



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

**PROPUESTA DE TRABAJO FINAL “PADRES PREPARADOS PARA EL
CUIDADO EN EL HOGAR: UN CUIDADO INFORMADO PARA EL BIENESTAR
DE SUS HIJOS PRETÉRMINO O CON BAJO PESO AL NACER”**

Presentado por:

YINA HERNANDEZ DIAZ
NYDIA PATRICIA SÁNCHEZ TALERO

Presentado a:

YANIRA RODRÍGUEZ HOLGUÍN
Enfermera Docente

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA MATERNO PERINATAL CON APOYO
FAMILIAR
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ, 2014

CONTENIDO

1. Temática de interés.....	5
2. Magnitud y antecedentes del problema.....	5
2.1 Incidencia.....	6
2.1.1 Global.....	6
2.1.2 Colombia.....	7
2.2 Situación Clínica Palermo.....	7
2.3 Árbol de problemas.....	9
3. Justificación.....	10
3.1 Significancia teórica.....	10
3.2 Significancia disciplinar.....	10
3.3 Significancia social.....	11
4. Objetivos.....	12
4.1 Objetivo general.....	12
4.2 Objetivos específicos.....	12
5. Marco conceptual.....	13
5.1 Definición de conceptos.....	13
5.1.1 Propuesta de cuidado.....	13
5.1.2 Recién nacido pretérmino (RNP).....	13
5.1.3 Recién nacido adecuado para la edad gestacional.....	13
5.1.4 Recién nacido pretérmino pequeño para la edad gestacional.....	13
5.1.5 Recién nacido con bajo peso al nacer.....	13
5.1.6 Con muy bajo peso al nacer.....	13
5.1.7 Extremo de bajo peso al nacer.....	14

5.1.8	Recién nacido pretérmino o con bajo peso al nacer estable.....	14
6.	Programa madre canguro.....	15
6.1	Criterios de alta hospitalaria para continuar con el programa madre Canguro en el hogar.....	18
6.2	Seguimiento del programa madre canguro en el hogar.....	19
7.	Unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN).....	20
7.1	Características de las unidades de cuidado intensivo neonatal.....	20
7.2	Áreas de la UCI neonatal.....	21
7.2.1	Cuidados intensivos.....	21
7.2.2	Cuidados intermedios.....	22
7.2.3	Cuidados básicos.....	22
7.3	Características de egreso de los RNP o con bajo peso al nacer de la UCIN de una clínica de Bogotá.....	23
7.4	Características de saberes para que los padres puedan tener de regreso a los recién nacidos en sus hogares.....	24
8.	Marco teórico.....	26
8.1	Teoría de rango medio “Cuidado informado para el bienestar de otros” (Kristen Swanson).....	26
9.	Consideraciones éticas.....	32
10.	Marco metodológico.....	36
10.1	Generalidades del marco metodológico.....	36
10.2	Marco lógico aplicado a la propuesta.....	37
10.2.1	Grupo de interés.....	37
10.2.2	Escenario donde se realizará el proyecto.....	37

10.2.3 Matriz del marco lógico.....	38
10.2.4 Plan de acción.....	42
10.3 Desarrollo de las actividades del plan de acción.....	51
11. Cronograma de actividades del desarrollo de la propuesta.....	57
12. Presupuesto.....	58
13. Conclusiones.....	59
14. Limitaciones en la aplicación de la propuesta.....	60
15. Recomendaciones.....	61
16. Bibliografía.....	62
17. Anexos.....	64
17.1 Consentimiento informado.....	64
17.2 Narrativa a partir de una situación de enfermería.....	65

1. TEMÁTICA DE INTERÉS

Preparación de los padres para ofrecer cuidado en el hogar, orientado al bienestar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN.

2. MAGNITUD Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que el parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. La Organización Mundial de la salud (OMS) ha definido que el prematuro es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días pos conceptuales¹. El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas. Se clasifican a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en:

- Prematuro general: < 37 semanas.
- Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.
- Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.

En los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso. Y las definiciones son las siguientes:

- Peso bajo: menor de 2.500 g independientemente de la edad gestacional.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Pattern of growth and development of premature children at the age of two and three years in Alexandria, Egypt [Part I] - See more at: Disponible en(15 / 06/ 14):<http://apps.who.int/iris/handle/10665/117905#sthash.94prxbel.dpuf>

- Peso muy bajo al nacimiento: menor de 1.500 g.
- Peso extremadamente bajo: menor de 1.000 g. Se debe tener en cuenta que la edad gestacional es mejor predictor que el peso para la supervivencia de los prematuros.

2.1. INCIDENCIA

2.1.1. Global. Las nuevas cifras del informe muestran la magnitud del problema así como las disparidades entre países. De los 11 países con índices de nacimientos prematuros mayores al 15%, todos menos 2 están en África subsahariana². Los nacimientos prematuros representan el 11.1% de los nacimientos vivos del mundo, 60% de ellos en Asia meridional y África subsahariana. En los países más pobres, en promedio, el 12% de los bebés nacen demasiado pronto, en comparación con el 9% en los países de mayores ingresos³.

El problema de los nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos. Los Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Por ejemplo, en los Estados Unidos, alrededor del 12%, o más de uno en nueve de todos los nacimientos, son prematuros⁴.

Los países con el mayor número de nacimientos prematuros son: India 3.519.100; China 1.172.300; Nigeria 773.600; Pakistán 748.100; Indonesia 675.700; Estados Unidos 517.400; Bangladesh 424.100; Filipinas 348.900; República Democrática del Congo 341.400; y Brasil 279.300⁵.

² Organización Mundial de la Salud . Informe Nacido Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros, cifras para mayo del 2012.[en línea]
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/es/ [citado el 15 de Septiembre 2014]

³ Ibid.,p.24

⁴ Ibid.,p.24

⁵ Ibid .,p 25

Los 10 países con las mayores tasas de nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos son: Malawi 18.1 por cada 100; Comoras y Congo 16.7; Zimbabue 16.6; Guinea Ecuatorial 16.5; Mozambique 16.4; Gabón 16.3; Pakistán 15.8; Indonesia 15.5; y Mauritania 15.4⁶.

Estos países contrastan con los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros: Belarús 4.1; Ecuador 5.1; Letonia 5.3; Finlandia, Croacia y Samoa 5.5; Lituania y Estonia 5.7; Barbados/Antigua 5.8; Japón 5.9⁷.

2.1.2. Colombia. Según datos revelados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE (2011), de 714.477 nacimientos reportados en el país, el 18% (130.932) fueron prematuros. 74 bebés de 22 semanas o menos; 2.523 entre 22 y 27 semanas, y 128.335 entre 28 y 37. En lo que se refiere a las ciudades capitales más importantes, Bogotá reportó entre 117.579 partos, 23.902 a pre término (8 de menos de 22 semanas, 504 entre 22 y 27 y 23.390 entre 28 y 37). Por otro lado, en Medellín se dieron a conocer 7.623 casos de bebés prematuros entre 33.222 nacimientos (6 de menos de 22 semanas, 137 entre 22 y 27 semanas y 7.480 de 28 a 37). En la ciudad de Barranquilla, de 23.517 partos, 5.732 fueron prematuros (5.214 entre 28 y 37 semanas, 97 de 22 a 27 semanas y uno de menos de 22). En Cali, por su parte, se presentaron 30.750 partos, de los cuales fueron nacimientos prematuros 6.306 (6.176 entre 28 y 37 semanas, 127 entre 22 y 27 semanas y 3 con menos de 22)⁸.

2.2. SITUACIÓN CLÍNICA PALERMO

Teniendo en cuenta las necesidades de la población y el incremento de los partos pretérmino en la ciudad de Bogotá, la Clínica Palermo se ha preocupado durante décadas por el bienestar del binomio madre hijo; es así como el incremento del

⁶ Ibid .,p 26

⁷ Ibid .,p 25

⁸ DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (DANE) 2011.

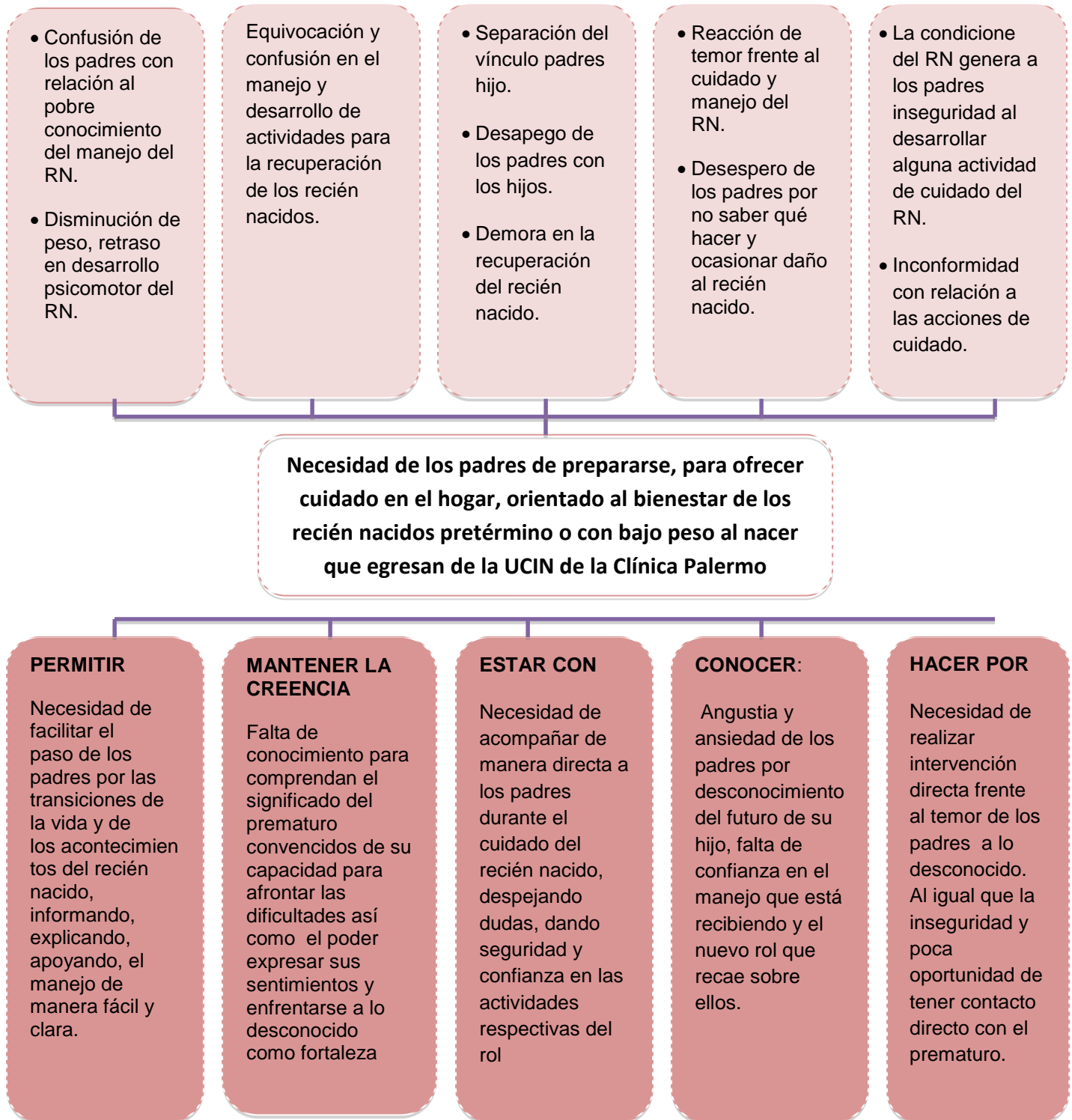
fenómeno de la prematuridad ha exigido la adopción de medidas para la mejora de la atención y de las necesidades de la población de prematuros que nacen en la Clínica Palermo de la ciudad de Bogotá.

Se ha determinado que la patología materna que desencadena los partos pretérminos está dada por: trastornos hipertensivos, hipertensión crónica, síndrome de Hellp; ruptura prematura de membranas; trastornos placentarios, desprendimiento prematuro, placenta previa; infecciones urinarias, vaginosis, corioamnionitis; entre otras. Teniendo en cuenta las anteriores patologías se tiene que los diagnósticos de ingreso más frecuentes de prematuros a la unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN) son la taquipnea transitoria, enfermedad por déficit de surfactante, infecciones, membrana hialina, neumonía in-útero, entre otras⁹.

Para el año 2010 se determinó la siguiente estadística en la Clínica, entre el 15 de enero de 2010 y el 15 de enero de 2011 se registraron 2622 nacimientos, el rango de edad de las gestantes fue de 15 a 46 años. Del total de nacimientos, 290 (11,06%) correspondieron a prematuros. Teniendo en cuenta sólo los registros de madres adolescentes primigestantes menores de 18 años, con embarazo simple se obtuvieron 57 casos (2,80%). Casos sin control prenatal 12 (1,29%) y 233 casos fueron madres mayores de 18 años con un rango de edad gestacional de 24 a 32 semanas. De estos casos sin control prenatal fueron 18 (2,56%). Para un egreso de prematuros de la UCIN para manejo con plan canguro en el lapso de tiempo del análisis 2010 -2011 de 287 prematuros.

⁹ Análisis área materna Clínica Palermo 2010-2013. P 64.

2.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS



3. JUSTIFICACIÓN

3.1. SIGNIFICANCIA TEÓRICA.

Partiendo de la búsqueda bibliográfica realizada en bases de datos y de los artículos seleccionados, la gran mayoría de éstos se encuentran clasificados como artículos de investigación, que describen las experiencias vividas por padres, madres y personal de enfermería con relación al Programa Canguro y las UCIN, además de tratar temas sobre costo efectividad con la implementación y el desarrollo del programa. De igual manera se especifica la implementación y el manejo del Programa Madre Canguro, iniciado en las instituciones de salud y que se continúa en el domicilio con el apoyo de profesionales entrenados.

Éste proyecto se respalda en literatura científica basada en la evidencia para el desarrollo de nuestra propuesta de cuidado, fortaleciendo de ésta manera el sustento teórico de las prácticas dirigidas al recién nacido pretérmino o con bajo peso al nacer, que se encuentra hospitalizado en la Clínica Palermo de Bogotá, así como la educación que se brinda a los padres de estos recién nacidos para el cuidado en el hogar, siendo ésta una necesidad identificada en dicha institución de salud y la motivación para el desarrollo de nuestra propuesta de cuidado.

Sumado a lo anterior, éste aporte teórico va a ser direccionado a partir de la Teoría de Mediano Rango “Cuidado informado para el bienestar de otros” propuesta por Kristen Swanson, lo que permite un liderazgo del profesional de enfermería, pues se manejará con un cuerpo de conocimientos propio.

3.2. SIGNIFICANCIA DISCIPLINAR.

Nuestra propuesta de cuidado, involucra directamente al profesional de enfermería, respecto a la educación que se brinda a los padres para el egreso hospitalario del recién nacido pretérmino o de bajo peso al nacer, pues al emplear la teoría de Kristen Swanson es necesario aplicar los cinco procesos del cuidado

informado propuestos en ésta, tanto en la identificación de necesidades, así como en la educación, retroalimentación y seguimiento, durante el cuidado en el hogar ofrecido por los padres.

3.3. SIGNIFICANCIA SOCIAL.

En la Clínica Palermo se pretende disminuir los reingresos por complicaciones así como los costos, además de contribuir al plan de egreso domiciliario, ya que en dicha institución de salud no se tiene establecido el programa canguro, sino que se vinculan a los recién nacidos pretérmino o de bajo peso al nacer y sus familias al programa canguro respectivo de sus EPS, tres días luego de su egreso hospitalario. Sumado a lo anterior los padres de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer, tendrán las capacidades para el cuidado de su hijo en el hogar, además de fortalecer el vínculo afectivo y generar confianza en éstos, y de forma indirecta los recién nacidos tendrán un bienestar a través de los cuidados en el hogar ofrecidos por sus padres, lo que fortalece aún más el vínculo entre estos.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una propuesta de cuidado dirigida a los padres de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN, para que brinden cuidado en el hogar orientado a su bienestar.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Conocer.** Explorar los conocimientos, sentimientos y experiencias que tienen los padres, para cuidar a su hijo pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar. Y lo que significa para ellos tener un hijo en esas condiciones.
- **Hacer para.** Proponer acciones de cuidado dirigidas a los padres para el cuidado en el hogar, orientado hacia el bienestar de su hijo pretérmino o con bajo peso al nacer.
- **Estar con.** Acompañar a los padres y apoyarlos mediante una estrategia educativa de cuidado, orientada hacia el bienestar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar.
- **Mantener la creencia.** Reconocer la capacidad que tienen los padres para enfrentar o superar, la condición de salud de su hijo pretérmino o de bajo peso al nacer en el hogar.
- **Permitir.** Facilitar a los padres el desarrollo de los cuidados en el hogar, dirigidos a sus hijos pretérmino o con bajo peso al nacer.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

- 5.1.1. Propuesta de cuidado.** Para las autoras del presente trabajo y con relación a la Teoría “Cuidado Informado para el Bienestar de Otros”, se define como un proyecto de cuidado que busca fomentar las relaciones con otro ser valioso, con quien se tiene un compromiso y responsabilidad.
- 5.1.2. Recién nacido pretérmino (RNP).** Neonato nacido antes de las 37 semanas de gestación¹⁰.
- 5.1.3. Recién nacido pretérmino adecuado para la edad gestacional.** Neonatos pretérminos con peso al nacer entre el percentil 10 y 90, para su edad gestacional¹¹.
- 5.1.4. Recién nacido pretérmino pequeño para la edad gestacional.** Neonatos pretérminos con peso al nacer por debajo del percentil 10, para su edad gestacional¹².
- 5.1.5 Recién nacido con bajo peso al nacer.** Recién nacidos con peso inferior a 2500 gr (incluyendo los nacidos con 2499 gr), independiente de la edad gestacional¹³.
- 5.1.6. Con muy bajo peso al nacer.** Recién nacidos con peso inferior a 1500 gr (incluyendo los nacidos con 1499 gr), independiente de la edad gestacional¹⁴.

¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Cuidado Madre Canguro: Una Guía Práctica. Año 2003, p. 4

¹¹ *Ibíd.*, p. 4

¹² *Ibíd.*, p. 4

¹³ *Ibíd.*, p. 4

¹⁴ *Ibíd.*, p. 4

5.1.7. Extremo de bajo peso al nacer. Recién nacidos con peso inferior a 1000 gr (incluyendo los nacidos con 999 gr), independiente de la edad gestacional¹⁵.

5.1.8. Recién nacido pretérmino o con bajo peso al nacer estable. Recién nacido cuyas funciones vitales (respiración y circulación), no requieren seguimiento y asistencia médica continúa, ya que no se desestabilizan fácilmente¹⁶.

¹⁵ *Ibíd.*, p. 4

¹⁶ *Ibíd.*, p. 4

6. PROGRAMA MADRE CANGURO (PMC)

Se define como el cuidado de los recién nacidos pretérmino o de bajo peso al nacer que se encuentran estables, llevado a cabo por las madres al permanecer en contacto piel a piel con sus hijos¹⁷.

Éste programa fue presentado por primera vez en 1978 por Rey y Martínez en Bogotá / Colombia como una alternativa a las incubadoras, debido a que éstas eran insuficientes para el cuidado de los recién nacidos pretérmino en el Hospital Materno Infantil, facilitándose el hacinamiento y la proliferación de infecciones, además de separar al neonato de su madre¹⁸; teniendo en cuenta lo anterior, a partir de investigaciones posteriores, evidenciaron que este programa no sólo conviene como alternativa a las incubadoras, ya que favorece el control térmico, facilita la lactancia materna, fortalece el vínculo afectivo (se abraza y acuna al recién nacido) y la observación continua del neonato, aspectos que permiten la participación de los padres en el cuidado de sus hijos, brindándoles confianza en las actividades de cuidado que ellos mismos realizan en el hogar. De ésta manera el programa cuenta con cuatro pilares fundamentales como lo son lactancia materna, calor, amor y egreso temprano¹⁹.

El Programa Madre Canguro ofrece una serie de ventajas que favorece al recién nacido pretérmino o con bajo peso al nacer y a sus padres, siendo éstas las siguientes:

- ✓ Inicia en el hospital y se continua en el hogar
- ✓ Los recién nacidos son dados de alta antes del tiempo previsto

¹⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op.Cit., p. 3

¹⁸ CASTIBLANCO, Nubia y MUÑOZ, Lucy. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. Colombia (Bogotá): Avances en enfermería. Vol. XXIX, N°1, enero / junio de 2011, p. 121

¹⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op.Cit., p. 3

- ✓ Se protege a los neonatos contra las infecciones asociadas al cuidado de la salud
- ✓ Se reduce el estrés familiar, derivado de la estancia hospitalaria, la condición del recién nacido y la falta de participación en el cuidado del mismo
- ✓ Requiere de la preparación de los padres para el cuidado en el hogar²⁰

Partiendo de lo anterior, para llevar a cabo los fundamentos del programa canguro es indispensable que el personal de salud esté capacitado, así como la disposición de los padres para participar en el programa, ya que se requiere tiempo para la posición canguro y lactancia materna exclusiva, además de un ambiente especial de apoyo que puede ser ofrecido por otros miembros de la familia, para contribuir al contacto piel a piel intermitente mientras los padres descansan²¹.

Es de gran importancia los aspectos relacionados con la **posición canguro**, la cual es asumida por los padres las 24 horas al día y de forma intermitente por otros miembros de la familia, hasta que el neonato alcance un peso por encima de 2500 gr. Para ésta posición el recién nacido sólo necesita cuatro prendas como lo son el gorro, una camiseta de algodón sin mangas y con abertura en la parte delantera, medias y pañal, para así favorecer el contacto directo entre la piel del neonato (cara, tórax, abdomen, piernas y brazos) y sus padres (tórax y abdomen); el recién nacido se alejara de la posición canguro cuando se cambie el pañal y se realicen los cuidados del muñón umbilical, así como en la higiene personal de la madre, para lo cual es indispensable asumir la posición por el padre u otro familiar²².

En la posición canguro el neonato debe estar entre los senos de la madre en posición vertical pecho a pecho, con la cabeza hacia un lado ligeramente extendida manteniendo la vía aérea abierta y el contacto visual con sus padres,

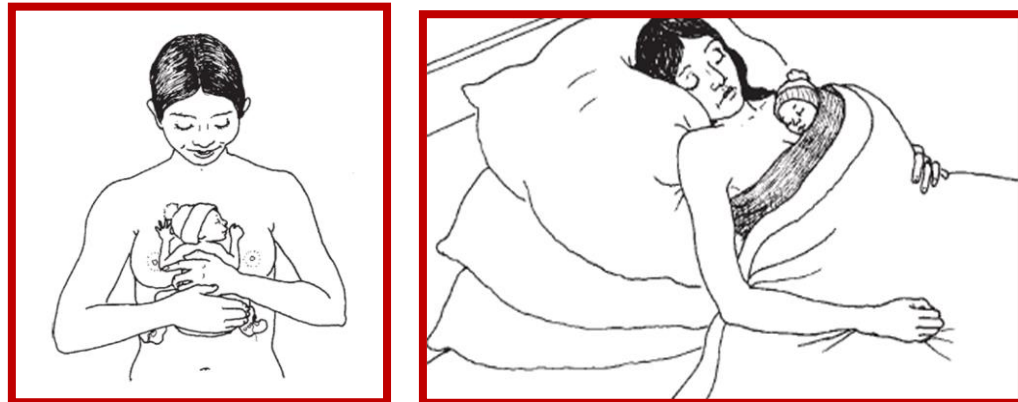
²⁰ *Ibíd.*, p. 2 - 5

²¹ *Ibíd.*, p. 2 - 5

²² *Ibíd.*, p. 15

los brazos hacia arriba flexionados, la cadera y piernas en “posición de rana”, de ésta manera la cabeza del neonato puede cambiarse de posición al tiempo con las tomas de lactancia materna (cada dos horas); al momento de dormir o descansar, la madre puede adoptar la posición semifowler con la ayuda de almohadas, ya que ésta posición disminuye el riesgo de apnea en el recién nacido. Con el fin de mantener dicha posición se puede recurrir a una faja en Lycra algodón que sostiene al recién nacido, asegurándose que ésta mantenga el abdomen del neonato a nivel del epigastrio de los padres, dejando espacio suficiente para la respiración abdominal del mismo²³.

Figura 1. Posición Canguro



Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Cuidado Madre Canguro: Una Guía Práctica. Año 2003, p. 21 y 24

²³ *Ibíd.*, p. 21 - 23

6.1.CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA PARA CONTINUAR CON EL PROGRAMA MADRE CANGURO EN EL HOGAR

Dichos criterios se cumplen generalmente cuando el recién nacido pesa más de 1500 gr²⁴.

- ✓ Estado general de salud adecuado, sin enfermedades como apnea o procesos infecciosos.
- ✓ Succión y deglución adecuada con lactancia materna exclusiva
- ✓ Aumento de peso (15g/kg/día) durante al menos tres días consecutivos
- ✓ Temperatura estable en la posición canguro durante al menos tres días consecutivos
- ✓ Los padres tienen confianza en su capacidad para cuidar
- ✓ Ambiente del hogar cálido, libre de humo y apoyo para las tareas cotidianas del mismo²⁵.

Sumado a lo anterior los padres deben saber:

- ✓ Cómo llevar a cabo el contacto piel a piel (posición canguro)
- ✓ Cómo vestir al RN cuando él no está en posición canguro y mantenerlo caliente en el hogar
- ✓ Cómo responder a las necesidades del RN, a través del contacto piel a piel (manos y pies fríos)
- ✓ Cómo lactar al RN durante el día y la noche
- ✓ Cuándo y dónde regresar para seguimiento
- ✓ Cómo reconocer los signos de alarma y a dónde acudir²⁶

²⁴ *Ibíd.*, p. 22

²⁵ *Ibíd.*, p. 38 y 39

Los signos de alarma mencionados anteriormente comprenden: no se alimenta de forma adecuada o presenta vómito, se encuentra irritable, letárgico o inconsciente, con temperatura corporal por encima de 37,5°C o por debajo de 36,5°C, si presenta convulsión y/o dificultad para respirar²⁷.

6.2. SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA MADRE CANGURO EN EL HOGAR

Es indispensable tener en cuenta los siguientes aspectos relacionados con el seguimiento del Programa Madre Canguro, descritos en la “Guía Práctica de Cuidado Madre Canguro” propuesta por la OMS²⁸:

- ✓ Se recomienda realizar dos visitas de seguimiento hasta las 37 semanas de edad post – menstrual y una visita de seguimiento después de las 37 semanas
- ✓ Duración del contacto piel a piel, posición y ropa del RN, así como la temperatura corporal del mismo. Es necesario evaluar el apoyo con la posición canguro intermitente por parte de otros familiares
- ✓ Verificar si es el momento de llevar a cabo el destete de la posición canguro, y de no ser así alentar a la familia para continuar con el mismo
- ✓ Verificar si la lactancia materna es exclusiva, así como indagar respecto a dificultades con la misma
- ✓ Pesar al recién nacido comprobando el aumento de peso adecuado (15g/Kg/día)
- ✓ Buscar signos de enfermedad e indagar con relación a los mismos
- ✓ Escuchar a los padres respecto a inquietudes o dificultades con el cuidado de sus hijos, tratando de dar solución a los mismos

²⁶ *Ibíd.*, p. 39

²⁷ *Ibíd.*, p. 39 - 40

²⁸ *Ibíd.*, p. 39 - 50

7. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL (UCIN)

“Unidad hospitalaria con equipos tecnológicos sofisticados, para la vigilancia y asistencia de recién nacidos con estado crítico de salud. El personal encargado posee una formación especializada”²⁹.

7.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Es el servicio destinado a la hospitalización de neonatos en estado crítico, que exige monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y utilización de equipos altamente especializados; Este servicio debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos³⁰:

- ✓ Contar con un área exclusiva y con circulación restringida
- ✓ Contar con un área de registro de los pacientes que ingresan al servicio
- ✓ Disponer de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico
- ✓ Disponibilidad del servicio las 24 horas
- ✓ En una Unidad de Cuidados Neonatal se deben distinguir cuatro (4) niveles de cuidado médico: Cuidado Intensivo, cuidado Intermedio, Cuidado básico, Cuidado Aislado.

²⁹ Diccionario de Medicina Océano Mosby, España, p.1318

³⁰ Guías de Diseño Hospitalario Para América Latina Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. Dr. Pablo Isaza, Arq. Carlos Santra 1991

7.2.ÁREAS DE LA UCI NEONATAL

7.2.1. CUIDADOS INTENSIVOS. El área de Hospitalización de Cuidado intensivo Neonatal, alberga a los pacientes que requieren de un cuidado más especializado y constante. La hospitalización debe ser limitada, es decir, de 6 a 12 bebés, debe ser un área de acceso restringido. Dentro del mismo espacio de la Unidad de Cuidado Neonatal además del área de hospitalización o área de incubadoras, debe contar con la estación de enfermería, depósito de medicamentos, trabajo sucio, trabajo limpio, depósito de material estéril, área de limpieza de neonatos, sala de terapia respiratoria, estar de personal de cuidados intensivos, filtro o baño vestier de personal de cuidado intensivo y filtro y baño vestier de madres o familiares.

En cumplimiento de la norma se deben considerar para cada incubadora, la cual debe contar con una consola o panel médico que provea al paciente de Gases especiales (oxígeno, aire y vacío) y de tomas eléctricas que permitan conectar los equipos requeridos para atención en estado crítico, la columna de suministro de gases y electricidad (columna UCI) no es aconsejable para la Unidad de Cuidado Neonatal porque genera obstáculo en el control visual del paciente. No deben existir barreras arquitectónicas entre incubadoras ni entre la estación de enfermería y cada uno de los pacientes. La disposición de las incubadoras preferiblemente deben ser en línea visual directa con la estación de enfermería, las circulaciones internas dentro del servicio de hospitalización deben ser amplias, mínimo de 1.50 mts., de manera que permita el fácil desplazamiento de incubadoras de transporte.³¹

³¹ *Ibíd.*, P 56.

Tanto el personal médico y demás equipo de salud, como las madres deben seguir los procedimientos de asepsia, como es ingresar a esta área con ropa estéril y manos previamente lavadas y desinfectadas lo cual se logra ingresando por los filtros o baño vestier de personal y de familiares, apoyado por la disposición de lavamanos quirúrgico dentro del área de hospitalización. El ambiente de hospitalización debe contar con iluminación y ventilación natural, manejar bajos niveles de ruido, tener acabo de pisos, muros y cielorraso lisos, de fácil limpieza y durabilidad, preferiblemente con colores que no distorsionen el color de la piel de los niños.³²

7.2.2. CUIDADOS INTERMEDIOS. El área de hospitalización de Cuidados Intermedios debe ser completamente diferenciada de las otras áreas de hospitalización en el ambiente de la unidad de cuidado Neonatal, está dirigida a pacientes neonatos que requieren de un cuidado no tan especializado e intensivo; como área independiente en su conformación física, de recurso humano y de dotación, demanda de los mismos ambientes y especificaciones que el área de hospitalización de cuidados intensivos a excepción de la sala de terapia respiratoria que puede estar en un punto fuera de esta área de hospitalización y que sirva también a los pacientes de cuidados mínimos³³.

7.2.3. CUIDADOS BÁSICOS. El área de hospitalización de Cuidados Mínimos debe ser completamente diferenciada de las otras áreas de hospitalización en el ambiente de la unidad de cuidado Neonatal, está dirigida a pacientes neonatos que requieren de un cuidado no tan especializado e intensivo; como área independiente en su conformación física, de recurso humano y de dotación, demanda de los mismos ambientes y especificaciones que el área de hospitalización de cuidados intensivos a excepción de la sala de terapia respiratoria que puede estar en un punto fuera de esta área de hospitalización y

³² Ibid.,p 56.

³³ Ibid.,p 57.

que sirva también a los pacientes de cuidados intermedios³⁴.

7.2.3. CUIDADO AISLADO. El área de hospitalización de cuidado de pacientes aislados debe estar complemente diferenciada de las otras áreas de hospitalización con el fin de manejar a pacientes neonatos que padezcan alguna patología de fácil transmisión; la ubicación de esta hospitalización debe estar lo más cerca posible al acceso de pacientes a la unidad con el fin de no contaminar la unidad en el proceso de transporte del neonato, dentro de esta hospitalización se pueden manejar pacientes en área abierta y paciente en cubículos de material transparente para fácil monitoreo como área independiente en su conformación física, de recurso humano y de dotación, demanda de los mismos ambientes y especificaciones que el área de hospitalización de cuidados intensivos³⁵.

7.3 CARACTERÍSTICAS DE EGRESO DE LOS RNP O CON BAJO PESO AL NACER DE LA UCIN DE UNA CLÍNICA DE BOGOTÁ.

El protocolo de egreso de la UCIN es para los paciente en estancias de cuidado intensivo, cuidado intermedio, cuidado básico y aislados sitios especializados para la prestación de un cuidado oportuno, las condiciones de los paciente hospitalizados en UCIN debe ser evaluado permanentemente de manera que permita identificar a aquellos pacientes que puedan ser egresados con seguridad a una unidad de baja complejidad o a el hogar.

Se debe seguir con las siguientes condiciones así como lo sugiere las guías de Diseño Hospitalario para América Latina, Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud.

³⁴ Ibid.,p58

³⁵ Ibid.,p58

- ✓ Recién nacido con peso mayor de 1800 gr.
- ✓ No requiere de soporte respiratorio ni monitorización avanzada.
- ✓ Signos vitales estables al menos durante 24 horas.
- ✓ La patología que motivo su ingreso a la UCIN se encuentra completamente resuelta, compensada o solo tienen pendiente completar estudios.
- ✓ Paciente catalogado como fuera de alcance terapéutico con la intención de favorecer el confort del recién nacido y la compañía de sus padres.
- ✓ Succión adecuada o cuando no es posible ésta lograr alimentación gastro enteral expedita con padres o familiar responsable capacitado.
- ✓ Termorregulación completa y compensada.
- ✓ Padres o familiar o tutor responsable capacitados en la atención del neonato.

7.4 CARACTERÍSTICAS DE SABERES PARA QUE LOS PADRES PUEDAN TENER DE REGRESO A LOS RECIÉN NACIDOS EN SUS HOGARES

Según el ministerio de salud, ambiente de la nación y las guías del recién nacido de riesgo, se contemplan los siguientes parámetros de saberes a tener presentes los padres presente, para tener el egreso de los recién nacidos.

- ✓ Conocer la capacidad de la familia para brindar cuidado y atención al niño antes de dar el alta.
- ✓ Corroborar las posibilidades socioeconómicas, intelectuales y físicas del entorno en el que vivirá.
- ✓ Las familias que se encuentran en riesgo psico-social, pueden necesitar la

presencia periódica de una enfermera domiciliaria o de una asistente social que supervise y apoye el cuidado del niño. También deben tener previsto el apoyo psicoterapéutico para el paciente y su familia.

- ✓ Se deben tener reuniones con los padres antes del alta para asegurarse que hayan comprendido todos los cuidados que deberá tener su hijo y satisfacer sus dudas e inquietudes.
- ✓ Indicar la realización del curso de reanimación cardiopulmonar como parte de la educación de quienes cuidarán al niño.
- ✓ Fomentar la lactancia materna como el mejor alimento para el niño prematuro.
- ✓ Es importante la adecuación del niño a la posición decúbito dorsal antes del alta para dormir y adiestrar a los padres en la implementación del sueño seguro.
- ✓ Prevención de reinternaciones.
- ✓ Evitar la asistencia a guarderías o jardines maternas.
- ✓ Restricción de visitas durante la época invernal, en especial de personas con cuadros gripales.
- ✓ Lavado frecuente de manos, especialmente antes de atender al niño.
- ✓ Ambiente sin humo. No fumar en el hogar.
- ✓ Cumplir los controles pediátricos programados y estimular la consulta precoz ante signos de alarma.

8 MARCO TEÓRICO

8.1 TEORÍA DE RANGO MEDIO “CUIDADO INFORMADO PARA EL BIENESTAR DE OTROS” (KRISTEN SWANSON)

Su desarrollo tuvo origen en el área materno perinatal, como resultado de tres investigaciones de tipo fenomenológico, es decir que ésta teoría surge de la práctica y está destinada a ser aplicada en la práctica e investigación de forma exclusiva para enfermería. A partir de su trabajo inicial definió cinco procesos de cuidado y una definición de este tipo de cuidado, además de analizar los resultados de sus investigaciones con definiciones de los factores cuidativos de Watson, y la descripción de los roles de ayuda de enfermería realizada por Benner³⁶, dichos procesos de cuidado se describirán más adelante y se relacionaran con nuestra propuesta de cuidado.

Swanson plantea que el conocimiento de enfermería se informa por medio del conocimiento empírico y de ciencias afines como las humanidades, las experiencias clínicas, los valores personales y profesionales, además de las perspectivas de las enfermeras³⁷, lo que nos confirma nuevamente el uso de ésta teoría en el campo clínico. Teniendo en cuenta lo anterior el cuidado es definido como “una forma de fomentar las relaciones con otro ser valioso hacia quien uno tiene un sentido personal de compromiso y responsabilidad”³⁸, en articulación con este ultimo los procesos de cuidado definidos en la teoría, son rasgos comunes de las relaciones de cuidado que se dan entre humanos, sin embargo dichos conceptos sólo incluyen las relaciones entre la enfermera y la persona, la enfermera y otra colega y a la enfermera consigo misma³⁹.

³⁶ GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma y GÓMEZ RAMÍREZ, Olga. La Situación de Enfermería: Fuente y Contexto del Conocimiento de Enfermería. La Narrativa como Medio para Comunicarla. Colombia (Bogotá): Universidad Nacional de Colombia, primera edición, 2011. p. 161

³⁷ *Ibíd.*, p. 162

³⁸ *Ibíd.*, p. 162

³⁹ *Ibíd.*, p. 163

Los cinco procesos del cuidado vistos como pilares de la práctica de enfermería, al producir bienestar en la persona gracias a la interacción con la enfermera, son definidos por Swanson de la siguiente manera:

- **Mantener la creencia.** Es mantener la fe en la capacidad de los padres para atravesar el evento de enfermedad, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista y ayudando a encontrar el significado⁴⁰.
- **Conocer.** Es esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, valorando meticulosamente y buscando un compromiso, entre el que cuida y el que es cuidado⁴¹.
- **Estar con.** Significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada⁴².
- **Hacer para.** Significa hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia, así como proteger al que es cuidado, respetando su dignidad⁴³.
- **Permitir.** Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y de los acontecimientos, informando, explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas y dando retroalimentación⁴⁴.

Teniendo en cuenta lo anterior, es indispensable relacionar nuestra propuesta de cuidado con los cinco procesos definidos en la teoría del Cuidado Informado para el Bienestar de Otros, pues dicha propuesta contará con el respaldo teórico

⁴⁰ *Ibíd.*, p. 168

⁴¹ *Ibíd.*, p. 169

⁴² *Ibíd.*, p. 169

⁴³ *Ibíd.*, p. 170

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 171

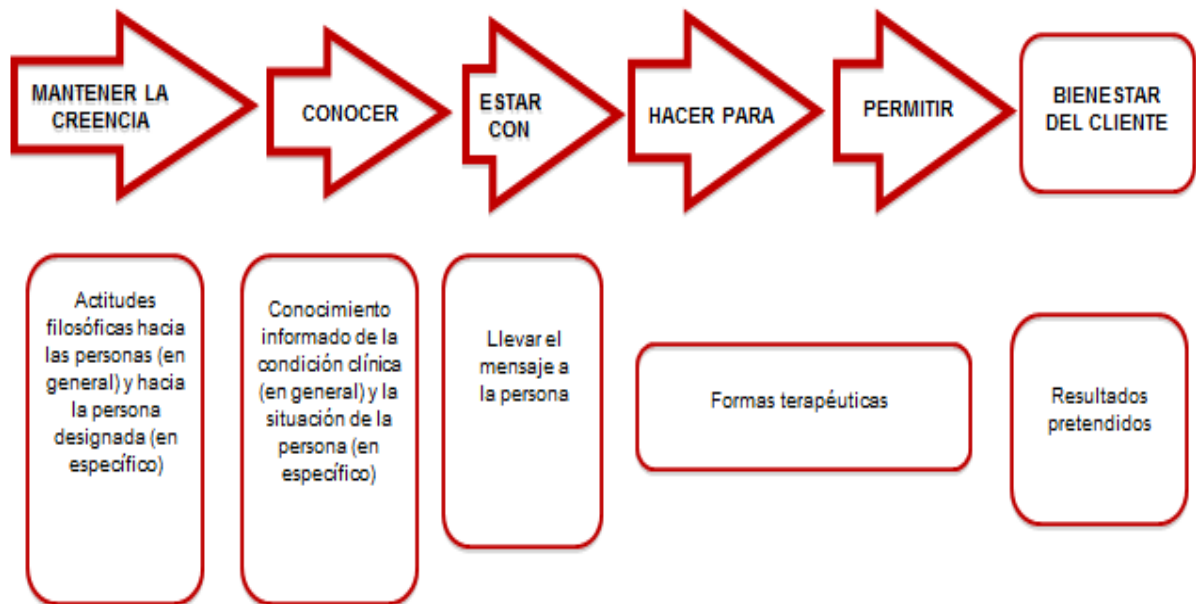
propuesto por Swanson. Partiendo de lo anterior estos procesos se contemplan de la siguiente manera:

- **Mantener la creencia.** Creer en la capacidad de los padres para asumir el cuidado en el hogar, mostrando un optimismo real y un futuro con significado, al considerar el vínculo familiar como un factor que contribuye a la adaptación de la situación presentada.
- **Conocer.** Identificar el significado que tiene para los padres la situación por la que están pasando respecto a la salud de sus hijos, así como las fortalezas de éstos para el cuidado, siendo aspectos primordiales en este proceso pues nos permite dimensionar la educación que los padres requieren para el cuidado en el hogar. Además del conocimiento empírico y ético que requiere el profesional de enfermería con relación al cuidado y manejo de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer.
- **Estar con.** Escuchar atentamente a los padres con relación a sus temores, fortalezas, experiencias, significados y expectativas frente al cuidado de sus hijos y la situación por la que están pasando, generando confianza, esperanza y acompañamiento emocional. Aspectos que se pueden fortalecer al promover la utilización de las redes de apoyo y al asumir la posición del otro como persona.
- **Hacer para.** Hacer por los padres y sus hijos lo que esté a nuestro alcance de manera oportuna y efectiva, como brindar educación con relación a las necesidades de éstos en el hogar y sus capacidades de entendimiento, así como la disponibilidad para aclarar dudas y hacer un acompañamiento en el proceso tanto de capacitación como de seguimiento. Dicha educación puede llevarse a cabo con sesiones educativas sobre valoración del RN prematuro o con bajo peso al nacer (dificultad respiratoria, apnea, cianosis, hipotermia, intolerancia a la vía oral, aumento de peso, hipo actividad, signos de infección,

entre otros) y los cuidados básicos en el hogar, a partir de los lineamientos contemplados en el Programa Madre Canguro.

- **Permitir.** Facilitar el afrontamiento a la situación en la que se encuentran, por medio de entrenamiento en los cuidados canguro, al aclarar las dudas, al escuchar sus sentimientos y al acompañarlos en el proceso. Estas actividades proporcionan confianza en los padres para asumir el cuidado en el hogar, a la vez que alcanzan un bienestar para sus hijos. Por otro lado, según esta teoría de rango medio, los cinco procesos se superponen o se pueden organizar jerárquicamente⁴⁵, es decir que se relacionan entre sí, como se muestra en la siguiente estructura del cuidado, propuesta por su autora.

Figura2: Estructura del cuidado propuesta por Kristen Swanson



Fuente: Estructura del cuidado Kristen Swanson (1993). Nursing and informed caring for the well-being of others. Image: The Journal of nursing scholarship (352-357)

⁴⁵ *Ibíd.*, p. 163

Según la estructura del cuidado contribuciones de Swanson, para indicar la dirección hacia el desarrollo de estrategias de los cuidados útiles y efectivos. Cada uno de los procesos de cuidado tiene una subdimensión que puede servir de base para un planteamiento de intervenciones de enfermería.

Para mantener el propósito central de éste trabajo (la enfermería como el cuidado informado para el bienestar del otro). Esta estructura del cuidado está relacionada con las actitudes filosóficas de las enfermeras, el conocimiento informado, la transmisión del mensaje, acciones terapéuticas y un resultado esperado⁴⁶.

En 1993, Swanson desarrollo aún más su Teoría de los Cuidados haciendo explícitas sus principales asunciones sobre los cuatro principales fenómenos de interés en la disciplina de enfermería: enfermería, persona, entorno y salud.

- **Enfermería:** Disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros, fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales.⁴⁷
- **Persona** (Swanson, 1993): Son seres únicos que están en medio de un proceso y cuya totalidad se manifiesta a través de pensamientos, sentimientos, y comportamientos. La experiencia de vida está influenciada por su herencia genética, sus dotes espirituales (alma, un poder superior) y la capacidad de ejercitar libremente su voluntad (escogencia o la capacidad de decidir cómo actuar).

⁴⁶ Ibid.,p 168

⁴⁷ SWANSON, K. M. Nursing as informed caring for the well- being of other. Image: The Journal of Nursing Scholarship; 1993.p. 352.

- **Salud /bienestar:** Para Smith (1981) existen 4 miradas sobre salud, descritas a continuación⁴⁸.
 - ✓ Ausencia de enfermedad
 - ✓ Habilidad para desempeñar los roles propios
 - ✓ Capacidad de adaptación
 - ✓ Búsqueda de bienestar para las enfermeras el énfasis no es tanto sobre la mejora de una persona, sino sobre asistir a las persona para alcanzar, mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar requerido para las demandas, obstáculos y recursos personales y del entorno.
- **Entorno:** Swanson (1993) define el entorno de manera situacional. Sostiene que el entorno para la enfermería es cualquier entorno que influye o que es modificado por la persona. Swanson afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos⁴⁹.

⁴⁸ *Ibíd.*, p. 352

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 21

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de ésta propuesta de cuidado se tiene en cuenta ciertos principios éticos fundamentales, que se enuncian en la Ley 911 de 2004 (principios éticos) y en la Ley 266 de 1996 (principios específicos de la práctica de enfermería), que garantizan el bienestar de las personas que participan en el proyecto de cuidado. Dichos principios son: Beneficencia – no maleficencia, autonomía, privacidad, integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad.

Los principios de beneficencia – no maleficencia, hacen referencia a no causar daño y hacer el bien, es decir “la persona debe ser tratada de tal forma que no sólo se respete en sus decisiones, sino evitando hacerle daño y hacer un esfuerzo por asegurar su bienestar”⁵⁰.

Con la propuesta de cuidado se espera contribuir a la capacidad y seguridad de los padres para asumir el cuidado de sus hijos en el hogar, logrando así bienestar en los recién nacidos, además de aminorar los reingresos por complicaciones y favorecer el vínculo afectivo, sin que esto les implique costos monetarios.

El principio de autonomía, resalta la importancia de “respetar a las personas como individuos libres, teniendo en cuenta sus decisiones emanentes de sus valores y convicciones personales”⁵¹.

Éste principio se reconoce en la propuesta de cuidado, con la aplicación del consentimiento informado por escrito, el cual es voluntario y da a conocer la libertad de participar o no en el proyecto, así como la de retirarse en cualquier momento, además de contener los objetivos de la propuesta dentro de los cuales

⁵⁰ COLOMBIA. TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA.ACOFAEN. Guía Para El Desempeño Del Profesional De Enfermería. [Citado en 21/09/14]. Disponible en internet: <

http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=63

⁵¹ Ibid.

se refleja los beneficios para los padres y sus hijos, así como el manejo que se dará a la información suministrada, entre otros aspectos que favorecen el desarrollo de su autonomía.

La privacidad como principio ético “consiste en no divulgar, ni permitir que se conozca la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida, la salud, la enfermedad y las causas de la muerte, de quienes se relacionan con el ejercicio profesional”⁵².

Éste último, en el proyecto se relaciona directamente con el de autonomía y por ende con el consentimiento informado, pues como se menciona anteriormente, los participantes tendrán conocimiento del manejo que se dará a la información suministrada.

Cabe resaltar la importancia de los principios de la práctica de la profesión de enfermería, teniendo en cuenta que estos son la base para el desarrollo de un trabajo eficiente, todo basado en el conocimiento científico y profundo de las ciencias básicas y sociales relacionadas con la atención a los pacientes. En este contexto la ley 266 de 1996 reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y dicta los principios de la práctica profesional de enfermería,⁵³ los cuales se citan a continuación y se enfocan con el desarrollo de la propuesta de trabajo.

Para iniciar se encuentra el principio de la integralidad. El cual orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual⁵⁴.

La propuesta de cuidado que se plantea en este proyecto pretende brindar y complementar un cuidado integral para el recién nacido involucrando a la familia

⁵² COLOMBIA. TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA.ACOFAEN. Op. Cit.

⁵³ MINISTERIO EDUCACION NACIONAL LEY 266 DE 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [citado 21 septiembre de 2014] http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf

⁵⁴ Ibid,. p.1

como apoyo para el adecuado desarrollo del niño en todas las dimensiones tanto física, social, mental y espiritual.

Por otro lado el principio de la Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación⁵⁵.

En este sentido la propuesta es un intercambio y un enriquecimiento de saberes tanto de los profesionales de enfermería como de los padres y la familia del recién nacido, con el fin de permitir un adecuado desarrollo de los cuidados pertinentes para cada etapa del desarrollo de recién nacido.

Por otro lado se tiene el principio de la Dialogicidad. El cual Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

Se tendrá en cuenta en la propuesta de cuidado los saberes, creencias y actitudes de los padres y las familias frente a los diferentes temas relacionados con el cuidado específico de los prematuros, realizando educación y aclaración de dudas y temores que se tengan para el afrontamiento efectivo de la paternidad y el cuidado de los recién nacidos.

De igual forma el principio de la Calidad. El cual orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y

⁵⁵ Ibid., p.1

éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

La propuesta estará enfocada en brindar una atención de calidad se podría decir que será de manera personalizada e individual teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente y la familia a la que se le realizara la educación de cuidado.

Por ultimo esta el principio de la Continuidad. El cual orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad⁵⁶. Éste principio se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

⁵⁶ Ibid,. p.1

10. MARCO METODOLÓGICO

10.1 GENERALIDADES DEL MARCO LÓGICO

Ésta propuesta de cuidado se desarrolla utilizando “El Marco Lógico”, el cual es una herramienta administrativa que facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos, además de presentar información específica y permitir la realización de modificaciones y mejoras durante la preparación del proyecto y su ejecución⁵⁷.

El marco lógico permite verificar el progreso del proyecto al comprobar si se están alcanzando los objetivos, además de permitir la planificación de las actividades, recursos e insumos que se requieren para alcanzar cada objetivo del proyecto, sumado a esto, también permite establecer las actividades de monitoreo y evaluación⁵⁸.

La estructura del Marco Lógico se presenta como una matriz de cuatro por cuatro, en la cual las columnas suministran información acerca de indicadores (resultados específicos a alcanzar), medios de verificación (maneras de medir lo señalado en los indicadores) y supuestos (eventos que facilitan o entorpecen el proyecto), en cuatro momentos diferentes en el desarrollo del proyecto como los son⁵⁹:

- Fin. Finalidad máxima del proyecto
- Propósito. Efecto esperado para un grupo de beneficiarios (mediano plazo)
- Objetivo general. Lo que se espera lograr con el proyecto

⁵⁷ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. La Matriz de Marco Lógico. [Citado en 25/09/14]. Disponible en internet: < <http://www.iabd.org/ove/spbook/lamatriz.htm>>

⁵⁸ UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE. Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional Área de Proyectos. Guía para la Elaboración del Marco Lógico. [Citado en 25/09/14]. Disponible en internet: < http://www.uao.edu.co/sites/default/files/guia_marco_lo.pdf>

⁵⁹ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Op.Cit., p. 3 y 4

- Resultados. Objetivos específicos⁶⁰

10.2 MARCO LÓGICO APLICADO A LA PROPUESTA

10.2.1 GRUPO DE INTERÉS

- **Directo.** Padres de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN.
- **Indirecto.** Recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN.

10.2.2 ESCENARIO DONDE SE REALIZARÁ EL PROYECTO

Éste proyecto se realizará en la UCIN de la Clínica Palermo de Bogotá, que es una institución católica de carácter privado que brinda servicios de salud de alta complejidad⁶¹, así como en el hogar de los padres que tienen hijos pretérmino o con bajo peso al nacer, que egresan de la UCIN de la institución de salud mencionada anteriormente.

⁶⁰ *Ibíd.*

⁶¹ CLÍNICA PALERMO. [Citado en 25/09/14]. Disponible en internet: < www.clinicapalermo.com.co/acerca-de/quienes-somos/>

10.2.3 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

FACTORES CLAVES	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN Los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN, recibirán cuidado de sus padres en el hogar orientado a su bienestar</p>	<p>Número de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN y reciben cuidado de sus padres en el hogar orientado a su bienestar / Total de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN y participaron en la propuesta de cuidado</p>	<p>Observación de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN, recibiendo cuidado de sus padres en el hogar orientado a su bienestar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución del estado de salud del RN pretérmino o con bajo peso al nacer • Facilidad para el seguimiento a los Recién nacidos y sus padres
<p>PROPÓSITO Los padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN, tendrán la capacidad y el</p>	<p>Número de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN capacitados y empoderados para el cuidado de sus hijos en</p>	<p>Demostración y verbalización de los padres, respecto a sus capacidades y habilidades para el cuidado en el hogar de sus hijos pretérmino o con bajo peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación de los padres para participar en el cuidado de sus hijos pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar

<p>empoderamiento para cuidar a sus hijos en el hogar</p>	<p>el hogar / Total de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN y participaron en la propuesta de cuidado</p>	<p>al nacer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad y empoderamiento de los padres para asumir el cuidado de sus hijos pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar • Patologías sobreagregadas del recién nacido
<p>OBJETIVO GENERAL Desarrollar una propuesta de cuidado dirigida a los padres de los RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN, para que brinden cuidado en el hogar orientado a su bienestar</p>	<p>Número de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN preparados para brindar cuidado en el hogar / Total de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN y participaron en la propuesta de cuidado</p>	<p>Propuesta que contenga los cuidados en el hogar necesarios para ofrecer bienestar al recién nacido pretérmino o con bajo peso al nacer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diversidad de patologías y complicaciones del recién nacido • Apoyo institucional

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	SUPUESTOS
<p>CONOCER. Explorar los conocimientos, sentimientos y experiencias que tienen los padres, para cuidar a su hijo pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar. Y lo que significa para ellos tener un hijo en esas condiciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición de los padres para participar en el diálogo de saberes • Capacidad de las enfermeras (estudiantes de especialización) para animar a los padres a participar en la actividad
<p>HACER PARA. Proponer acciones de cuidado dirigidas a los padres para el cuidado en el hogar, orientado hacia el bienestar de su hijo pretérmino o con bajo peso al nacer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición de los padres para participar en la demostración de las actividades de cuidado propuestas en el video • Capacidad de las enfermeras (estudiantes de especialización) para animar a los padres a participar en la actividad • Aprobación de los padres respecto a las actividades propuestas para el cuidado de sus hijos en el hogar
<p>ESTAR CON. Acompañar a los padres y apoyarlos mediante una estrategia educativa de cuidado, orientada hacia el bienestar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición de los padres para participar en las actividades • Situación de salud y evolución en la recuperación de sus hijos • Facilidad de los padres para expresar sus sentimientos y necesidades

MANTENER LA CREENCIA. Reconocer la capacidad que tienen los padres para enfrentar o superar, la condición de salud de su hijo pretérmino o de bajo peso al nacer en el hogar

- Disposición de los padres para participar en la actividad
- Capacidad de las enfermeras (estudiantes de especialización) para animar a los padres a participar en la actividad
- Facilidad y disposición de los padres para expresar sus fortalezas, y reconocerlas como elementos importantes en la superación de la condición de salud de sus hijos

PERMITIR. Facilitar a los padres el desarrollo de los cuidados en el hogar, dirigidos a sus hijos pretérmino o con bajo peso al nacer

- Disposición de los padres para recibir las llamadas y visitas domiciliarias
- Facilidad y disposición de los padres para expresar sus sentimientos, dificultades y dudas, respecto a las actividades de cuidado que ellos realizan a sus hijos en el hogar
- Disponibilidad de los responsables del proyecto y de los padres para la realización de las visitas domiciliarias

10.2.4 PLAN DE ACCIÓN

Objetivo N° 1. Conocer. Explorar los conocimientos, sentimientos y experiencias que tienen los padres, para cuidar a su hijo pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar. Y lo que significa para ellos tener un hijo en esas condiciones.

Objetivo N° 3. Estar con. Acompañar a los padres y apoyarlos mediante una estrategia educativa de cuidado, orientada hacia el bienestar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar.

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Compartir las experiencias, conocimientos, sentimientos y significado, que los padres frente al	Número de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer, que egresan de la UCIN y expresaron sus experiencias,	Recurso Humano: <ul style="list-style-type: none"> Responsables del proyecto (estudiantes de especialización) 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de participantes (padres) Análisis escrito respecto a las experiencias, 	<ul style="list-style-type: none"> Disposición de los padres para participar en el diálogo de saberes Capacidad de las enfermeras (estudiantes)

cuidado de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer, fomentando el **diálogo de saberes**, con relación a la experiencia que tiene el personal de enfermería sobre dichos cuidados

conocimientos, sentimientos y significado frente a la situación de su hijo/ Total de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN y participaron en la propuesta de cuidado

- Padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN

Recursos Materiales:

- Sillas
- Hojas y lapiceros

Recursos Físicos:

- Sala de espera de la UCIN

conocimientos, sentimientos y significado, expresado por los padres, durante el desarrollo del diálogo de saberes

de especialización) para animar a los padres a participar en la actividad

Objetivo N° 2. Hacer para. Proponer acciones de cuidado dirigidas a los padres para el cuidado en el hogar, orientado hacia el bienestar de su hijo pretérmino o con bajo peso al nacer.

Objetivo N° 3. Estar con. Acompañar a los padres y apoyarlos mediante una estrategia educativa de cuidado, orientada hacia el bienestar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar.

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Construcción de la propuesta de cuidado, dirigida a los padres de RN de pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN, para que brinden cuidado en el hogar orientado al bienestar de sus hijos 	<p>Número de actividades desarrolladas para lograr la construcción de la propuesta / Número total de actividades requeridas para la construcción de la propuesta</p>	<p>Recurso Humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsables del proyecto (estudiantes de especialización) • Asesora del trabajo de grado (enfermera docente) <p>Recursos Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador • Lapiceros y hojas • Internet y bases de datos • Artículos relacionados con la 	<ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo institucional • Capacidad y disposición de los responsables del proyecto para la realización del mismo

temática

Recursos Físicos:

- Aulas de la Universidad Nacional de Colombia

Recurso Humano:

- Elaborar y presentar un video animado, en el cual se evidencien las actividades de cuidado necesarias, para el cuidado en el hogar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN, las cuales
- Número de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer, que egresan de la UCIN y participaron en la demostración de las actividades de cuidado propuestas en el video, para el cuidado de sus
- Responsables del proyecto (estudiantes de especialización)
- Padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN
- Registro de participantes (padres)
- Video animado sobre las actividades de cuidado necesarias, para el cuidado en el hogar de los RN pretérmino o con bajo peso al nacer,
- Disposición de los padres para participar en la demostración de las actividades de cuidado propuestas en el video
- Capacidad de las enfermeras (estudiantes de especialización) para animar a los padres a

serán proporcionadas por sus padres.

Durante el desarrollo de dicho video, se establecerán las actividades de cuidado propias de cada uno de los pilares del “Programa Madre Canguro”, como lo son lactancia materna, calor, amor y egreso temprano

hijos en el hogar / Total de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN y participaron en la propuesta de cuidado

- Personal especializado en la elaboración de animación para video

Recursos Materiales:

- Hojas y lapiceros
- Computador y programa para diseño de video animado
- Sillas
- Televisor y DVD

Recursos Físicos:

- Sala de extracción y lactancia de la UCIN

proporcionadas por sus padres

participar en la actividad

- Aprobación de los padres respecto a las actividades propuestas para el cuidado de sus hijos en el hogar

Objetivo N°3. Estar con. Acompañar a los padres y apoyarlos mediante una estrategia educativa de cuidado, orientada hacia el bienestar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar.

Objetivo N°4. Mantener la creencia. Reconocer la capacidad que tienen los padres para enfrentar o superar, la condición de salud de su hijo pretérmino o de bajo peso al nacer en el hogar.

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Elaborar una narrativa a partir de una situación de enfermería, que evidencie la capacidad que tienen los padres de RN pretérmino o de bajo peso al nacer, para enfrentar o superar la condición de salud de sus hijos.	Número de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN y evidencian sus capacidades para enfrentar o superar la condición de salud de sus hijos/ Total de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que	Recurso Humano: <ul style="list-style-type: none"> Responsables del proyecto (estudiantes de especialización) Padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN 	<ul style="list-style-type: none"> Modelo de la narrativa Registro de participantes (lista de asistencia de los padres) Análisis de la participación y aporte de cada uno de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> Disposición de los padres para participar en la actividad Capacidad de las enfermeras (estudiantes de especialización) para animar a los padres a participar en la actividad Capacidad de los padres para expresar sus fortalezas, y

A partir de dicha narrativa, se socializará junto a los padres sus fortalezas para enfrentar o superar la condición de salud de sus hijos, evidenciando así las capacidades con las que cuentan para dicho cuidado.

Recursos Materiales:

- Fotocopias de la narrativa
- Carteleras
- Marcadores

Recursos Físicos:

- Sala de espera de la UCIN

reconocerlas como elementos importantes en la superación de la condición de salud de sus hijos

Objetivo N°3. Estar con. Acompañar a los padres y apoyarlos mediante una estrategia educativa de cuidado, orientada hacia el bienestar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar.

Objetivo N°5. Permitir. Facilitar a los padres el desarrollo de los cuidados en el hogar, dirigidos a sus hijos pretérmino o con bajo peso al nacer.

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Se realizará seguimiento telefónico el segundo día de egreso domiciliario, verificando la realización de las actividades de cuidado llevadas a cabo por los padres, las cuales serán dirigidas a sus hijos pretérmino o con bajo peso al nacer, así como la evolución de éste.</p> <p>Si los padres requieren de alguna asesoría, indicación pertinente o apoyo para la realización de algunas actividades de cuidado, se realizará visita al domicilio para</p>	<p>Número de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN y brindaron los cuidados en el hogar a sus hijos / Total de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN y participaron en la propuesta de cuidado</p>	<p>Recurso Humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsables del proyecto (estudiantes de especialización) • Padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN <p>Recurso material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teléfono • Lapiceros • Hojas • Medio de transporte 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de llamadas telefónicas • Registro de visitas domiciliarias • Descripción del estado de salud de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer, y de las actividades de cuidado realizadas por los padres • Descripción de la educación y acompañamiento realizado por los 	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición de los padres para recibir las llamadas y visitas domiciliarias • Capacidad de los padres para expresar sus sentimientos, dificultades y dudas, respecto a las actividades de cuidado que ellos realizan a sus hijos en el hogar • Capacidad de los responsables del proyecto para la realización de las visitas domiciliarias

apoyar dichas
actividades

Recurso físico:

- Domicilio de los padres

responsables del
proyecto, tanto en
la visita domiciliaria
como del
seguimiento
telefónico

10.3 DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN

Objetivo N° 1. Conocer. Explorar los conocimientos, sentimientos y experiencias que tienen los padres, para cuidar a su hijo pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar. Y lo que significa para ellos tener un hijo en esas condiciones.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none">• Diálogo de saberes, con relación a la experiencia que tiene el personal de enfermería y los padres, respecto a los cuidados de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer	<ul style="list-style-type: none">• No se realiza la actividad, por ende no se obtiene indicador	<ul style="list-style-type: none">• Debido al proceso de acreditación en el cual se encuentra la Clínica Palermo, aún no ha sido posible la aprobación de la propuesta de cuidado, lo cual nos impide la aplicación de las actividades planeadas en la misma• No se han tenido padres de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer, próximos a salir de la UCIN, lo cual dificulta aún más la realización del diálogo de saberes

Objetivo N° 2. Hacer para. Proponer acciones de cuidado dirigidas a los padres para el cuidado en el hogar, orientado hacia el bienestar de su hijo pretérmino o con bajo peso al nacer.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Construcción de la propuesta de cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades desarrolladas para lograr la construcción de la propuesta / Número total de actividades requeridas para la construcción de la propuesta <p style="text-align: center;">Total: $2/5 = 0.4 \times 100$ = 40 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> Debido al proceso de acreditación en la cual se encuentra la Clínica Palermo, aún no ha sido posible la aprobación de la propuesta de cuidado, lo cual nos impide la ejecución de las actividades del plan de acción, sin embargo se logró desarrollar las actividades planteadas en los objetivos específicos 2 y 4, las cuales corresponden a la realización de un video que contiene los cuidados generales del recién nacido pretérmino o con bajo peso al nacer, los cuales se basan en lo propuesto por las guías de manejo del “Programa Madre Canguro” a nivel

- **Video animado** que No se socializa el video ante los presenta las actividades padres, por ende no se obtiene de cuidado propias de indicador cada uno de los pilares del “Programa Madre Canguro”, como lo son lactancia materna, calor, amor y egreso temprano, con su respectiva socialización ante los padres de hijos próximos a salir de la UCIN

mundial, así mismo se realizó la narrativa “Un lazo con la vida: experiencia que deja marcas de grandeza”, respectivamente. Estas actividades se dejan anexas al presente documento para su socialización en la clínica

- El video se realizó de acuerdo a los cuatro pilares propuestos por el “Programa Madre Canguro”, éste queda anexo al presente documento para su presentación, ya que no fue posible por demoras en la aprobación de la propuesta de cuidado en la clínica, y por falta de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer próximos a salir de la UCIN

Objetivo N°3. Estar con. Acompañar a los padres y apoyarlos mediante una estrategia educativa de cuidado, orientada hacia el bienestar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer en el hogar.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none">• Éste objetivo se desarrolla de forma transversal, en cada una de las actividades propuestas de los objetivos específicos 1, 2, 4 y 5	<ul style="list-style-type: none">• No tiene un indicador específico, ya que se desarrolla de forma transversal	<ul style="list-style-type: none">• Debido al proceso de acreditación en el cual se encuentra la Clínica Palermo, aún no ha sido posible la aprobación de la propuesta de cuidado, lo cual nos impide la aplicación de las actividades planeadas en la misma• No se han tenido padres de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer, próximos a salir de la UCIN, lo cual dificulta aún más la realización de las actividades

Objetivo N°4. Mantener la creencia. Reconocer la capacidad que tienen los padres para enfrentar o superar, la condición de salud de su hijo pretérmino o de bajo peso al nacer en el hogar.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none">• Narrativa “Un lazo con la vida: experiencia que deja marcas de grandeza”, que evidencia la capacidad que tienen los padres de RN pretérmino o de bajo peso al nacer, para enfrentar o superar la condición de salud de sus recién nacidos, con su respectiva socialización ante los padres con hijos próximos a salir de la UCIN	<ul style="list-style-type: none">• No se socializa la narrativa ante los padres, por ende no se obtiene indicador	<ul style="list-style-type: none">• La narrativa se realizó a partir de una situación de enfermería vivida por una de las autoras de la propuesta, ésta queda anexa al presente documento para su socialización, ya que no fue posible por demoras en la aprobación de la propuesta de cuidado en la clínica, y por falta de padres de RN pretérmino o con bajo peso al nacer próximos a salir de la UCIN

Objetivo N°5. Permitir. Facilitar a los padres el desarrollo de los cuidados en el hogar, dirigidos a sus hijos pretérmino o con bajo peso al nacer.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none">• Seguimiento telefónico y visita domiciliaria al hogar de los padres que participaron en las actividades de la propuesta de cuidado	<ul style="list-style-type: none">• No se realiza la actividad, por ende no se obtiene indicador	<ul style="list-style-type: none">• Debido al proceso de acreditación en el cual se encuentra la Clínica Palermo, aún no ha sido posible la aprobación de la propuesta de cuidado, lo cual impide la aplicación de las actividades planeadas en la misma• No se han tenido padres de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer, próximos a salir de la UCIN, lo cual dificulta aún más la realización de las actividades

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Actividades	Fecha	8 May.	16 May.	20 May.	19 Ago.	26 Ago.	20 Sep.	23 Sep.	30 Sep.	7 Oct.	14 Oct.	21 Oct.	28 Oct.	4 Nov.	11 Nov.	18 Nov.	7 Dic.	8 Dic.	10 Dic.	
	Tema de interés, antecedentes del problema, justificación y objetivos																			
	Referentes conceptuales y teórico																			
	Consideraciones éticas, consentimiento informado																			
	Marco metodológico																			
	Narrativa y guion del video																			
	Diseño del video animado																			
	Conclusiones, limitaciones y recomendaciones																			
	Cronograma y presupuesto																			

12. PRESUPUESTO

RECURSOS	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR	
SERVICIOS ACADÉMICOS REMUNERADOS					
HUMANOS	Técnico electrónico	1	1	\$400.000	\$400.000
				Subtotal	\$400.000
GASTOS DE OPERACIÓN					
Adquisición de bienes					
MATERIALES Y SERVICIOS	• Video	Produccion audio		\$100.000=	\$100.000=
				Subtotal	\$100.000=
Adquisición de servicios					
TRANSPORTE	• Pasaje estudiante (gasolina)	1	1	\$60.000=	\$60.000=
				Subtotal	\$60.000=
				TOTAL	560.000=

13. CONCLUSIONES

- Es posible aplicar los conceptos de una teoría de enfermería a un proyecto de cuidado destinado a la práctica.
- La Teoría propuesta por Kristen Swanson “Cuidado Informado para el Bienestar de Otros”, facilita el planteamiento de una propuesta de cuidado orientada a los padres y sus recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer.
- Se presenta una propuesta innovadora, ya que emplea una teoría propia de enfermería que fortalece el sustento teórico de la práctica, respecto al plan de egreso domiciliario de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer.
- La propuesta de cuidado responde a una necesidad específica de la Clínica Palermo.

14. LIMITACIONES EN LA APLICACIÓN DE LA PROPUESTA

- La Clínica Palermo se encuentra en proceso de acreditación, lo cual genera demoras en la aprobación del proyecto de cuidado.
- No se han tenido padres de recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer, próximos a salir de la UCIN.
- Se cuenta con poco tiempo para el desarrollo y aplicación de la propuesta de cuidado.

15. RECOMENDACIONES

- Aplicar el desarrollo de la propuesta de cuidado.
- Lograr la institucionalización de la propuesta.
- Asignar la responsabilidad del proyecto a una enfermera profesional que se encargue de éste tiempo completo.

16. BIBLIOGRAFIA

GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma y GÓMEZ RAMÍREZ, Olga. La Situación de Enfermería: Fuente y Contexto del Conocimiento de Enfermería. La Narrativa como Medio para Comunicarla. Colombia (Bogotá): Universidad Nacional de Colombia, primera edición, 2011. p. 87 - 109

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Cuidado Madre Canguro: Una Guía Práctica. Año 2003, p. 2 – 6

Diccionario de Medicina Océano Mosby, España, p.1318

CASTIBLANCO, Nubia y MUÑOZ, Lucy. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. Colombia (Bogotá): Avances en enfermería. Vol. XXIX, N°1, enero / junio de 2011, p. 121

Departamento encargado de las estadísticas en Colombia. Disponible en (16/06/2014): <http://www.dane.gov.co/DANE>

SWANSON, K. M. Nursing as informed caring for the well- being of other. Image: The Journal of Nursing Scholarship;1993 .p. 352. 20

Organización Mundial de la Salud (OMS). Pattern of growth and development of premature children at the age of two and three years in Alexandria, Egypt [Part I] - See more at: Disponible en(15 / 06/ 14):<http://apps.who.int/iris/handle/10665/117905#sthash.94prxbel.dpuf>

COLOMBIA. TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA.ACOFAEN. Guía para el desempeño del profesional de enfermería. [Citado en 21/09/14]. Disponible en internet: < http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=63>

CORTINA, Adela. El mundo de los Valores, Ética Mínima y Educación. Colombia (Bogotá): Editorial El Buho, 2007

MINISTERIO EDUCACION NACIONAL LEY 266 DE 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles105002_archivo_pdf.pdf

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. La Matriz de Marco Lógico. [Citado en 15/09/14]. Disponible en internet:

<http://www.iabd.org/ove/spbook/lamatriz.htm>

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE. Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional y de Proyectos. Guía para la Elaboración del Marco Lógico. [Citado en 25/09/14]. Disponible en internet: <

http://www.uao.edu.co/sites/default/files/guía_marco_lo.pdf>

CARTA DE UN BEBÉ PREMATURO A SUS PADRES. Hospital Materno Infantil R. Sandra. Dra. Ana Pedraza. Jefe de Neonatología del Sanatorio Suizo Argentino Fuente: Hospital Materno Infantil.[Citado en 25 / 11/14] Disponible en internet:<

<http://soymultimama.com/carta-de-un-bebe-prematuro-a-sus-padres/>>

17. ANEXOS

17.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO ACADÉMICO

Yo, _____, identificado (a) con la cédula de ciudadanía que aparece junto a mi firma, declaro mi consentimiento para participar en la Propuesta de Cuidado “Preparación de los padres para ofrecer cuidado en el hogar, orientado al bienestar de los recién nacidos pretérmino o con bajo peso al nacer que egresan de la UCIN”, que está siendo realizada por las enfermeras Yina Hernández y Patricia Sánchez, estudiantes de la Especialización en Enfermería Materno Perinatal con Apoyo Familiar de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, quienes cuentan con la asesoría de la enfermera docente Yanira Rodríguez.

Declaro además, que he recibido la siguiente información:

- El proyecto será realizado con el fin de capacitar a los padres para el cuidado de sus hijos pretérmino o de bajo peso al nacer en el hogar, ofreciendo así bienestar al recién nacido, fortalecimiento del vínculo afectivo y disminución de reingresos hospitalarios, sin que esto me implique costos monetarios
- Mi participación en el proyecto no causa ningún daño moral o físico a mi hijo(a)
- Recibiré respuesta a cualquier pregunta o inquietud relacionada con el proyecto
- Tengo libertad de retirarme del proyecto en cualquier momento, incluso después de haber firmado éste documento, y esta decisión no repercutirá de manera negativa en los cuidados o el tratamiento que mi hijo (a) recibe, ni tendrá implicaciones legales o económicas para mi familia
- La información relacionada con mi privacidad no será revelada

Por todo esto, declaro que acepto la propuesta que me fue presentada y manifiesto libremente mi deseo de participar en el referido proyecto.

Firma _____

Firma _____

C.C.

C.C.

Bogotá D.C., _____ de _____ de 2014, Teléfono de contacto: 301 489 7804 – 310 577 4650

17.2 NARRATIVA A PARTIR DE UNA SITUACIÓN DE ENFERMERÍA

“UN LAZO CON LA VIDA: EXPERIENCIA QUE DEJA MARCAS DE GRANDEZA”

Hace tres años trabajaba en una clínica importante de la ciudad, la cual contaba con tecnología para dar cuidado a los recién nacidos. Era enfermera de medio tiempo y por tal motivo solo iba tres días a la semana a la institución, el día jueves 15 de marzo del 2011, nació una prematura de 24 semanas de gestación, la mamá de la bebé había cursado todo el embarazo con infecciones urinarias y en varias oportunidades presentó amenaza de aborto, fue un nacimiento muy complicado dado por el estado de inmadurez de la bebé.

Al sábado siguiente que regresé a turno y durante la entrega del mismo, me entero que uno de los prematuros que teníamos hospitalizados, era la prematura que había nacido el jueves de 24 semanas de gestación, que pese al nacimiento complicado que tubo y a su estado de inmadurez aún continuaba luchando para permanecer en este mundo. La sorpresa fue inmensa cuando me comentaron que estaba estable después de un nacimiento tan difícil y las carreras que tuvimos que pasar durante la atención de ese parto.

En el momento del desarrollo de mis funciones con la lectura y revisión de las historias clínicas, me entero que nadie había ido a visitar la bebé, sólo cuando ingresó a la unidad de recién nacidos y no más, la visita fue del papá por un periodo de tiempo muy corto.

Posterior a esto me comunico con la jefe de piso de hospitalización de maternidad para indagar acerca del estado de salud de la mamá y me cuentan que ella “no quiere ver la bebé”, me sorprende esta respuesta y decido acercarme hasta la habitación de la mamá, para informarle sobre el estado de salud de su hija y conocer cómo era el de ella, durante la conversación averigüé aspectos relevantes frente a la percepción que tenía ella con el rol de cuidado de su hijo y pregunto el

por qué no ha ido a visita a la bebé a la unidad de recién nacidos, la respuesta fue “que no estaba preparada para conocer a la bebé ya que era demasiado pequeña”; sentía mucho miedo al enfrentarse a la nueva experiencia como mamá, tenía muchas dudas de cómo enfrentar esta nueva etapa, era un sentimiento de expectativa frente a todo lo que de ese momento en adelante se desencadenaría.

Al ver toda la cadena de dudas que la mamá tenía, le comenté como estaba su bebé y la importancia que tenía la presencia de ella en la unidad, para que no se perdiera ni un segundo del crecimiento y desarrollo de la bebé, le expliqué la importancia que tiene el vínculo madre hijo, cómo era el desarrollo de los bebés prematuros, cómo era el manejo en la unidad de recién nacidos y el tiempo aproximado de estancia en la hospitalización, así como el tiempo y las actividades que le tenían que dedicar y que realizar a su bebé en el momento de la salida del hospital. Posterior a esto la invité a que acompañara a su hija en este proceso a lo cual se mostró receptiva de la información transmitida.

Luego, hacia las dos de la mañana recibí una llamada de la jefe de piso de hospitalización comentándome que la mamá del bebé estaba muy intranquila y que deseaba ver la bebé, que si la podíamos dejar entrar a la unidad, la respuesta fue “claro que si tráela, yo estoy pendiente”. Así fue, llego a conocer a la bebé que ya entraba al cuarto día de vida, en medio de expectativas, temores e inquietudes, se acercó y con un llanto permanente le pedía perdón por todo, en especial por no haberla acompañado en su proceso desde el día del nacimiento.

Me senté junto con ella, la escuché, me siguió comentando muchas cosas y ya comprendía la razón de la ausencia de ella durante el cuidado de la bebé, pues era madre soltera y su compañero sólo se presentó el día en que ella fue hospitalizada y antes de esto una discusión con él fue lo que causo el estado de enfermedad de la paciente y el nacimiento prematuro del bebé, posterior a esta conversación me agradeció por haberme acercado a ella, ya que no había sentido confianza con nadie para expresar todo lo que sentía, desde ese momento día a

día y durante la estancia del bebé, no se despegó de su hija que era lo más grande que tenía.

La estancia del bebé fue larga de aproximadamente cinco meses en la unidad de recién nacidos, tiempo en el cual la mamá no dejó de asistir a brindar amor y a aprender de los diferentes cuidados que le tenía que hacer. Dentro de la rutina de cuidado que ella realizaba estaba la cangureada del bebé y especial el contacto piel a piel, aquí empezó a comprender los beneficios que esta actividad tenía para el bienestar del recién nacido, de igual forma fue con la estimulación temprana y el calor, lo cual hacía que el bebé no tuviera pérdida de peso ni de calor. Por otro lado comprendió y aprendió a hacer estimulación por medio del habla, las canciones y el contacto visual, aprendió que el bebé solo se debía bañar cuando tuviera el peso ideal mayor de 2500 gr, que sólo se debía limpiar con una toalla húmeda con agua tibia y que no se debía sumergir en agua, esto lo resalto dentro de mas actividades que se desarrollaron durante la hospitalización.

Es así como con el transcurrir del tiempo la familia y la mamá del bebé evidencian un progreso en el desarrollo y evolución del bebé, dado por los diferentes mecanismos y actividades desarrolladas por la mamá. De igual forma logro la mama comprender la importancia de su presencia y el vinculo afectivo tan estrecho que se creo con la mamá.

Es así como hoy en día, la niña tiene dos años de vida con un adecuado desarrollo dado por todos los cuidados y dedicación que la mamá le brindó. Aún no deja de agradecer por la información de cuidado que se le brindó en el momento en el que lo necesitaba.

De esta actividad y como enfermera sentí una gran satisfacción de haber aportado al desarrollo y recuperación del bebé.