

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
CURSO 2014/2015**



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PROGRAMA ADUANA.
MONTEVIDEO, URUGUAY.**

**Autora: Sara Alonso Gutiérrez
Tutora: Carolina González Hernando
Cotutora: María Inés Umpiérrez**

Agradecimientos:

A mis padres, familia y amigos por confiar siempre en mí

A Carolina e Inés por su infinita paciencia

A Uruguay y su gente por haberme dado tanto en estos meses

“La realidad de un país es muy compleja, muy contradictoria, muy difícil de desentrañar, y para conocer una realidad no es asunto de estar unos días, una semana o dos o tres en un país. La realidad de cada país es una señora bastante misteriosa.” Eduardo Galeano, poeta uruguayo.

“Algunas cosas del pasado desaparecieron pero otras abren una brecha al futuro y son las que quiero rescatar.” Mario Benedetti, poeta uruguayo

ÍNDICE

1. RESUMEN	4
2. ABSTRACT	5
3. INTRODUCCIÓN	6
3.1 Justificación.....	6
3.1 Contexto de la experiencia	6
3.3 Planteamiento del problema	7
4. OBJETIVOS	9
4.1 Objetivo General	9
4.2 Objetivos específicos	9
5. METODOLOGÍA.....	10
6. PROGRAMA ADUANA	12
7. DESARROLLO Y RESULTADOS	14
7.1 Primera fase- Segundo nivel de atención. Planta de maternidad del Hospital de Clínicas de Montevideo.....	14
7.2 Segunda fase- Primer nivel de atención. Centro de Salud de la Cruz de Carrasco, Montevideo.....	19
7.3 Discusión de los resultados de la gestión de cuidados.	20
8. CONCLUSIONES.....	22
9. LIMITACIONES	23
10. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	24
11. BIBLIOGRAFÍA	25
12.ANEXOS	26

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1- Comparación España-Uruguay en datos de natalidad, mortalidad, fecundidad y edad media de maternidad.....**7**
2. Tabla 2. Relación entre la edad y el número de gestas de las madres atendidas en el Hospital de Clínicas de Montevideo en el período desde el 1 de Octubre al 16 de Enero.....**15**
3. Tabla 3. Relación entre nivel de instrucción y el número de gestas de las madres atendidas en el Hospital de Clínicas de Montevideo en el período desde el 1 de Octubre al 16 de Enero.....**17**
4. Tabla 4. Relación entre edad gestacional y peso de los recién nacidos en el hospital de Clínicas de Montevideo en el período desde el 1 de Octubre al 16 de Enero.....**18**
5. Tabla 5. Alimentación de los Recién nacidos en el momento del alta del Hospital de Clínicas de Montevideo en el período desde el 1 de Octubre al 16 de Enero.....**19**

ÍNDICE DE GRÁFICAS

1. Grafica 1- Antecedentes patológicos personales maternos de las madres atendidas en el Hospital de Clínicas de Montevideo en el período desde el 1 de Octubre al 16 de Enero.....**16**
2. Gráfica 2- Patologías durante el embarazo de las madres atendidas en el Hospital de Clínicas de Montevideo en el período desde el 1 de Octubre al 16 de Enero.....**16**
3. Gráfica 3- Nivel de instrucción de las madres asistidas en el Hospital de Clínicas de Montevideo en el período desde el 1 de Octubre al 16 de Enero.....**17**
4. Gráfica 4. Relación entre nivel de instrucción y el número de gestas de las madres atendidas en el Hospital de Clínicas de Montevideo en el período desde el 1 de Octubre al 16 de Enero.....**18**

ÍNDICE DE ANEXOS

1. Encuesta de conocimientos al ingreso y al alta.....27-28
2. Informe de enfermería al alta de la puérpera y del recién nacido.....29-31
3. Indicadores de evaluación y resultados de la gestión.....32-33
4. Ayudas del estado de Uruguay a las familias.....34-35

1. RESUMEN

La República Oriental del Uruguay presenta una tasa de natalidad que ha descendido de forma sostenida a nivel nacional. Mas del 50% de la población infantil esta bajo la línea de pobreza. El sistema de salud brinda, de momento, una respuesta insuficiente y no coordinada. Si bien el indicador de Mortalidad infantil ha ido descendiendo en el país en los últimos años, las cifras correspondientes al sector público muestran grandes inequidades en zonas y barrios.

El propósito de este trabajo es realizar un análisis del Programa Aduana en la República de Uruguay. El objetivo general de dicho programa es, lograr un adecuado crecimiento y desarrollo para toda la población infantil del país, desde su nacimiento hasta los 3 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de la salud, con perspectiva de derechos, de género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de esta población.

Para realizar un adecuado análisis de dicho programa se lleva a cabo una experiencia práctica con continuidad en el primer y en el segundo nivel de atención en Montevideo, Uruguay. Por lo cual, se realiza una rotación de 4 meses en la planta de maternidad del hospital público de Montevideo, Hospital Manuel Quintela, para luego pasar los dos últimos meses de rotación en el Centro de Salud La Cruz de Carrasco como enfermera pediátrica. Toda la experiencia de seis meses se realiza como figura de enfermera del Programa Aduana.

Palabras clave: Salud materno-infantil; Uruguay; Programa Aduana; enfermería en Uruguay.

2.ABSTRACT

Uruguay presents a birth rate that has dropped steadily nationwide, focusing especially on the poorest strata of the country. More than 50% of the child population is under the poverty line. The health system provides, so far, an insufficient and uncoordinated response. While the indicator of infant mortality has been declining in the country in recent years, the data for the public sector shows great inequities between areas and neighborhoods.

The purpose of this paper is to analyze the Aduana program in the Republic of Uruguay. The overall objective of the Aduana program is to achieve adequate growth and development throughout the entire child population, from birth to age 3, while incorporating a holistic approach to health and quality. There is an emphasis on education and health promotion, with human rights, such as gender and social equity, acting on various the factors that influence the health of this population.

To make an accurate analysis of said program, it is necessary to have continuous practical experience in the first and second level of care in Montevideo, Uruguay. Therefore, the first four month rotation is completed in the maternity ward of the public hospital in Montevideo, Hospital Dr Manuel Quintela. From there, a two month rotation will be spent at the center of health La Cruz de Carrasco as a pediatric nurse. The whole six month experience is done as a nurse of the Aduana program.

Key Words: infant-maternal health; Uruguay; Aduana program; nursing in Uruguay.

3. INTRODUCCIÓN

3.1 Justificación

Durante un período de seis meses se participa en el Programa Erasmus a través de un intercambio estudiantil entre la Universidad de la República de Uruguay y la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Durante este tiempo se realiza una descripción de la situación general de la salud en Uruguay, además de la posición de la enfermera licenciada en el esquema de salud. Con este proyecto se pretende marcar la importancia de la figura de la enfermería en el Programa Aduana con el seguimiento de los niños recién nacidos en la planta de maternidad y su posterior seguimiento en el centro de salud.

3.1 Contexto de la experiencia

La República Oriental del Uruguay limita al oeste con la Argentina, al norte y nordeste con la República Federativa del Brasil, y al este y al sur con el Océano Atlántico y el Río de la Plata. Con una superficie terrestre de 176.215 km² y un área marítima de 125.057km² (1).

Respecto a las disposiciones generales sobre la protección de la salud en Uruguay, todos los habitantes residentes en el país tienen el derecho al acceso a los servicios integrales de salud.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), está regulado por la ley 18.211 del 5/12/2007 con las modificaciones y agregados efectuados por las leyes 18.731 y 18.732 del 7/1/2011. La presente ley (ley 18.211) reglamenta el derecho a la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social (2).

Según el último censo, realizado en 2014, Uruguay como país, cuenta con 3.440.157 personas, de las cuales, 1.662.884 son hombres frente a 1.777.273 mujeres. La mayor cantidad de población se encuentra en la capital del país, Montevideo, con 1.377.617 personas.

Referente a las cifras que interesan para el programa a desarrollar, Uruguay cuenta con una tasa bruta de natalidad en todo el país es de 13,50, mientras que la de mortalidad es de 9,56. Tanto la tasa de crecimiento natural y total es de 3,93. Se razona con lo anterior que el crecimiento es positivo en el país.

Además, examinando las tasas globales de fecundidad y la edad media de maternidad encontramos lo siguiente. La tasa de fecundidad es de 1,86 y la edad media de maternidad es de 27,69 años (3).

En España, según la encuesta mas reciente (año 2014) y amplia realizada a nivel nacional, la tasa de natalidad (número de nacidos por cada mil habitantes en un año) en el país es de 9,11 , la de mortalidad es 8,34 . La tasa global de fecundidad (número de hijos por mujer) es de 1,24 ,siendo la edad media de maternidad en el país de años 31,67 (4).

Tabla 1. Datos demográficos en España y en Uruguay. Año 2014

	ESPAÑA	URUGUAY
Tasa de Natalidad	9,11	13,50
Tasa de Mortalidad	8,34	9,56
Tasa global de fecundidad	1,24	1,86
Edad media de maternidad	31,67	27,69

-Fuente: Elaboración propia

3.3 Planteamiento del problema

La pobreza infantil y su agravamiento sustantivo en los últimos años ha tenido efectos importantes en el estado de salud de los niños. Aunque la mortalidad infantil ha descendido en Uruguay en el último periodo, las cifras correspondientes al sector público muestran grandes inequidades en zonas y barrios donde los determinantes de salud inciden de forma negativa agravando al situación (5).

Dado que en los hogares con bajos recursos económicos se encuentran más del 50% de los niños menores de seis años, la preocupación por estos y otros indicadores de mortalidad y morbilidad se justifica plenamente, dado que la pobreza extrema lleva a la marginación y autoexclusión, dificultando el contacto

de los servicios de salud con esta población, donde el riesgo de enfermar y morir son superiores.

El debilitamiento de los vínculos intrafamiliares y las redes sociales, y en particular los cuidados y adecuados estímulos en la primera infancia afectan el desarrollo de una parte importante de las generaciones de niños que sufren posteriormente dificultades en el aprendizaje escolar, en la inserción social, en su desarrollo pleno de ciudadanía.

Respecto a la prestación de servicios se verifican distintos grados de inadecuación, desde debilidades estructurales y de accesibilidad, así como de calidad en los distintos niveles, con desarticulaciones y falta de normativa que asegure los derechos de los usuarios en general, favoreciendo la inaccesibilidad en los estratos más desfavorecidos y la disconformidad general, tanto de prestadores como de usuarios (6).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

- Destacar la importancia del Programa Aduana en Uruguay como base para conseguir un correcto seguimiento de los niños de 0 a 3 años.

4.2 Objetivos específicos

- Describir el seguimiento de las madres y sus recién nacidos atendidos en el Hospital de Clínicas en el momento del nacimiento y controlados con posterioridad en el centro de salud de la Cruz de Carrasco realizado por la autora.
- Promover el cuidado del recién nacido en el momento del alta, identificando las deficiencias en los conocimientos, actividades, recursos materiales y humanos de las familias e intentando mejorar o corregir según las necesidades detectadas.

5. METODOLOGÍA

La parte de recopilación de datos del presente Trabajo Fin de Grado (TFG) se lleva a cabo durante seis meses (la totalidad del período de intercambio en Uruguay) y consta de dos fases:

- Primera fase: Estancia de cuatro meses en la planta de maternidad del Hospital de Clínicas de Montevideo. Durante la estancia se aplicó el Proceso Enfermero (PE) a todas las usuarias y sus recién nacidos.
- Segunda fase; Posterior continuidad en el Centro de Salud de La Cruz de Carrasco. La muestra en este caso se centró en las madres que alumbraron en el Hospital de Clínicas en el periodo de la primera fase.

Todo lo anterior se realizó bajo la figura de “enfermera del Programa Aduana”. La muestra obtenida al final de la experiencia, ya en el centro de salud, fue de 19 madres. Se da por hecho que todas ellas cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Madres que habían estado internadas en la planta de maternidad del Hospital de Clínicas en el período desde el 1 de Octubre hasta el 16 de Enero.
- Dichas madres debían realizar el seguimiento y control de su recién nacido en el centro de salud de La Cruz de Carrasco.

El TFG consiste en la caracterización de la población atendida en el sector público de la Republica Oriental del Uruguay. Se siguió el Programa Aduana primeramente en el segundo nivel, en la planta de internación de maternidad del Hospital Público de Montevideo. Más tarde se dio continuidad a la atención en el centro de salud, en este primer nivel se llevó a cabo el seguimiento de los nacidos durante los cuatro meses anteriores en el Hospital de Clínicas de Montevideo.

De esta forma, se pudo realizar una atención continua en todo el proceso de atención materno-infantil y un mejor seguimiento de los lactantes.

Desde que nacen y durante los primeros meses de vida. Siendo estos los objetivos del Programa Aduana, implantado en Uruguay en el sector público, la experiencia se vivió desde la figura de la enfermera del Programa Aduana.

El programa realizado durante estos seis meses se organizó en base a una metodología o plan de trabajo. Se comenzó con un diagnóstico de situación durante las dos primeras semanas de estadía en el Hospital de Clínicas. Para obtener un ligero conocimiento de las características y del tipo de población atendido y con el que se iba a trabajar durante los próximos seis meses.

Para continuar y de forma paralela al trabajo con el Programa Aduana se propuso un proyecto de gestión en la planta de maternidad que incluyó cuestionarios de evaluación al ingreso de la futura madre y al alta de la madre y del bebé (Anexo1). De esta manera se comprobó si la educación para salud y para los cuidados de ellas mismas y del lactante eran útiles durante el período de internación y los primeros días de vida del recién nacido. Además, para complementar este proyecto, se detectó la falta de un informe de enfermería al alta donde quedasen registradas las próximas citas y controles después del alta médica hospitalaria para hacer un mejor seguimiento en el nivel de atención primaria, además de una serie de consejos e indicaciones para el cuidado de sus recién nacidos y ellas mismas (Anexo 2).

Uno de los objetivos de este programa era comprobar si mejoran los conocimientos de las madres y el cuidado y bienestar de los lactantes a través del Programa Aduana.

Ya en el primer nivel, nuevamente como figura de enfermera de Programa Aduana y pediátrica, se realizaron una serie de controles y visitas domiciliarias a todos los niños a los que correspondía, en especial, y para continuar con el programa que se estaba llevando a cabo, a los nacidos durante los cuatro meses de experiencia del Programa en el Hospital de Clínicas. Por ende, ya se tenían conocimientos de esos niños y sus familias, además de su situación social y sus recursos.

Siguiendo las pautas del Programa, se definieron como Riesgo 1 una serie de recién nacidos, caso en el que se consideraba necesario incidir en los controles y en la obligatoriedad de realizar una visita domiciliar en la primera semana después del alta.

La recogida de datos en la planta de maternidad durante los 4 primeros meses se realizó en forma de planillas semanales que iban variando día a día dependiendo de los ingresos y las altas quedando registrada la situación de la madre, la edad, el estado civil, el número de gestas y otro tipo de variables más. Además era posible el registro de diversos diagnósticos, objetivos y actuaciones de enfermería, los más frecuentes, de tal manera que al final de la semana era posible saber cuáles habían sido los diagnósticos más frecuentes en la planta además de que tipo de población era atendida.

En el primer nivel se cambió el objeto para el estudio, se continuó con planillas utilizando diferentes registros e implementando una nueva para las visitas domiciliarias, para luego registrar todo lo observado en el registro del Programa Aduana.

Para completar el TFG además del trabajo de campo realizado a través del Programa Aduana, se realizó una revisión bibliográfica consultando fuentes de datos a través de buscadores como Scielo, Cuiden, Cuidatge o PUBMED. Se revisaron artículos de revistas de carácter científico de los últimos 5 años.

6. PROGRAMA ADUANA

El Programa Aduana surge en el año 1971 como un subprograma del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública (MSP). A partir de ese momento y hasta la fecha se han realizado una serie de modificaciones, incorporando recursos específicos, nuevos campos de trabajo y pautas de referencia con el objetivo fundamental de lograr la captación, control de salud y seguimiento de los recién nacidos y hasta los 3 años de vida (7).

Para la coordinación institucional, dejando actualmente una estructura que permite identificar tres componentes:

- Un componente central, constituido por el equipo ubicado en la sede central de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de

servicios de Salud del Estado (ASSE), que se encuentra en Montevideo.

- El componente hospitalario, donde se capta al recién nacido en las maternidades (Hospital de Clínicas y Hospital Pereira Rossell, fundamentalmente). Esta tarea de captación es llevada a cabo por la figura de la licenciada de enfermería o auxiliares de enfermería, para luego realizar la conexión con el primer nivel un funcionario administrativo.
- Un componente periférico, constituido por efectores en el primer nivel de atención (8).

Las metas asistenciales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para el programa Aduana son las siguientes:

- Generalización del Programa Aduana a todos los efectores del SNIS.
- Conseguir al menos, 8 controles de salud al año en el primer año de vida.
- Plan ampliado de Inmunización en el primer año de vida (conseguir un 100% de inmunización).
- Promocionar la lactancia materna según la pauta establecida por el pediatra.
- Que la ecografía de cadera del niño se realiza antes de cumplir los 4 meses (en el 100% de los niños captados).

Es importante, en el momento de la captación y la posterior coordinación en el primer nivel, clasificar el nivel de urgencia para la realización del seguimiento. Existe la clasificación de Riesgo 1, se entiende por recién nacido de riesgo según la Junta Nacional de Salud (JUNASA):

- Prematuros
- Defecto o malformación congénita
- Patología que requirió cuidados especiales o intensivos
- Madre menor de 19 años
- Madre consumidora de sustancias psicoactivas
- Madre con patología psiquiátrica o retardo mental

- Antecedentes de hermano fallecido antes del año de vida
- Madre y/o padre con antecedentes legales relacionados con la crianza de otro hijo y/o violencia intrafamiliar.
- Recién nacido mal controlado
- Recién nacido huérfano o abandono materno
- Pobreza extrema

Si en el centro de la salud se recibe el alta de un recién nacido con estas características, se deberá realizar una visita a domicilio por la enfermera, independientemente de que la madre acuda al centro de salud en los próximos 7 días desde el alta hospitalaria.

Si no fuese recién nacido de riesgo 1, también se realizará visita domiciliaria en caso de que no haya acudido a control dentro del rango de días estipulado (7 días siguientes al alta hospitalaria).

7. DESARROLLO Y RESULTADOS

7.1 Primera fase- Segundo nivel de atención. Planta de maternidad del Hospital de Clínicas de Montevideo.

El análisis de este segundo nivel se realizó durante el periodo comprendido entre el 1 de Octubre de 2014 y el 16 de Enero de 2015. Se atendió durante este periodo en la sala de maternidad del Hospital de Clínicas un total de 185 usuarias con sus recién nacidos.

El abordaje de la población se hizo mediante el Proceso Enfermero (PE), pudiendo mostrar la generalización por el instrumento empleado semanalmente. Durante toda la experiencia, el objetivo era obtener una serie de resultados respecto a las actuaciones que se iban realizando, todo se midió por medio de indicadores y diagnósticos de enfermería (anexo 3).

Referente a la edad de las puérperas, se obtiene durante estos meses, un 31% esta en un rango de edad de 14 a 19 años, un 60% entre 20 y 34 años y un 9% supera los 35 años. La edad media durante dicha experiencia práctica es de

21,3 años. Comparando con la edad media general en Uruguay (27,69 años) se obtiene que es ligeramente más baja. Esto se asocia a la diferencia dentro del país entre la población atendida en el sector privado y en el público. Siendo en el sector público como en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela un hospital frecuentado por la población más desfavorecida y con más bajos recursos del país.

Desglosando lo anterior con finalidad de obtener datos referentes al número de embarazos se obtiene que un 41% de las usuarias atendidas son multíparas; 30% secundípara y un 29% primípara. De las usuarias multíparas, el 4% tenía entre 14-19 años, el 31% entre 20 y 34 años, y un 6% entre 35 y 45 años. Respecto a las usuarias secundíparas, un 10% tenía entre 14-19 años, un 19% de 20 a 34 y un 1% de 35 a 45 años. Para finalizar, en cuanto a las usuarias primíparas, un 17% de 14-19 años, un 10% de 20-34 años, y el 2% restante de 35-45 años.

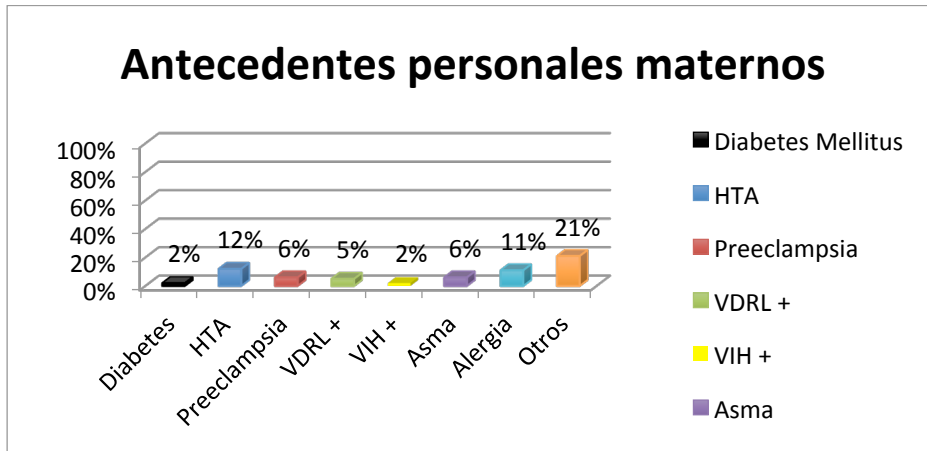
Tabla 2. Relación entre la edad y el número de gestas

Edad/Nº de embarazos	Primíparas	Secundíparas	Multíparas	FR%
De 14 a 19	17%	10%	4%	31%
De 20 a 34	10%	19%	31%	60%
De 35 a 45	2%	1%	6%	9%
FR %	29%	30%	41%	100%

-Fuente: Elaboración propia

Con respecto a las patologías crónicas de las puérperas en dicho período: un 12% con HTA, 11% con alergias, asma con un 6% de las madres, pre eclampsias anteriores en un 6% de las madres. En cuanto a las enfermedades infecciosas, se destacó que un 5%, lo que corresponde a 9 usuarias, presentaron VDRL positivo en algunos de sus controles prenatales. De ellas, 7 pudieron tratar la infección durante la gestación, evitando repercusiones en el recién nacido, esto es importante, sabiendo que es una enfermedad que se puede diagnosticar en el embarazo y se trata con casi un 100% de éxito y con ello se evita la infección del feto. Con VIH+ contamos un 2% de nuestra población, un 2% sufría de diabetes mellitus.

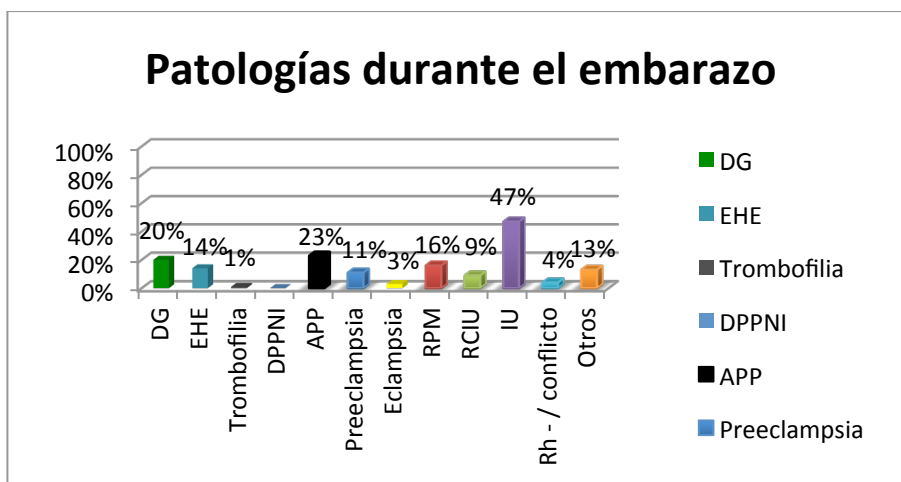
Gráfica 1- Antecedentes patológicos personales maternos



-Fuente: Elaboración propia

Dentro de las patologías maternas durante la gestación tuvieron mayor incidencia las infecciones urinarias con un 47%; las amenazas de parto prematuros un 23%; diabetes gestacional un 20%; las rupturas prematuras de membranas con un 16% ;con estados hipertensivos en el embarazo un 14%; pre eclampsia un 11%; retardo del crecimiento intrauterino un 9%; conflicto Rh negativo un 4%; las eclampsias un 3%; un 1% de trombofilia. Siendo las infecciones urinarias una de las complicaciones mas frecuentes durante el embarazo, se observó que era una de las patologías de mayor incidencia en la muestra.

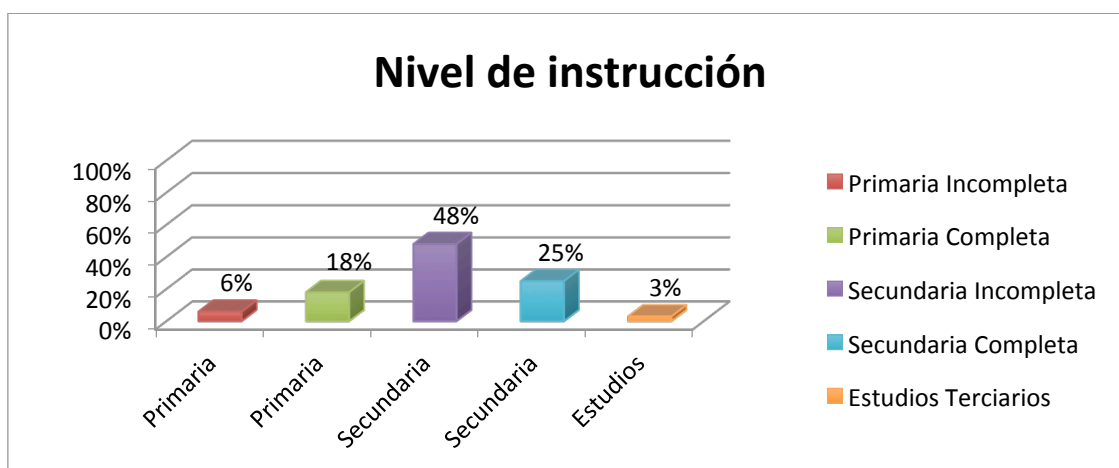
Gráfica 2- Patologías durante el embarazo



-Fuente: Elaboración propia

Una característica muy común entre la población diana de este Programa fue el abandono de los estudios. Esto limita las oportunidades futuras de un empleo estable. Únicamente 6 de las madres contaban con estudios terciarios o universitarios.

Gráfica 3- Nivel de instrucción de las madres asistidas



-Fuente: Elaboración propia

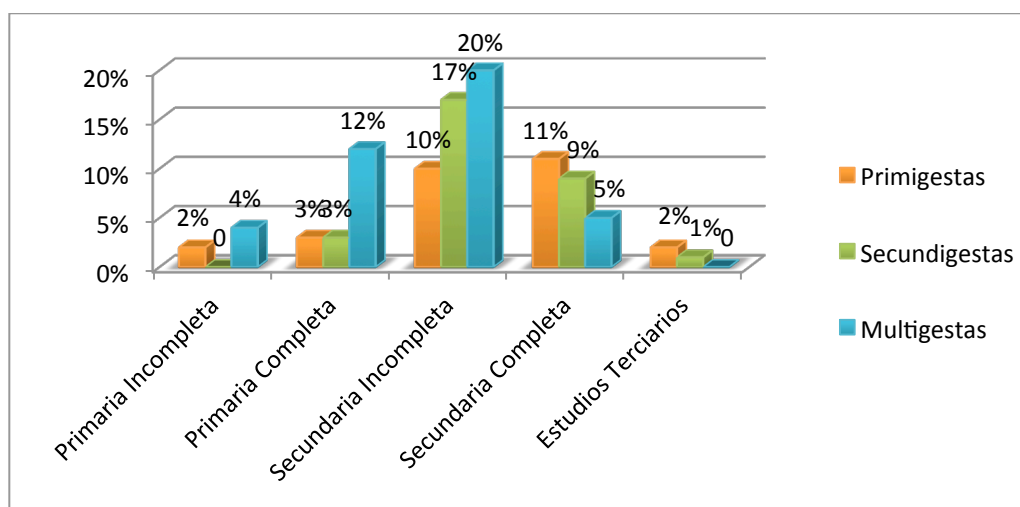
Es importante, dado el tipo de población atendida, relacionar el nivel de instrucción de las madres con el número de gestas de las mismas. Por lo tanto se realizó una gráfica bivariada con estos dos datos con idea de crear una relación entre ellos. Obteniendo los siguientes datos:

Tabla 3. Relación entre nivel de instrucción y el numero de gestas de las madres

Nivel de Instrucción/ Nº de gestas	Primíparas	Secundíparas	Multíparas	FR%
Primaria Incompleta	2%	0.5%	4%	6.5%
Primaria Completa	3%	3%	12%	18%
Secundaria Incompleta	10%	17%	20%	47%
Secundaria Completa	11%	9%	5%	25%
Estudios Terciarios	2%	1%	0.5%	3.5%

-Fuente: Elaboración propia

Gráfica 4. Relación entre nivel de instrucción y el número de gestas de las madres



-Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar el alto porcentaje de madres multíparas con estudios primarios o secundarios incompletos respecto al bajo porcentaje en el caso de madres con estudios universitarios

Respecto a los recién nacidos, el 69% tuvo un peso adecuado entre 2500 a 4000g, el 19% con un peso menor a 2500g y el 12% un peso mayor a 4000g. Esta clasificación fue insuficiente, se consideró de importancia relacionar el peso del recién nacido con la edad gestacional del mismo.

Tabla 4. Relación entre edad gestacional y peso de los recién nacidos

Edad gestacional/ Peso del RN	< 2500g	De 2500g a 4000g	>4000g	FR%
Termino	9%	66%	12%	87%
Pre Termino Leve	6%	3%	0%	9%
Pre Termino Moderado	3%	0%	0%	3%
Pre Termino Severo	1%	0%	0%	1%
FR%	19%	69%	12%	100%

-Fuente: Elaboración propia

Durante el desarrollo del programa se detectó un problema importante respecto a la alimentación de los recién nacidos, en casi todas las ocasiones los bebés contaban con una alimentación complementaria. Eran muy pocos los casos en los que la alimentación era exclusivamente mediante lactancia materna.

Tabla 5. Alimentación de los Recién nacidos en el momento del alta

Alimentación del RN	FA	FR%
PDE	57	31%
PD + LM 13%	119	64%
PD + LM 17%	4	2%
LM	5	3%
Total	185	100%

-Fuente: Elaboración propia

7.2 Segunda fase- Primer nivel de atención. Centro de Salud de la Cruz de Carrasco, Montevideo.

Para realizar la continuidad de los cuidados del segundo al primer nivel de atención, y durante los dos siguientes y últimos meses (del 19 de Enero al 21 de Marzo) como interna de enfermería en el Centro de Salud de la Cruz de Carrasco, se realizó una caracterización de la población. Los criterios de inclusión para este estudio fueron: las madres que habían estado internadas en maternidad en el Hospital de Clínicas en el período desde el 1 de Octubre al 16 de Enero y que realizaban el seguimiento y control de sus recién nacidos en el citado centro de salud.

La muestra de 19 madres estuvo conformada por las madres que cumplieron los criterios de inclusión. El número de recién nacidos fue 20 debido a los gemelares de una de ellas.

En este caso, la edad media de las madres era de 22,20 años. Respecto a esta baja edad media de las madres se considera de importancia contabilizar que un 37% de las madres eran solteras, un 5% estaba casada y hasta un 58% de ellas estaba en unión libre.

Referente a los embarazos, un 37% de ellos había sido un embarazo controlado, un 53% no controlado, considerando controlado un embarazo controlado mas de 5 veces. Un 10% de ellas no había realizado ningún control de su embarazo. Un 16% de estos embarazos había sido un embarazo planificado, frente a un 84% que no.

El 32% de las usuarias eran madres primíparas, el 31% eran secundíparas y un 37% eran multíparas.

Considerando el nivel de instrucción una variable de mucha importancia se obtiene que, el 16% no contaba con estudios primarios, el 21% tenían completos los estudios primarios únicamente, la mayoría, un 47% había comenzado estudios secundarios pero los había abandonado, quedando un 16% que si que tenían sus estudios secundarios completos. No se cuenta con ninguna madre que hubiese desarrollado estudios terciarios o universitarios.

Como dato a destacar entre esta muestra se destaca un 37% de las madres con un tabaquismo activo y un 10% son casos de drogadicción. Además un 16% contaba con antecedentes de VDRL+.

Un 15% de los bebés nació con un peso inferior a 2500gr, en el rango entre 2500gr y 4000gr estaba el 75%, quedando un 10% superando los cuatro kilos. Considerando la alimentación uno de los factores mas importantes, se encontró que un 35% de estos bebés se alimentaba a pecho exclusivo, un 45% era alimentado con pecho y leche maternizada a modo de complemento. Un 20% de los bebés se alimentaba solo a base de complemento.

En cuanto a las edades gestacionales, un 80% eran bebés a término, un 5% pre términos leves, un 10% fueron pre términos moderados, quedando un 5% como pre término severo.

7.3 Discusión de los resultados de la gestión de cuidados.

Tras realizar un diagnóstico de situación de las 19 madres en su entorno normal y ya de alta y en su domicilio, se consideró adecuada la realización de algunas actuaciones ante la presencia de ciertos casos. Algunas de estas actuaciones fueron contactar con la trabajadora social del Centro de Salud, aumento del número de visitas domiciliarias, educación para el cuidado del lactante, entre otras.

Se realizaron visitas domiciliarias a todas las que pertenecían a la categoría de riesgo 1, siendo en este caso obligatoria una primera visita por el propio programa Aduana. Estaban dentro de esta categoría un total de 9 madres, lo que es un 47% de la población con la que se trabaja.

Además, en casos en los que los controles a los que habían acudido las madres con sus recién nacidos no eran suficientes o se había detectado alguna deficiencia en los cuidados, en el apego, o en cualquier aspecto, se concretaba una visita domiciliaria para ver las condiciones materiales y el manejo de la madre en la casa. En el caso de las 19 madres, fue necesaria esta visita en 4 madres pertenecientes a la categoría de Riesgo 1 y un caso de una madre que no estaba dentro de esta categoría. Por lo tanto, se cuenta con un 26% de las madres de la muestra a las que fue necesario realizar un control con visitas domiciliarias.

Con todo esto se observa que el cuidado de los lactantes era óptimo en el 70%, quedando 6 bebés con un déficit en el cuidado. En estos casos es necesario incidir en los cuidados, en la lactancia, en la higiene...

En ninguno de los casos ha sido necesario el reingreso de la puérpera o del neonato en el segundo nivel de atención.

De las 19 madres, 11 reciben ayudas por parte del estado, un 58%.

8. CONCLUSIONES

1. Se destaca en este Programa, la importancia de la figura de la enfermera. Será ella la encargada del Programa Aduana, realizando primero el registro del recién nacido en el Programa en el hospital al nacimiento. Después, y en el centro de salud, será otra enfermera la encargada de realizar los controles y registrarlos en el Programa, además de realizar las visitas domiciliarias, si fuese necesario, acompañada de una auxiliar de enfermería.
2. Finalizada la experiencia de seis meses realizando el internado de Enfermería en el sector público de salud de Uruguay y habiéndose realizado seguimiento de las 185 madres en el Hospital de Clínicas durante la primera rotación para continuar con las 19 madres del primer nivel de atención en el Centro de Salud de la Cruz de Carrasco, se obtiene que la población de madres atendidas en general contaba con un nivel socioeconómico bajo, detectándose continuamente problemas reales de incapacidad de manutención.
3. Se encontraron numerosos casos de madres solteras o en uniones libres y en su mayoría secundíparas o múltiparas. Muchas de ellas no contaban con lazos familiares de ayuda tanto en lo económico, en la ayuda de cuidados, o en lo afectivo. Las madres no contaban con redes de apoyo y en muchas ocasiones era necesaria la conexión con programas del ministerio para ayuda económica y social. (Anexo 4)
4. Se detectó continuamente un problema respecto a los recursos materiales de las familias, la situación de higiene de los hogares en general, el déficit de conocimientos de las madres hacia el cuidado de sus recién nacidos, el estado de higiene de ellas mismas y de sus bebés... además, y por lo general, se destacó una apatía generalizada por parte de las madres.
5. En numerosas ocasiones las madres no acudieron a la totalidad de los controles necesarios de sus bebés. Por lo tanto era necesaria la realización de visitas domiciliarias a esos lactantes.

9. LIMITACIONES

Las limitaciones encontradas al realizar el TFG son sobretodo de tiempo puesto que el trabajo de campo se realizó durante seis meses.

La muestra no fue aleatoria, se incluyo a las mujeres que acudían de forma consecutiva, por tanto no es generalizable. A pesar de estas limitaciones los resultados obtenidos se asemejan a la totalidad de la población atendida en el sector público de Uruguay.

Además, y como otra dificultad a la hora de realizar el TFG, es que tanto la sanidad como la figura de la enfermera es diferente en Uruguay. Por tanto fue necesario que la autora explicase la situación de ambos contextos por las grandes diferencias entres Uruguay y España.

Como algo más global pero no de menos importancia, fue muy importante realizar un diagnóstico de situación de la población de Uruguay, más concretamente la atendida en el sector público. Uruguay es un país en vías de desarrollo y se encuentra en una buena posición dentro de los países de Sudamérica. Aun así, es un país en el que no hay que olvidar que los recursos de la población y de la sanidad no son los mismos que en España.

Encontrándose numerosas diferencias respecto a infraestructuras, recursos materiales y humanos, y población atendida como personal sanitario en el sector público de Uruguay.

10. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. Centro de Navegación de Uruguay [Internet]. Montevideo: centro de navegación; 2015[Consulta: 27 de abril de 2015] Disponible en <http://www.cennave.com.uy/content/view/251/135/>

2. Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay [Internet]. Montevideo: Cámara de Senadores; 2007[Consulta: 20 de febrero de 2015] Disponible en <http://200.40.229.134/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

3. Instituto Nacional de Estadística INE Uruguay [Internet]. Rio Negro; 2014[Consulta: 26 de enero de 2015]. Disponible en http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2014/Uruguay_en_cifras_2014.pdf

4. Instituto Nacional de Estadística INE España [Internet]. Madrid; 2014[Consulta: 30 de abril de 2015]. Disponible en http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm

5: Sollazzo A, Berterretche R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. Ciencia y salud colectiva [Internet]. 2011 [Consulta: 20 de Febrero de 2015]. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600021

6: Vecinday, L. La reconfiguración punitiva del tratamiento social de la pobreza en el Uruguay actual. Revistas electrónicas [Internet]. 2013 [Consulta: 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/15501/10747>

7: Alvarez N, Bertin A. Características de los niños de 12 a 24 meses Programa Aduana. Universidad de la República Uruguay [Internet]. 2015 [Consulta: 14 de Enero de 2015]. Disponible en:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2508/1/FE-0366TG.pdf>

8: Aran D, Laca H. Sistema de salud de Uruguay. Salud pública México [Internet]. 2011 [Consulta: 10 de Enero de 2015]; 53 (2) 265-274. Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021&lng=en

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ballesteros Bayardo H, Vitancurt Vitancurt, A. Bases científicas de la administración. 2ª ed. México DF: Programas educativos; 1998.
2. Cuesta Gómez A, Moreno Ruiz J.A., Gutiérrez Marti R. Calidad de la asistencia hospitalaria. 1ª ed. Montevideo, Uruguay: Escuela universitaria de enfermería; 1999.
3. Salvadores Fuertes P, Sánchez Lozano F, Jiménez Fernández R. Manual de administración de los servicios de enfermería. 1ªed. Barcelona, España: Ariel; 2002.
4. Passos Nogueira, R. Perspectivas de la gestión de calidad total de los servicios de salud. 3ª ed. Brasilia: Organización Panamericana de la salud; 1987.

12.ANEXOS

2. INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

2.1 INFORME DE ALTA DE LA MADRE

Nombre:	Edad:	Telf:
Dirección:		
Fecha de ingreso:	Fecha de alta:	Parto/Cesárea

FECHA DEL PRÓXIMO CONTROL:

Cuidados de higiene:

- Parto vaginal: Higiene genital frecuente con agua corriente y jabón neutro. La higiene genital debe realizarse de adelante hacia atrás para prevenir infecciones.
- Cesárea: Higiene genital frecuente y baño completo, sin refregar la herida (dejar que el agua enjabonada corra sobre la misma) y secarla muy bien luego del baño con toques.
- Ducha diaria.
- Es importante mantener una correcta higiene después de mantener relaciones sexuales previniendo numerosas infecciones y enfermedades.

Cuidados de las mamas:

- No debes lavar las mamas y los pezones, ni antes ni después de dar de comer al niño.
- Haga extracción de una pequeña cantidad de leche y aplique en el pezón antes y después de amamantar al niño.
- Durante los primeros días de lactancia se pueden presentar fisuras y dolor en los pezones. No la suspenda, trátelos con leche materna y utilice la técnica correcta de amamantamiento.

Amamantamiento:

- Lavado de manos antes de amamantar al niño.
- Mantenga al niño descubierto (libre de mantas) mientras lo amamanta, para evitar que se duerma.
- Evite mover al niño bruscamente para no correr el riesgo de vómito.
- Adopte la posición más cómoda, ya sea sentada o acostada con la espalda bien apoyada y la panza del bebe pegada a la panza de la madre.
- Mientras se amamanta al niño, su cuerpo debe estar frente al de la madre sin que tenga que extender o girar la cabeza para comer.

Anticoncepción:

- No mantener relaciones sexuales hasta que la madre haya eliminado por completo los loquios, de 3 a 4 semanas luego del nacimiento.
- Si decides tomar pastillas anticonceptivas debes consultar a tu ginecólogo el cual te dirá cuales debes tomar si estas amamantando.
- Debes recordar la importancia de el uso de preservativo para evitar enfermedades de transmisión sexual cuando no sea una pareja estable.

2.2 INFORME DE ALTA DEL RECIÉN NACIDO

Nombre:	Peso:	Talla:
Perímetro cefálico:	Parto/Cesárea	
Fecha de próximo control:		

Alimentación:

- Se recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de la vida del bebé y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los 2 años de vida o más.
- La alimentación del bebe será a demanda, cada vez que el mismo quiera, sin dejar pasar más de 3 horas.

Cuidados del cordón:

- Mojar una gasa limpia con alcohol de 70%. Limpiar con ésta la base del ombligo con un movimiento de rotación alrededor del mismo. Dejar unos segundos el ombligo sin cubrir para favorecer su secado, luego colocar una gasa limpia y seca por debajo del cordón y cruzándola en la parte superior.
- Siempre se colocará el pañal por debajo del cordón para así evitar infecciones del mismo.
- Dicho procedimiento se realizará siempre con anterioridad al cambio de pañal.
- Una vez desprendido el cordón, se continuará con la limpieza con alcohol durante dos o tres días hasta que cicatrice.

Higiene general:

- Una vez desprendido el cordón, se comenzará con el baño del niño. Antes de la caída, la higiene del mismo debe realizarse con esponjas empapadas en agua templada.
- El baño se hará diario después, con una duración de 5 a 7 minutos. La temperatura del agua será de unos 35°C.
- Es importante lavar la cabeza del recién nacido en último lugar, evitando que se enfríe demasiado. También, secar al bebe con suavidad pero perfectamente, en especial la zona de los pliegues cutáneos.

Descanso del bebé:

- No fumar en la habitación del bebé, procurar no hacerlo en ninguna habitación de la casa.
- Mantener al bebé con una temperatura adecuada (cálida), sin abrigo excesivo.
- Si el bebé está sudando o tiene la barriga caliente hay que quitarle parte del abrigo.

- Debe dormir sobre un colchón firme, plano, en buen estado; se debe cubrir sólo con una sábana, sin juguetes ni peluches.
- No se debe dormir con el bebé en la misma cama con los padres, debe estar en su cuna en la misma habitación los primeros meses.
- Cubrir al bebé solo hasta por debajo de las axilas.

Signos de alarma:

- Si su bebé presenta temperatura elevada; si hace ruidos al respirar; si se mantiene mucho tiempo dormido y no logra despertarlo ni en los horarios de alimentarse; estos son signos por los cuales debe consultar al médico.

3. INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS DE LA GESTIÓN

Durante toda esta experiencia, el objetivo era obtener una serie de resultados respecto a las actuaciones realizadas.

Para identificar los principales problemas se utilizan los diagnósticos de enfermería más comunes en la sala de maternidad de acuerdo con el tipo de población atendida. Dichos diagnósticos se obtienen mediante el Proceso de Atención Enfermera (PAE)

Durante la estancia, los diagnósticos mas frecuentes fueron los siguientes:

- Dolor agudo r/c agente lesivo (herida quirúrgica)
- Riesgo de hemorragia r/c intervención quirúrgica y tratamiento anticoagulante
- Riesgo de infección r/c intervención quirúrgica y procedimientos invasivos.
- Deterioro parental r/c embarazo no planificado, nacimiento prematuro, falta de conocimientos sobre habilidades parentales y falta de redes de apoyo social
- Riesgo de baja autoestima situacional r/c cambios en el rol social y trastornos de la imagen corporal
- Deterioro en la deambulación r/c deterioro del estado físico y dolor.
- Privación del sueño r/c persistencia de un entorno para el sueño incómodo y estimulación ambiental sostenida

Por lo tanto, viendo lo anterior, y como interna de enfermería se tomó decisión llevar a cabo un plan de gestión en el que el objetivo fuese realizar un informe de alta además de una evaluación de la mejora de conocimientos de las madres durante la estancia en la sala de maternidad.

En función del nivel de mejora de conocimientos el resumen del alta llevaría unas indicaciones u otras. Además, siendo un informe personalizado para cada madre, se haría hincapié en sus necesidades, futuras citas con el médico, enfermedades comórbidas... además de las propias instrucción hacia el cuidado de su recién nacido y ella misma en el momento del alta.

Todas estas acciones y resultados se midieron por medio de indicadores:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarias ingresadas en los turnos M y T que se aplicó el protocolo}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarias ingresadas en los turnos M y T}} \times 100$$

$$\frac{32 \times 100}{63} = 51\%$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarias egresadas en los turnos M y T que se aplicó el protocolo}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarias egresadas en los turnos M y T}} \times 100$$

$$\frac{30 \times 100}{63} = 48\%$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarias a las que se realizó el plan de alta}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarias a las que se planificó la realización del plan de alta}} \times 100$$

$$\frac{27 \times 100}{63} = 43\%$$

En cuanto a la cobertura de dicho plan se puede observar que la misma fue del 43%, lo cual se considera un porcentaje bajo que no está logrando cumplir con la meta del 100% de cobertura hasta este corte en el tiempo. Este porcentaje se relaciona con la intensa labor en las tareas de enfermería las reiteradas veces que no se cuenta con el personal suficiente, lo que dificulta la aplicación del plan ya que únicamente la interna de enfermería entregaba dichos informes.

4. AYUDAS DEL ESTADO A LAS UNIDADES FAMILIARES

Las ayudas procedentes del estado de la Republica Oriental del Uruguay hacia las familias en situación de necesidad o vulnerabilidad, centrándose en los casos de las familias con niños pequeños son las siguientes,

A nivel general, y referente a la alimentación, Uruguay cuenta con el Instituto Nacional de Alimentos (INDA) perteneciente al ministerio de trabajo.

Funciona a través de convenios con asociaciones civiles para atender niños menores de 4 años y su familia que estén bajo la línea de pobreza.

Las categorías de apoyo que tiene, son:

- Todas las madres adolescentes y sus futuros bebés pasaran a formar parte de este programa.
- Los embarazos con riesgos nutricionales y sus futuras familias.
- Madres con enfermedades crónicas y sus familias.

Además de esta ayuda, existe otra por parte del estado, BPS, para las mujeres embarazadas sin trabajo o con pocos ingresos llamada asignación prenatal.

Una vez nacido el beneficiario, se puede seguir recibiendo una ayuda que se denomina asignación familiar, tiene el mismo criterio que la anterior (asignación prenatal), pero en este caso ya se dirige al niño.

Referente a las ayudas en territorio contamos con Uruguay crece contigo. Siendo este uno de los proyectos y ayudas más importantes ofrecidas en Uruguay, está dirigido a todos los hogares con mujeres embarazadas y/o niños/as menores de 4 años.

Específicamente esta focalizado en los hogares con mujeres y niños que reúnan la doble condición de riesgo social y riesgo biológico o sanitario.

Uruguay crece contigo se centra en el trabajo de campo, en las casas. Trabajan con la lactancia, beneficios para estas familias, conseguir documentación que necesiten...

Otro programa que trabaja a nivel de territorio es el Equipo técnico de atención a la familia (ETAF), para formar parte de este programa hace falta una derivación por parte del asistente social. Las familias que forman parte de dicho programa suelen ser familias que han pasado por muchas instituciones, casos más complejos. Familias con problemas con más duración en el tiempo. La actuación es sobre toda la familia, no se focaliza únicamente en el niño.