo y su familia al alta: Percepción 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.”

La temática es de sumo interés de éste Servicio, concordando con los objetivos priorizados.

Este Servicio se ubica en el Primer Nivel de Atención de la Red de Efectores Públicos de Salud, cuenta con un total de 24 Policlínicas, de las cuales son 20 polivalentes, 3 odontológicas y un policlínico Móvil .Sugiero contar con una propuesta de los lugares seleccionados, la metodología de abordaje en la recolección de datos, para informar en cada Unidad, coordinando con las Direcciones Regionales y Coordinadores de cada Servicio, a los efectos de facilitar el trabajo.

Considerando de interés la información que se recoja , la que sin duda contribuirá en la ampliación del conocimiento sobre los factores que influyen en el desarrollo de la atención integral de los niños y sus familias ,solicitamos que de ser posible compartan con el Servicio, una vez aprobado, los resultados obtenidos.

Lic. Alicia Guerra

Encargada de la Dirección del Servicio

20/6/16

Hospital de Clínicas
División de Enfermería
L.E. Jefe Rose Marie Graside

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 Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y de la Maternidad que trabajan con Recién Nacidos y sus familias.

Nuestra investigación se titula: **Seguimiento del Recién nacido de Riesgo y su familia al alta: Percepción 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."

El método que utilizaremos será entrevistas grabadas con previo consentimiento informado firmado por quienes deseen participar. La información recabada será de carácter anónimo siendo solamente de utilidad académica para nuestro título de Magister en Salud Comunitaria y en ésta instancia constituye una prueba piloto.

Esta investigación cuenta con el aval de quien ejerce la tutoría Prof. Agda. Mg. Teresa Menoni.

Agradeciendo su gentil atención le saludamos afectuosamente y solicitamos mantener una entrevista con las L.E. Jefes de las Unidades.

L.E. Esp. Alicia Pérez Borba

alicipe@hotmail.com

L.E. Esp. María Rita Pérez Faggiani

mariarperez2957@hotmail.com

30/6/16

Vº para el consentimiento de Directora
Lic. Elvira Bermúdez y Lic. M. Carbacho
En consentimiento.
a efectos de...
27947

45

92

Lic. Enf. Rose Marie Graside
Directora IS: División-Enfermería
CP: 33690



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PERIFÉRICA

Nota Nº 658/D.G.A.P./2016

Asunto: Investigación a realizar por Licenciadas en Enfermería.-

Montevideo, 28 de diciembre de 2016.-

SEÑOR DIRECTOR TÉCNICO DE SANIDAD DE LAS FF.AA.-

Vuelvo a Usted el presente, comunicando que no hay inconvenientes en autorizar lo solicitado, siendo necesario que las Licenciadas en Enfermería se comuniquen con la Cap.(N) Nok NOBLE de ésta, al 2487 66 66 interno 1695, a los efectos de coordinar días y horarios en que las mismas concurrirán a los C.A.P., para su comunicación a los Centros involucrados.-



Saluda a Usted atentamente
El Director General de Atención Periférica
Coronel


Elvio G. VAZ

EV/cc