



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INTERVENCIÓN DE EFERMERÍA NEONATAL EN LA INTEGRACIÓN AL
HOGAR DE NIÑOS Y NIÑAS DE ALTO RIESGO ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA. HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL
CALDERÓN GUARDIA.**

Trabajo Final sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Postgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado de Master en Enfermería Pediátrica con Énfasis en Neonatología

Realizado por:

Bethzaida Angulo Valverde

Nuria Fernández Gómez

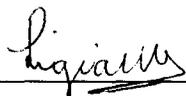
Carmen Lizbeth Molina Campos

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica.**

2006.

TRIBUNAL EXAMINADOR

El presente Proyecto de Investigación fue dado en aprobación al Comité de Trabajos Finales de Graduación, el 12 de diciembre de 2006 en la Escuela de Enfermería.



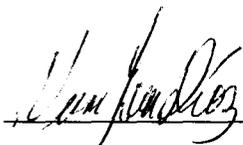
M.Sc. Ligia Murillo Castro

Directora del Posgrado en Enfermería



M.Sc. Sunny Gonzalez Serrano

Coordinadora, Maestría de Enfermería en Pediatría



M.Sc. Viriam Leiva Díaz

Representante del Sistema de Estudios de Posgrado



Dra. Nora Agnes Vega Villalobos

Tutora



Universidad de Costa Rica
Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería

12 de enero de 2007.

Señor
Dr. Jorge Murillo Medrano
Decano
Sistema de Estudios de Posgrado

Estimado señor:

Por medio de la presente me permito informar que he revisado y corroborado que las estudiantes:

Licda. Carmen Molina Campos
Licda. Nuria Fernández Gómez
Licda. Betzaida Angulo Valverde

Realizarán las correcciones solicitadas al Trabajo Final titulado: **INTERVENCION DE ENFERMERIA NEONATAL EN LA INTEGRACION AL HOGAR DE NIÑOS Y NIÑAS DE ALTO RUESTO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA**, mismas correcciones que les hiciera el Tribunal Examinador de dicho Trabajo.

Sin otro particular, queda muy cordialmente;


Prof. Dra. Nora Agnes Vega Villalobos
Tutora, Trabajo Final de Graduación
Maestría en Pediatría

Jtp

Cc: M.Sc. Ligia Murillo Castro, Directora, Programa de Posgrado de Enfermería
Archivo

Índice

Capítulo I

Introducción	1
Justificación	4
Antecedentes	18

Capítulo II

Planteamiento del Problema y Objetivos

Planteamiento del problema y objetivos	31
--	----

Capítulo III

Marco Metodológico

Tipo de estudio	34
Población	36
Herramientas utilizadas	37
Fase I Preinversión	39
Flujograma	40
Estudio de mercado	41
La oferta	42
Análisis de oferta y la demanda	42
Estudio de viabilidad	43
Viabilidad política e institucional	44
Costos de operación, financiamiento y mantenimiento	45
Ficha técnica	46
Ubicación geográfica del proyecto	47
Unidad que elaboró el perfil del proyecto	50
Fase II Promoción, Negociación y Financiamiento	50
Fase III Inversión o Ejecución	51
Fase IV Operación y Funcionamiento	57

Elaboración de protocolo 62

Capítulo IV

Análisis y discusión de resultados

Caso #1 65

Caso #2 71

Caso #3 77

Evaluación 84

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones 87

Recomendaciones 89

Capítulo VI

Bibliografía y Anexos

Sueño que algún día las enfermeras del mundo
irán a los domicilios a cuidar y a curar a las personas
que sufren y no tienen la suficiente atención.
Pero eso tal vez sea para el año 2000."

F. Nightingale

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NEONATAL EN LA INTEGRACIÓN AL HOGAR DE NIÑOS Y NIÑAS DE ALTO RIESGO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA. HOSPITAL DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA

Resumen

Hoy día, gracias al mejoramiento paulatino de los avances en el campo de la Perinatología y la Neonatología, se han mostrado significativos incrementos en la supervivencia de niños de 700 a 1000 g. Considerando el impacto que esto tiene en la morbi-mortalidad infantil, se reconoce como un problema de Salud Pública de primera magnitud, en el cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria, así como en centros capacitados de alto nivel para su tratamiento y seguimiento una vez egresados.

En el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG) el Servicio de Neonatología, creó el Programa de Visita Domiciliar para el Alta Hospitalaria cuyo principal objetivo es preparar a la familia y cuidadores para que comprendan el diagnóstico, pronóstico, medicamentos, cuidados generales así como el seguimiento médico que tendrá el niño o niña una vez que egrese, con el fin de contribuir a la disminución de la mortalidad infantil en Costa Rica. Para ello, se visitan al hogar los niños y las niñas, antes y después del egreso, pero algunas de estas familias no gozan de este beneficio por razones geográficas, presupuestarias o porque no reúnen los criterios de inclusión.

El proyecto está orientado en solventar una necesidad que se detectó con el tiempo, darle continuidad a esta labor del Equipo Interdisciplinario de Visita Domiciliar, como iniciativa de las enfermeras neonatales, se presentó y capacitó Personal de Enfermería en los Niveles I y II de Atención del Área de Salud de Goicoechea 1 y 2.

Si el personal de los EBAIS conoce la presencia de estos niños (as) en su sector, brinda el seguimiento adecuado, lo cual se pretende solventar con la entrega de los casos dando información sobre el manejo y antecedentes de la o el neonato.

La metodología utilizada fue la formulación de proyectos, consta de cuatro fases:

1. Fase de Preinversión: se estudia la factibilidad de la capacitación de los cuidadores y del personal de enfermería del Área de Salud de Goicoechea 1 y 2.
2. Fase de Promoción, Negociación y Financiamiento, se coordina con las enfermeras jefes de Goicoechea 1 y 2.
3. Fase de Inversión Se diseña un plan educativo dirigido a los cuidadores y se ofrecen dos talleres de capacitación de cinco charlas en cada Área de Salud.
4. Fase de Operación. Una vez finalizada la capacitación se toman acuerdos y se realiza visitas pre y post egreso para la entrega de tres casos pertenecientes a estos sectores.

La evaluación se realiza una vez terminada la capacitación a los padres, con la aplicación de un instrumento. En relación a la evaluación del personal de salud se realiza en la visita pre y post egreso, en la entrega de los casos.

Las interrogantes salen en el momento de la entrega de cada caso ya que cada uno tiene su particularidad. De los tres casos entregados a las Áreas de Salud de Goicoechea, el día 18 de diciembre del 2006, se obtuvo un informe completo por parte de las enfermeras de Goicoechea 2 detallando lo encontrado en uno de los casos que le entregó previamente el Equipo de Visita Domiciliar del HCG.

Se pueden citar como principales logros la entrega personalizada de casos al personal de Enfermería de otros niveles de atención, fomenta el vínculo salud-comunidad y brinda seguridad a la familia, porque facilita el proceso de atención al niño (a).

Finalmente, se plantea como recomendación implementar programas de capacitación a los cuidadores para favorecer la transición del hospital al hogar y a la comunidad.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el avance en el conocimiento científico paralelo al desarrollo tecnológico ha permitido el progreso de las Unidades de Neonatología, incrementando el número de sobrevivientes; lo que constituye una gran responsabilidad para el personal de salud.

Aunado a estos adelantos, surge una gama de necesidades que requiere la atención de estos niños y niñas. Por esta razón, se debe recurrir a estrategias que permitan la intervención organizada y coordinada dirigida a esta población, tomando en cuenta todos los niveles de atención en salud, con la finalidad de detectar, eficazmente los problemas que pueden presentar en su desarrollo para atenderlos oportunamente y mejorar su calidad de vida.

La participación de la enfermera neonatal en las estrategias de atención de salud es fundamental el trabajo con la unidad familiar le permite ofrecer una óptima atención, de esta forma fortalece las funciones básicas del núcleo familiar. La labor de acompañamiento, se debe brindar en forma integral, involucrando un equipo interdisciplinario, en todos los niveles de atención en salud, tomando en cuenta los factores condicionantes que pueden interferir en la recuperación de la o el neonato, tales como: biológicos, sociales, económicos o culturales, especialmente si ha sido clasificado (a) de alto riesgo.

Por tanto, se debe enfatizar que el buen manejo del niño (a) de alto riesgo, es una tarea prioritaria a través de las actividades propias de cada nivel de atención en salud, orientadas a disminuir la morbimortalidad en esta población que egresa con necesidades especiales de seguimiento. Todos y cada uno de ellos (as), requieren una atención específica y valoraciones regulares de su crecimiento y desarrollo; por esta razón, se deben desarrollar acciones prácticas de bajo costo económico, destinadas a satisfacer las necesidades básicas de la salud de estos (as) menores, una de las alternativas eficaces para este fin es la visita domiciliar.

La visita domiciliar, es un pilar fundamental en la Estrategia de Atención en Salud, constituye para el o la enfermera neonatal: el conocer mejor a la familia, evaluar el ambiente físico, el equipo necesario y la disposición de los progenitores para cuidar a su bebé. Le permite ofrecer una instrucción especializada o adiestramiento a los padres y/o cuidadores, con la finalidad de proporcionarles seguridad en relación a los cuidados necesarios para la integración del o la menor en el hogar.

Para darle más soporte a estas estrategias o normativas, las autoridades en salud, han visto la necesidad de crear códigos y leyes en pro de la niñez, tal es el caso del Código de la Familia, Código de la Niñez y de los Adolescentes, Convención sobre los Derechos de los niños y niñas, estableciendo en el artículo 13 de La Ley General de Salud, lo siguiente:

“ Los niños tienen derecho a que sus padres y el Estado velen por su salud y su desarrollo social, físico y psicológico. Por tanto, tendrán derecho a las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la mayoría de edad. Los niños que presenten

discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y emocionales gozarán de servicios especializados” (Ley General de Salud, 1999)

De acuerdo a estas normativas, el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, en el Servicio de Neonatología, instauró un programa de alta hospitalaria, iniciando desde que la o el neonato (a) ingresa. A algunos de ellos se les realiza visita domiciliar, antes y después de su egreso, con otras familias, no es posible, por razones geográficas y presupuestarias.

Al conocer los beneficios obtenidos con este programa, las enfermeras neonatales consideran importante divulgarlo en otros centros de atención en salud, para formar redes de apoyo capacitando al personal de los niveles I y II, y de esta forma continuar el seguimiento de estos niños y niñas, en los niveles de atención antes citados. De ahí, la necesidad de presentarlo como un proyecto final de graduación.

Justificación

La Declaración de los Derechos del Niño, postulados inicialmente en 1924 en Ginebra, los cuales se han ido perfeccionando en las últimas décadas, dando énfasis a la protección familiar y a la salud integral respectivamente. Al verse hoy como un desafío, la atención satisfactoria de la infancia y en especial la etapa neonatal.

La Declaración de los Derechos Humanos, así como los pactos internacionales, que desde 1973 la complementan en aspectos relativos a derechos civiles, políticos, económicos y culturales, constituye el sustrato en que se fundamentan las posibilidades de que los niños, niñas y las familias tengan una mejor salud y gocen de un mayor bienestar.

El Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia creado el 1 de noviembre de 1942, en el Área de Ginec Obstetricia, el Servicio de Neonatología como parte de las prestaciones que brinda a la comunidad, en respuesta a las políticas de salud mencionadas, ha tenido importantes cambios relacionados con la atención de la niñez, como prueba de ello se presenta a continuación una breve reseña de su evolución.

El Servicio de Neonatología y el Área de Ginec Obstetricia se creó años después de iniciadas las labores del Policlínico. Contaba con tres Médicos Neonatólogos, una Enfermera, cinco Auxiliares de Enfermería y dos Asistentes de Pacientes por turno.

En 1989, se producen los primeros cambios, con la implementación del alojamiento en conjunto, anteriormente las y los neonatos, se separaban de su madre durante la noche, permanecían en el Servicio de Neonatología. La atención de un pediatra las 24 horas del día, era por medio de un sistema de guardias a disponibilidad. Además todo niño y niña nacido por cesárea, así como el de alto riesgo era recibido por un Neonatólogo y asistido por una Enfermera. Tiempo después fue necesaria la creación de una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) para la atención del niño o niña de alto riesgo.

En 1991, el Servicio de Neonatología se trasladó al 2º piso del edificio antiguo, lográndolo ubicar en el Área de Ginecobstetricia, de esta manera se facilitó la atención inmediata del bebé con algún problema al nacer, gracias a su ubicación contiguo a Sala de Partos, a través de un pasillo interno.

A partir de esta fecha, el Servicio aumenta la complejidad de atención, por lo que se hace indispensable adquirir tecnología de vanguardia, así como mayor cantidad de personal especializado, para la atención eficaz de las y los neonatos.

Posterior al siniestro ocurrido el 12 de Julio del 2005, en el que se vieron afectados los pisos 3º, 4º y 5º del edificio antiguo, incluyendo parte del Servicio de Neonatología, se reubica en el 2º piso de la Torre de Emergencias, disminuyendo la capacidad de atención a un 10%.

En febrero 2006 es reubicado en la torre norte, en cuatro cubículos del cuarto piso área de medicinas, antiguamente Medicina Uno de varones, aumentando su capacidad resolutive a un 60 %. En esta área hay asignado un cubículo para la UCIN con disponibilidad de siete incubadoras abiertas, con tecnología de avanzada como: ventiladores convencionales y uno de alta frecuencia, CPAP nasal, monitoreo invasivo, entre otros. Además dispone de equipo y especialistas para realizar estudios de diagnóstico (ultrasonido cerebral y de abdomen, ecocardiograma) Consulta de Neurodesarrollo y Estimulación Temprana.

Con todo esto se ha mejorado, la calidad de atención y seguimiento, mostrando una significativa disminución de la mortalidad infantil.

Tradicionalmente la mortalidad infantil se ha utilizado como un indicador global de desarrollo social que determina y permite indirectamente conocer las condiciones de salud de un país o región. La reducción en las tasas de mortalidad infantil, se puede afirmar que son el producto del mejoramiento de la atención a la embarazada y a una mayor colaboración con las familias.

La Tasa de Mortalidad Infantil, definida como las muertes que ocurren antes de cumplir el primer año de vida por mil nacimientos vivos, ha descendido en nuestro país desde 1930, de 160.2 hasta 10.1 por mil nacimientos vivos en el año 2003.(I.N.E.C: 2006) lo que se ve reflejado en el cuadro siguiente.

Cuadro No. 1

**Nacimientos y Tasa de Mortalidad Infantil y Neonatal
Costa Rica. 1990 – 2003**

Año	Nacimientos	Mort Infant.	Mort. Neonatal
1990	81939	1250 (15.2)	747 (9.11)
1991	81.110	1124 (13.8)	700 (8.6)
1992	80.164	1099 (13.7)	695 (8.7)
1993	79.714	1090 (13.6)	713 (8.9)
1994	80.391	1045 (13)	719 (8.9)
1995	80.306	1064 (13.2)	695 (8.5)
1996	79.203	937 (11.8)	615 (7.8)
1997	78.018	1108 (14.2)	708 (9.2)
1998	76.982	970 (12.6)	627 (8.14)
1999	78.526	925 (11.8)	634 (8.07)
2000	78.178	798 (10.2)	552 (7.06)
2001	76.401	827 (10.8)	571 (7.4)
2002	71.144	793 (11.15)	545 (7.6)
2003	72.398	737 (10.1)	505 (6.98)

Fuente: I.N.E.C, año 2004.

Costa Rica, se ha caracterizado por tener excelentes indicadores de salud y una tasa de mortalidad infantil baja, comparable y aún inferior a los países ricos.(OPS:2005). En el año 2004, tuvo una tasa de mortalidad infantil de 9.2 por cada 1000 nacimientos vivos. Según el INEC **“Con estas cifras, el país se mantuvo ese año entre los primeros cinco países de América Latina en cuanto a tasa de mortalidad infantil.”**

INEC (2004)

Sin embargo, aún existen brechas entre las diferentes áreas geográficas, con tasas mayores en aquellas regiones más pobres. En la mayoría de las provincias la tasa de mortalidad es mayor en los hombres, que en las mujeres, a excepción de Guanacaste (12.2 mujeres), que además es la provincia con la mayor tasa de mortalidad infantil del

país. Las provincias en las que la mortalidad infantil masculina es mayor a la nacional son: Puntarenas (11.5) y Heredia con (11.2) (OPS: 2005).

La Tasa de Mortalidad Infantil tiene como elemento importante, la **Tasa de Mortalidad Neonatal**, comprendida como aquellas muertes que acontecen en menores de veintiocho días de edad por mil nacimientos vivos. La Tasa de Mortalidad Neonatal, tiene una categoría específica para los nacidos vivos, fallecidos en la primera semana de edad, por mil nacimientos vivos, denominada **Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz**. Por consiguiente se denomina **Tasa de Mortalidad Residual**, a la que acontece entre el día 29 y los doce meses de edad.

La mortalidad neonatal en Costa Rica en los últimos cuatro años, se expresa en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 2

**Mortalidad Neonatal según componentes Costa Rica
(Tasas por 1000 nacimientos)
2001-2005**

	2001	2002	2003	2004	2005
Componentes	Nº Tasas	Nº Tasas	Nº Tasas	Nº Tasas	Nº Tasas
Costa Rica	827 (10.8)	793 (11.1)	737 (10.1)	668 (9.2)	700 (9.8)
Neonatal	573 (7.5)	545 (7.7)	505 (6.9)	486 (6.7)	508(7.1)
Neonatal Precoz	430 (5.6)	412 (5.8)	4028 (5.5)	386 (5.3)	398 (5.6)
Neonatal tardía	143 (1.9)	133 (1.9)	107 (1.5)	100 (1.4)	110 (1.5)
Post Neonatal	254 (3.3)	248 (3.5)	228 (3.1)	182 (2.5)	192 (2.7)

Fuente: Unidad Estadística. Ministerio de Salud, Costa Rica, año 2006.

Los índices de mortalidad neonatal tienen una relación inversamente proporcional a la edad gestacional, esta variable puede determinar en última instancia diferentes tasas de mortalidad. Actualmente las diferencias en las tasas de muerte por prematuridad, han

disminuido con el avance y disponibilidad de tecnología en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

Según la OMS (2003) la incidencia de la prematuridad y de los recién nacidos de bajo peso es muy elevada, se sitúa entre un 10% y un 12% de todos los nacimientos en el mundo. El 70% de las muertes neonatales del periodo 2000 - 2003 está relacionado con problemas del neonato prematuro.

En el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se atiende un promedio anual de 7247 partos. Un grupo de estos nacimientos corresponde a niños y niñas pretérmino, algunos son clasificados de alto riesgo y requieren hospitalización y atención especializada. En el siguiente cuadro se muestra el total de nacimientos y de neonatos hospitalizados.

Cuadro No. 3

**Nacimientos por año según hospitalización. Servicio
De Neonatología Hospital Calderón Guardia.
Desde el año 2001 a 2004**

Año	Nacimientos	Hospitalizados
2001	7658	1437
2002	6965	1160
2003	7185	1362
2004	7182	1438

Fuente: Oficina de estadísticas HCG, año 2006.

Las principales causas de ingreso hospitalario en el Servicio de Neonatología del HCG por lo general son las siguientes, en orden de incidencia: Ictericia, Síndrome de dificultad respiratoria, Infecciones, Intolerancia a la vía oral, Problemas Cardíacos,

Problemas Neurológicos, sin tomar en cuenta otras de menor importancia.(Informe Estadístico de Neonatología, HCG, 2004).

La prematuridad no es una de las principales causas de ingreso hospitalario por ser un porcentaje mínimo, gracias al mejoramiento paulatino de los avances en el campo de la Perinatología y la Neonatología, que han mostrado significativos incrementos en la supervivencia de niños de 700 a 1000 gramos.

Estos resultados positivos se atribuyen principalmente a: control prenatal oportuno, disponibilidad de terapias intensivas neonatales, avances en la tecnología de ventiladores, al descubrimiento del factor surfactante y principalmente a una adecuada reanimación neonatal a la hora del nacimiento, lo que requiere de personal altamente capacitado.

Esta atención se inicia en Sala de Partos, con el nacimiento del niño o niña, (en el HCG, no está presente la enfermera neonatal), el o la bebé, es recibido por una Auxiliar de Enfermería, esta persona le realiza los cuidados inmediatos y mediatos. Si el o la recién nacido (a) presenta alguna complicación, es atendido por la o el Neonatólogo (a). Según la evolución del menor, se toma la decisión: pasar con la madre para alojamiento en conjunto (Sala de Maternidad post parto), trasladar a Neonatos o al Hospital Nacional de Niños.

Cuando ocurre una complicación, previamente diagnosticada, como en aquellos casos de Síndrome de aspiración de meconio (SAM) productos con menos de 37 semanas de

gestación (pretérmino), restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), alguna alteración patológica (malformación congénita, cardiopatía o macrosomía); se requiere la intervención del Neonatólogo o una enfermera especializada en reanimación neonatal.

Esta atención se realiza en el área de transitorio, ubicada en sala de partos, la cual está equipada con incubadora abierta precalentada, equipo de emergencia (bolsa autoinflable, mascarilla adecuada al tamaño del neonato, tubos endotraqueales, oxígeno, sondas de aspirar, aspirador equipado y calibrado, oxímetro, equipo de cateterismo umbilical y drogas).

Si la condición del neonato (a) requiere internamiento se traslada al Servicio de Neonatología, una vez estabilizado. Se debe pasar en incubadora de transporte precalentada, con una fuente de oxígeno. En Neonatos se ubicará, según su condición en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), aquellos neonatos críticamente enfermos, que ameritan ventilación asistida convencional, de alta frecuencia o CPAP nasal.

Si requiere oxígeno suplementario por medio de halo, cánula nasal u otro insumo para sobrevivir, se sitúa en cuidados intermedios. Independientemente de la condición de este bebé, siempre es recibido por la Enfermera neonatal, quien le brinda los cuidados al ingreso y durante su estancia en UCIN. Se monitoriza, canaliza vía periférica, inicia infusión de dextrosa al 10% según requerimientos, de acuerdo al peso al nacer. Se hace el ingreso, con los datos de la madre, enviando hoja de internamiento a la Oficina de Admisión, se anota en el censo y se cumple resto de indicaciones médicas.

Posteriormente, se brinda orientación individualizada acerca de la condición del neonato (a), normas y rutinas del servicio al padre o acompañante de la madre del bebé, previamente, se le explica donde y como lavarse las manos y la importancia de hacerlo, ofreciéndole una bata limpia para ingresar a la unidad del niño o niña.

Cuando la madre está en condiciones de visitar al bebé, se procede de la misma forma. Si el niño o niña puede recibir lactancia materna, se explica a la madre y se le entrega su hijo (a) para este fin. Si el bebé está nada vía oral, también se expone el por qué, se informará cuando puede darle de mamar. Se dan recomendaciones acerca de la extracción y conservación de la leche materna y referencia a la Clínica de Lactancia Materna.

Esta Clínica es atendida por una Enfermera del Servicio de Neonatología, con el apoyo de un pediatra. Cuando la madre egresa y el bebé debe permanecer internado, se extiende un permiso especial con horario de visitas establecidas y sus respectivas restricciones (válido solo para ambos padres). Abuelos maternos y paternos ingresan de 4 y 30 pm a 5 pm con tarjeta extendida por la Oficina de Información de Pacientes. No se permite el ingreso a otro familiar o conocido, únicamente en casos especiales (muerte materna, madre adolescente, con algún grado de discapacidad o agonía del bebé).

El permiso se extiende hasta el lunes siguiente a la fecha de ingreso, donde se les invita a participar en la orientación grupal que se ofrece, de 11: 45 am a 12: 45 md. Esta orientación la brinda una enfermera del Servicio de Neonatología. Los temas a tratar

son: presentación y distribución del Servicio de Neonatos, servicios que se ofrecen y otras áreas de intervención como: Canguro Parcial, Clínica de Lactancia y Visita domiciliar, rutinas y normas del Servicio, equipo, tecnología y recurso humano necesario para la atención del niño y niña. Generalidades del prematuro, ictericia o algunas otras patologías agregadas. Se abre espacio para que los progenitores expresen sus dudas, temores u otros sentimientos.

Porque en todo este proceso, los padres, madres y/o cuidadores deben superar momentos muy difíciles, si su recién nacido (a) debe permanecer hospitalizado (a), pues se enfrentan a la posibilidad de complicaciones, malformaciones congénitas o muerte. En ocasiones no pueden ver a su bebé durante las horas cruciales, posterior al parto. En estos momentos el o la enfermera neonatal debe fortalecer el vínculo afectivo padre- hijo (a) y brindar oportunidad para que expresen sus temores y ansiedades. Al familiarizarse con la madre y el padre les ofrece consuelo, fortalecimiento, asesoría, apoyo y ayuda con el o la bebé.

Al ser el primer año de vida la etapa más vulnerable y con mayor razón si el neonato (a) ha sido de alto riesgo, el futuro de estos niños y niñas depende de una adecuada asistencia y aporte tecnológico, médico y de enfermería, que favorezca su normal crecimiento y desarrollo, con una atención programada, coordinada y eficiente mediante programas dirigidos a los padres se les brinda la oportunidad de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes, para la transición hospitalaria y la atención en el hogar, con el propósito de mejorar la calidad de vida del niño y la niña.

De esta forma al acercarse el alta hospitalaria, los padres, al saber que ahora serán los cuidadores del o la bebé, pueden percibir una responsabilidad enorme, en especial si para su egreso requieren algún tipo de soporte médico (oxígeno u otro). El proceso de inducción y capacitación le permite a la familia empoderarse para cuidar al niño o la niña, haciendo la transición del hospital a la casa menos traumática y contribuyendo al alta temprana.

Algunos estudios, han demostrado que el alta temprana de un hospital, con vigilancia adecuada de la asistencia domiciliar, es una medida que ahorra dinero, sobretodo en servicios de atención altamente especializado, es segura y beneficiosa para el niño o niña y su familia, eventualmente esta mejoría puede favorecerse con el confort, cariño y afecto de la familia.

De ahí que en 1980 la OPS, al implementar estrategias destinadas al mejoramiento de la salud, acordó como una de las principales líneas del plan, el fomento y desarrollo de políticas intersectoriales que estimularan y facilitaran la prestación de asistencia integral al núcleo familiar, a la formulación de pautas para introducir las reformas necesarias que promuevan la salud y el bienestar social de la familia, del niño (a).

Esta es una de las razones por las que el cuidado de estas personas, se ha transformado en las últimas décadas, con especial énfasis a los niños y niñas de alto riesgo, como parte integral de una familia y el medio que los rodea. Para cumplir con este principio, es importante crear alianzas entre familia y los profesionales de la salud,

con el propósito de identificar y esclarecer el ordenamiento de los preparativos para la transición al hogar y la comunidad.

El Servicio de Neonatología del HCG con el fin de brindar una atención y seguimiento adecuado a su población, desde el año 2002, inició el Programa Visita Domiciliar Especializada del Tercer Nivel para dar seguimiento a las (os) neonatos de alto riesgo, colaborando de esta forma en la transición del hospital al hogar. En el cuadro siguiente se muestra el total de visitas realizadas en los dos últimos años hasta el mes de agosto del 2006.

Cuadro N° 4

Visitas realizadas por El Equipo Visita Domiciliar a Familias de Niños y Niñas de Alto Riesgo del Servicio de Neonatología Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, año 2005 y 2006 hasta agosto.

Año	Visitas nuevas	Subsecuentes	infructuosas	Total
2005	157	58	25	240
2006 hasta agosto	92	65	5	162
Total	249	123	30	402

Fuente: Bitácora Equipo Visita Domiciliar (años 2005-2006)

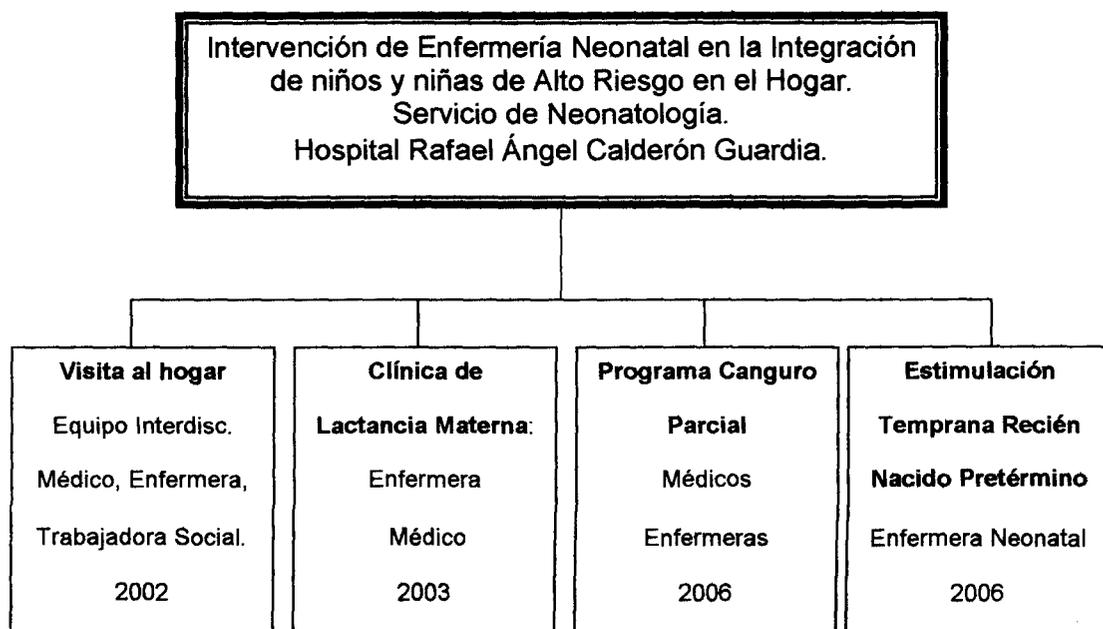
Es importante, destacar que este programa nació como iniciativa de las Enfermeras del Servicio, preocupadas por la evolución de los niños (as) egresados, debido a que una vez que el neonato (a) estaba en condición de salida, los padres y madres no volvían a visitarlo, por temor a que falleciera en sus casas, en algunas ocasiones se informaba de decesos de estos niños (as) al día siguiente de salir del hospital o que habían ingresado al HNN.

Una vez que se hicieron las primeras visitas al hogar, se detectaron muchas deficiencias, tanto en el conocimiento del manejo del bebé, como en las condiciones generales del ambiente e infraestructura de algunas viviendas, no reuniendo los requisitos mínimos para ofrecer un medio óptimo para este fin.

Con todo este panorama las enfermeras ven la necesidad de ofrecer una preparación previa dirigida a los padres, madres y/o cuidadores, con la idea de facilitar la transición al hogar. Para ello se organizó un programa educativo que se inicia desde el momento que el bebé ingresa, durante su estancia y alta hospitalaria.

Con la instauración de este programa, se evidencia la necesidad de complementarlo con otros subprogramas: Canguro Parcial, Clínica de Lactancia, Estimulación Temprana, como se representa en el siguiente esquema.

Organización de funciones en el Servicio de Neonatología según necesidades detectadas. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia.



Otra necesidad que se detectó con el tiempo, es darle continuidad a esta labor del equipo de enfermeras neonatales, una vez egresados los menores, porque, al no conocer el programa en los niveles I y II de atención, no se daba el seguimiento adecuado.

Si el personal de los EBAIS desconoce la presencia de estos niños (as) en su sector, es difícil que brinden el seguimiento de los mismos, lo cual se pretende solventar con la entrega de los casos dando información sobre el manejo y antecedentes del neonato (a). De ahí la inquietud de las enfermeras del Equipo de Visita Domiciliar de presentarlo y capacitar al personal de las diferentes áreas de atención en salud.

Antecedentes

En la literatura se encuentran referencias de la existencia de programas de asistencia integral domiciliar, en Estados Unidos en los últimos 20 años se ha adoptado una posición de intervención temprana en niños (as) de alto riesgo en su entorno natural. Se documenta el programa llamado “Gestión o Manejo de Casos” utilizado como método para facilitar la transición de la asistencia hospitalaria a los cuidadores en el hogar y la comunidad.

La transición inicia desde la admisión, incluyendo de manera activa a los padres que comparten la estancia con su hijo, siendo mínimas las distracciones para que los progenitores se concentren en solventarle las necesidades y la preparación para continuar estos cuidados en el hogar. (Deacon, 2001).

En Viña del Mar – Quillota (1999), publican en la pagina Web, los resultados del programa denominado “Policlínico de Seguimiento del Prematuro” a fin de garantizarles una mejor calidad de vida tanto a los menores como a su familia. Siendo su principal propósito: Contribuir a disminuir la morbimortalidad de los niños prematuros, desarrollando estrategias de Atención Integral y multidisciplinaria en los niveles locales, a través de la coordinación del alta de Neonatología con los consultorios de Atención Primaria de Salud.

El objetivo principal de esta actividad es planificar el alta, preparando el hogar y la familia para la atención del niño. Se realiza una visita domiciliar previa al alta, a solicitud del Servicio de Neonatología en coordinación con el personal de Atención Primaria en Salud (3 semanas previas al egreso hospitalario). En el Informe de la visita, se incluye la evaluación biopsicosocial de la situación familiar, se elabora el Plan de Atención a la familia, de acuerdo al análisis realizado por el equipo de salud del establecimiento, para iniciar las acciones de preparación de la familia y del ambiente para recibir al niño (a) en el hogar.

En otros latitudes también hay referencia de programas similares o al menos se han preocupado por ofrecer una alternativa para la transición del neonato al hogar en España, La Sociedad Española de Neonatología, (2001) elaboró un “Manual para padres con niños Prematuros” cuyo contenido incluye conceptos, recomendaciones, aspectos administrativos y generales, problemas de salud más importantes, preguntas que se hacen frecuentemente los padres y la preparación del alta hospitalaria, el mismo se les entrega a los padres o cuidadores para instruirlos en estos aspectos. Cabe señalar que este país es pionero en el programa de hospitalización domiciliar de las personas en general.

En Costa Rica, en 1845, por decreto ejecutivo se estableció el primer hospital en el país denominado San Juan de Dios, como institución de la Junta de Caridad de San José. El cuidado de los enfermos estaba a cargo de organizaciones religiosas, quienes contrataban ayuda para las labores domésticas, parte de este personal fue entrenado

rudimentariamente para reforzar el trabajo de la atención de los enfermos, introduciendo de esta forma los cuidados básicos de enfermería.

Aún así, en Costa Rica, las acciones asistenciales se dieron en forma esporádica, para la atención de los problemas críticos. Se dio una alta desnutrición, parasitosis y mortalidad total e infantil.

El proceso de educación en enfermería que surgió en el país se inició en el Hospital San Juan de Dios, debido a que fue el lugar donde se concentraron más recursos tanto económicos como asistenciales, esto sucedió a finales del siglo XIX, por la necesidad visualizada por un grupo de médicos, dada la alta mortalidad materno- infantil (en 1908 la tasa de mortalidad infantil en el país era de 192.5 por mil) (Retana, 1994).

En 1899, se creó la Escuela de Parteras. Siendo su principal objetivo, preparar personal especializado para disminuir las defunciones maternas, debido a que su incidencia se relacionaba con el parto en el hogar, donde eran atendidas por parteras empíricas.

Estas obstetras en un principio fueron contratadas en el Hospital San Juan de Dios en sala de partos y en los pueblos donde brindaban atención domiciliaria. Ya que para lograr hacer sus prácticas, necesitaron salir a buscar pacientes embarazadas y fomentarles el hábito de parir en el hospital (Esquivel, 2000). Las egresadas de esta escuela también fueron utilizadas en actividades de medicina preventiva, al crearse las clínicas prenatales.

En 1914, se creó el Departamento Sanitario escolar con el fin de proteger la salud de los niños y niñas con edades entre los 7 y 14 años que asistían a las Escuelas Públicas, las acciones eran esencialmente preventivas: vacunas, educación para la salud, revisión de los niños, valoración el estado de salud y desparasitación. Todo lo anterior para brindar una mejor atención a madres y niños, lo que dio origen en Costa Rica a la Enfermera en Salud Pública (Gómez, 2006).

En 1920, se abrió un espacio para Enfermeras Obstetras en Salud Pública, época en que aún no existía un organismo oficial rector de la salud, ya que la Subsecretaría de Higiene y Seguridad se creó a finales de 1922.

En 1927, se creó la Secretaría de Salubridad Pública, con el fin de descentralizar todos los servicios de medicina preventiva que se encontraban dispersos, entre ellos el programa de higiene escolar.

El 11 de marzo de 1927, se decretó que las enfermeras graduadas por la Facultad de Medicina, podían desempeñar el puesto de Asistentes Sanitarios Escolares. Este decreto es importante porque a partir de ahí la Enfermera visitaba la población escolar. Anterior a ello, a estas Enfermeras se les dio un periodo de práctica en la Clínica Escolar e Infantil de San José.

Mediante ley N° 20 se creó la Enfermera Visitadora como elemento esencial para la campaña antituberculosa. (Esquivel, 2000).

En el año 1946, se fundó la Escuela de Enfermería, con la autorización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social. Siendo su directora Sor Ángela Lazo de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl.

El surgimiento de la enfermería comunitaria fue quizá más lento que el de la hospitalaria, sin embargo su aporte en las campañas de vacunación es digno de mencionar, la razón de su desarrollo más lento es que la mayoría, ejercían su labor en hospitales, debido a que la Juntas de Caridad les daba prioridad, por la gran cantidad de enfermos en fase terminal. (Retana, 1994).

Cabe resaltar que la enfermería comunitaria surge también con la creación de la Escuela de Obstetras, por su labor mencionada anteriormente. Tiempo después, se nombraron Obstétricas y Enfermeras en los Programas Materno-infantil y en Programas de Visita Domiciliar. Creándose de esta forma, una sección de Enfermeras Visitadoras de Salubridad Pública. Cuya función era brindar atención de enfermería en el hogar, dando énfasis a la salud de la madre y el niño.

En 1952, se crearon en las unidades sanitarias (Centros de Salud) las consultas de niño sano y del enfermo, ofrecidas por médicos. La participación de la enfermera en este servicio era: dar educación acerca de los cuidados del niño, vacunar y realizar visitas al hogar a los niños con algunos riesgos (desnutridos, prematuros, entre otros), participando de esta forma en la prevención y promoción de la salud.

En 1956- 1960, se amplia la cobertura de atención de enfermería en el hogar, debido al surgimiento de centros de capacitación y adiestramiento a estudiantes de enfermería por enfermeras docentes. Incrementando las visitas domiciliarias de los dos años anteriores, haciendo el personal un gran esfuerzo, ya que la visita domiciliar constituía un servicio muy importante en el Programa de Salud.

El resultado fue: aumento de trabajo práctico en el hogar, educación con demostraciones, sobre nutrición, preparación del biberón, demostraciones de toma de temperatura, baño del niño y cuidados del enfermo en el hogar. No menos importante también fue el aumento de visitas a niños escolares. (MSP, 1965).

En 1964, se crea una modalidad denominada Hospital sin Paredes en San Ramón, donde se establecen puestos de salud con Técnicos de Atención Primaria. Esta modalidad implementa la visita de médicos especialistas del Hospital de San Ramón a los puestos de salud. Relaciona salud con desarrollo social de la comunidad.

A principios de los años 70, Costa Rica había desarrollado los servicios de salud en las ciudades, pero no así en las zonas rurales. Con la colaboración de 18 instituciones entre las que se pueden citar: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Oficina Administrativa para la Asistencia Médica y Social, Juntas de Protección Social, Instituto de Seguros y otras.

Sin embargo había una inadecuada utilización y distribución desigual de los recursos, produciendo una situación caótica en la salud pública: cobertura incompleta de salud de la población, variedad de diferencias de servicios de salud en relación a calidad y

cantidad, programas de salud considerados de poca importancia; se enfatizaba solo en lo curativo, existiendo una marcada autonomía de parte de todas las instituciones de salud.

Por esta razón, de 1970- 1980, respondiendo a las políticas de extensión de cobertura se crean los programas de Salud Rural y Salud Comunitaria, llevando servicios a la zonas rurales, urbanas y peri urbanas, atendidos por personal denominado asistente de salud rural y salud comunitaria, supervisados por los centros de salud. (Retana, 1994).

Para lograr estas metas, se creó, el Programa Costarricense de Unidades Médicas Móviles, financiadas al principio, por fuentes extranjeras a través del Programa Alianzas para el Progreso. Luego, con recursos de la comunidad. Su objetivo principal consistió en, apoyar los programas contra la malaria en las zonas rurales, también en consulta médica para enfermos, acciones ambientales sanitarias (construcción de letrinas, saneamiento de casas y mejora de fuentes de agua) actividades educativas, creación de comités de salud y promoción de la producción de alimentos en huertos familiares y comunitarios.

El equipo de salud estaba formado por: médico general, un auxiliar de enfermería, un inspector de salud y un chofer con un jeep de doble tracción.

Para Vargas (1996) las limitantes de este programa fueron: inaccesibilidad a algunas comunidades durante el invierno por falta de caminos vecinales y puentes o por fallas en el vehículo, quedando en desventaja las comunidades más alejadas. Básicamente el

programa tenía un enfoque predominantemente curativo: el equipo de salud tenía que cubrir una demanda de 60-80 o más pacientes diarios, limitando el tiempo para realizar otras acciones de salud.(Vargas,1996).

Algunas comunidades con serias restricciones en los servicios básicos de salud se beneficiaron del programa de unidades médicas móviles. Sin embargo, en el condado, donde se ejecutó el programa durante varios años (Puriscal, San Carlos, Pérez Zeledón, Nicoya, Santa Cruz y Buenos Aires) no se pudo traducir ningún cambio significativo en la mortalidad infantil como una repercusión positiva del programa. (Vargas, 1996: 67)

Para esa fecha (1970) en la presidencia de José Figueres Ferrer, la decisión política fue dar cumplimiento al artículo transitorio constitucional que obliga a universalizar el Régimen de Enfermedad y Maternidad o sea, extenderlo a toda la población. Este plan se desarrolló de 1971-1974, extendiéndose hasta 1980, definió los objetivos específicos de carácter nacional, iniciando así un trabajo coordinado CCSS- Ministerio de Salud. Los objetivos fueron:

- a- Creación de un sistema único e integrado de salud.
- b- Cobertura nacional del Ministerio de Salud, de un programa de atención primaria, centrado en el control de la infección, en el cuidado de la desnutrición y en el saneamiento ambiental.
- c- Universalización de la atención médica para toda la población a cargo de la CCSS, así como la extensión del Régimen de Invalidez Vejez y Muerte.

En 1973, el MSP impulsó la aprobación de una ley general de salud y una nueva ley orgánica para sí mismo, en respuesta de las nuevas necesidades estructurales y

funcionales del Plan Nacional de Salud, asumiendo desde ese momento el carácter de rector del sector salud.

La CCSS, requirió de varias modificaciones administrativas, para extender y universalizar los servicios, incorporar los niveles de atención y la definición regional adoptada. Estableciendo el hogar como primer contacto de los servicios de la salud con la comunidad. Los servicios de salud deben ir a la comunidad y no la comunidad a los servicios de salud.

La visita domiciliar se convierte en el recurso más importante para la prestación del servicio y es programada anualmente. Se establece la ficha familiar como instrumento base del sistema de información. Para este periodo la mortalidad disminuyó, manteniendo una alta tasa de natalidad, esto implica que la población creció a un ritmo mayor que en otros países.

La CCSS para hacerle frente al proceso de reforma del sector salud, busca corregir y mejorar la capacidad operativa introduciendo modificaciones al modelo de prestación de servicios de salud. Planteando una gama de reformas destinadas a fortalecer la capacidad de dirección, planificación y mejoramiento de las coberturas, la accesibilidad, la oportunidad, continuidad, la calidad y el ámbito de operación de los servicios de salud, de acuerdo con las necesidades de la población y las necesidades económicas del país.

En 1978, el Ministerio de Salud crea el Programa de Salud Comunitaria, dirigido a atender la población urbano-marginal. El servicio se basa en la visita domiciliar del Técnico de Salud Comunitaria. Con este nuevo modelo se pretende cambiar el modelo

de atención tradicional de la CCSS, de toma de decisiones centralizado, sin participación del usuario en la gestión de los servicios. Sin coordinación con otras unidades del sector.

El 18 de noviembre de 1998 La Asamblea Legislativa aprobó la ley de desconcentración hospitalaria. Ley 7852 con el propósito de dar autonomía en el manejo presupuestario, de los recursos humanos y la contratación administrativa, otorgando personería jurídica instrumental y autonomía administrativa a cada hospital, para que de esta forma se logre mayor eficiencia y eficacia en la prestación de servicios bajo los Principios Fundamentales de:

Universalidad, Solidaridad y Equidad.

Algunos resultados de este modelo se reflejan en la disminución en la mortalidad infantil en un 8% y en la de los adultos en un 2%. El efecto fue de un 14% en la mortalidad de adultos causada por enfermedades transmisibles o desencadenadas por procesos infecciosos. Se puso fin a una década de estancamiento en algunos indicadores, como: la esperanza de vida al nacer, actualmente ha alcanzado un nivel de 77.7 años siendo vista en la actualidad, a nivel del continente americano como una de las más altas después de Canadá.

En 1983 se inicia uno de los Programas de Visitas Domiciliarias, en el Hospital Nacional de Niños, que se mantiene hasta el presente, cuyo fin principal es atender y dar seguimiento a los niños y niñas con espina bífida. Incluyendo también, a los niños y niñas crónicos y de alto riesgo.

Este programa lo lleva acabo desde esa fecha, la enfermera Landelina Monge su labor consiste en orientar y capacitar a los padres de estos niños y niñas, en cuanto a los procedimientos como: cateterismo vesical, cuidados al paciente ostomizado, todo ello antes del egreso.

Posteriormente, visita los hogares, para evaluar el manejo adecuado de los procedimientos, en los cuidadores. Según refiere esta enfermera este programa en sus inicios era más “interesante” ya que disponía de la colaboración de las enfermeras comunitarias. Para ello, trabajaba con referencia y contrarreferencia coordinando de esta forma el seguimiento de estos casos. (Monge, 2006)

Con lo antes mencionado es claro que el nuevo modelo está dirigido al mejoramiento en la atención del usuario desde una perspectiva integral en cuanto al seguimiento de los menores una vez egresados de los hospitales, se realiza visita domiciliar y seguimiento a los niños y niñas de cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Niños, los pacientes con espina bífida. Geriatria del HCG, Blanco Cervantes, con la participación de un grupo interdisciplinario, pero no existe datos de programas de este tipo en la población de neonatos de alto riesgo en el país.

En octubre del año 2002, en el HCG, el Servicio de Neonatología inició el Programa Visita Domiciliar Especializada del Tercer Nivel para dar seguimiento a los (as) neonatos de alto riesgo, en búsqueda de factores de riesgo que inciden en la aparición de complicaciones.

Para iniciar el programa de visita domiciliar fue necesario coordinar con Administración y el Servicio de Transportes para el uso de un vehículo con el chofer, esto se logró gradualmente. Al principio el vehículo, era facilitado por dos horas logrando hacer solo una visita en el Área Metropolitana, realizada por una Enfermera y un Médico los días martes, la profesional en enfermería ejecutaba las visitas en tiempo extraordinario.

Conforme avanzó el programa, se fueron detectando riesgos de carácter social por lo que se involucró a una Trabajadora Social, integrándose el Equipo Interdisciplinario. Acordando salir los días jueves de 8 am a 4 pm. Para este tiempo no había limitaciones de área geográfica se visitó Batán, Guapiles, Turrialba, Ticabán entre otros lugares alejados. Conforme aumentó la población de niños y niñas de alto riesgo, se limitó el Área geográfica a falta de un vehículo propio y presupuesto.

Hasta hoy a nivel nacional, este programa de seguimiento a los neonatos existe solamente en este hospital y sus resultados han sido de mucho beneficio para esta población.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y

OBJETIVOS

Definición del Problema de estudio

¿Cuáles son las consecuencias que pueden sufrir los niños y las niñas de alto riesgo, del Servicio de Neonatología del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia relacionadas con su salud, al carecer los padres de una adecuada preparación para la transición del hospital al hogar y un seguimiento deficiente, si el personal de los EBASIS desconoce la presencia de estos menores en su sector?

Objetivos

General:

Diseñar un programa de intervención de enfermería neonatal para la integración en el hogar de los niños y niñas de alto riesgo atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Específicos:

1. Diagnosticar la necesidad de orientación-aprendizaje de los padres, madres y/o cuidadores sobre la transición del hospital al hogar y la comunidad.
2. Establecer redes de apoyo con las Áreas de Salud para dar seguimiento en la Comunidad, a los niños y niñas de Alto Riesgo egresados del HCG.

3. **Desarrollar un programa de capacitación al personal de enfermería del nivel I y II del Área de Salud de Goicoechea, para involucrarlos en la transición del hospital al hogar de los Niños y Niñas de Alto Riesgo por parte de Enfermería Neonatal.**

4. **Estructurar el proceso de intervención de enfermería Neonatal para la integración en el hogar y la comunidad de los niños y niñas de Alto Riesgo.**

5. **Ejecutar las visitas pre y post egreso, con el personal de enfermería del nivel I y II que labora en el Área de Salud de Goicoechea 1 y 2.**

6. **Evaluar la intervención de enfermería del nivel I y II en los casos seleccionados.**

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Marco Metodológico

Tipo de estudio

La presente investigación se plantea partiendo de la búsqueda de una solución a una necesidad, con el propósito de desarrollar un punto de vista reflexivo, por medio de la elaboración de un proyecto para resolver una situación social identificada.

El proyecto se elabora con base a las necesidades que presentan durante su estancia y egreso hospitalario, los niños y niñas de alto riesgo del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG).

Para formular el proyecto se hace necesario ubicarse institucionalmente, conocer políticas, fines institucionales, funciones enmarcadas en los lineamientos de las políticas institucionales previamente establecidas.

Es preciso conocer los programas existentes en la Institución (programas de educación, de investigación, de asistencia y de administración). Estos programas responden a un diagnóstico institucional, en los cuales se han identificado y establecido las áreas problemáticas prioritarias para ser tratadas.

Un programa operacionaliza un plan a través de la realización de acciones tendientes a alcanzar las metas y objetivos propuestos en un periodo de tiempo.

Desde el punto de vista conceptual, programas y proyectos son similares y a veces se usan indistintamente. Sin embargo el proyecto es el aspecto más operativo de implementar el tratamiento para algunos problemas que ya están definidos en el programa.

La elaboración de un proyecto como la elaboración de un programa requiere de la participación del equipo, este es un principio fundamental. Para Baca (1989), citado por Rosales la idea de un proyecto, independientemente de su definición y del sector al que pertenece, comprende la búsqueda de una solución “inteligente”, al implemento de un programa.

“un proyecto es una tarea innovadora que engendra la decisión sobre el uso de recursos (en un tiempo determinado) con el fin de alcanzar unos objetivos específicos, dirigidos a solucionar problemas, mejorar una situación o satisfacer una necesidad y, de esta manera, contribuir al desarrollo de una institución, una empresa, una organización, región o país.”(Rosales,2005: 9).

Por ello esta investigación se basa en el método de resolución de problemas cuyas etapas conforman el ciclo de vida de un proyecto, el cual se puede resumir en cuatro fases:

1. Fase de preinversión
2. Fase de Promoción, negociación y financiamiento
3. Fase de Inversión
4. Fase de Operación

Una de las ventajas de las fases del proyecto es que permiten que al estudio mismo se destine un mínimo de recursos. Esto es así porque, si en una etapa se llega a la

conclusión de que el proyecto no es viable técnica y económicamente, carece de sentido continuar con las siguientes. Por lo tanto se evitan gastos innecesarios.

En consecuencia la viabilidad de un proyecto no está dada, hay que construirla. Como señala Carlos Mattus en Política y plan **"buena parte de los proyectos enunciados en un programa no tienen viabilidad en la situación inicial"**. (Vega,2005).

Población

Los niños y niñas de alto riesgo ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG), madres, padres y/o cuidadores y Enfermeras del Área de Salud de los niveles de atención I y II .

Criterios de Inclusión de niños y niñas de alto riesgo en el Programa de Visita Domiciliar

- ↪ Bebés con hospitalización de más de 15 días.
- ↪ Los que han ameritado atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) durante 72 horas o más.
- ↪ Con antecedentes de encefalopatía hipóxica.
- ↪ Los bebés con dependencia de oxígeno.
- ↪ Con malformaciones congénitas para entrega al Equipo de Cuidados Paliativos.
- ↪ Todo menor con peso inferior a 1800 gramos al nacer.
- ↪ Los que han sido reingresados al Servicio de acuerdo a criterio médico o de enfermería.

- ↳ Niños y niñas en riesgo social (drogadicción familiar, abandono, madre adolescente, sin apoyo familiar o de pareja, antecedentes de violencia intrafamiliar).

Criterios de Inclusión de personal de enfermería para el proyecto

- ↳ Profesionales en enfermería que laboran en las Áreas de Salud
- ↳ Que hallan recibido los talleres de capacitación
- ↳ Compromiso de continuar con el proyecto.

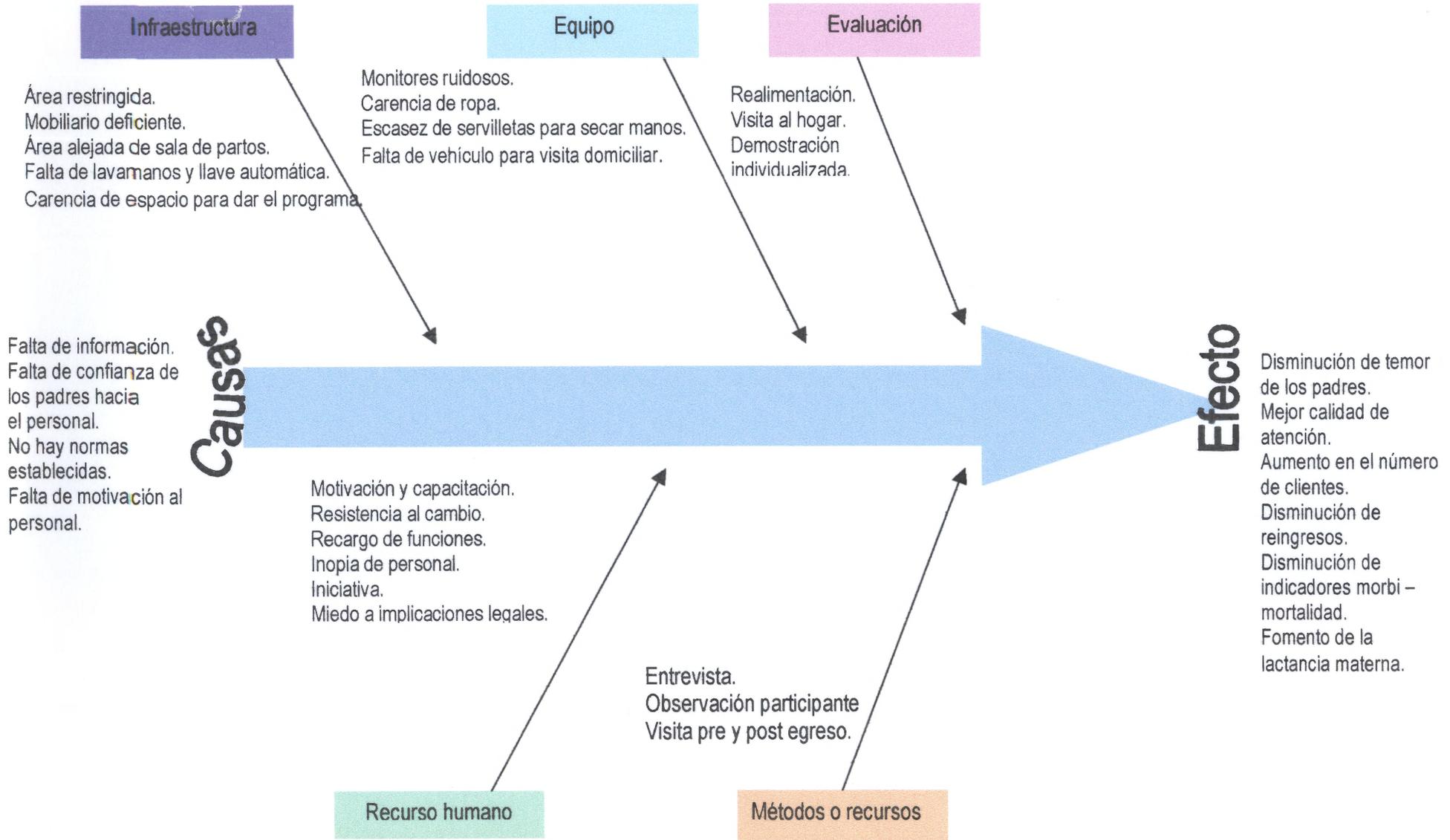
Criterios de Exclusión de niños y niñas de alto riesgo en el Programa de Visita Domiciliar.

- ↳ Bebés no clasificados de alto riesgo.
- ↳ Residentes fuera del Área Metropolitana.
- ↳ Hijos (as) declarados en abandono por los progenitores.

Herramientas utilizadas

Para darle una respuesta a los objetivos del proyecto se elaboró el programa de Intervención de Enfermería Neonatal para la Integración en el Hogar de los Niños y Niñas de Alto Riesgo Atendidos en el Servicio de Neonatología del HCG. A esta población se le hizo un diagrama de causa y efecto para diagnosticar sus necesidades.

Diagrama de Ishikawa. Causa y efecto. Problema: Temor de los cuidadores en relación al manejo del Neonato



Fase I Preinversión o Fase de Planificación

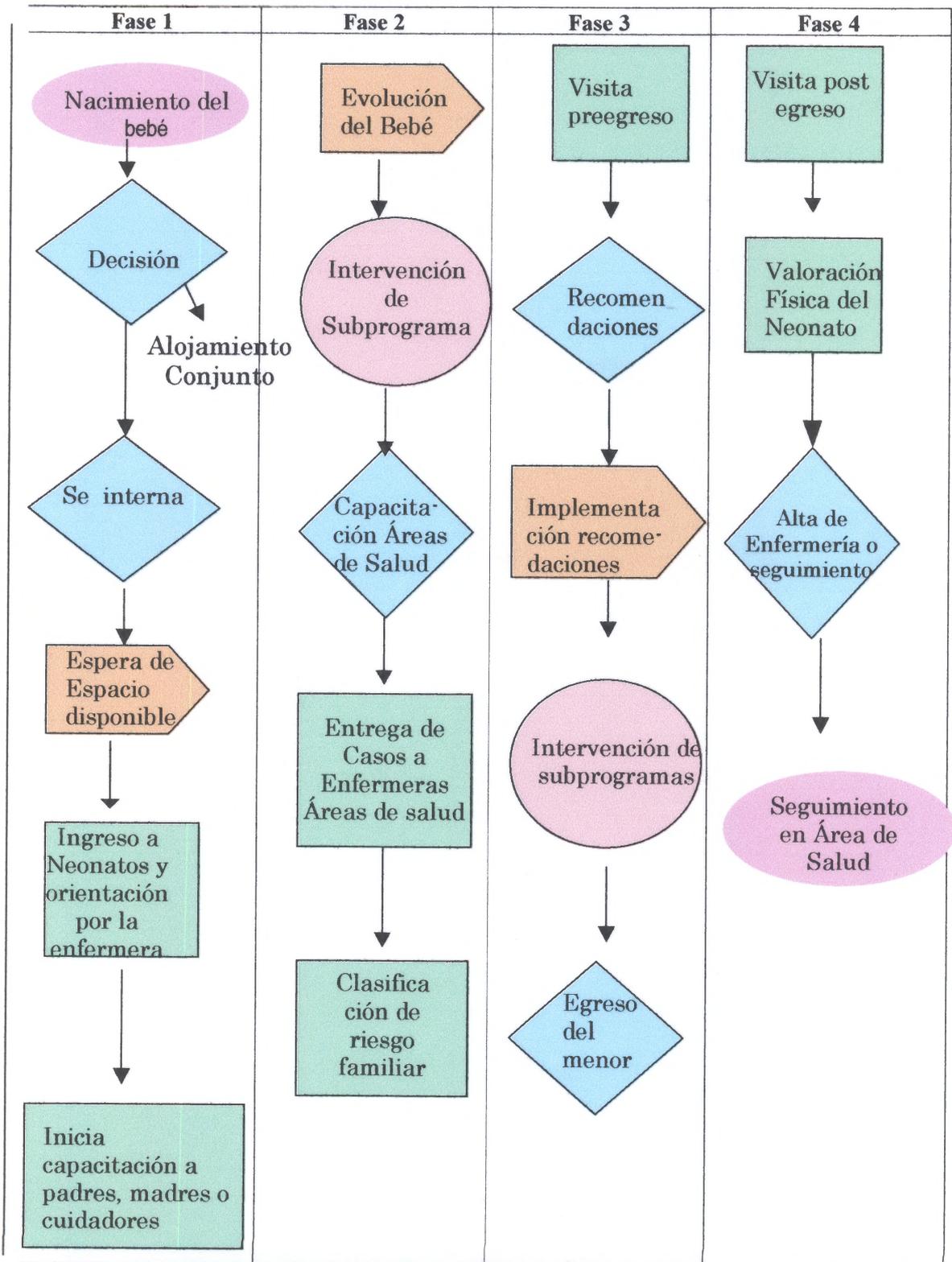
En esta fase se reúnen los elementos necesarios para la toma de decisiones referentes al proceso del proyecto. Se considera necesario estructurar el Programa de Intervención de Enfermería Neonatal para la Integración en el Hogar de los Niños y Niñas de Alto Riesgo, Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, ya existente y formar las redes interniveles capacitando el personal de enfermería de otras Áreas de Atención en Salud.

Para solventar las necesidades detectadas con el Diagrama de Ishikawa se elaboró el proyecto que consta de cuatro etapas:

- 1-Admisión del niño o niña al Servicio de Neonatología.
- 2-Capacitación al personal de enfermería de las Áreas de Salud 3-Visita pre – egreso
- 4-Visita post – egreso

Las fases del proyecto se representan en el siguiente flujograma:

Flujograma Fases de la Intervención de Enfermería Neonatal en la Integración de Niños y Niñas de Alto Riesgo en el Hogar.



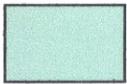
Simbología utilizada en el flujograma



Inicio y fin



Decisiones



Pasos o tareas



Demoras



Conector con otros procesos

Estudio de Mercado

La demanda

Para hacer el diagnóstico de necesidades de los padres, madres y/o cuidadores se hizo una reunión aplicando la técnica lluvia de ideas donde ellos expresan su angustia por desconocimiento del manejo y cuidados de su bebé cuando egrese. (ver Diagrama de Ishikawa). Debido a que por lo general sus expectativas se quiebran bruscamente al presentarse un parto prematuro o con alguna alteración de salud, ya que no han tenido tiempo para adaptarse ni física ni psicológicamente a tal evento.

Por otra parte el personal de los EBASIS muestra preocupación con la entrega de los casos, al no tener una previa capacitación sobre el manejo y antecedentes de la o el neonato (a).

La oferta

Se estructuró un programa de capacitación dirigido a los padres madres y/o cuidadores el cual consta de tres unidades (ver anexo #1)

I - Unidad Generalidades del Niño Prematuro

II - Unidad Orientación a los padres para preparar el alta hospitalaria

III - Unidad Orientación a los padres o cuidadores para preparar el alta hospitalaria de niños o niñas oxígeno dependientes

Para decidir el alta hospitalaria, se evalúan los conocimientos adquiridos por los cuidadores por medio del Instrumento “Evaluación de los cuidados Básicos y específicos intra hospitalarios y en el hogar”, para decidir el egreso del o la bebé (ver anexo #2).

Se desarrolló un programa de capacitación en las Áreas de Salud de Goicoechea I y 2. (ver anexo #3 y 4)..

Análisis de la oferta y la demanda

Se brinda orientación y capacitación a los padres, madres y/o cuidadores de la totalidad de niños y niñas ingresados en el Servicio de Neonatología, sin embargo no es posible visitarlos al hogar a todos antes y después de su egreso, por razones geográficas y presupuestarias o porque no cumplen los criterios de inclusión.

Estudio de viabilidad

El propósito de esta actividad es desarrollar un punto de vista reflexivo acerca de la dinámica del proyecto en una situación social determinada y su eficacia para alcanzar los objetivos. El proyecto está inmerso en un proceso social, el cual lo condiciona e influye en ese mismo proceso. Por no conocer el programa en los otros niveles de atención no se daba el seguimiento adecuado. De ahí la necesidad de divulgarlo y capacitar el personal de salud, para entregar los casos, y de esta forma se pueda realizar un abordaje eficaz.

Por otra parte en los Compromisos de Gestión en el apartado referente a la cobertura integral en niños y niñas menores de un año en su valoración de riesgo y su atención dice:

“al menos una valoración cada semestre durante el primer año de vida indicando en el expediente si existe o no riesgo, en caso de existir consignar los factores, biopsicosociales que lo generan y su abordaje”(Compromiso de Gestión, 2004)

Es claro que este abordaje deja en desventaja a esta población debido a lo delicado de su evolución, se considera necesaria una modificación de este apartado. Con el proyecto se pretende sensibilizar a las jefaturas del primer nivel acerca de la importancia de variar esta política de manera que se brinde mayor supervisión por parte de enfermeras capacitadas, a estos niños y niñas de alto riesgo una vez egresados.

Por lo tanto, se estima que el proyecto es viable, factible y sostenible, porque va en procura de una mejor atención al menor de alto riesgo o riesgo establecido.

Viabilidad política e institucional

La viabilidad del proyecto esta fundamentada en códigos y leyes en pro de la niñez, por ejemplo: el Código de la Familia, Código de la Niñez y de los Adolescentes, Convención sobre los Derechos de los niños y niñas, Ley General de Salud: Cuyas políticas están dirigidas a ofrecer una atención integral a los niños, niñas y su familia por medio de la Caja Costarricense de Seguro Social, a través de un grupo interdisciplinario en los tres niveles de atención en salud.

Viabilidad Económica.

En el estudio de viabilidad económica se presentan solo los costos solventados por el Servicio de Neonatología, una parte que no se logró concretar con el proyecto fueron los costos en las áreas de atención de Goicoechea 1 y 2, al no contar con los datos necesarios para este efecto. Aspecto que se debe tomar en cuenta en un futuro. En términos económicos el cálculo del costo de internamiento de un bebé con un promedio de estancia hospitalaria de 2.6 días le cuesta a la CCSS un monto de ₡1.186.397,68, tomando en cuenta el costo promedio de cada visita domiciliar de aproximadamente ₡ 52.043, 30, por lo anterior se concluye que el proyecto tiene viabilidad económica.

Costos de Inversión

Los costos totales del proyecto es la sumatoria de los costos de inversión más los de operación en el primer año. Como este proyecto es social su sostenibilidad debe

procurarla la Caja Costarricense de Seguro Social en los tres niveles de atención. Queda pendiente hacer el estimado de costos de las Áreas de Salud.

Costos de inversión	¢1.071.300
Costos de operación	¢4.058.166
Total	¢5.129.466

Costos de Operación, Financiamiento y Mantenimiento.

Los costos se verán afectados por un 10% de incremento mensual de tal manera que esto permite conocer su factibilidad, por ser un proyecto que genera gastos. Es una forma de visualizar de forma conjunta y sintética todos los costos y beneficios que se pueden generar durante la vida útil del proyecto. Hay que tomar en cuenta que falta hacer este estudio a largo plazo en las áreas de salud.

Distribución de activos fijos según Flujo de costos de la visita domiciliar. Servicio de Neonatología, HCG

Rubro	0	1	2	3	4	5
Flujo de Costos	¢4.058.166	¢4.463.982.8	¢4.910.381.1	¢5.401.419.2	¢5.941.156.1	¢6.535.717.2

Costos Totales del Proyecto

Los costos de inversión para conocer la factibilidad del proyecto, se calculan tomando en cuenta los insumos más relevantes, en este caso, se trabaja con estimaciones al no contar con datos de primera fuente. Se calculan con expectativas de sostenibilidad de cinco años. Este estudio no se ha realizado para las Áreas de Salud que están dentro del proyecto.

**Distribución de activos fijos según Flujo de costos de Inversión de la
Visita Domiciliar Servicio de Neonatología, HCG**

Rubro	1	2	3	4	5
Beneficiarios	260	273	286	301	316
Flujo de beneficios	¢61.883.592	¢58.936.755	¢56.257.811	¢53.454.266	¢50.916,88
F de B al 12%	0.89	0.80	0.71	0.63	0.56
Flujo de beneficios actualizado	¢55.076.397	¢4.406.111,8	¢31.283.393	¢19.708.538	¢11.036.781

Ficha Técnica

Propuesta que se planteó en el proyecto

Nombre del proyecto

“Intervención de Enfermería Neonatal para la Integración en el Hogar de los Niños y Niñas de Alto Riesgo Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia en los niveles de atención I y II de las Áreas de Salud Goicoechea 1 y 2”.

Descripción del proyecto

En el HCG, en el Servicio de Neonatología se lleva a cabo desde el año 2002, un programa de alta hospitalaria, que consiste en ofrecer capacitación a los progenitores, iniciando desde que el bebé ingresa al servicio de Neonatología, hasta su egreso, instruyéndolos en cuanto a las normas, rutinas y cuidados del bebé, tanto dentro del hospital como en el hogar, por parte del personal de Enfermería neonatal. Se les hace visita domiciliar, antes y después del egreso a los niños y niñas de alto riesgo.

De ahí surge la necesidad de dar a conocer la labor que realiza el equipo interdisciplinario, por parte del personal de enfermería de HCG, a otros centros de atención en salud. Debido a que este programa está estructurado en tres fases, dentro de un tercer nivel de atención, se propone una cuarta fase a realizar en las áreas de atención de salud para dar seguimiento a estos niños y niñas una vez egresados, y lograr dar así, continuidad a la labor iniciada dentro del HCG.

Sector al que pertenece el proyecto

El HCG es un hospital descentralizado, pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social, es un ente que presta los servicios en el sector salud.

Ubicación Geográfica del Proyecto

El Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia se ubica en la región Central Sur, provincia de San José, Cantón Central, distrito Catedral.

Descripción general del Área de Salud Goicoechea 1.

Localización

Provincia: San José.

Cantón: Goicoechea.

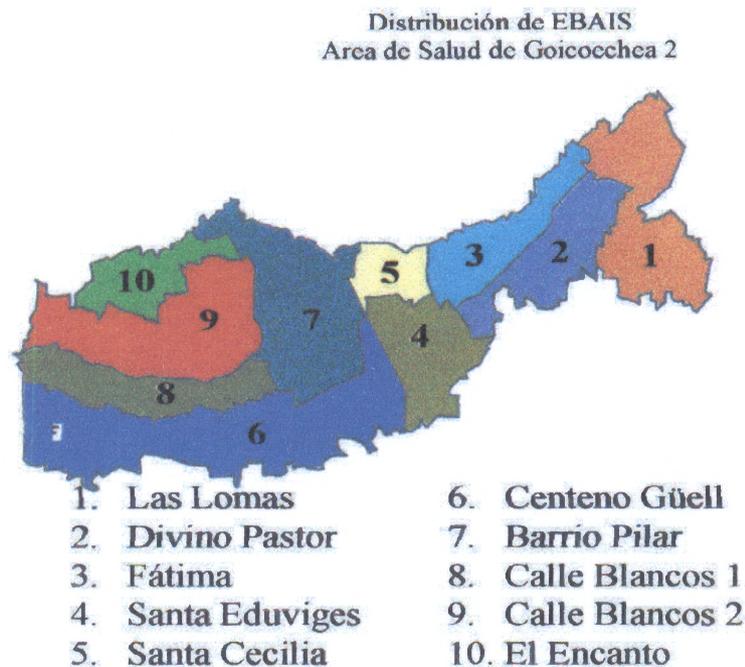
Distritos: Mata de Plátano y Purral (parte del distrito de Purral).

Sectores: Jaboncillal, Las Américas, Bellavista, Purral y Cuadros 1-2 y 3.

El cantón de Goicoechea es una faja de terreno de 31.5 Km², ubicado en las coordenadas 09° 57'31" latitud norte y 83° 59'26" longitud oeste.

Descripción general del Área de Salud Goicoechea 2

El Área de Goicoechea 2 tiene la atención integral de la población de los distritos citados en un primer nivel y el segundo nivel de atención, está constituido por 10 sectores localizados: tres en el distrito de Calle Blancos, dos en el centro del Cantón, con sede en el antiguo centro de Salud y 5 en la Clínica Dr. Jiménez Núñez. Estos sectores tienen una población que oscila entre los 4000 a 8000 habitantes por equipo Integral de Salud (EBAIS).



Institución a la que pertenece el proyecto

El equipo interdisciplinario que ejecuta este proyecto como parte de los servicios que se brindan en el sector salud, pertenece al Servicio de Neonatología, Área de Ginecología del HCG que ofrecen los servicios de salud a la C.C.S.S.

Unidad que elaboró el perfil del proyecto

El perfil del proyecto, fue elaborado por las Enfermeras Neonatales del HCG, con base a las necesidades de capacitación a los cuidadores durante la estancia hospitalaria y la transición al hogar de los niños y niñas de alto riesgo del Servicio de Neonatología y la preocupación del personal de las Áreas de salud por ofrecer un adecuado seguimiento a esta población.

Fase II Promoción, Negociación y Financiamiento:

Sirve de ligamen entre la preinversión y la inversión, por tanto resulta fundamental para garantizar la ejecución del proyecto. Requiere los siguiente insumos:

- ↳ Documento de proyecto elaborado en el nivel de perfil prefactibilidad y factibilidad, aprobado institucionalmente y con viabilidad política.
- ↳ Fuente de financiamiento identificada
- ↳ Metodología para la realización del proyecto
- ↳ Recurso humano capacitado

El proyecto está orientado como respuesta a las reformas del sector salud, con el propósito de que se incluya en los Compromisos de Gestión, ya que tiene como propósito ofrecer una atención pronta y oportuna a la población costarricense en especial a los niños y niñas. Para lograr este objetivo se debe capacitar el personal de los diferentes niveles de atención.

Para iniciar la capacitación en las Áreas de Salud, fue necesario coordinar con las enfermeras de Goicoechea 1 y 2. Para establecer las redes de apoyo entre las enfermeras neonatales y las de la comunidad, para el seguimiento del niño (a) de alto riesgo egresado del Servicio de Neonatología HCG.

Como primer paso el día 4 de mayo del 2006, se envió carta a la licenciada María de los Ángeles Umaña, enfermera jefe del Área de Goicoechea 2 y a la licenciada Irma Morice Chavarría de Goicoechea 1, con el propósito de solicitar autorización y colaboración para presentar el Programa y capacitar el personal a su cargo.

El día 5 de mayo de 2006, se recibe respuesta de la Licda Umaña comunicando su anuencia y colaboración para ejecutar el proyecto.

La respuesta de la Licda Morice se recibe el día seis de setiembre del 2006, con el cronograma para desarrollar la capacitación.

Fase III - inversión o ejecución

El producto que se obtiene de la fase de inversión es un proyecto listo para empezar a operar o funcionar. Se estructura el programa educativo dirigido a los padres, madres y/o cuidadores (ver anexo # 1) al igual se imparten talleres de capacitación en el Área de Salud de Goicoechea I y 2 (ver anexo #3 y 4).

En total se realizan dos talleres de cinco sesiones en cada área, con un promedio de 22 personas en cada presentación: Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, ATAP y Trabajadoras Social, como de detalla a continuación.

Capacitación en Áreas de Salud Goicoechea 2

El día 8 de Junio de 2006 se inició la capacitación en Goicoechea 2 con la participación de: enfermeras generales, auxiliares de enfermería, Técnicos de atención primaria. Se utilizó el aula de reuniones que se realizan los días jueves. Iniciando a las 7:30 a.m., la primera charla sobre el tema de sensibilización, se describen aspectos relacionados con las condiciones del neonato de alto riesgo hospitalizado y su transición al hogar a su egreso. La metodología usada fue charla expositiva, los recursos, usados fueron video beam, el aula y sillas. Las responsables fueron las licenciadas en enfermería Carmen Lizbeth Molina y Bethzaida Angulo. Con una duración de una hora y un espacio para evaluación, mediante conversa torio para la aclaración de dudas y aportes de los participantes. Finalizó a las 8:30 a.m. con la asistencia de 23 personas.

El día 22 de junio de 2006, se ofrece la siguiente charla en el Área de Goicoechea 2 siempre con la participación de: enfermeras generales, auxiliares de enfermería, técnicos de atención primaria. Se impartió en el mismo lugar de las 7:30 a 8:30 a.m. El tema: cuidados en el hogar, charla expositiva. Las responsables fueron enfermeras licenciadas: Carmen Lizbeth Molina, Bethzaida Angulo y Nuria Fernández. Se brindó espacio para evaluación por medio de conversatorio aclarando dudas, tomando en cuenta los aportes de los participantes. La asistencia fue de 25 personas.

El 13 de julio de 2006 se impartió la tercera charla en el área de Goicoechea 2 con la asistencia de: enfermeras generales, auxiliares de enfermería y técnicos de atención primaria. En el mismo sitio, iniciando a las 7:30 a.m., el tema expuesto fue acerca de las inmunizaciones en el niño (a) de alto riesgo, La actividad fue una charla expositiva, con el recurso de video beam, aula y sillas. Las responsables licenciadas en enfermería: Guadalupe Díaz y Carmen Lizbeth Molina. Con una duración de una hora y espacio para evaluación con un conversatorio, aclarando dudas y tomando en cuenta los aportes de los participantes. Finalizó a las 8:30 a.m., con asistencia de 21 personas.

El 10 de agosto de 2006 se llevó a cabo, la cuarta charla programada participando: enfermeras generales, auxiliares de enfermería y técnicos de atención primaria. Dando inicio a las 7:30 a.m., el tema expuesto fue Técnicas de Lactancia Materna, impartido por las licenciadas en enfermería: Kattia Morales y Ana Isabel Torres. Los recursos: aula, video beam, sillas, insumos utilizados para la extracción de la leche materna, mantas ilustrativas, demostraciones.

La duración fue de una hora, se abrió espacio para la evaluación con la técnica de conversatorio, aclarando dudas y aprovechando los aportes de los participantes. Finalizó a las 8:30 a.m. con asistencia de 21 personas. Se entregó a la Licda: Maria de los Ángeles Umaña. Documento de normas de admisión conjunta para la madre, el niño y la niña en periodo de amantamiento del Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social.

El 24 de agosto de 2006. Se proporcionó la quinta charla, en el Área de salud Goicoechea II con la participación de: enfermeras, auxiliares de Enfermería, técnicos de atención primaria y trabajadoras sociales. Iniciando la charla expositiva a las 7:45 a.m. sobre Abordaje de los Aspectos Sociales de la Población atendida en el Servicio de Neonatología, utilizando como recursos: retro-proyector, aula y sillas. Expositora la MSC Bernardita Zeledón Fallas Trabajadora Social, integrante del Equipo Interdisciplinario. La duración fue de una hora, evaluándose por medio de conversatorio donde se aclaran dudas y se recibe los aportes de los participantes. Finalizó a las 8:45 a.m. con la participación de 21 personas. Se le hace entrega a Licda. María de los Ángeles Umaña un "CD" con todas las charlas impartidas.

Capacitación de Goicoechea 1

Se le dio inicio en el mes de agosto, extendiéndose hasta Setiembre, por razones diversas entre ellas: la falta de tiempo disponible para la educación continua y la dependencia de las programaciones de las charlas médicas, planificadas anualmente.

El día 10 de agosto del 2006, se imparte la primera charla, iniciando a las 7:00 a.m. en el auditorio donde se realizan las reuniones y capacitaciones del personal. Con la participación de médicos, enfermeras generales, auxiliares de enfermería, y técnicos de atención primaria. Se expuso, el tema de sensibilización describiendo aspectos relacionados con las condiciones del neonato de alto riesgo hospitalizado y su transición al hogar a su egreso. Los recursos fueron video beam, el auditorio y sillas. Impartida por las Licenciadas en enfermería: Carmen Lizbeth Molina y Betzaida Angulo. Con una duración de una hora, se brindó espacio para evaluación en conversatorio,

aclarando dudas, con el aporte de los participantes. Finalizó a las 8:00am, la asistencia de 26 personas.

El 7 de setiembre del 2006, se impartió la segunda charla con la participación de la misma población de la charla anterior, iniciando a las 7:00 a.m. en el mismo sitio que la anterior. El tema expositivo fue los cuidados en el hogar. Utilizando como recursos: auditorio, video beam y sillas. Responsables Licda en enfermería: Carmen Lizbeth Molina, Betzaida Angulo y Nuria Fernández. Con una duración de una hora, se brindó espacio para evaluación conversatorio para aclaración de dudas y aporte de los participantes. Finalizó a las 8:00 a.m. con la asistencia de 24 personas.

El 14 de setiembre se dio la tercera charla, con la participación del mismo personal, en el mismo sitio, se inició a las 7:00 a.m. El tema expositivo sobre inmunizaciones en el niño y niña de alto riesgo. los recursos: auditorio, video beam y sillas, expositora. Licenciadas en enfermería Guadalupe Díaz y Betzaida Angulo. Duración 1 hora Evaluación conversatorio. Asistieron 16 personas.

Este día 21 de setiembre 2006. Se impartió la cuarta charla en el Área de Salud Goicoechea 1, en el auditorio, participaron: enfermeras generales, auxiliares de enfermería y técnicos de atención primaria. Iniciando a las 7:00am con el tema: Técnicas de Lactancia Materna, los recursos: auditorio, video beam, sillas, insumos utilizados para la extracción de la leche materna, mantas ilustrativas, demostraciones. estuvo a cargo de las Licenciadas en enfermería Katia Morales y Ana Isabel Torres.

Con una duración de una hora y se brindó espacio para evaluación conversatoria para aclaración de dudas y aporte de los participantes. Finalizó a las 8:00 a.m. con la asistencia de 19 personas. Se le hizo entrega a la Licda Irma Morice Chavarria, documento de normas de admisión conjunta para la madre, la niña y el niño en periodo de amamantamiento del Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social.

El día 28 de setiembre 2006. Se impartió la quinta charla, con la participación de: enfermeras generales, auxiliares de enfermería, técnicos de atención primaria y trabajadoras sociales, inició a las 7:00 a.m. con el tema Aspectos Sociales en el Abordaje de la Población atendida en el Servicio de Neonatología. Los recursos: auditorio, video beam y sillas. Responsable Msc. Bernardita Zeledón Fallas Trabajadora Social del Equipo Interdisciplinario de Visitas Domiciliar de niños y niñas de alto riesgo. Duración de 1 hora y evaluación por medio de conversatorio, aclaración de dudas y aportes. participación de 20 personas. Se entregó a la Licda: Irma Morice Chavarria. CD con todas las charlas impartidas con el taller de capacitación.

En todo momento el personal de enfermería se muestra interesado y comprometido a darle continuidad al proyecto. Una ventaja del Área de Salud de Goicoechea 1 y 2, es contar con aula para reunir el personal y disponer del tiempo para la educación continua evidenciándose la puntualidad y el compromiso del personal. El poseer equipo de alta tecnología facilitó la presentación de las charlas.

Fase I V- Operación y funcionamiento

Consiste en poner en marcha el proyecto y así concretar los beneficios netos estimados en el documento de preinversión. Permite la producción o prestación de bienes o servicios para lograr los objetivos generales y específicos del proyecto y resolver el problema o satisfacer la necesidad que lo originó. Al entrar en funcionamiento el proyecto se afecta la demanda y la oferta, ya que demanda materias primas, insumos y recursos humanos, económicos y financieros para su proceso de producción o prestación de bienes o servicios.

La prestación de bienes o servicios es la capacitación que se le brinda a los padres, madres y/o cuidadores y esto va a depender de la evolución o recuperación de cada niño o niña según su condición de salud, prolongándose por días, semanas o meses. Durante este proceso la madre cuenta con el apoyo de otros programas como Clínica de Lactancia Materna que es atendida por una enfermera del Servicio de Neonatos, donde se valora a cada madre de forma individual en relación a técnicas adecuadas de amamantamiento, conservación y transporte de la leche materna.

Otro programa de gran importancia para los bebés que han nacido de muy bajo peso, es el Canguro Parcial, que consiste en el contacto piel a piel del binomio madre o padre-hijo-hija, en el cual se ofrece calor y amor favoreciendo un mayor vínculo afectivo. Sólo se cangurea a aquellos niños iguales o mayores a los 1000 gramos que estén estables y logren ganancia de peso.

Mediante este proceso, la enfermera Neonatal tiene la oportunidad de valorar la aceptación de los padres hacia el bebé, o lo contrario que sería algún tipo de rechazo, asociados a otros problemas personales o del medio. Así como enseñarlos a detectar señales de alarma como dificultad respiratoria, hipo o hipertermia, coloración de la piel (cianosis), entre otros.

Si el niño o niña clasifica con los criterios de inclusión, del Programa de Visita Domiciliar se le realiza una visita previa al egreso para evaluar el entorno donde va a vivir el neonato (a) y otra post egreso para valorar su evolución.

Se evalúa el hogar, por medio del Instrumento de Historial de la o el neonato para la Evaluación del Hogar (ver anexo #5) desde las cuatro dimensiones de salud: económicas, biológicas, ecológicas, conciencia y conducta, para ello se creó el Instrumento para la Evaluación de Riesgo Familiar. (ver anexo #6)

En esta visita se verifica la clasificación de la familia y se empiezan a tomar decisiones con el Equipo Interdisciplinario, en aquellos casos donde se detecte uso de drogas u otros problemas sociales que puedan perjudicar el desarrollo del menor.

A la vez se orienta acerca de la posición antirreflujo en un ángulo de 45° del colchón de la cuna, con ayuda de almohadas o rollitos y se refuerza la orientación previamente brindada, haciendo énfasis acerca de la prevención de la muerte súbita, al reflujo gastroesofágico o apneas.

En condiciones de hacinamiento se dan recomendaciones para aislar los objetos del bebé (ropa, lugar del baño) para prevenir contaminación, no tener peluches o alfombras dentro de la habitación, uso de cortinas de tela que se deben lavar una vez por semana.

Orientación en cuanto a lo negativo de la existencia de animales domésticos dentro de la vivienda o cerca del niño o niña. Revisión del librito azul, ofreciéndose instrucción en cuanto a las vacunas y estimulación temprana, cómo administrar medicamentos orales o reforzar la alimentación del bebé cuando lo requiera, previa indicación médica se le recomiende alguna formula láctea.

En los casos que ameriten modificaciones, se realizan varias visitas subsecuentes para valorar previo al egreso del bebé. Los menores referidos al PANI, o Trabajo Social serán estos entes los que dispongan la resolución, el tiempo de espera puede ser días o semanas.

Cuando las condiciones en el hogar son adecuadas, el niño o niña puede egresar, es entregado a su madre o padre por la enfermera o la auxiliar de enfermería. En situaciones en que la madre no está en condiciones para egresar personalmente a su bebé, debe enviar una autorización por escrito adjuntando, original y fotocopia de la cédula de identidad de ambas personas.

En algunas ocasiones, el bebé es dado de alta por parte médica y no por enfermería o viceversa, cuando las condiciones de la vivienda no reúnen los requisitos pero hay

plétora en el Servicio de Neonatos se egresa el o la bebé, pero se le da seguimiento por el Equipo de Visita Domiciliar si al hacer la visita post egreso, las condiciones han mejorado y el o la menor ha tenido ganancia de peso y su evolución es satisfactoria, es en este momento que enfermería le da el alta.

Los casos de riesgo social, son entregados al PANI, se coordina con Trabajo Social, quién realiza anotaciones en el expediente y adjunta documentación legal del PANI sobre el albergue, donde será ubicado (a).

En algunas oportunidades, el personal asignado del PANI, egresa al o la bebé del Servicio, pero en ocasiones por situaciones especiales, el lugar donde será recibido no cuenta con personal suficiente, siendo necesario coordinar con el Servicio de Transportes para que facilite un vehículo para trasladarlo, acompañado (a) por una asistente de pacientes del Servicio de Neonatología, esta persona es quién lo o la entrega en el albergue, con una boleta que debe firmar el o los responsables del lugar, esta es devuelta y archivada en el expediente clínico del o la menor.

A estos niños y niñas, una vez ubicados por el PANI no se visitan más, se les da seguimiento médico en consulta externa, y son responsabilidad del personal donde se ubican.

Post egreso

La visita post egreso se debe realizar mínimo a los 8 días, máximo 15 días de egreso para valorar la evolución del bebé. En esta el médico realiza el examen físico, y la Enfermera Neonatal valora las condiciones higiénicas del bebé, lo pesa y se calcula los

gramos ganados, se aclaran las dudas y se coordina con el EBAIS el seguimiento y el alta por parte del Equipo de Visita Domiciliar.

En aquellas ocasiones, que el niño o niña no halla ganado peso, se decide volver a reingresar para recuperar peso y egresarlo nuevamente con 2000 gramos, en otras situaciones de pobre ganancia de peso, se coordina con la Clínica de Lactancia Materna para ser valorado y pesado 2 veces por semana. Se valora la producción de leche de la madre, succión y deglución del bebé.

En los casos de muy difícil acceso se coordina con el EBAIS más cercano para que sea pesado 2 veces por semana y debe hacerlo en horas en que no hay mucha concurrencia, para evitar el riesgo de infecciones, hasta que gane más de 2000 gramos para dar de alta por parte del Equipo de Visita Domiciliar, continuando el seguimiento en el EBAIS, en el Primer Nivel de Atención.

Una vez que se le da de alta al o la bebé, se cita para asistir al Curso de Masaje Infantil que brinda el Programa de Estimulación Temprana e incluirlo en el Taller de Escuela para Padres.

En aquellos casos especiales de no recibir lactancia materna por enfermedades crónicas de transmisión sexual como VIH, se dan recomendaciones acerca de la esterilidad de los utensilios con los que se prepara la formula láctea y uso de beberito.

La atención en el hogar representa la vuelta a un sistema y conjunto de prioridades en que se considera a la familia tan válida para cuidar al niño o niña con problemas de salud. La Enfermera Neonatal debe explorar las reacciones familiares y todas las posibles interpretaciones, no sólo las negativas.

Con el entrenamiento y apoyo apropiado, hoy día las familias pueden poner en práctica procedimientos y suministrar tratamientos complejos en el hogar. Los padres tienen que acostumbrarse a mantener equipos especiales, ya que se trata de un proceso de transición del hospital a la casa.

Elaboración de Protocolo

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE ALTO RIESGO

Título: “Intervención de Enfermería Neonatal para la Integración en el Hogar de los Niños y Niñas de Alto Riesgo Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia”. (Ver anexo #7)

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La factibilidad y la viabilidad del proyecto se evaluó desde tres perspectivas: Financiera, económica y social .

Los resultados del proceso de capacitación en las Áreas de salud, son una muestra de la viabilidad del proyecto, cada taller se evaluó a manera de conversatorio ofreciendo espacio para aclarar dudas, sin embargo muchas de estas interrogantes van a ser evidentes durante el proceso de entrega de cada caso.

Una desventaja que se puede señalar es la carencia de conocimiento del personal de las Áreas de Salud relacionadas con la formulación de proyectos, siendo un aspecto negativo debido a que limita la confección de los mismos.

Algunos logros obtenidos con la capacitación al personal de las Áreas de salud son:

- ↳ Entrega del bebé por parte del equipo HCG a las enfermeras de cada área.
- ↳ Elaboración de hoja de referencia y contrarreferencia para el seguimiento de los niños y niñas nacidos en el HCG residentes en las Áreas de Salud de Goicoechea.1 y 2
- ↳ Compromiso de las Enfermeras Neonatales del HCG de informar a las colegas de las Áreas de Salud Goicoechea 1 y 2 las defunciones correspondientes a estos sectores.

Una vez capacitado el personal de enfermería de las Áreas de Salud de Goicoechea 1 y 2 , para cumplir con uno de los objetivos del Proyecto se procede a efectuar la entrega de tres casos correspondientes al sector de Goicoechea. Es importante aclarar que en

el periodo de estudio no se presentaron mas que estos tres casos correspondientes a los sectores de la investigación, que cumplieran con los criterios de inclusión al Programa.

El equipo Interdisciplinario del HCG en compañía de la enfermera responsable del sector de Mata de Plátano, realiza visita domiciliar para entrega del caso que se describe a continuación.

Caso #1 V.G.C

Dimensión Económica:

Padre de 36 años, nacionalidad, costarricense, escolaridad, universitaria completa, profesional en Informática, trabajador independiente. Vive con su familia

Madre de 34 años nacionalidad costarricense, educación universitaria completa, profesional en Administración de Negocios, actualmente se encuentra con un permiso para cuidar a su bebé. Cuenta con seguro directo, comparte los gastos con su pareja.

Datos del XI informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible (2004) señalan que:

El mercado de trabajo es el medio que le brinda a la población la oportunidad de obtener ingresos para acceder a bienes y servicios que mejoren su condición de vida en las condiciones actuales va en aumento por lo que cada vez mas jefes de familia se ven obligados a ser trabajadores independientes (laboran por cuenta propia o son patronos) sufrieron la caída más fuerte en sus ingresos (14,1%), disminuyendo la capacidad de compra, (La Nación:2005,8)

En el 2003 una familia invertía 1000 colones para adquirir determinada cantidad de bienes, lo que en el 2004 se convirtieron en 940 colones, que no alcanza para lo

mismo. Es de suma importancia que la Enfermera Neonatal tenga la disposición y capacidad de salir de las unidades neonatales y se desplace a la comunidad para conocer las condiciones y recursos con que dispone la familia y las comunidades donde vivirán los neonatos, al ser dados de alta.

De esta forma podrá elaborar planes de atención en conjunto con las enfermeras del primer nivel para el seguimiento como elemento determinante en el mejoramiento continuo de la calidad de atención de los centros y servicios de salud comunitarios.

Dimensión Ecológica

Viven en una casa en condiciones estructurales adecuadas e higiénicas, con paredes externas e internas de cemento. Cuenta con 3 dormitorios, sala, comedor, cocina, cuarto de pilas en total 7 aposentos, además tiene servicio de cloaca. Cocina con electricidad. Disponen de servicios públicos de A y A electricidad, teléfono, alumbrado público, aceras alcantarillado, recolección de basura municipal.

Vivienda en zona urbano, con irregularidad de terreno, existe vigilancia de guarda privado, tiene ventilación e iluminación adecuada, casa de una planta con piso cerámico, techo de zinc, cielo raso. La casa es propia pero aún la están pagando.

Macro ambiente

No hay cantinas dentro del residencial, contaminación acústica o ambiental. Hay áreas de recreación como una plaza y un play, además de áreas verdes en los alrededores.

No hay hogares de ancianos, existen guarderías, EBAS, centros educativos públicos y privados.

Existe alumbrado público en la comunidad, las calles son asfaltadas, no se observa riesgo de deslizamiento o inundaciones a pesar de que el terreno no es plano. No hay fuentes de trabajo cercanos solo en el centro de la comunidad.

La transición satisfactoria del neonato de alto riesgo del hospital a su hogar necesita un conocimiento minucioso de los criterios identificados para el alta, coordinación y progresión de actividades que facilitan la adaptación del niño y sus padres a la vida hogareña. La identificación y el envío apropiados a servicios comunitarios y la preparación psicológica y física necesaria al aceptar los progenitores su papel de cuidadores independientes.

Dimensión conciencia y conducta

El jefe de hogar es el padre, la niña forma parte de una familia nuclear integrada, en etapa de “Consolidación y apertura” de un matrimonio adulto, su hijo mayor es adolescente de 12 años, un escolar de 6 años y la niña.

Para Virginia Satir (2002) “la familia es un microcosmo del mundo”. Por eso, afirma “para entender al mundo, podemos estudiar a la familia”: situaciones críticas como el poder, la intimidad, la autonomía, la confianza y la habilidad para la comunicación son

partes vitales que fundamentan nuestra forma de vivir en el mundo. Así, para cambiar al mundo, tenemos que cambiar a la familia (Satir, 2002).

Familia y Comunidad

La familia es también un sujeto colectivo de la vida comunitaria. El sistema comunitario de la sociedad, no es sino una presencia organizada de familias que constituyen muchas pequeñas organizaciones comunales que hacen más digna y humana la vida en sociedad.

La familia está presente en la atención de la niñez pre-escolar, en el colegio con sus adolescentes y en general, la familia es el corazón de las acciones comunitarias para el mejoramiento de la calidad de vida, de la infraestructura urbana y la vivienda, el deporte, la recreación y la cultura; como son por ejemplo, los casos en las iglesias, las rondallas y los grupos de teatro en las comunidades.

Las enfermeras neonatales y el personal valoran las maneras que se exponen al aprendizaje y participación de los padres en la asistencia y se identifican recursos para superarla. Es importante superar y eliminar las barreras del entorno que impiden que un progenitor interactúe con el neonato y desarrolle una relación con él .(Deacon , 2001).

La enfermera neonatal al desplazarse a la comunidad y al hogar donde será egresado el bebé tiene la oportunidad de conocer la *dinámica familiar sus valores, creencias y*

costumbres. Logrando la empatía con los progenitores para poder desarrollar la capacitación y orientación sobre los cuidados que amerite el nuevo ser que forma parte de la familia y necesita ser estimulado tempranamente. Para lograr el máximo potencial de vida con estilos de vida saludables.

Con esta madre se logró que disminuyeran sus temores con la aplicación del masaje infantil y estimulación temprana. Mejorando la hipotonía y el temor al tacto, actualmente se observa activa y sonríe al hablarle.

Desde que el niño nace continúa ejerciendo su influencia a lo largo de todo el proceso de crecimiento. Entre padres e hijos se debe establecer con vinculo afectivo lo suficientemente fuerte y adecuado para que se proporcionen mejores condiciones y los cuidados que los niños requieren.

Está demostrado que, a pesar de existir disponibilidad de alimentos suficiente, el crecimiento se altera si no hay esos elementos de afecto y amor indispensables en las relaciones del niño (a) con su madre o la persona que lo cuida.

Dimensión biológica

Madre de 34 años, gesta 3 con control prenatal, 26 semanas de gestación, antecedentes de hipertensión severa y oligoamnios severa. Recibió esteroides a las 25 semanas.

El día 29-05-06, a las 10:23 horas, se le realizó cesárea de emergencia, al nacer la bebé se le reanimó ameritando entubación endotraqueal, con una recuperación satisfactoria, se deja con oxígeno suplementario en halo. Su puntuación apgar fue de 7-9, peso 940 gramos, talla 33.5 centímetros, circunferencia cefálica 25.5 cm. Edad gestacional por método de Ballard 29 semanas, se clasifica como pequeño para la edad gestacional (RNPPEG) con retardo de crecimiento intrauterino (RCIV).

Por su inmadurez, la niña tuvo una estancia prolongada, por esta causa presenta una serie de complicaciones como intolerancia a la vía oral, infecciones que ameritan la administración de medicamentos endovenosos como: aminoglucósidos, cefalosporinas y antifungicos. Además de medicamentos de soporte como inotrópicos, nutrición parenteral, transfusiones en un periodo de 46 días.

En resumen presentó los siguientes problemas: prematuridad, intolerancia a la vía oral, distensión abdominal por lo que ameritó sonda orogástrica abierta por 20 días. Posteriormente se le inició vía oral con leche materna 1cc cada 3 horas y a su egreso toleraba 40cc.

Se le realizó visita domiciliar antes de su egreso, para valorar ambiente físico y familiar. Egresó el 17/7/2006 con un peso de 1830 gramos. En total se realizó 4 visitas post egreso.

Actualmente la niña se encuentra con una ganancia de peso satisfactoria, tiene seguimiento en la consulta de Neurodesarrollo y Neonatología en el HCG. En las

valoraciones médicas se detectó hipotonía y carencia de estimulación, cabeza con deformidad por dormir en una sola posición, la enfermera neonatal le realizó, ese mismo día masaje infantil y le dio amplia explicación a la madre del procedimiento. Le facilitó material educativo, con el propósito de dar continuidad en el hogar y disminuir el temor de la madre de manipular a la bebé.

Hasta hoy día, la niña continua en seguimiento en el HCG. El día 19-10-2006 la Licda. Bethzaida Angulo V. Enfermera del programa de visitas a domicilio de niños y niñas de alto riesgo, entrega el caso a la enfermera Licda. Juanita Oviedo y ATAP Johanna Alemán del EBAIS de Mata de Plátano Goicoechea 1 para continuar con el seguimiento en el hogar por el primer nivel de atención en la comunidad.

El día 3/10/06 el Equipo interdisciplinario del HCG , la Msc. Miriam Vargas y una ATAP del EBAIS de los Cuadros de Goicoechea 1, realiza visita domiciliar para entrega del caso que se describe a continuación:

Caso #2 G. A. G

Dimensión económica

El grupo familiar esta compuesto por 2 adultos y 1 menor. Viven en casa alquilada, de buenas condiciones infraestructurales, con todos los servicios públicos. Dependen del ingreso económico que percibe el padre, quien tiene estudios primarios y labora como chofer de bus. La madre es ama de casa con primaria completa.

La condición económica no les ha permitido adquirir vivienda propia. Cuentan con los servicios del Seguro Social para resolver sus necesidades de salud. De acuerdo a las condiciones económicas observadas, la familia evidencia un patrón de resiliencia, ya que a pesar de tener una difícil situación económica, muestran interés en mejorar las condiciones de su vivienda para así facilitar un ambiente más propicio para el niño.

Las enfermeras neonatales que atienden a esta población de alto riesgo deben tener la preparación académica y tecnológica adecuada para saber cubrir las necesidades físicas, de desarrollo y psicosociales dentro del hospital, en tanto que capacita a los padres para satisfacerlas en el hogar.

La elaboración de planes eficaces de transición de alta al hogar logra que la madre, padre y/o cuidadores se sientan seguros de las actividades que realizan. Esto permite disminuir los costos hospitalarios y de la familia, porque la economía familiar se ve alterada con los pagos de transporte y alimentación diaria durante la permanencia hospitalaria del o la menor, lo cual incrementa los gastos económicos en su limitado presupuesto familiar.

Dimensión Ecológica:

Actualmente la familia reside en otro sitio, cumpliendo las recomendaciones brindadas por el equipo de salud en pro de un ambiente adecuado para el bebé, por ello la descripción que se presenta corresponde a la nueva residencia.

La vivienda está situada en una zona semi.-urbana, con aceras, alumbrado público, casa de cemento; buena distribución, ventilación e iluminación natural, con cinco aposentos, dos dormitorios, sala, comedor y cocina; disposición de excretas a través de cloacas. La municipalidad local recoge la basura dos veces por semana.

Macroambiente

Hay presencia en la comunidad de escuelas, hogares comunitarios, iglesias cercanas y abastecedoras comerciales. Hay un sistema de transporte público adecuado, calles asfaltadas en regulares condiciones. No se visualizó factores de riesgo como deslizamiento o inundaciones a pesar de que el terreno es quebradizo.

De acuerdo a Nightingale (1860); todas las condiciones y fuerzas externas influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. Ella descubre cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los fluidos, control de vida saludable. Para Nightingale el entorno físico esta constituido por los elementos en los que los pacientes son tratados, tales como: la ventilación, temperatura, higiene, luz, ruidos y la iluminación.

Para Nightingale el entorno psicológico puede verse afectado negativamente por el estrés y en el entorno social que comprende el aire limpio, el agua y la iluminación adecuada, implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma.

En una comunidad integral la enfermera de salud comunitaria puede informar a las entidades pertinentes respecto a factores ambientales potencialmente peligrosos por los que la comunidad debe velar. Las enfermeras deben trabajar entonces directamente con la comunidad desarrollando estrategias para proteger a sus habitantes.

La comunidad integral discutirá activamente con la enfermera la solución de los problemas relacionados con la salud (Warren, 1977). Tratar de crearle conciencia a la familia y vecinos de cómo influyen los contaminantes ambientales en la salud, sobre todo donde existen niños y ancianos expuestos a estos y dar informe al EBAIS o Centro de Salud correspondiente.

Anteriormente esta familia vivía en un precario, zona marginal y de mucho riesgo. Aquí es donde se logra ver que el niño o un nacimiento puede venir a cambiar toda una dinámica familiar en este caso positivamente.

Conciencia y conducta

Esta es una familia nuclear integrada en ciclo de expansión, el padre es el jefe de hogar. Ser padres de familia con recién nacidos es una tarea principal de esta nueva etapa el integrar a un nuevo miembro dentro de los cambios mínimos necesarios a efectuar. Ajustar la pareja al trío, negociar los roles parentales: ¿esposa, mujer o madre? ¿marido o papá?.

En este punto es interesante destacar la necesidad de introducir en el ciclo vital de la familia desde la perspectiva de la terapia familiar no tradicional la línea género-sensitiva

para la construcción de los roles paternos y maternos asignados hegemonícamente según el género y su respectiva transformación y enriquecimiento desde la equidad y la igualdad de oportunidad.

En este momento el niño es el miembro más importante, todos se encuentran pendientes de sus cuidados, juegan, conversan y le proporcionan mucho afecto. En cuanto a creencias y prácticas religiosas asisten a la iglesia católica regularmente. En la salud asisten a los controles médicos especiales del niño, crecimiento y desarrollo además estimulación según las teorías Psicodinámicas.

Dimensión biológica

Madre de 24 años gesta tres, control prenatal de 8 consultas, 38 semanas de gestación, antecedentes de haber perdido dos bebés por muerte neonatal debido a Hidrops Fetalis .El día 1/9/06 inició labor de parto prematuro por lo que fue llevada a HCG al Servicio de Emergencias, al ser valorada se decide ingresar ya que en el monitoreo fetal se detecta que el bebé estaba en sufrimiento fetal y con deterioro cardiaco, se practicó cesárea de emergencia ese mismo día a las 9:30.

Al nacer el bebé ameritó entubación endotraqueal, el líquido amniótico estaba meconizado, espeso. Se le aplica primera dosis de factor surfactante, después de reanimado. Obtuvo un apgar 1-4-5, pesó 3.640 gramos, su talla fue de 53 cm, circunferencia cefálica 36 cm. Clasificado como recién nacido de termino adecuado para la edad gestacional (RNTAEG).

El niño tuvo una estancia de 47 días, debido a su condición de salud requirió 6 días de ventilación de alta frecuencia, ameritando estar paralizado y sedado, luego con ventilador convencional por 5 días, halo con O₂ por 17 días y oxígeno en nasocánula: a 0.3 litros por minuto, durante 18 días.

Por la intubación prolongada y procedimientos invasivos adquirió infecciones a repetición que ameritaron antibióticoterapia con: aminoglucósidos, cefalosporinas y antifúngicos, los cuales repercuten con efectos secundarios como: nefrotoxicidad y ototoxicidad. Además de medicamentos de soporte como inotrópicos, nutrición parenteral, antihipertensivos, y varias transfusiones.

En resumen presentó los siguientes problemas: síndrome de insuficiencia respiratoria, hipertensión pulmonar supra sistémica, colestasis, sangrado digestivo, hiponatremia, sepsis intrahospitalaria, con cultivos positivos por cocos gran positivos epidermitis, pañalitis, Diagnóstico principal Hidrops fetales inmunológico. Tuvo intolerancia a la vía oral por tener problemas con la lactosa, la madre tuvo que suspender los lácteos en ella para darle lactancia materna.

El día 3/10/06 al realizar visita pre-egreso El Equipo interdisciplinario, con el propósito de hacer la Licda. Bethzaida Angulo entrega del caso a la Msc. Miriam Vargas y una ATAP del EBAIS de los Cuadros de Goicoechea 1, se encuentra que la familia había cambiado de domicilio a San Francisco de Coronado por lo que no se pudo realizar la entrega ya que al trasladarse de sector no corresponde al Área de Goicoechea.

El día 10/10/06 se efectuó la visita por el Equipo Interdisciplinario donde se le brindó toda la información pre-egreso tomando en cuenta la posibilidad de salida con oxígeno, al mejorar su condición de salud no lo ameritó, confirmando por una previa oximetría de 24 horas sin oxígeno, con buena saturación y frecuencia cardiaca aceptable.

Egresó el 18/10/06 con un peso de 3.700 gramos y citas de control en Neonatología el 27/11/2006, y Neurodesarrollo el 11/01/ 2007. A la madre se le practicaron exámenes de inmunología en Hospital Nacional de Niños pendientes reportes y debe continuar en tratamiento en Reumatología e Inmunología en HCG

El Equipo Interdisciplinario del HCG en compañía de la enfermera responsable del sector de Mata de Plátano, realiza visita domiciliar para entrega del caso que se describe a continuación

Caso # 3 N. C. S. # 1 Y N. C. M. #2

Dimensión económica

El grupo familiar está formado por 2 adultos, 2 adolescentes y los gemelos. Viven en casa propia, en buenas condiciones infraestructurales, con todos los servicios básicos. Dependen del ingreso económico que percibe el padre aproximadamente 150 mil colones mensuales. El padre tiene estudios secundarios y labora como agente de ventas. La madre es ama de casa con secundaria incompleta, además reciben ayuda económica por parte del hijo mayor que labora en una empresa privada.

Por las condiciones económicas observadas la familia evidencia un patrón de resiliencia ya que a pesar de tener una difícil situación económica se han interesado en mejorar

las condiciones de su vivienda para ofrecer un ambiente adecuado para los niños. Gozan del beneficio del Seguro Social para resolver sus necesidades de salud.

Dimensión Ecológica:

Actualmente la familia reside en una casa de dos pisos, pero habitan en la segunda planta que se encuentra en buenas condiciones estructurales e higiénicas con paredes externas de zinc y cemento, la parte interna de madera, tiene 7 aposentos, destinando tres de ellos a dormitorios, sala comedor cuarto de pilas y servicio sanitario de cloaca. La vivienda tiene una adecuada ventilación y luz natural.

La vivienda está situada en una zona urbana, con aceras, alumbrado público, terreno plano, ubicada en Lotes Volio área de clase baja.

Conciencia y conducta

Familia monoparental, la madre es jefa de hogar. Existe desintegración familiar. El hijo mayor es un adulto joven, muchas veces se le dan responsabilidades de sus hermanos menores y estos lo reconocen como el padre. Alguna literatura menciona que en muchos hogares donde el hijo o hija mayor nunca forma un hogar, porque tuvieron que cumplir el rol de madre o padre de sus hermanos menores mientras los progenitores trabajaban.

Actualmente los gemelos son los miembros más importantes de la familia y les brindan los cuidados necesarios, juegan, conversan y le proporcionan mucho afecto. En cuanto

a creencias y prácticas religiosas asisten regularmente a la iglesia católica. En la salud asisten a los controles médicos especiales del niño, crecimiento y desarrollo además estimulación según las teorías Psicodinámicas.

Dimensión biológica

Madre de 38 años, gesta 4, control prenatal de 6 consultas, 34 semanas de gestación por ultrasonido, antecedentes de parto gemelar prematuro, preeclampsia. El día 24/10/06 inició labor de parto prematuro por lo que fue llevada a HCG al Servicio de Emergencias, al realizar monitoreo se detecta sufrimiento fetal, se ingresa a sala de partos y nacen por parto vaginal espontáneo.

Gemelo #1 nace masculino vivo, a las 16:57 horas, cefálico, líquido amniótico claro ameritó oxígeno a flujo libre, apgar 9-9. peso 1875 gramos, talla 42 cm, circunferencia cefálica 30 cm, clasificado como: Recién Nacido Pretérmino Pequeño para la Edad Gestacional (RNP AEG).

Gemelo #2 nace femenina viva, a las 17:07 horas, cefálico, líquido amniótico claro ameritó oxígeno a flujo libre, apgar 7-9. peso 1475 gramos, talla 39 cm, circunferencia cefálica 29 cm, clasificado como Recién Nacido Pretérmino Pequeño para la Edad Gestacional (RNP AEG).

El niño tuvo una estancia de 9 días, presentó los siguientes problemas: síndrome de insuficiencia respiratoria, por lo que requiere oxígeno por poco tiempo recuperándose satisfactoriamente, ictericia ameritó tratamiento de fototerapia por 5 días.

El día 26/10/06 El Equipo interdisciplinario del HCG realiza visita pre-egreso, donde la Licda. Bethzaida Angulo entrega el caso a la Licda Mariela Villalobos Ramos del Área de Salud de Goicoechea 2, para su respectivo seguimiento.

Egresó el día 3 / 11/ 06 pesando 1900 gramos. Con citas de control en la consulta de Neonatología el 30/11/06 y en Neurodesarrollo el 24/01/07, Cita en la consulta de Estimulación Temprana el 17/01/07.

La niña (gemela #2) tuvo una estancia de 18 días, presentó los siguientes problemas: síndrome de insuficiencia respiratoria transitoria, requiriendo oxígeno por poco tiempo, ictericia ameritó tratamiento de fototerapia por 3 días. Se mantuvo en incubadora cerrada con calor y además fue cangureada por la madre y la hermana para obtener una mejor ganancia de peso.

Egresó el día 11/ 11/ 06 pesando 1900 gramos. Con citas de control el mismo día que su hermano. El día 21 de noviembre se realiza visita post- egreso por el Equipo Interdisciplinario del HCG y se reporta el egreso al Área de salud correspondiente.

Para realizar el análisis de los casos visitados es importante señalar que se requiere la aplicación de las dimensiones del conocimiento. Porque en enfermería, conocer es

sinónimo de trabajar en la solución de problemas, que son importantes para el bienestar de las personas, es dar un servicio social. Para este proceso se requiere habilidad, en la identificación y selección de metodologías de trabajo.

Al conjunto de conocimientos que sustenta la práctica de enfermería, Carper (1978) los ha identificado como los patrones fundamentales del saber. El conocimiento empírico, muestra las especificidades de enfermería, por ello el interactuar con las familias en la comunidad ha permitido observar el comportamiento en los hogares visitados. Con base en estos patrones del conocimiento, aplicados en la práctica de enfermería neonatal, sin ninguna sistematización se inició un programa, surgiendo de las necesidades de los usuarios, así como del personal involucrado, por lo que se hace necesario adquirir un conocimiento para sustentar las percepciones a través de procedimientos y mediciones de comprobación para formar juicios críticos.

Esto permite que la enfermera neonatal realice investigaciones por medio de la observación y entrevistas a profundidad para elaborar programas de orientación a diferentes poblaciones, como padres, madres, y/o cuidadores, así como al personal que atiende en los diferentes niveles de atención, transmitiendo el conocimiento a otros campos.

El conocimiento estético se hace visible a través de los procesos de intervención, modificando conductas de los usuarios hacia la salud, mediante la promoción y prevención de problemas mayores, por medio del abordaje de la dimensión biológica,

brindando cuidados desde el recién nacido hasta la adolescencia, con la creación del Programa.

El conocimiento personal se adquiere mediante revisiones bibliográficas, y la experiencia, que serán aplicados en el momento de ejecutar los procedimientos necesarios para la atención integral de los y las personas, con el objetivo de elaborar alianzas, tomando en cuenta las cuatro determinantes de la salud, dando sentido personal a la práctica, donde los padres, madres y/ o cuidadores, contarán con las herramientas adecuadas para la transición hospitalaria del menor al hogar. La enfermera neonatal transmite estos conocimientos, lo que les dará seguridad mediante las acciones que genera el cambio propuesto por el personal de salud.

El conocimiento ético, es el componente que se refiere a lo moral del conocimiento de enfermería, influye en las decisiones que se deben tomar, se requiere para realizar el trabajo, por ello antes de realizar la visita a cada familia se les explica previamente el propósito y se les solicita firmar el consentimiento informado (ver anexo #8), manejándose la información en forma confidencial.

A la vez para iniciar la divulgación del proyecto en el Área de Goicoechea 1 y 2, primero se informó y solicitó la participación al personal de enfermería, respetando sus puntos de vista, así como sus conocimientos. Por medio de un taller con exposición de diferentes temas, se les capacitó, permitiendo la elaboración de instrumentos para brindar el seguimiento de los casos, estandarizando los criterios para proporcionar una

atención segura y de compromiso con la familia y la comunidad, involucrando a las enfermeras de los 3 niveles de atención.

Estos son algunos de los resultados de la oportunidad de establecer relaciones interpersonales entre profesionales de enfermería. El intercambio de conocimiento y vivencias fortalece a la profesión. y se rescata en parte la labor antigua de la enfermera comunitaria de 1952:

“La participación de la enfermera en este servicio era: dar educación de los cuidados del niño, puericultura, nutrición, estimulación temprana, vacunación y realizar visitas al hogar a los niños con algún riesgo (desnutridos, prematuros, entre otros), participando de esta forma en la prevención y promoción de la salud”. (Gómez, 2006).

Hoy día las enfermeras que laboran en tercer nivel, dan cuidado directo, haciendo uso del paradigma de la categorización, como parte de su quehacer, lo mismo que en el momento de decidir cual usuario necesita de su cuidado urgente.

Por esta razón, la aplicación de conocimientos en nuevos escenarios de salud, ofreciendo atención en la comunidad o a una población, han significado el desafío de cambiar el paradigma de la categorización, al paradigma de la transformación, es el nuevo reto del profesional en enfermería neonatal, representa un cambio ante este proceso de globalización que se da mundialmente, será una innovación para el ejercicio de la profesión.

Por lo tanto para discutir sobre el rol de la enfermera en la comunidad desde una perspectiva teórica, se debe analizar la correlación con los otros meta paradigmas: la

salud, la persona y el entorno, esto le permite actuar con autonomía y será lo que caracterice a la profesional en enfermería neonatal, procurando un viraje de la enfermería anterior dentro del meta paradigma de la “persona” o “grupo de personas enfermas” para dirigir el accionar prioritariamente hacia el meta paradigma de la salud y del ambiente.

Como consecuencia de las actividades de las enfermeras neonatales en la comunidad desarrolladas en la fase de operación del proyecto. Lo fundamental es verificar cuales indicadores de éxito y resultado se alcanzaron y cuales son sus efectos siempre con base en los objetivos trazados originalmente o replanteados. La evaluación se realiza una vez terminada la capacitación a los padres, se aplica el instrumento (anexo # 2). En relación a la evaluación del personal de salud, la misma se realiza en la visita pre y post egreso, en la entrega de los casos.

Como se mencionó anteriormente las interrogantes salen en el momento de la entrega de cada caso ya que cada uno tiene su particularidad. De los tres casos entregados a las Áreas de Salud de Goicoechea, el día 18 de diciembre del 2006, se obtuvo un informe completo por parte de las enfermeras de Goicoechea 2 detallando lo encontrado en uno de los casos que le entregó previamente el Equipo de Visita Domiciliar del HCG, (ver anexo #9).

En este informe se evidencia el interés y el seguimiento por parte del personal de enfermería y es gratificante el recibir resultados positivos de la labor efectuada en estas áreas por medio de nuestro proyecto.

El impacto también se demostró en la reunión del día 8 de noviembre del 2006 en la que se presentaron los resultados de este proceso a las jefaturas médica y de enfermería del HCG.

Por medio del Instrumento de Evaluación a la labor de las Enfermeras Neonatales (ver anexo # 10) la evaluación cualitativa y cuantitativa, dio resultados satisfactorios, por lo que se dan por alcanzados los objetivos

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Las áreas de hospitalización de los Servicios de Neonatología son un lugar ideal para observar la conducta del recién nacido, comportamiento familiar, relación niño-familia, adaptación de la familia a los límites y normas socio culturales, así como la atención prestada al cuidado. Esta observación es posible por el trabajo de los profesionales de enfermería neonatal, que abarca no sólo el cuidado del niño y niña sino también la información socio-cultural y la enseñanza a los padres.

Los profesionales de la salud han evidenciado a lo largo de su práctica clínica, que los factores de riesgo biológico están muy relacionados con factores sociales y la labor por ellos desarrollada se ve seriamente afectada, si no va unida a otras intervenciones más globales que den una respuesta adecuada a esas necesidades.

Al finalizar este proyecto se puede concluir que:

La ausencia de la enfermera neonatal en Sala de Partos, es un aspecto muy importante a considerar, al ser la persona idónea para la reanimación, estabilización y transporte neonatal a la UCIN.

Una estrategia para disminuir los estados emocionales de los padres, madres y/o cuidadores, es brindarles una adecuada capacitación dirigida al cuidado de los niños y niñas, por parte de la enfermera neonatal.

Se debe explicar a los padres y madres con palabras claras y sencillas, para qué o que función tiene el equipo de monitoreo y el ambiente de trabajo en la UCIN. Este conocimiento les dará confianza.

El existir programas como la Clínica de Lactancia Materna representa una alternativa para incentivar a la familia al fomento de la alimentación natural, se enseña la extracción y conservación de la leche mientras el niño o niña superan su etapa crítica.

Una de las formas de evaluar si los padres están capacitados para proporcionar los cuidados en el hogar es la visita domiciliar, donde ellos, en su entorno van a ejecutar lo aprendido.

Impartir talleres de capacitación en los niveles I y II es una oportunidad para la interacción e intercambio de conocimientos, de esta forma se crean las redes de apoyo en pro de ofrecer una mejor calidad de atención y un seguimiento continuo a los niños y niñas de alto riesgo.

La entrega de casos personalizada es un medio para que la familia se sienta apoyada, y el personal de salud comprometido a dar un seguimiento adecuado.

La vinculación o coordinación con los niveles I y II facilita el proceso de atención del niño o la niña y su familia mejorando su calidad de vida.

La integración de otros profesionales, permite la visión interdisciplinaria en la atención de la salud de las personas, el proyecto permitió que enfermería tuviera una visión, la hiciera posible y liderara este proceso.

El no existir una preparación en el personal de las Áreas de Salud en relación a la formulación de proyectos, representa una limitación para la confección de los mismos.

Al realizar este proyecto se evidencia que una adecuada preparación a la familia, para la transición del hospital al hogar repercute en la disminución de costos, es segura y favorece una mejor calidad de vida.

El presentar este proyecto y su viabilidad en el post grado ha incentivado a otras colegas a implementarlo en sus lugares de trabajo, ejemplo de ello es el Hospital de la Mujer (HOMACE).

RECOMENDACIONES

Se debe introducir en el curso psicoprofiláctico para el parto una unidad que prepare a los padres y madres en los cuidados del niño así como en la posibilidad de que el niño amerite internamiento ya que en estos cursos siempre van dirigidos al recibimiento de bebés sanos. A la vez, la educación a los padres facilita la integración y vinculación socio afectiva

Es importante la presencia de una enfermera neonatal en sala de labor de partos para que inicie el proceso de empatía con las madres y padres especialmente cuando se sabe con anticipación que el bebé es de alto riesgo.

Las enfermeras neonatales deben ayudar a los padres a enfrentar sus temores con respecto al cuidado de su hijo (a) cuando egrese, para ello se debe iniciar la

preparación previa para la transición del bebé del hospital al hogar. Con la visita domiciliar, entenderá mejor a la familia y podrá evaluar el ambiente físico, equipo necesario y disposición de los progenitores para cuidar a su bebé.

Integrar una Enfermera de Salud Mental, como parte del Equipo Interdisciplinario para propiciar reuniones de grupos de apoyo entre padres, madres y/o cuidadores que tengan bebés hospitalizados.

Realizar la evaluación del Programa de Visita Domiciliar por parte de otros grupos de la Maestría en Pediatría con el fin de dar continuidad al proceso. Se debe continuar las coordinaciones con las otras Áreas de salud para capacitación de personal de enfermería

Incorporar la consulta de seguimiento de enfermería como alternativa para promocionar la salud y prevenir la discapacidad en los niños y niñas de alto riesgo a través del masaje infantil, mostrando su mejor potencial de desarrollo.

En todos los hospitales nacionales donde hayan Servicios de Neonatología es necesario implementar un programa de alta hospitalaria, con seguimiento en el hogar capacitando a los padres, madres y/ o cuidadores desde el ingreso del o la bebé para facilitar el proceso de transición al hogar.

BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, María José. (2003) Tratado de Enfermería Infantil Cuidados Pediátricos. Editorial Elsevier Science. Madrid, España.
- Ander Egg, Ezequiel; Aguilar Idañez, M. José (1995). Como elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales. Editorial Lumen.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1999). Ley General de Salud N° 5395. San José, Costa Rica.
- Arraigada, Laura y otros. (1999) Policlínico de seguimiento a Prematuros. Recuperado 18 de noviembre de 2006. sin dirección.
- Autor desconocido. (2001) Manual para padres con niños prematuros. Sociedad Española de Neonatología A. E. P y Fundación del Hombre. Madrid, España.
- Carper Barbara (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. Aspen Systems Corporation. Sin editorial.
- Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (CIID) (1993). Manual de Gestión de Proyectos, s ed.
- Deacon, Jane y O'Neill, Patricia (2004). Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos (2 edición). México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Esquivel, Miriam (2000). La Obstetricia a través de un siglo 1890 - 1990. Conceptos y bases para la Atención Materno - Infantil. San José, Costa Rica: EDNASSS - CCSS.
- Fondo de las Américas –Oficina de Planeamiento y Presupuesto(1997). 1er curso de formulación de proyectos Montevideo, Uruguay.
- Galiano Lezama José. (1993) Diagnóstico del Establecimiento de Salud del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Práctica dirigida Licenciatura Administración de Servicio de Salud. UNED.
- Gerencia de División Administrativa. Dirección de Compra de Servicios de Salud. Área de Salud Goicoechea I Primer Nivel de Atención. Compromiso de Gestión 2004. Ficha técnica. CCSS.
- Golcher, Raquel (2005) Ingreso de hogares típicos cayó 6% ,dice Estado de la Nación. Periódico La Nación. San José, Costa Rica. Domingo 6 de Noviembre 2005.

- Guido, Miranda (1994). La Seguridad Social y le Desarrollo en Costa Rica. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social EDENASSS / CCSS
- Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Servicio de Neonatología (2004) Informe estadístico de Neonatología 2004. San José, Costa Rica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2004) Mortalidad Infantil San José, Costa Rica
- Meneghello, J. (1997). **Valores, Derechos y Riesgos del Niño y de la Familia**. En: Pediatría. Quinta edición. Editorial Médica Panamericana SA. Argentina. (pag 28-31)
- Merino Celia (1995) El niño de 0 a 3 años. Guía para padres y educadores. Madrid, España. Editorial Escuela Española.
- Morice, I y otros.(2005) Análisis de Situación Integral de la Salud. 2005. Área de Salud Goicoechea. San José Costa Rica.
- MS – CCSS. (2000) Normas de Atención Integral en Salud. San José, Costa Rica. Sin editorial.
- MS, INAMU – CCSS, OPS. (2004) ABG: Análisis Basado en Género: una Herramienta Metodológica para la Planificación en salud. San José, Costa Rica. Sin editorial.
- Muñoz, C. (1995). **Desarrollo y Características de los Servicios de Salud y Nutrición para las comunidades Urbanas y Rurales de Costa Rica**. En: La transición de la Nutrición y la Salud de Costa Rica Democrática. International Foundation for Developing Countries, Boston, EEUU. (63-88)
- OPS (2004) La niñez, la familia y la comunidad. Washington D. C. Estados Unidos. Editorial OPS / Paltex.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005) Análisis de indicadores de Genero y Salud, Costa Rica 2005. San José, Costa Rica.
- Pérez Serrano Gloria (1994) Investigación Cualitativa, Retos e Interrogantes. Madrid, España Editorial La Muralla. S. A.
- Posada Díaz Álvaro y colaboradores. (1997) El niño sano. Editorial Universidad de Antioquia. Primera edición. Medellín, Colombia
- Programa Estado de la Nación (2004). Décimo informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, Costa Rica. Litografía Imprenta Guilá.

República de Costa Rica (1996) Ministerio de Salud. Dirección Sistemas de Información Centro de Información. Comportamiento de la Mortalidad y la Natalidad. Costa Rica. Setiembre de 1997.

República de Costa Rica. Ministerio de Salud. Dirección Sistemas de Información. Centro de Información. Sección Otros Programas Prioritarios. Evolución de la Mortalidad Infantil Costa Rica 1986-1996. Febrero 1998.

Retana Gómez, Bertilia. Retana Gómez, Josefa (1984). Enfermería en Comunidad. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Rodríguez Ana Leticia (s f) La familia como unidad vital de apoyo y contención. San José Costa Rica. Universidad de Costa Rica. Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería.

Rosales Posas, Ramón. (2005) La Formulación y Evaluación de Proyectos con Énfasis en el Sector Agrícola. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José. Costa Rica.

Satir, Virginia (2002) Terapia de Familia Paso a Paso. Segunda edición. México, D. F. Editorial Pai.

SJ Taylor y colaboradores. (1992) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós Tribo. Barcelona, España.

Sociedad Española de Neonatología (2001) Manual para padres con niños prematuros. A. E. P y Fundación del Hombre. Madrid, España.

Vega, Sergio (2005) Gerencia de Proyectos Programa Séptima Promoción de la Maestría en Gerencia de la Salud 2005-2006 Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP). San José, Costa Rica.

Entrevistas:

Gómez, Haydeé (2006, junio) Enfermera Jubilada. San José. Costa Rica.

Monge, Landelina (2006, junio) Enfermera Hospital Nacional de Niños Gómez.

Anexo # 1

**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A PADRES, MADRES Y/O CUIDADORES
DE LOS NIÑOS Y NIÑAS SERVICIO DE NEONATOLOGÍA**

I. Unidad					
Objetivo específico	Contenido	Metodología	Recurso	Metodología Evaluativa	Responsable
<p>Los padres serán capaces de:</p> <p>Reconocer las características del prematuro</p> <p>Enumerar las complicaciones del niño o niña de alto riesgo</p> <p>Mencionar el tratamiento que requiere el niño o niña</p>	<p>Definición del niño o niña prematuro, y el de alto riesgo</p> <p>Complicaciones que puede presentar los niños (as) de alto riesgo</p> <p>Principales tratamientos que puede requerir el o la bebé, uso y efectos</p>	<p>Charla expositiva y demostrativa</p>	<p>Video beam Aula Rotafolio Sillas</p>	<p>Dinámica grupal retro alimentación</p>	<p>Enfermeras del Servicio de Neonatos</p>
II. Unidad					
<p>Los padres serán capaces de: Realizar en forma correcta los procedimientos</p> <p>Realizar en forma correcta los cuidados en el hogar</p>	<p>Demostración de las técnicas para enseñar a los padres en: Baño del bebe, posición de la cuna, lavado de manos y alimentación</p> <p>Cuidados necesarios para la atención en el hogar</p>	<p>Demostración</p> <p>Visita domiciliar</p>	<p>Cuna, pera de hule, vitaminas, u otro tratamiento oral, copita, palangana, muñeco, aula, sillas</p> <p>Vehículo, chofer, participante enfermera facilitadora e insumos</p>	<p>Dinámica grupal Devolución de la demostración</p>	<p>Enfermera de neonatos</p>
Unidad III					
<p>Los padres serán capaces de: Utilizar el oxígeno en forma correcta</p>	<p>Cuidados en el uso del oxígeno en el hogar</p>	<p>Charla expositiva y demostración, visita al hogar</p>	<p>Cilindros de O2, manómetros, cánula nasal, humedecedor, agua estéril, cuna, vehículo. Chofer, enfermera.</p>	<p>Devolución de la demostración y visita domiciliar de comprobación</p>	<p>Enfermera de neonatos</p>

Anexo #2

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS CUIDADOS BÁSICOS Y ESPECÍFICOS DEL BEBÉ, INTRAHOSPITALARIOS Y EN EL HOGAR.

Objetivo:

Evaluar el desarrollo de actitudes, conocimientos habilidades y destrezas de los padres, madres y/o cuidadores de los neonatos de alto riesgo para brindar los cuidados básicos y específicos en el hogar a esta población.

Fecha: _____

Nombre _____

Padre: _____

Madre: _____

Conducta o condición visible:

En todo momento realiza correctamente todos los pasos. (5)

Casi siempre realiza muchos de los pasos correctamente. (4)

En ocasiones realiza sólo la mitad de los pasos correctamente (3)

Pocas ocasiones realiza pocos pasos correctamente (2)

Ningún paso ejecutado es correcto (1)

Baño del bebé	1	2	3	4	5	Observaciones
Se lava las manos antes de manipular los objetos y al bebé						
Prepara todo lo que se requiere para el baño (tina, paño, jabón, ropa, pañito, aplicadores, alcohol)						
Se asegura de la temperatura del agua antes de iniciar.						
Evita las corrientes de aire y los cambios bruscos de temperatura						
Inicia el baño limpiando la cara, ojos, nariz, boca con bicarbonato, moja, enjabona y enjuaga la cabeza						
Desviste al bebé y retira el pañal						
Remoja y enjabona tórax, cuello y axilas						
Voltea al bebé, remoja y enjabona la espalda y extremidades.						
Voltea de nuevo al bebé y lava los genitales correctamente (mujer de adelante hacia atrás)						
Seca el bebé dándole importancia a los pliegues.						

Cura con aplicador y alcohol el ombligo y lo viste rápidamente						
Alimentación del bebé	1	2	3	4	5	Observaciones
Alimenta al niño (a) con lactancia materna, a libre demanda						
Refuerza con copita u otro						
Aplica la técnica de lactancia materna correctamente						
Mantiene una posición adecuada a la hora de alimentarlo						
Ayuda al niño en la liberación de gases						
Administra en forma correcta el tratamiento vía oral (vitaminas, Fe ⁺)						
Descanso y sueño						
Mantiene la cuna en ángulo de 45°						
Mantiene rollitos o nido de protección						
Ausencia de artículos dentro de la cuna (peluches, ropa, pañales, etc)						
Duerme siempre en la cuna						
Acuesta al bebé siempre boca arriba						
Mantiene el niño (a) con una temperatura adecuada.						
Permeabilidad de vías aéreas						
Utiliza la pera de hule en forma correcta						
Le da el cuidado posterior después de usar la pera de hule.						
Permeabiliza las fosas nasales con solución fisiológica						

Se considera: A- excelente si se obtienen los 130 puntos, B-muy bueno 129- 61,C- Bueno de 60- 46, D- Regular de 59- 45- E-Malo de - 44- 30.
Si obtiene A o B, está muy bien, C, hay que reforzar poco, D y E hay que iniciar el proceso.

Anexo #3

Cronograma de Actividades en el Área de Salud

Fecha Hora	Lugar	Contenido	Metodología	Recurso	Responsable
08/6/06 7:30 a 8:30 am	Goicoechea II	Sensibilización	Charla expositiva	Video Beam Aula y	Licda C. Molina Licda B. Angulo
22/6/06 7:30 a 8:30 am	Goicoechea II	Cuidados en el Hogar	Charla expositiva	Video Beam Aula y	Licda C. Molina Licda B. Angulo Licda N. Fernández
13/7/06 7:30 a 8:30 am	Goicoechea II	Inmunizaciones en el niño y niña de Alto Riesgo	Charla expositiva	Video Beam Aula y	Licda G Díaz Licda C. Molina
10/8/06 7:30 a 8:30 am	Goicoechea II	Técnicas de Lactancia	Charla expositiva	Video Beam Aula y	Licda:K. Morales Licda: A. Torres
24/8/06 7:30 a 8:30 am	Goicoechea II	Aspectos Sociales en el abordaje de la población atendida en el Servicio de Neonatos	Charla expositiva	Video Beam Aula y	

Anexo #4

Fecha Hora	Lugar	Contenido	Metodología	Recurso	Responsable
10/86/06 7:00 a 8:00 am	Goicoechea I	Sensibilización	Charla expositiva	Video Beam Aula y	Licda C. Molina Licda B. Angulo
7/9/06 7:00 a 8:00 am	Goicoechea I	Cuidados en el Hogar	Charla expositiva	Video Beam Aula y	Licda C. Molina Licda B. Angulo Licda N. Fernández
14/9/06 7:00 a 8:00 am	Goicoechea I	Inmunizaciones en el niño y niña de Alto Riesgo	Charla expositiva	Video Beam Aula y	Licda G Díaz Licda C. Molina
21/9/06 7:00 a 8:00 am	Goicoechea I	Técnicas de Lactancia	Charla expositiva	Video Beam Aula y	Licda:K.. Morales Licda: A. Torres
28/9/06 7:00 a 8:00 am	Goicoechea II	Aspectos Sociales en el abordaje de la población atendida en el Servicio de Neonatos	Charla expositiva	Video Beam Aula y	Msc Zeledón Licda B. Angulo Licda: N Fernández

Anexo #5

Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de Neonatología

HISTORIAL DEL NEONATO PARA LA EVALUACIÓN DEL HOGAR

Datos de identificación:

Nombre: _____ Exp N^a _____

Sexo: F () _____ M () _____ F. de nac: _____ Ingreso _____

Peso al nacer _____ Peso de egreso _____ F. de egreso _____

Edad gest _____ G _____ P _____ A _____ C _____ Apgar _____

Diagnósticos:

Ingreso _____

Egreso _____

Dirección: _____

Datos socioculturales y económicos de los padres:

Nombre	Nacionalidad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Edad	Ingreso econ.	Nº de hijos

Redes de apoyo intra y extrafamiliar:

Condición del núcleo familiar:

Familia Nuclear _____ Madre sola _____ Con apoyo familiar _____

Requiere interv de trabajo social: _____

Vivienda: Propia _____ Alq _____ Prest _____ comp. _____ Zonas de riesgo:

Si _____ No _____

Cielo raso _____ Iluminación _____ Ventilación _____

Nº de personas _____

Nº dormitorios _____ Serv. Básicos: AyA _____ Elect _____ Rec. de basura _____

Condiciones higiénicas en general: Exc ___ Bueno ___ Regular ___ Mala ___

Condición actual: _____

Procedimientos realizados: _____

Realimentación: _____

Capacitación _____

Resultados obtenidos: _____

Coordinaciones: _____

Nombre y firma de la persona que realiza la visita _____

Fecha: _____ Firma y cédula de la persona visitada _____

Contrarreferencia

Dirigido a: _____

Motivo de referencia: _____

Acciones realizadas _____

Funcionario que refiere: _____

Firma _____ Fecha _____

Observaciones: _____

Anexo #6

Clasificación de riesgo familiar para el programa de alta hospitalaria de neonatos de Alto Riesgo HCG

Sírvase llenar el siguiente documento para cada familia visitada por primera vez. Marque con una x los criterios que cumple la familia evaluada.

Nombre de la madre del niño (a): _____

Número del expediente: _____

Lugar de residencia: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de la visita: _____

Familias Alto Riesgo	Familias con Riesgo Moderado	Familias con Bajo Riesgo
1- Embarazo sin control	1-Dos o 3 controles prenatales	1- Más de seis controles durante el embarazo
2- Primigesta	2-Enfermedades crónicas en la madre sin control	2- Jefe de familia con ingreso económico deficiente
3-Madre adolescente y/o sin apoyo familiar	3-Múltipara sin planificación familiar	3-Familia uniparental
4- Madre desnutrida, con enfermedad crónica o ITS	4-Adolescentes con hijos	4- Madres con enfermedades crónicas o ITS con tratamiento
5-Drogadicción o alcoholismo de alguno de los padres	5-Madre con algún grado de discapacidad	5- Familia de fumadores
6-Desinterés familiar por el bebé	6-Familia nuclear extendida	6-Familia nuclear integrada
7-Violencia Intrafamiliar	7-Padres con baja escolaridad	7- Familia con estabilidad económica
8-Padres analfabetos o de baja escolaridad	8-Vivienda en zona de riesgo	8-Vivienda sin riesgo de desastre
9-Tugurio, precario y hacinamiento	9-Deficiente agua potable	9- Disponibilidad de agua potable
10. Ausencia de agua potable	10-Condiciones higiénicas regulares	10-Buenas condiciones higiénicas
11-Inadecuadas condiciones higiénicas	11- Mascotas fuera de la casa	11- Ausencia de mascotas
12- Tenencia de mascotas dentro de la casa		

Nota: La clasificación del riesgo en la familia será asignado de acuerdo al cumplimiento de al menos uno de los criterios de mayor riesgo, según la clasificación anterior.

Instructivo del Instrumento Clasificación de riesgo familiar para el programa de alta hospitalaria de neonatos de Alto Riesgo HCG

Nombre de la madre del niño (a): colocar nombre completo de la madre del bebe

Número de expediente: número de expediente del niño (a) durante la hospitalización.

Lugar de residencia: anotar dirección exacta de la familia visitada, con algún punto de referencia.

Número de teléfono: anotar algún numero telefónico de referencia.

Familia de Alto Riesgo: la familia que cumple al menos uno de los criterios asignados a esta clasificación.

Familia de Mediano riesgo: la familia que cumple al menos uno de los criterios asignados a esta clasificación, que no se ubique en la clasificación de alto riesgo.

Familia de Bajo riesgo: la familia que cumple al menos uno de los criterios asignados a esta clasificación, que no cumpla los criterios de mediano o alto riesgo.

Anexo #7

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE ALTO RIESGO

Título: “Intervención de Enfermería Neonatal para la Integración en el Hogar de los Niños y Niñas de Alto Riesgo Atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr Rafael Ángel Calderón Guardia”.

Visión del Programa Visita Domiciliar de Neonatos de Alto Riesgo HCG

Reunir un equipo interdisciplinario comprometido, en velar por la salud de los niños y niñas de alto riesgo nacidos en el HCG, con una atención personalizada, eficiente, de calidad técnica y humana, para mejorar su calidad de vida, y prevenir complicaciones, reingresos y morbi-mortalidad.

Misión del Programa Visita Domiciliar de Neonatos de Alto Riesgo HCG

Proporcionar a los niños y niñas de alto riesgo nacidos en el HCG, una atención especializada, con humanismo y calidad, utilizando los recursos materiales y humanos disponibles tanto dentro como fuera del hospital.

Justificación

Costa Rica, presentó en el año 2004 una tasa de mortalidad infantil de 9.2 por cada 1000 nacimientos vivos. Según el INEC (2004) *“Con estas cifras, el país se mantuvo ese año entre los primeros cinco países de América Latina en cuanto a tasa de mortalidad infantil.”*

Este indicador demográfico muestra la cifra más baja históricamente registrada en el país, como resultado de estrategias en la atención de niños y niñas de alto riesgo, debido a que el mayor número de muertes se da en la fase neonatal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) la incidencia de la prematuridad y de los recién nacidos de bajo peso es muy elevada, se sitúa entre un 10% y un 12% de todos los nacimientos en el mundo.

En el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia se atiende un promedio anual de 7954 partos. Durante el año 2004 ingresaron en el Servicio de Neonatología 1496 pacientes, y por prematuridad 122 neonatos. Las principales causas de ingreso hospitalario en el último año son las siguientes, en orden de incidencia: Ictericia, Síndrome de dificultad respiratoria, Infecciones, Intolerancia a la vía oral, Problemas Cardíacos, Problemas Neurológicos, sin tomar en cuenta otras de menor importancia. (Informe estadístico de Neonatología, HCG, 2004) El futuro de estos niños y niñas queda asignado a una adecuada asistencia con un aporte tecnológico, médico y de enfermería, al ser el primer año de vida la etapa más vulnerable y con mayor razón si el neonato ha sido de alto riesgo.

De esta forma la labor de la enfermera neonatal está orientada a solventar las necesidades de la sociedad. Capacitando a los padres, madres y/o cuidadores en una gran gama de actitudes relacionadas con la transición de los niños y las niñas del hospital al hogar.

Objetivo General:

Diseñar un programa de intervención de enfermería neonatal para la integración en el hogar de los niños y niñas de alto riesgo atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Población beneficiaria:

Todos los niños y niñas de alto riesgo ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Criterios de inclusión en el programa:

- ↪ Todos los niños y niñas nacidos con un peso inferior a 1800 gramos
- ↪ Niños y niñas en riesgo social (hijos de madres adolescentes, abandonadas, toxicómanas o con infección de transmisión sexual).
- ↪ Niños y niñas con una estancia en UCIN mayor a 72 horas, oxígeno dependientes, con alguna malformación congénita o enfermedad cardíaca.
- ↪ Progenitores con escolaridad deficiente.
- ↪ Estancia hospitalaria mayor a quince días

Marco Conceptual

La prematuridad y sus efectos son los principales contribuyentes a la mortalidad infantil. Sin embargo con el mejoramiento de los cuidados neonatales muchos

bebés que nacen antes de tiempo pueden sobrevivir, aunque se sabe muy poco respecto a los factores que los provoca. Sin embargo, es posible que un niño nazca a las 40 semanas de gestación con un peso igual al de un niño prematuro de 32 semanas, son los pequeños para la edad gestacional, para definir esta condición se requiere conocer algunos datos como por ejemplo las semanas de gestación y las características del bebé, entre otras.

Niño o niña Pretérmino

Se considera recién nacido pretérmino al producto de la concepción que nace con menos de 37 semanas de gestación independientemente del peso registrado en el momento del nacimiento. (Gispert 1994: 1102)

El bebé nace con inmadurez de sus órganos y sistemas por lo que es más vulnerable a infecciones, enfermedades y más sensible a agentes externos (luz, ruido). Las posibilidades de sobrevivir están influenciadas por la edad gestacional, el peso al nacer, presencia de problemas de salud graves (respiratorios, cardíacos, infecciones, malformaciones, entre otras), de todas se puede decir que la más importante es la edad gestacional porque determina la madurez de los órganos, aunque este límite cada día se amplia más de forma que actualmente se considera viable un neonato de 27- 29 semanas en adelante.

Por lo tanto, dada su inmadurez, no todos van a presentar los mismos problemas de salud, ni tampoco todos van a tener la misma sobre vivencia, entre algunas anomalías que pueden presentar se pueden mencionar las siguientes:

- ☞ Hipoxia
- ☞ Hipotermia
- ☞ Infección
- ☞ Anemia
- ☞ Trastornos de la coagulación
- ☞ Ictericia
- ☞ Hipoglucemia
- ☞ Trastorno electrolítico
- ☞ Malformaciones congénitas

Niño o niña con Restricción en el Crecimiento Intrauterino

Es aquel niño o niña que es posible que nazca a las 40 semanas de gestación pero su peso se encuentra por debajo del límite inferior de la curva de peso neonatal según su edad gestacional.

Niño o Niña de Alto Riesgo:

Es aquel o aquella cuyo estado de salud se vuelve propenso al aumento de la morbimortalidad a causa de inmadurez, trastornos físicos, complicaciones del nacimiento o aspectos socioculturales. Para esta clasificación de riesgo se creó un instrumento. (ver anexo)

Perfil de la Enfermera Neonatal

Valores:

Debe poseer principios éticos y filosóficos de enfermería para la indagación científica.

Saber su capacidad para reconocer los problemas de la niñez y la adolescencia.

Actuar con orientación ética, definido en función del respeto de los deberes y derechos del niño, niña y adolescente.

Conocimiento:

Conocer el proceso de la vida de niños y niñas y adolescentes y la influencia de los factores físicos, emocionales y sociales, construye conocimiento basado en la investigación, conoce las condiciones epidemiológicas de la población infantil de Costa Rica.

Conoce los principios pedagógicos para la educación de la salud.

Habilidades y destrezas:

Habilidades para utilizar los recursos del sistema de salud en pro de cambios en el contexto de estilos de vida de niñez y adolescencia.

Utiliza el conocimiento teórico, investigativo y empírico como base para la intervención en enfermería pediátrica.

Habilidades en la gerencia en enfermería pediátrica.

Habilidades en la gestión de las políticas sobre niñez y adolescencia.

Capaz de tomar decisiones terapéuticas en la atención de la población pediátrica basada en la utilización de los métodos.

Elabora propuestas innovadoras para la enseñanza de la salud de la niñez y adolescencia.

Perfil Ocupacional:

Desarrolla la promoción de la salud en las diferentes instituciones que favorezcan la calidad del cuidado de salud de la población de niños, niñas y adolescentes.

Formula y evalúa proyectos de investigación para el beneficio de la población pediátrica.

Organiza grupos de padres, madres niño, niñas adolescentes basándose en acercamiento ético interpersonal y de respeto a las diferencias.

Escenarios de trabajo

En el primer nivel en las áreas de salud y centros infantiles. Hospitales y clínicas con pediatría. Instituciones gubernamentales que se dedican al estudio o atención de problemas de niñez y adolescencia.

Enfermera:

El rol de la enfermera en la atención de los niños y niñas de alto riesgo es vital, constituye uno de los pilares más importantes, entre sus funciones se puede enumerar las siguientes:

- ↳ Selecciona a los pacientes según normas del servicio y a los criterios de inclusión.
- ↳ Realiza entrevistas a los padres, madres y/o cuidadores para completar información y adjuntarla al instrumento para este efecto.
- ↳ Enseña el baño del bebé a madre, padre y /o cuidadores.
- ↳ El uso correcto de la pera de hule para la extracción de secreciones de boca y nariz.
- ↳ Enseña y evalúa la técnica de lactancia materna, extracción y conservación de la leche materna.
- ↳ Demuestra como se debe reforzar la alimentación del bebé si es insuficiente la leche materna.
- ↳ Explica la posición antirreflujo, en la cuna del bebé, y la posición correcta para prevenir la muerte súbita.
- ↳ Se refiere a la importancia de la termorregulación y el uso del termómetro para la medición de temperatura corporal cuando el bebé egresa.
- ↳ Revisa el carné de salud (librito azul) y explica los esquemas de inmunizaciones a los padres, madres y/o cuidadores.
- ↳ Brinda amplia explicación acerca de la importancia de la estimulación temprana.

- ↳ Enseña la forma correcta de dar medicamentos orales (vitaminas, hierro u otro medicamento que el bebé necesite).
- ↳ Hace hincapié en la importancia de esterilizar los utensilios que necesite para alimentar al bebé o almacenar la leche materna.
- ↳ En condiciones de hacinamiento se brindan recomendaciones para aislar los objetos del bebé (ropa, lugar del baño entre otros para prevenir infecciones).
- ↳ Orienta acerca de las consecuencias de la tenencia de animales domésticos dentro del hogar, o cerca del niño o niña.
- ↳ Brinda recomendaciones en relación a la importancia de la luz natural, ventilación y cielo raso del dormitorio, donde se ubicará al bebé.
- ↳ Recomendaciones generales acerca de la importancia de restringir visitas al niño o niña, o exponerlo a lugares concurridos donde puede adquirir y contagiarse con virus o bacterias que le pueden ocasionar enfermedades por su inmadurez.
- ↳ Si el bebé es oxígeno dependiente, brinda enseñanza del uso, posición sujeción correcta del cilindro, cuidados del manómetro, cambio de agua del humidificador y nasocánula además de signos de alarma por mala oxigenación.
- ↳ Brinda la orientación necesaria respecto a citas, medicamentos, referencias o estudios especiales.
- ↳ Hace nota de enfermería resumiendo lo encontrado en la visita domiciliar para el alta hospitalaria.

↳ Refiere a Trabajo Social cuando existe riesgo social para solicitar medidas de apoyo o intervención.

La visita domiciliar le permite al Equipo Interdisciplinario, promover la salud física, el desarrollo y la relación padres – hijo (a). Ofrece la oportunidad de facilitar la participación activa de la familia en el cuidado del o la bebé.

La idea es motivar a los cuidadores a supervisar en forma directa la evolución del crecimiento y desarrollo del niño o niña en los períodos sanos y de morbilidad intercurrente, para que así detecten de manera precoz problemas de salud, mediante esta orientación se pretende lograr que los padres o cuidadores, adquieran confianza en el cuidado de su hijo o hija, evitando consultas innecesarias o reingresos a los sistemas de salud.

Usualmente los niños (as) que han nacido de bajo peso, se van a casa cuando alcanzan 1800 gramos, pero hay numerosas excepciones como:

Ecológicas: En algunas ocasiones el ambiente no es el adecuado para que este niño o niña de alto riesgo se ubique en él, por ejemplo inadecuadas condiciones higiénicas, de infraestructura o del macro ambiente (áreas marginales, contaminación ambiental). El requisito mínimo que debe reunir el dormitorio donde se ubicará al neonato es luz natural y una adecuada ventilación.

Económicas: Familias con recursos económicos muy limitados, se hace hincapié en la importancia de la lactancia materna tanto para la salud del niño o niña como por la economía familiar. El requisito que se pretende que deben cumplir es tener una cuna para que el bebé duerma sólo, en posición adecuada pero bajo la observación de los cuidadores. Por medio de trabajo social se buscan alternativas de apoyo.

Conciencia y Conducta: Se toma en cuenta aspectos de riesgo social (violencia intrafamiliar, quien es el bebé para la familia, adicción a drogas, entre otros). Cuando la familia no reúne los requisitos mínimos para hacerse responsable del menor, Trabajo Social interviene y los refiere al Patronato Nacional de la Infancia para que este ente sea el que dicte las medidas a seguir.

Biológico: La dependencia de oxígeno, intolerancia a la vía oral y procesos infecciosos, entre otras complicaciones asociadas a su inmadurez.

Cuando el o la bebé, alcanza un peso de 1800 gramos se invita a los padres a participar en el baño en tina, se les orienta en los cuidados generales específicos a tener con los niños y niñas que han sido de alto riesgo y luego se evalúan (por medio de instrumento, ver anexo

Los factores biológicos que contribuyen en la decisión de dar de alta a uno de estos bebés son: respiración, ritmo cardíaco, regulación de la temperatura corporal (los que deben ser invariables) y permanecer estables en una cuna corriente.

Es necesario que el bebé aumente el peso de manera constante, la madre debe estar en capacidad de alimentarlo mediante la forma más apropiada, ya sea con lactancia materna, copita o una combinación de estos métodos.

Si el niño o niña egresa con oxígeno, debe hacerlo hasta que los cuidadores reciban un entrenamiento adecuado y se sientan seguros del manejo del equipo.

Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia
Servicio de neonatología

HISTORIAL del NEONATO PARA LA EVALUACIÓN DEL HOGAR

Datos de identificación:

Nombre: _____ Exp N^a _____

Sexo: F () _____ M () _____ F.de nac: _____ Ingreso _____

Peso al nacer _____ Peso de egreso _____ F. de egreso _____

Edad gest _____ G _____ P _____ A _____ C _____ Apgar _____

Diagnósticos:

Ingreso _____

Egreso _____

Dirección: _____

Datos socioculturales y económicos de los padres:

Nombre	Nacionalidad	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Edad	Ingreso econ.	Nº de hijos

Redes de apoyo intra y extrafamiliar:

Condición del núcleo familiar:

Familia Nuclear _____ Madre sólo _____ Con apoyo familiar _____

Requiere interv de trabajo social: _____

Vivienda: Propia _____ Alq _____ Prest _____ comp. _____ Zonas de riesgo:

Si _____ No _____

Cielo raso _____ Iluminación _____ Ventilación _____

Nº de personas _____

Nº dormitorios _____ Serv. Básicos: AyA _____ Elect _____ Rec. de basura _____

Condiciones higiénicas en general: Exc _____ Bueno _____ Regular _____ Mala _____

Condición actual: _____

Procedimientos realizados: _____

Realimentación: _____

Capacitación _____

Resultados obtenidos: _____

Coordinaciones: _____

Nombre y firma de la persona que realiza la visita _____

Fecha: _____ Firma y cédula de la persona visitada _____

Contrarreferencia

Dirigido a: _____

Motivo de referencia: _____

Acciones realizadas _____

Funcionario que refiere: _____

Firma _____ Fecha _____

Observaciones: _____

Clasificación de riesgo familiar para el programa de alta hospitalaria de neonatos de Alto Riesgo HCG

Sírvase llenar el siguiente documento para cada familia visitada por primera vez. Marque con una x los criterios que cumple la familia evaluada.

Nombre de la madre del niño (a): _____

Número del expediente: _____

Lugar de residencia: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de la visita: _____

Familias Alto Riesgo	Familias con Riesgo Moderado	3 controles	Familias con Bajo Riesgo
1- Embarazo sin control	1-Dos o 3 prenatales		1- Más de seis controles durante el embarazo
2- Primigesta	2-Enfermedades crónicas en la madre sin control		2- Jefe de familia con deficiente ingreso económico
3-Madre adolescente y/o sin apoyo familiar	3-Múltipara sin planificación familiar		3-Familia uniparental
4- Madre desnutrida, con enfermedad crónica o ITS	4-Adolescentes con hijos		4- Madres con enfermedades crónicas o ITS con tratamiento
5-Drogadicción o alcoholismo de alguno de los padres	5-Madre con algún grado de discapacidad		5- Familia de fumadores
6-Desinterés familiar por el bebé	6-Familia nuclear extendida		6-Familia nuclear integrada
7-Violencia Intrafamiliar	7-Padres con baja escolaridad		7- Familia con estabilidad económica
8-Padres analfabetos o de baja escolaridad	8-Vivienda en zona de riesgo		8-Vivienda sin riesgo de desastre
9-Tugurio, precario y hacinamiento	9-Deficiente agua potable		9- Disponibilidad de agua potable
10. Ausencia de agua potable	10-Condiciones higiénicas regulares		10-Buenas condiciones higiénicas
11-Inadecuadas condiciones higiénicas	11- Mascotas fuera de la casa		11- Ausencia de mascotas
12- Tenencia de mascotas dentro de la casa			

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS CUIDADOS BÁSICOS Y ESPECÍFICOS DEL BEBÉ, INTRAHOSPITALARIOS Y EN EL HOGAR.

Objetivo:

Evaluar el desarrollo de actitudes, conocimientos habilidades y destrezas de los padres, madres y/o cuidadores de los neonatos de alto riesgo para brindar los cuidados básicos y específicos en el hogar a esta población.

Fecha: _____

Nombre _____

Padre: _____

Madre: _____

Conducta o condición visible:

- En todo momento realiza correctamente todos los pasos. (5)
- Casi siempre realiza muchos de los pasos correctamente. (4)
- En ocasiones realiza sólo la mitad de los pasos correctamente (3)
- Pocas ocasiones realiza pocos pasos correctamente (2)
- Ningún paso ejecutado es correcto (1)

Baño del bebé	1	2	3	4	5	Observaciones
Se lava las manos antes de manipular los objetos y al bebé						
Prepara todo lo que se requiere para el baño (tina, paño, jabón, ropa, pañito, aplicadores, alcohol)						
Se asegura de la temperatura del agua antes de iniciar.						
Evita las corrientes de aire y los cambios bruscos de temperatura						
Inicia el baño limpiando la cara, ojos, nariz, boca con bicarbonato, moja, enjabona y enjuaga la cabeza						
Desviste al bebé y retira el pañal						
Remoja y enjabona tórax, cuello y axilas						
Voltea al bebé, remoja y enjabona la espalda y extremidades						
Voltea de nuevo al bebé y lava los genitales correctamente (mujer de adelante hacia atrás)						
Seca el bebé dándole importancia a los pliegues.						

Cura con aplicador y alcohol el ombligo y lo viste rápidamente							
Alimentación del bebé	1	2	3	4	5	Observaciones	
Alimenta al niño (a) con lactancia materna, a libre demanda							
Refuerza con copita u otro							
Aplica la técnica de lactancia materna correctamente							
Mantiene una posición adecuada a la hora de alimentarlo							
Ayuda al niño en la liberación de gases							
Administra en forma correcta el tratamiento vía oral (vitaminas, Fe ⁺)							
Descanso y sueño							
Mantiene la cuna en ángulo de 45°							
Mantiene rollitos o nido de protección							
Ausencia de artículos dentro de la cuna (peluches, ropa, pañales, etc)							
Duerme siempre en la cuna							
Acuesta al bebé siempre boca arriba							
Mantiene el niño (a) con una temperatura adecuada.							
Permeabilidad de vías aéreas							
Utiliza la pera de hule en forma correcta							
Le da el cuidado posterior después de usar la pera de hule.							
Permeabiliza las fosas nasales con solución fisiológica							

Se considera: A- excelente si se obtienen los 130 puntos, B-muy bueno 129- 61,C- Bueno de 60- 46, D- Regular de 59- 45- E-Malo de - 44- 30.

Si obtiene A o B, está muy bien, C, hay que reforzar poco, D y E hay que iniciar el proceso.

Anexo # 8

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DR RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ cédula de
identidad número

_____ vecina (o) de _____ teléfono
número _____

Encargada (o) del niño (a) _____ Exp N° _____

he sido informada (o) del objetivo de la Visita Domiciliar por parte del equipo interdisciplinario del HCG, estoy de acuerdo en colaborar. Por tanto autorizo a que para el logro de sus objetivos valoren al (a) niña (o) cuantas veces lo crean conveniente, así mismo se me explicó que el fin es únicamente para una evaluación de las condiciones socioculturales y lo que recibiré a cambio es únicamente orientación y consejería.

San José _____ de _____ 2005

Nombre (Personal del Equipo) _____ Usuario (a) _____

Enfermería
Servicio de Neonatología
Hospital Calderón Guardia
C.C.S.S

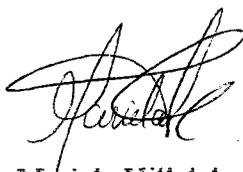
Asunto: Reporte de visita de seguimiento al hogar, caso "Niño y niña, Navarro Corella"

Estimadas Colegas:

Como resultado de la coordinación con el I Nivel de atención, en el programa de seguimiento en el hogar de niños y niñas en condiciones especiales que su servicio refiere al Ebais de Calle Blancos, le envió el estudio realizado por el departamento de Enfermería sobre el caso de los gemelos Navarro Corella.

Con respecto al caso Leitón Santana niño, madre Yeimy Leitón Santana, dirección San Francisco, de la Iglesia Ladrillo 150 norte, condominio La Solidaridad apartamento numero 2; en conversación con la Sra. Betazaida, se le reporto que en tal dirección no existen tales Apartamentos, ni se conoce a la usuaria, en los teléfonos que están en la referencia no contestan, se deje el mensaje, pero no se obtiene respuesta; por estas circunstancias se no se pueda localizar a el caso.

Agradeciendo su atención



Licda. Mariela Villalobos Ramos
Coordinadora Enfermería Ebais de Calle Blancos
Área de Salud de Goicoechea 2



CC. Licda. Marielos Umaña Rodríguez, Jefatura Enfermería, ASG 2

Archivo

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
ÁREA DE SALUD DE GOICOECHEA 2.
EBAIS DE CALLE BLANCOS.**



REPORTE DE VISITA DE SEGUIMIENTO AL HOGAR.

Nombre: Yamileth Navarro Corella.

Edad: 38 años.

Motivo de la visita: Visita post- egreso de sus bebés mellizos, nacidos el 24/10/06 y egresados del Servicio de Neonatología del Hospital Calderón Guardia el día 11/11/06 la niña y el día 2/11/06 el niño respectivamente.

Día de la visita: Lunes 4 de diciembre 2006.

Nombre de quien realiza la visita: Licda. Mariela Villalobos Ramos.

Licda. Sughey González Zúñiga.

Durante la visita a fuimos atendidos por la señora Yamileth Navarro Corella y su hija mayor de 19 años, quien actualmente colabora con el cuidado de los bebés.

Condiciones de la vivienda.

Al llegar a esta casa nos encontramos a los niños que actualmente tienen 1 mes y 10 días de nacidos, en una habitación de mediano tamaño que comparten con los papás. Dicha habitación cuenta con adecuadas condiciones de limpieza,

ventilación e iluminación, a pesar de que la infraestructura de esta vivienda se encuentra ubicada sobre la primera planta de otra vivienda y construida con materiales varios como cemento y divisiones de madera de las diferentes habitaciones, de las cuales se puede deducir que fueron construidas para mejorar las condiciones de la casa y así favorecer el crecimiento y desarrollo de los niños, ya que se puede observar que la situación socio-económica del hogar y del vecindario (Lotes Volio) es baja. Los niños estaban costados en una misma y pequeña cuna, abrigados, aseados, en fin, en buen estado general.

La señora Yamileth refiere que tiene una cuna grande que debe armar, en donde los bebés van a estar más cómodos, seguros y con mayor movilidad, pero antes debe adecuar un lugar en la casa para colocarla.

Se les realizó un pequeño examen físico a los niños, en donde se les valoró el estado de la piel, miembros inferiores, largo de las uñas, reflejos plantares, reacción a estímulos, medición de la circunferencia cefálica e higiene y estado general de los bebés.

Se anotaron las últimas medidas antropométricas alcanzadas por los niños durante la última cita en la Clínica de Lactancia Materna (20/11/06):

1. Montserrat Navarro Corella:

Peso: 2700mg .

Talla: 45cms.

CC: 33.

Vacunas al día:

BCG: 30/11/06.

HB: 16/11/06.

2. Santiago Navarro Corella:

Peso: 3185mg .

Talla: 48cms.

CC: 35 1/2.

Vacunas al día:

BCG: 30/11/06.

HB: 16/11/06.

Alimentación, sueño y eliminaciones:

Además, durante la visita se le consulta a la mamá a cerca de la frecuencia de la alimentación y duración de las mamadas, a lo que ésta responde que les da de mamar cada 3 horas y complementa la lactancia materna con fórmula recomendada por el médico (Similac Advance), 1 onza de leche en 2 onzas de agua. También se le pregunta a cerca de la frecuencia de la diuresis, a lo que responde que la orina es frecuente y realiza cambios de pañal 4 veces al día.

Los niños presentan patrones del sueño y excreción normales.

Educación:

Se educó a la señora Yamileth y su hija sobre la importancia de:

- Prevención del Síndrome de Muerte Súbita.
- Cuidados del recién nacido.
- Higiene y aseo del área genital y anal, haciendo énfasis en el aseo del pene y retracción del prepucio en el niño.
- Recordatorio sobre la técnica adecuada de amamantamiento.
- Estimulación temprana.
- Lavado de manos.
- Ventilación e iluminación de la casa.

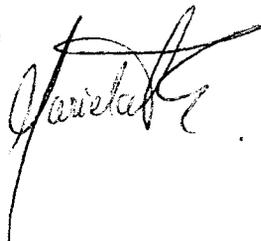
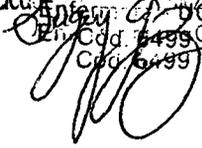
- Evitar contacto con personas enfermas.

Resultados obtenidos:

Se realizaron preguntas de retroalimentación para comprobar los conocimientos adquiridos y aclaración de dudas a cerca de la educación brindada.

- Establecimiento de una relación empática enfermeras- pacientes.
- Buena recepción de la educación.
- Anuencia a realizar cambios para permitir el desarrollo integral de los bebés.
- Actitud positiva de la madre y hermana de los bebés.

Licda. Sugey González Zúñiga
Licda. Sugey González Zúñiga
C.C.R. No. 1439
C.C.R. No. 1439



Anexo # 10

Instrumento de Evaluación a la labor de las Enfermeras Neonatales de Hospital Calderón Guardia

El siguiente documento tiene el propósito de conocer su opinión en relación con el trabajo que vienen realizando las enfermeras neonatales, por lo que el aporte que usted nos brinde será de mucho valor para nuestro trabajo.

Su opinión bajo el sistema PIN.

Positivo del trabajo

Interesante

Negativo

Sugerencias

Del 1 al 10 su calificación _____

San José, Mayo 04 de 2006.

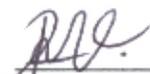
Licda:

María de los Angeles Umaña Rodríguez
Enfermera jefe Área Goicoechea II

Asunto: Capacitación al personal en relación al Programa de Seguimiento en el Hogar a los niños y niñas de alto riesgo.

Por este medio el Equipo interdisciplinario del Programa Seguimiento en el Hogar a los niños y niñas de alto riesgo del Servicio de Neonatología del Hospital R. A. Calderón Guardia solicita su autorización y colaboración para presentar el programa y capacitar el personal a su cargo para que en un futuro formemos redes entre el tercer y primer nivel de atención y dar seguimiento a estos niños y niñas.

Agradeciendo de antemano su valiosa intervención.



Licda Betzaida Angulo Valverde



Licda Carmen Lizbeth Molina Campos

Equipo Visita Domiciliar
Servicio de Neonatología HCG

San José, Mayo 04 de 2006.

Licda:
Irma Morice
Enfermera jefe Área Goicoechea I

Asunto: Capacitación al personal en relación al Programa de Seguimiento en el Hogar a los niños y niñas de alto riesgo.

Por este medio el Equipo interdisciplinario del Programa Seguimiento en el Hogar a los niños y niñas de alto riesgo del Servicio de Neonatología del Hospital R A. Calderón Guardia solicita su autorización y colaboración para presentar el programa y capacitar el personal a su cargo para que en un futuro formemos redes entre el tercer y primer nivel de atención y dar seguimiento a estos niños y niñas.

Agradeciendo de antemano su valiosa intervención.


Licda Betzaida Angulo Valverde


Licda Carmen Lizbeth Molina Campos

Equipo Visita Domiciliar
Servicio de Neonatología HCG



Jefatura de Enfermería
Área de Salud Goicoechea II

05 de Mayo del 2006

Licenciada
Betzaída Angulo Valverde
Licenciada
Carmen Molina Campos
Servicio de Neonatología HCG

Estimadas licenciadas:

Asunto: Autorización

Por medio de la presente me permito comunicarle que esta Jefatura de Enfermería esta anuente a autorizarles y dar la colaboración para que se presente el programa y se capacite al personal de enfermería de esta Área de Salud en relación al Programa de Seguimiento en el Hogar a los Niños y Niñas de Alto Riesgo.

Atentamente;

AREA DE SALUD DE GOICOECHEA 2


Licda. María de los A. Umaña Rodríguez
Jefatura de Enfermería



CI/ Archivo



Caja Costarricense de Seguro Social
Área de Salud de Goicoechea 1
Telf: 280-33-10 Fax: 280 -32-05

Goicoechea, 06 de Setiembre, 2006

Licda. Betzaida Angulo Valverde
Licda. Carmen Lizbeth Molina Campos
Equipo Visita Domiciliar – Servicio Neonatología
Hospital Calderón Guardia

ASUNTO: Continuidad Capacitaciones “Programa de Seguimiento en el Hogar a niños y niñas de alto riesgo”.

Estimadas colegas:

En atención a solicitud de dar continuidad con el “programa de capacitaciones del Programa de Seguimiento en el Hogar a niños y niñas de alto riesgo”, hago formal lo que vía telefónica acordé con la Licda. Angulo y que a continuación detallo:

<u>Fecha:</u>	<u>Horario:</u>	<u>Personal que asistirá:</u>
07/09/2006	7:00 a.m. – 8:00 a.m.	Enfermeras (os) profesionales Auxiliares de Enfermería ATAPS Trabajadoras Sociales
14/09/2006	7:00 a.m. – 8:00 a.m.	Enfermeras (os) profesionales Auxiliares de Enfermería ATAPS Trabajadoras Sociales
21/09/2006	7:00 a.m. – 8:00 a.m.	Enfermeras (os) profesionales Auxiliares de Enfermería ATAPS Trabajadoras Sociales
28/09/2006	7:00 a.m. – 8:00 a.m.	Enfermeras (os) profesionales Auxiliares de Enfermería ATAPS Trabajadoras Sociales

Agradeceré que si por alguna razón alguna actividad tuviera que interrumpirse se comuniquen con mi persona o con la Licda. Juanita Oviedo. De igual forma nosotras adquirimos el compromiso de comunicarles modificaciones o cambios que se presentaran en el programa de educación de nuestra unidad.

Jefatura - Enfermería ASG 1


Lic. Imma Morice Chavarria



jop☺

📁 Archivo