

CÁTEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

Informe de Investigación

“ACCIONES DIRIGIDAS A INCORPORAR EL MODELO DE MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA”

Estudio realizado con enfermeros/as de los servicios de Neonatología e
Internación Conjunta del Hospital Misericordia - Nuevo Siglo-2017

AUTORAS:

- _ CANCHI, CINTIA
- _ CUSSI, ANAHI
- _ MACIAS FLORES, KAREN

ASESOR METODOLOGICO:

LIC. PIOVANO, MIRTA

CORDOBA, MARZO DE 2017

“Todos tenemos sueños; pero para convertir los sueños en realidad, se necesita una gran cantidad de determinación, dedicación, autodisciplina y esfuerzo”.

JESSE OWENS

DATOS DE LAS AUTORAS

CANCHI, CINTIA VANINA

Profesional de Enfermería Egresada de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente cumple funciones operativas en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva de Neonatología del Hospital Misericordia.

CUSSI, ANAHI ESTER

Profesional de Enfermería Egresada de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente cumple funciones operativas en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva de Neonatología del Hospital Misericordia.

MACIAS FLORES, KAREN

Profesional de Enfermería Egresada de la Universidad Nacional de Córdoba. Actualmente cumple funciones operativas en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva de Neonatología del Hospital Misericordia y Hospital Italiano.

AGRADECIMIENTOS

CANCHI, CINTIA VANINA

A Dios por guiar mi camino y brindarme sabiduría.

A mis padres y hermanos por estar en todo momento dándome aliento y fuerzas para seguir adelante y adquirir este logro profesional que me llena de orgullo y satisfacción.

A mi esposo, por la paciencia y compañía constante.

A mi hija, por ser el motor y motivación para lograr esta meta.

A mis colegas, por la perseverancia y constancia para culminar esta etapa.

CUSSI, ANAHI ESTER

A Dios por haberme guiado, cuidado y acompañado en cada paso para poder alcanzar esta meta.

A mis padres por haberme inculcado el enorme valor de la perseverancia y el esfuerzo, por creer en mí y apoyarme siempre. Los quiero.

A mi compañero de vida por su apoyo incondicional, por su paciencia. Gracias por compartir mi vida y mis logros.

A mi hijo, por ser mi compañero, mi fortaleza y mi mayor motivación. Te amo.

MACIAS FLORES, KAREN

A Dios.

A mi madre, por su infinito acto de amor hacia mí, por su dedicación para la formación de mi persona, a la cual le debo todo lo que soy como persona y profesional, a mi querido papá que desde algún lugar me sigue guiando.

A mi esposo, por su apoyo incondicional, amor y acompañamiento.

A mis tres hijos que son la luz de mis hijos y mi mayor motivación.

A mis colegas y compañeras de trabajo por el aguante y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Estamos profundamente agradecidas a todos aquellos que hicieron posible la ejecución de este informe de investigación; su tiempo, su cooperación, su infinita paciencia y apoyo fueron los pilares que sustentaron nuestro objetivo.

A la Lic. Mirta Piovano por su guía, paciencia, perseverancia y acompañamiento a lo largo de todo este trayecto hacia la meta final.

A nuestros familiares, compañeros y amigos por su tolerancia y comprensión, brindándonos apoyo y consejos en todo momento.

¡Muchas gracias!

LAS AUTORAS

INDICE

• Prólogo.....	1
CAPITULO I – INTRODUCCIÓN.....	2
• Planteo del Problema.....	3
• Objetivo General.....	15
• Objetivos Específicos.....	15
• Marco Teórico.....	16
• Definición Conceptual de la Variable.....	26
CAPITULO II- MATERIAL Y METODOS.....	27
CAPITULO III – RESULTADOS.....	34
CAPITULO IV – DISCUSION.....	40
• Discusión.....	41
• Conclusión.....	42
• Bibliografía.....	44
ANEXOS.....	45

PROLOGO

El modelo (MSYCF) Maternidades Seguras y Centradas en la Familia se trata de un cambio de paradigma en la atención materna y neonatal, a través de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño con la participación activa de la familia.

Para el logro del mismo se pretende que el equipo de salud este comprometido y convencido con la adopción de dicho modelo contribuyendo a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y mortalidad neonatal.

Con este trabajo se conoció cuales son las acciones que implementan las enfermeras en el cuidado de neonatos y familia dirigidas a la incorporación de dicho modelo en los servicios de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Dichas acciones basadas en los principios del modelo sustentados en los derechos de la familia y el niño.

Se realizo una descripción del fenómeno bajo estudio, sujeto al formato IMRyD, en el primer capítulo; Introducción (planteamiento y definición del problema, justificación, objetivos, marco teórico, definición conceptual de la variable).

Segundo capitulo; Material y Método se trato de un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, transversal. La población estuvo conformada por 50 enfermeros de ambos servicios, como técnica se utilizó la observación directa de las acciones y el instrumento fue una lista de cotejo, posteriormente se realizó el plan de procesamiento, presentación y análisis de datos, cronograma de actividades, presupuesto y anexos.

En el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos en base a los objetivos del estudio. El ultimo capitulo se realiza una conclusión respecto a los resultados que fueron obtenidos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La neonatología es una rama de la pediatría que no solo se ocupa del ser humano desde su nacimiento hasta los veintiocho días de vida, sino hasta mucho después, especialmente si fue un recién nacido de alto riesgo. (Solá, 2011). Es considerada como uno de los campos de la medicina que más ha progresado, tanto en diagnóstico como en terapias y el desarrollo de la tecnología, aspectos que han contribuido al aumento de sobrevivencia y disminución de edad gestacional que se considera como límite de la viabilidad de neonatos.

Hoy en día esta especialidad se ha ido potenciando, dado que más del 50% de la Mortalidad Infantil corresponde a los menores de 28 días en los países desarrollados o en vía de serlo. El cambio más reciente en cuanto al cuidado y aumento de sobrevivencia de estos pacientes, es la aplicación del concepto de que el recién nacido está integrado en una familia y por ende es necesario el reconocimiento de que la familia desempeña un papel esencial en el cuidado de estos niños. El primer artículo y probablemente todavía el único que se ha publicado en la revista *Pediatrics* cuya autora es la madre de un bebé prematuro (Helen Harrison, 1993), se refiere a los principios del cuidado centrado en la familia, que es el resultado de un trabajo en constante colaboración entre padres, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, abogados y éticistas.

A partir de esto, en las unidades de cuidados intensivos neonatales, se establecieron lineamientos y se integró a la familia, especialmente a la madre, en el cuidado del bebé. No sólo se ha logrado permitir el libre acceso a los padres a las unidades de cuidado intensivo para que puedan estar con él bebé, sino que las nuevas unidades de cuidados intensivos neonatales se construyen para que las familias también tengan su espacio mientras que el recién nacido necesite estar en el hospital.

Métodos como el de madre canguro (contacto piel a piel), se implementan cada vez más en un intento de restablecer y promover la relación madre-hijo que está tan alterada cuando los recién nacidos prematuros o a término, requieren un tiempo breve o prolongado de internación en la unidad de cuidados intensivos.

Se han transformado aquellas políticas de aislamiento del recién nacido (reconocido como cuidado neonatal tradicional) a la integración del niño en su ambiente, donde se procura que sea lo más favorable posible. En definitiva a través de estos hechos se

visualizó cómo la forma de pensar sobre estos niños ha evolucionado desde los tiempos en los que no se les concedía el derecho a la vida hasta la neonatología moderna en el que el recién nacido se concibe integrado en su familia y se busca maximizar su potencial de desarrollo.

El cambio en la atención del niño internado sufrió una transformación positiva gracias a la Declaración de los Derechos del Niño Hospitalizado (Chile, 1990), cuyo objetivo es hacer valer y reconocer la dignidad intrínseca, iguales e inalienables de todos los pequeños. En conjunto con la UNICEF declaran que los hospitales deben velar para que los mismos sean aplicados en la vida diaria de todos los pacientes hospitalizados, siempre teniendo en cuenta el interés superior del niño, a la cual también se le sumó la Sociedad Argentina de Pediatría. (Santa Fe, 1994)

El Programa “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia” (MSCF) comienza a implementarse en la Argentina desde 1994, cuenta con el apoyo de UNICEF (Fondo Internacional de las Naciones Unidas) y contempla aquellas maternidades que atienden más de 1000 partos por año. En toda la Argentina hay 100 maternidades con más de 1000 nacimientos por año y en Córdoba (ámbito provincial) hay tres: el Hospital Materno Provincial Felipe Lucini, el Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo y el Hospital Nuestra Señora de la Misericordia- Nuevo siglo.

En la provincia de Córdoba, en el año 2009 comienza el Programa Desarrollo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF). Es una iniciativa del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y Dirección de Jurisdicción de Maternidad e Infancia para asistir a los nacimientos y favorecer el vínculo entre padres y bebés. Dicho programa se trata de un cambio de paradigma en la atención materna y neonatal que se sustenta en 5 ejes conceptuales: cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la madre y el recién nacido; define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras de probada efectividad y fortalece otras

Iniciativas, como la del “ Hospital Amigo de la madre y el niño” que también promueve fuertemente la lactancia materna.

El programa fija como objetivo básico la reducción de la mortalidad infantil y materna. En las tres maternidades de la ciudad de Córdoba, se practican las Etapas A y B del proyecto desde el año 2010 a la fecha (Proyecto de la provincia de Córdoba, año 2010, ver anexo). De las mismas se obtuvieron los siguientes resultados entre los años 2010 y 2013 denominados como Etapas A y B:

- Tableros de Gestión funcionando en las tres instituciones.
- Los Comités hospitalarios de Mortalidad utilizan Análisis Causa Raíz (ACR) de muerte materna y neonatal.
- Comités de Seguridad de pacientes en las tres maternidades incorporadas al Programa de VIHDA (Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina).
- Se aplican protocolos de atención perinatal basados en evidencia.
- Seguimiento de recién nacidos de riesgo organizados en Nodos de la Red SERENAR.
- Desarrollo de la “Semana del Prematuro” 2010-2011-2012-2013- 2014-2015.
- “Proyecto Te escucho”, de incorporación del enfoque de Género e interculturalidad.
- Preparación Integral para la Maternidad con enfoque de derechos.
- Capacitación de equipos de salud, padres y Voluntariado.
- Materiales de comunicación.
- Equipos de salud de primer nivel de atención capacitados en Desarrollo Infantil con enfoque comunitario.

El beneficio a través de su aplicación llega a unas 15.000 madres y recién nacidos que se asisten en su control prenatal, parto y puerperio en éstas tres maternidades; a más de 500 madres que se hospedan en las residencias de las maternidades; 1.500

familiares del neonato (padres, abuelos, hermanos); 1.000 embarazadas adolescentes; 800 jóvenes y adolescentes líderes de la comisión de jóvenes; 1.200 jóvenes y adolescentes que reciben atención en los consultorios; 1.200 niños de cero a tres años de las Ciudades Barrio de Córdoba y sus respectivas comunidades.

Como indicadores de impacto en la salud materna e infantil, el desarrollo del Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) permitió, hasta ahora, reducir la tasa de infecciones asociadas al cuidado de la salud en los servicios de Neonatología, como así también, la reducción notable de la tasa de mortalidad infantil y materna en las tres maternidades.

Existen cifras y datos que demuestran el impacto positivo de este programa entre el año 2008 y 2013.

- Disminuyeron en la provincia un 51% las muertes de recién nacidos por sepsis.
- Se redujeron en un 37% las muertes por malformaciones congénitas cardíaca.
- Hay un 34% menos de muertes por prematurez.
- Y un 31% menos por causas de dificultad respiratoria.
- Se redujo la tasa de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud en los servicios de Neonatología.
- Se eliminaron Hemorragias, Hipertensión inducida por el embarazo e Infecciones como causas de muerte materna.

Hubo también un marcado descenso de la tasa de Mortalidad Infantil en la Provincia de Córdoba, en el año 2013 la tasa de mortalidad infantil fue de 9,6 y en el año 2014 la TMI fue de 8,8 por mil nacidos vivos. (Documentos Estadísticos, 2015)

Según el equipo de Neonatología del Hospital Misericordia, el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia es una filosofía de atención en la que se considera que el grupo familiar tiene un rol activo en el cuidado y la atención de su bebé y por lo tanto adaptó su estructura organizativa, edilicia y de atención para lograr los

objetivos establecidos por el programa; el cual se comienza a implementar a partir del año 2010 y se sustenta en la realización de 10 pasos:

Paso 1: Consenso institucional para desarrollar acciones de MSCF, presupuesto para tal fin y equipo multidisciplinario que lidera las acciones.

Paso 2: Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal.

Paso 3: Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto.

Paso 4: Priorizar la internación conjunta madre-Hijo sanas con la participación de la familia.

Paso 5: Facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal.

Paso 6: Contar con una residencia de madres (RM) que permita la permanencia junto con los recién nacidos (RN) internados.

Paso 7: Contar con un servicio de voluntariado hospitalario.

Paso 8: Organizar el seguimiento del recién nacido sano y de alto riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

Paso 9: Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN. (Hospital Amigo de la Madre y el Niño).

Paso 10: Recibir y Brindar cooperación de y para otras instituciones.

Paso 1: El Hospital Misericordia adopta el concepto de Maternidades Seguras y Centradas en la familia como política institucional ya que existe convicción y compromiso por partes de las autoridades respecto a la implementación del modelo y asignación de recursos humanos, financieros y edilicios para la transformación de la maternidad en una MSCF.

Los pasos 2 y 3 corresponden al área de pre parto, parto y obstetricia.

Paso 4: Después de producido el parto y transcurrido las dos horas del puerperio inmediato la madre es trasladada junto a su recién nacido sano a la Unidad de Internación Conjunta en la cual permanece, dependiendo del tipo de parto, durante 48 horas (parto vaginal) y 72 horas (cesárea), cualquiera fuera la situación la institución ha fijado un horario de visita para el padre y el resto de los familiares, por la mañana de 11:00 hs. a 12:00 hs. y por la tarde de 15:00 hs. a 16:00 hs. Permitir el acceso tanto del padre como el resto de la familia facilita y promueve la participación activa del padre en el cuidado del recién nacido, y además favorece el vínculo temprano del trinomio (padre-madre-hijo).

Paso 5: Debido a la prematurez o presencia de alguna enfermedad, los recién nacidos son, de alguna manera, separados de sus padres y otros familiares por lo que la inclusión de los mismos se convierte en una acción prioritaria. En el servicio de neonatología de la institución, la madre tiene el ingreso irrestricto en la internación neonatal y el ingreso de los padres se ha restringido siendo el horario dispuesto por la institución de 9 a 22 Hs. La inclusión de los abuelos y hermanos durante el tiempo de internación de los recién nacidos en neonatología, favorece la interacción entre los padres y el resto de la familia, a la que el niño o niña pasara a integrarse una vez obtenida el alta médica. Esta participación ofrece un soporte afectivo para los padres que atraviesan esta situación difícil, ya que el bebé pasa a ser cuidado y reconocido totalmente por la familia. La institución, conjuntamente con el jefe del servicio de neonatología ha programado el horario de visita, a la unidad de cuidados intensivos y la unidad de cuidados intermedios, siendo ésta una vez por semana, correspondiendo los días jueves a la visita de abuelos de 10:30 a 11:30 hs y los días lunes a la visita de hermanos de 11:30 a 12:30 hs. Sin embargo el servicio decidió restringir en la estación invernal la visita de hermanos y abuelos con el objetivo de disminuir la incidencia de infecciones respiratorias. Se realizan actividades previas referidas principalmente a la asepsia y lavado de manos antes del ingreso de los familiares al servicio de neonatología y el acompañamiento durante las visitas de los hermanos por una psicóloga. La realización de estas visitas se difunde por medio de carteles en el exterior del sector de cuidados.

Paso 6: La institución ha adecuado la infraestructura hospitalaria para la realización de la residencia de madres (RM) inaugurada el 16 de diciembre de 2011; cuenta con 2 dormitorios, baño, lavadero y salón de múltiples usos. Actualmente está a cargo de una enfermera que realiza actividades de educación, asesora a las madres sobre los beneficios y las técnicas de lactancia materna. Además coordina las actividades en el ámbito de la Residencia de Madres, el cumplimiento de los criterios para su ingreso y pautas de mantenimiento y orden. Permite la permanencia de la mayoría de las madres de los niños internados priorizando aquellas del interior de la provincia. Tiene como propósito evitar la separación de la madre-hijo en los momentos críticos de los binomios vulnerables y facilitar el establecimiento de un vínculo sólido.

Paso 7: La iniciativa de MSCF exige la participación activa y solidaria de la comunidad. La institución cuenta con un grupo de voluntariado el cual brinda contención a las madres y realiza actividades como recolectar y entregar ropa para los niños y elementos de higiene para las mamás, así también organizar reuniones de laborterapia en la que realizan talleres de costura etc.

Paso 8: El hospital cuenta con dos consultorios externos para pacientes de alto riesgo integrado por una enfermera y médicas neonatólogas dedicadas al seguimiento de pacientes a través de acciones preventivas y corrección de los desvíos de la normalidad respecto al desarrollo y crecimiento de neonatos de alto riesgo dados de alta.

Paso 9: La maternidad trabaja activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa hospital amigo del HAMN cumpliendo con los 10 pasos para una lactancia exitosa. La institución cuenta con dos lactarios a cargo de enfermeras durante el turno mañana y tarde, éstas asesoran en cuanto a la extracción y conservación de la leche materna cuando él bebe aun no puede alimentarse por succión, es en este lugar en donde se fracciona la leche materna extraída y debidamente identificada para la posterior alimentación del niños internado. El personal de enfermería recibe capacitación que se ve reflejada en su accionar.

La realización del presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el servicio de Neonatología (Unidad de Terapia Intensiva y Unidad de Cuidados Intermedios) y el Servicio de Internación Conjunta del Hospital Misericordia “Nuevo Siglo” de la ciudad de

Córdoba, inaugurada en el año 2007 ante la necesidad de dar respuesta a la gran demanda de pacientes que ingresan a estos servicios desde las unidades de trabajo de parto, parto y recuperación (UTPR). Los pacientes que ingresan a estos servicios del Hospital Misericordia, generalmente pertenecen a familias de la zona sur de la Ciudad de Córdoba, algunos originarios de países como Bolivia y Perú, también se reciben pacientes derivados del interior de la provincia de Córdoba, como así también de otras maternidades. La mayoría de los pacientes ingresados se caracterizan por pertenecer a familias de condiciones económicas bajas, escasos recursos, trabajos inestables, padres adolescentes, analfabetismo y gran diversidad cultural.

La unidad madre-niño cuenta con capacidad para veintisiete (27) unidades, distribuidas en nueve (9) habitaciones, tres camas por habitación con baño privado incluido, además cada mujer puérpera dispone de una cuna para su recién nacido. Este servicio está destinado a la internación conjunta de la madre y el recién nacido sano, para detectar dificultades en la adaptación del recién nacido, la estabilidad clínica de la madre pero fundamentalmente para favorecer el vínculo madre-niño, el establecimiento de la lactancia materna, detectar dudas e inquietudes respecto a los cuidados del recién nacido. El recurso humano de Enfermería está compuesto por dos (2) licenciadas y catorce (14) enfermeras.

En el servicio de Neonatología, (UTIN) se brinda atención a recién nacidos pre término de muy bajo peso al nacer desde los 500grs en adelante, y recién nacidos a partir de 24 semanas de edad gestacional (prematuros extremos), por otro lado también se asiste a recién nacidos que requieran cuidados respiratorios avanzados (ventilación de alta frecuencia), diferentes patologías (malformaciones congénitas, atresia de esófago etc.), hiperbilirrubinemia, infecciones respiratorias y atención a neonatos para crecimiento y desarrollo en UCIN (unidad de cuidados intermedios). El ambiente físico del servicio de terapia intensiva neonatal (UTIN) es amplio, con comodidad para la presencia de los padres durante la internación de su hijo; presenta una sala con capacidad para trece (13) incubadoras funcionando. Las enfermeras que dedican su labor en el servicio, están conformadas de la siguiente manera: cuatro (4) licenciadas/os, diecinueve (19) enfermeros distribuidos en los tres turnos.

Por su parte en la unidad de cuidados intermedios (UCIN) tiene capacidad para diez (10) incubadoras distribuidas de maneras estratégicas para permitir la permanencia continua y cómoda de ambos padres mientras su hijo se encuentre internado. En este servicio el cuidado a estos neonatos es brindado por tres (3) licenciadas/os, diez (10) enfermeros/as distribuidos en los tres turnos.

El jefe médico del servicio de neonatología y la supervisora del área realizan reuniones esporádicas, con el fin de que los padres relaten sus experiencias sobre la internación. Además las licenciadas realizan encuentros informativos para los mismos. El entorno, a través de la implementación del modelo, va favoreciendo mayor autonomía en la familia principalmente en aquellas de lapsos prolongados de permanencia y asimismo el reconocimiento de los derechos que cada una de ellas posee al momento de tomar decisiones cuando cuenta con toda la información necesaria. No obstante, la vigencia del modelo y la adhesión por parte de los involucrados supone un proceso lento, gradual y de progresiva aceptación.

Desde el momento en que la madre y niño son trasladados a internación conjunta u hospitalizados en la unidad de neonatología, se establece un alto grado de participación, de algunas enfermeras, en donde se facilita la incorporación de la familia, se estimula la presencia de los padres y reconocen a los mismos como protagonistas en el cuidado de sus hijos, implementan prácticas seguras como COPAP (contacto piel a piel) y promueven la lactancia materna y otras enfermeras muestran resistencia a la visita de familiares al servicio de Internación Conjunta o la permanencia continua de los padres durante la internación de su hijo en el servicio de Neonatología. Este grupo no incorpora en su totalidad a la familia, no estimulan la participación de los mismos permitiéndoles la colaboración en el cuidado de sus hijos en los procedimientos sencillos (control de temperatura, alimentación por Gavage) colocando a los padres en espectadores del cuidado de su hijo. Además obstaculizan la salida transitoria del bebe prematuro (retraso para realizar contacto piel a piel) y en (RN) recién nacido a término que se encuentran estables pero en ARM (Asistencia Respiratoria Mecánica) justificando que aun no es conveniente.

No permitir la presencia de los padres pidiéndoles que esperen afuera ante la realización de ciertos procedimientos, como vías periféricas, aspiración de tubo endotraqueal, etc. Ya que, implica supuestamente, el temor de ser auditados y cuestionados. En pacientes en estado crítico las enfermeras focalizan sus cuidados en el paciente sin fomentar el vínculo precoz entre el niño y los padres,

De acuerdo a lo planteado se formularon interrogantes, tales como: ¿Qué aspectos obstaculizan el cumplimiento de los pasos 4 al 9 por parte de los enfermeros? ¿Qué dificultades presenta en la práctica? ¿En qué situaciones ayuda a desarrollar un vínculo afectivo precoz entre la madre, familia y el neonato? ¿Por qué las enfermeras generan distanciamiento en los padres cuando el neonato está en estado crítico? ¿Cuáles son las adecuaciones que implementan los enfermeros en los cuidados del neonato para cumplimentar con el modelo institucional?

Se han revisado estudios en busca de dar respuesta a los interrogantes planteados se ha considerado citar:

A Ledesma M. & Gomes G. (2007) quien describe que existen escollos de la cuestión cultural de los trabajadores y profesionales de la salud para permitir la presencia de los padres o familiares, que aducen que es una molestia o presencia no conveniente a los trabajos previos de parto, perturbando la tarea de los mismos.

En el marco de la MCF creada por UNICEF, en cuanto a si los agentes de salud aceptan este cambio de cultura organizacional hace referencias a que es un proceso que se está iniciando que llevará mucho tiempo. Se trata de transformaciones culturales y se necesita trascender para ver los resultados. La resistencia al cambio, la desconfianza, la inercia son elementos que siempre aparecen frente a un cambio. Sin embargo, tener como causa la salud y el bienestar de los niños y su familia favorece la superación de cualquier barrera, una de las principales son aquellas organizacionales, esto hace referencia al escaso número de profesionales de la salud especializados en tal ámbito (enfermeras, neonatologas y obstétricas), escasas oportunidades para la capacitación continua, salarios que deben ser ajustados, carrera hospitalaria, balance familia-trabajo, entre otras. Todos estos obstáculos hacen que el cambio tarde un poco más.

Según un estudio realizado en la Provincia de Buenos Aires en 29 Hospitales públicos a 1829 profesionales del área de perinatología (neonatólogos, obstetras y enfermeros) entre el año 2011-2012 concluyó que la sobrecarga de trabajo, por un lado, y las fallas de comunicación, por el otro, son percibidas como las más importantes fuentes de conflicto en la implementación del programa maternidad segura centrada en la familia. El 40% consideró que las decisiones que afectaban al servicio se transmitían por vías que no garantizaban que la información llegara a todos, el 51% acordó que deberían realizarse reuniones periódicas para mejorar la comunicación, mientras que el 36% opinó que la comunicación mejoraría si existieran mayores canales de comunicación entre el equipo y la jefatura; el 34%, que mejoraría con debates más abiertos sobre temas y casos cotidianos; y el 33% opinó que mejoraría si existieran más actualizaciones técnicas para tratar casos específicos. En cuanto a los conflictos, la sobrecarga de trabajo era generadora de conflicto para el 60% de los encuestados, y las dificultades de comunicación, para la mitad 54% en Neonatología y 45% en Obstetricia. (Lic. Silvina Ramos, 2015,p.25)

Respecto al contacto piel a piel, método que comenzó a utilizarse en los recién nacidos a término sanos y posteriormente en recién nacidos pre término, cuyo nombre establecido es método canguro, surge por los doctores Sanabria E. & Martínez H. (1978) en Bogotá-Colombia, como una estrategia de intervención para el cuidado de todos los recién nacidos frente a la falta de incubadoras y escasos recursos económicos de los servicios de neonatología de los hospitales públicos, situación que se repite en varios países en vías de desarrollo. Una investigación de Gutiérrez, M. & Luna, C. (2010) mediante una experiencia Institucional demostró que este contacto produce un impacto beneficioso en la relación madre/hijo dentro de la unidad de cuidados intensivos; pero sobre todo facilita la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo, el crecimiento socio- emocional del recién nacido y además fortalece el vínculo afectivo madre/ padre/ hijo.

Se han revisado estudios de Quiroga A. & Soria R. (2012) en donde plantea que la práctica clínica del contacto piel a piel en neonatología favorece el vínculo precoz de la familia y el recién nacido internado; dichos estudios surgen de la colaboración de enfermeros de diferentes países de Ibero-América que consideran los beneficios y que

en la actualidad existen importantes obstáculos impuestos muchas veces por la institución, médicos y los mismos enfermeros. Las barreras para el acceso de la familia y la promoción del contacto piel a piel, se evidenciaron por el incorrecto asesoramiento de enfermeros, médicos de salud materna y neonatal, carentes destrezas y capacitaciones adecuadas respecto a aspectos favorecedores de los principios de la MSCF.

En relación al interrogante planteado sobre porque el equipo de salud genera distanciamiento en los padres; MARTINEZ L. (2011) plantea que en realidad no se produce un distanciamiento, lo que ocurre es que la enfermera toma la posición de la madre del niño en estado crítico, tomando la decisión de cuándo deben pasar sus padres, cuando en realidad el niño necesita del contacto con estos, acompañado de cuidados, atención y acción terapéutica. Por otro lado afirma que los enfermeros consideran la permanencia de la madre/padre como observadores que constantemente los instigan, hay un temor a la mirada del otro. Finalmente la autora no niega que la presencia de los padres es mucho mejor para el niño, sin embargo considera q las instituciones todavía no están preparadas, las enfermeras tampoco están preparadas porque les cuesta aceptar que haya otra persona dentro del servicio y más aun en una terapia intensiva. A pesar de ello plantea que no es imposible que se pueda cambiar y hacer participar a los padres cuando su hijo se encuentre en estado crítico.

Los interrogantes planteados nos permitieron conocer ciertos obstáculos y barrera en la implementación del modelo por parte de los profesionales de salud. La enfermera cumple un rol fundamental en el cuidado del recién nacido y su familia, tanto en la unidad de cuidados neonatales como en el servicio de internación conjunta, ya que son las que tienen mayor contacto con los padres y su hijo. En un contexto, muchas veces, de escasos recursos humanos y de exceso de demanda de trabajo, la incorporación de la familia puede sentirse como una sobrecarga de trabajo para la enfermera. En base a las observaciones realizadas, los antecedentes consultados se definió el problema de la siguiente manera: **¿Cuáles son las acciones implementadas en el cuidado de neonatos y familia dirigidas a incorporar el Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia que utilizan las enfermeras del los servicios de neonatología e internación conjuntadel Hospital Misericordia “Nuevo Siglo” de la**

ciudad de Córdoba?El trabajo de campo se realizo en los meses de Octubre a Diciembre de 2016.

Por otro lado, la presente investigación fue factible de ser concretada ya que las autoras pertenecen al servicio de neonatología lo que facilita la delegación y distribución de tareas, además que se dispuso de tiempo, motivación de equipo y recursos económicos para acceder a los datos.

Esta investigación pretende contribuir a una notable mejora en la calidad de los cuidados en cuanto a garantizar que se cumplan y respeten los derechos la madre y el niño, fortalecer el vínculo de padres e hijos, modificar o proponer actitudes humanísticas de los enfermeros para brindar cuidados de excelente repercusión y otorgar a la profesión el valor que merece.Se busca diseñar e implementar innovaciones necesarias para la competencia en la valoración, respetando y apoyando las necesidades culturales, espirituales y valores de cada familia con el compromiso de una práctica humanizada. La meta es disminuir la morbi-mortalidad y contribuir al empoderamiento de la familia preparándolas para el cuidado y posterior alta, de este modo obtendrá mayor satisfacción de las madres y se espera que estas acciones contribuyan a disminuir la carga de trabajo y el riesgo de transmisiones hospitalarias.

Su objetivo general estuvo dirigido a conocer mediante un estudio descriptivo transversal las acciones en el cuidado del neonato y su familia dirigidas a incorporar el modelo de la maternidad segura y centrada en la familia que utilizan las enfermeras de los Servicios de Neonatología e Internación Conjunta delHospital Nuestra Señora de la Misericordia de la ciudad de Córdoba durante el periodo de Octubre a Diciembre de 2016. Y los objetivos específicos estuvieron centrados en identificar si la enfermera informa a las madres y familia sobre sus derechos y los de su hijo o hija; reconocer si la enfermera incorpora a los padres para que asuman un papel protagónico en el cuidado (alimentación e higiene); conocer si la enfermera permite la permanencia continua de los padres junto a su hijo; describir si las practicas que realiza la enfermera son efectivas y seguras; determinar si la enfermera promueve la lactancia materna.

MARCO TEÓRICO

La expresión de la familia y un cambio de paradigma asistencial para sumar lo humanístico a lo tecnológico promueve la idea de que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado del embarazo, durante el trabajo de parto, parto y cuidados del recién nacido.

La definición de Maternidades Centradas en la Familia surge debido a la institucionalización y medicación del parto, se transformó en un acto médico dejando de lado los aspectos esenciales para la familia. Por lo que la OMS organiza una reunión en 1985 en la ciudad de Fortaleza Brasil, donde surge una declaración denominada: “El nacimiento no es una enfermedad” Esto dio origen a humanizar la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia y transformar las Maternidades Centradas en la Familia y no en el equipo de salud. (OMS, 1985)

Los antecedentes de dicho modelo o paradigma de atención perinatal se desarrollaron a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda de la provincia de Buenos Aires. La construcción de este modelo se realizó de manera progresiva y sin planificación. En sus inicios, la maternidad incorporo diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas innovadoras en un proceso complejo y de evolución continua. En los últimos años se comenzó a estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. La iniciativa Maternidades Centradas en la Familia está inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño, creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de la Naciones Unidas), en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994.

Con respecto al concepto de Maternidad Segura, según la Organización Panamericana de la Salud, Maternidad Segura no se refiere al funcionamiento o infraestructura de establecimientos de salud, sino a la promoción y protección de los derechos humanos y a los derechos universales del niño, al disfrute del más alto nivel posible de salud de mujeres, madres y recién nacidos. Para hacer real la posibilidad de una maternidad segura se requiere de un compromiso político social- económico de salud y asegurar el acceso universal a todos los servicios de calidad. (OPS, 2012)

Según Zulma Ortiz médica máster en epidemiología, gestión y políticas de salud en la universidad de Lanús; define a la Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), como una cultura organizacional que reconoce a los padres y miembros de la familia más el equipo de salud, como protagonistas de la atención y define la seguridad del cuidado como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; fomenta la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su bebe; implementa prácticas seguras y de probada efectividad.

En 2007 se publicó la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, en la que se explicita el marco legal internacional y argentino que sustenta el modelo y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las maternidades en su camino para ser Centradas en la Familia (Larguía, Lomuto, & González, 2006).

A fines de 2008, la representación Argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) editó El modelo de Maternidad Centrada en la Familia con la experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, estudio de prácticas, que describe la implementación de la iniciativa MCF en el Servicio de Terapia Intensiva de dicho hospital, se identificaron factores críticos positivos y negativos, y se comunicaron las acciones realizadas, pero no proponen mecanismos de evaluación de las actividades desarrolladas (Graciela Uriburu, 2008). En el año 2009, UNICEF y Fundación Neonatológica (FUN) realizaron un trabajo conjunto con el fin de establecer un diagnóstico de situación en ocho maternidades situadas en diferentes regiones del país que, de acuerdo con la información provista por el Ministerio de Salud de la Nación, se encontrarían entre los principales 100 centros de atención perinatal. A su vez, durante ese mismo período, UNICEF trabajó, junto al Ministerio de Salud de la Nación, en un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura.

Con la intención de integrar la iniciativa MCF en toda su dimensión, o al menos en sus aspectos esenciales, y la iniciativa Maternidad Segura, se conceptualizó un nuevo

modelo integrado: Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), que define los criterios mínimos que debería reunir una maternidad para ser considerada como tal.

Desde el año 2010, UNICEF, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales impulsan esta iniciativa que actualmente es una política del Estado nacional, a la que adhieren 102 hospitales públicos de 10 provincias argentinas. Desde su inicio, en 9 de estas 10 provincias se ha observado un descenso de las muertes infantiles y en 6, también de las muertes maternas. Transformar una maternidad para que sea segura y centrada en la familia es una decisión que asumen desde el Ministro hasta el equipo de salud, para que el hospital se comprometa a abrir sus puertas a la comunidad y a brindar una atención personalizada, inclusiva y respetuosa. (UNICEF M. d., 2015)

Durante 2010 y 2011 UNICEF, junto a FUN, los gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, iniciaron un proceso de actividades conjuntas para favorecer la transformación de maternidades públicas en MSCF. En diciembre de 2011, 71 maternidades de las provincias de Salta, Jujuy, Buenos Aires, Córdoba, Santiago del Estero, Misiones, Mendoza y Santa Fe adhirieron a la iniciativa. Los primeros pasos en la implementación de la iniciativa permitieron consolidar los principios que la sustentan, e incluso enriquecerla con nuevos aportes, como la incorporación de la estrategia Cuidado Agudo del Recién Nacido de Riesgo y el enfoque intercultural. Este enfoque considera los aspectos sociales y culturales particulares que se manifiestan en las maternidades y servicios de salud perinatal. Farmacity en el año 2011 también se ha unido a esta iniciativa contribuyendo para que 10 maternidades ubicadas en la provincia de Buenos Aires, 2 en la provincia de Córdoba y 1 en la provincia de Catamarca puedan realizar refacciones y contar con equipamiento necesario en sus residencias. Hasta el momento ya se han realizado mejoras en maternidades de Catamarca, Buenos Aires y en la Provincia de Córdoba fue en el Hospital Nuestra Señora de la Misericordia y el Hospital Materno Neonatal Ramón Carrillo.

La Maternidad Segura y Centrada en la Familia se sustenta en 5 ejes conceptuales y 15 principios (A. Miguel Larguía, Maternidad Segura y Centrada en la Familia, 2011). A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en

los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país; ellos son:

El 1° eje conceptual es la Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención basada en 3 principios: atención centrada en el paciente y su familia y seguridad del paciente, cambio de paradigma hacia lo humanístico y sus avales nacionales y de organismos internacionales.

El 2° eje conceptual es la protección de los derechos de la madre, padre y del hijo o hija dado por 3 principios: alineamiento con el concepto de los derechos humanos, enfrenta la inequidad y la discriminación y admite publicidad en el marco de la ética.

El 3° eje es la Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo dado por 3 principios: empodera a la familia y tiene sus beneficios agregados, es gratificante para los agentes de salud, posibilita el compromiso y participación comunitaria.

El 4° eje uso de las prácticas efectivas y seguras basado en 5 principios: sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia, búsqueda de calidad continúa, participa en el cumplimiento de los objetivos del milenio y sus resultados pueden ser cuantificados.

El 5° eje es el fortalecimiento de iniciativas Hospital Amigo de la Madre y el niño para la lactancia materna incluye el principio de las propuestas complementarias del contexto sociocultural.

Para el logro de este propósito de una atención humanizada se pretende que: las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establezcan como una de sus prioridades, se cumplimente lo siguiente:

- el equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija;
- los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado del hijo;

- las autoridades de la maternidad se comprometan a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo y convoquen a miembros de la comunidad a involucrarse y participar en actividades de voluntariado;
- el equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño;
- la institución cuente con un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna.

Estrategias para la implementación en el Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia:

- 1- Reconocer el concepto de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia como una política de la institución. Hay consenso institucional para desarrollar acciones de MCF, presupuesto destinando para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario liderando las acciones necesarias.
- 2- Brindar apoyo a la embarazada y su familia durante el Control Prenatal. Se facilita la asistencia al Control Prenatal con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se informa sobre derechos de las mujeres en el parto, sobre Lactancia Materna, Procreación Responsable y Curso de Preparación para la Maternidad.
- 3- Respetar las decisiones de las embarazadas y su familia en el trabajo de parto y parto. Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y parto, tanto normal como patológico. Se alienta a las mujeres a decidir sobre de ambulación, ingesta de líquidos, posiciones en el parto, etc. Se estimula la Lactancia Materna precoz y el vínculo temprano madre-hijo.
- 4- Priorizar la internación conjunta madre- hijo/a sano con la participación de la familia. Se evita la separación del binomio madre-hijo sanos o con patologías leves. Se facilita el acompañamiento durante la internación y la visita de padres y demás familiares.
- 5- Facilitar la inclusión de madre y padre y el resto de la familia en la internación neonatal. Padre y madres tienen ingreso irrestricto en la Internación Neonatal y se

facilita la visita de hermanos y abuelos del recién nacido internado. Se promueve el Contacto Piel a Piel y la Lactancia Materna.

6- Contar con una residencia de madres que permita la permanencia de las mismas con sus recién nacidos internados. La Residencia de Madres permite la permanencia de la mayoría de las madres de los niños internados, en un ambiente confortable, coordinado por voluntariado hospitalario.

7- Organizar el seguimiento del recién nacido sano y especialmente el riesgo luego del alta en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar. Se coordina el seguimiento alejado de los recién nacidos sanos y especialmente de aquellos de riesgo, facilitando la participación de la familia.

8- Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna. La Maternidad trabaja activamente en la promoción de la Lactancia Materna para lograr la acreditación de Hospital Amigo de la Madre y el Niño (OMS-UNICEF- Ministerio de Salud) o para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa Iniciativa.

9- Contar con un servicio de Voluntariado Hospitalario. El Voluntariado Hospitalario debe realizar acciones de apoyo a las embarazadas/madres y sus familias en todas las áreas de la Maternidad y en la Residencia de Madres.

10- Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones para la transformación en MCF. La Institución y sus Equipos de Salud reciben asesoramiento y apoyo de otras Instituciones (ONG, otras Maternidades, Gobierno, etc.) y a su vez brindan el mismo apoyo a otras Maternidades.

En la Cumbre Maternidad Segura y Centrada en la Familia, realizada en junio de 2015, se define a las MSCF como aquellas que promueven fuertemente la participación activa de la mujer y la familia a lo largo de todo el proceso de atención del embarazo, parto y seguimiento del bebé. Las MSCF contribuyen, junto a otras políticas nacionales, a la mejora de los resultados materno-perinatales y a brindar una atención adecuada y de calidad en los servicios de salud. Una maternidad es segura y centrada en la familia cuando garantiza los controles prenatales y el derecho de las mujeres a tener un parto respetado, lo que implica, entre otras cosas, elegir la posición en la que quieren tener el

bebé, estar acompañadas por la persona que ellas elijan y evitar intervenciones innecesarias. Las maternidades seguras y centradas en las familias (MSCF), además, fomentan la internación conjunta y facilitan el contacto del bebé con la familia desde el momento del nacimiento. Esta estrategia propone que las maternidades tengan una Residencia para Madres, para albergar a las mujeres que viven lejos y no tienen donde quedarse durante la internación de su hijo recién nacido; estimular la lactancia materna; hacer un seguimiento ambulatorio de la madre y el niño; y garantizar que las familias estén informadas y participen de todas las decisiones que se tengan que tomar durante el proceso de atención. (UNICEF M. d., 2015)

La UNICEF juntamente con el Ministerio de Salud de la Nación , la Maternidad Sarda y la Fundación Neonatológica; expresan que una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna. (A. Miguel Larguía, 2012)

”El nacimiento de un niño es un acontecimiento individual, familiar y social que inscribe al mismo tiempo a los padres biológicos en una función social, como padres que transmiten un nombre, una herencia cultural, no sólo un capital genético” (Brundi., 2000). La práctica de enfermería se basa en el aspecto fundamental que es implementar los cuidados holísticos conjuntamente con la tecnología; y para poder lograr este cambio en el modelo de atención de enfermería es importante adecuarlo a esta nueva filosofía del modelo humanizado de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. La actuación de la enfermeras resulta de valor incalculable para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, ya que se convierte en mediadora entre el neonato y su familia, interpreta sus necesidades y evalúa la forma en que se relaciona con el medio para ver cuál es el momento oportuno del cuidado.

Dentro de las Unidades Neonatales, el cuidado de enfermería proporcionado a los recién nacidos de edad gestacional y peso extremadamente bajos constituye un verdadero desafío (Egan). Para su sobrevivencia necesitan indudablemente de los cuidados de enfermería, de médicos especializados, de tecnología, pero sin olvidar la fundamental importancia que adquiere un ambiente humanizado, basado en una nueva filosofía del cuidado, en donde enfermería juega un rol fundamental ya que el ambiente que se debe proporcionar no sólo tiene que ser adecuado para la curación de patologías sino que además debe permitir el desarrollo emocional y el vínculo con los padres. Se establece que “la enfermera debe valorar la relación materno-filial, en la cual la madre busca el contacto visual con el niño, se interesa por él y responde a su comportamiento y necesidades (Loadermilk D; Perry, S y Bobak, I., 2000).

Las experiencias en el primer estadio del ser humano, tienen una repercusión en el desarrollo, no solo por la evolución de la inteligencia, sino también y de manera principal en los procesos de comunicación y de aprendizaje que se van viviendo a lo largo de toda la vida. En los últimos años, el desarrollo de la enfermería como profesión permitió encontrar en el cuidado individualizado y holístico una filosofía propia, basada en la humanización de la atención. Esto implica poner en juego, a favor de los recién nacidos, el conocimiento científico y técnico, acompañado de una mirada integral, sobre la base de las necesidades individuales de cada bebé como ser humano único, junto a su familia. Supone así mismo considerarlos en todas sus dimensiones: físicas, de desarrollo emocional y psico-social, y brindarles respeto sin distinción de creencias, raza o religión y que es un deber ético y moral el tener una mirada crítica sobre nuestra práctica diaria. La activa participación de los padres tiene múltiples beneficios, algunos de los principales que pueden mencionarse son los siguientes:

En primer lugar, permite ahorrar horas de enfermería neonatal, que es un recurso humano crítico pero siempre insuficiente en número. Los padres asumen tareas de fácil aprendizaje, como profilaxis del cordón umbilical, higiene del recién nacido y en las situaciones en el que él recién nacido sea prematuro, los padres aprenden a alimentar a sus bebés por sonda nasogástrica, estos recién nacidos pre terminodeben ser alimentados cada dos horas con esta técnica hasta que son capaces de alimentarse por

succión. De esta manera, las enfermeras, liberadas de esta tarea, pueden ocuparse más eficientemente de los pacientes más críticos.

En segundo lugar, incrementa el porcentaje de alimentación a pecho hasta el alta en recién nacidos prematuros; las madres con permanencia continua extraen su leche varias veces al día en sectores especiales acondicionados para tal fin. Al momento del alta mantienen la lactancia y por eso, más del 80% de los recién nacidos de muy bajo peso egresan con alimentación a pecho, una de las más reconocidas medidas para disminuir la mortalidad infantil.

En tercer lugar, implementa el monitoreo multiparamétrico de los hijos, que permite la detección precoz de apneas, respiración periódica, cambios de coloración, de tono muscular, de llanto y de tolerancia a la alimentación. Los padres por su permanencia continua conocen rápidamente el estado de sus hijos y detectan los cambios.

Los requisitos para una maternidad segura y centrada en la familia (MSCF) se dan a través del ingreso del padre y la familia al servicio de internación conjunta y el ingreso irrestricto de los padres en las UTIN, a través de la participación activa en el cuidado de sus hijos, fomentando el vínculo temprano y la salida transitoria de la incubadora para el contacto piel a piel (COPAP) madre/padre/hijo; esto reduce el stress de la madre y del niño. Se debe Brindar información a los padres sobre sus derechos en el cuidado, las medidas de higiene, el estado de salud de su hijo en forma permanente asumiendo roles progresivos por capacitación, y la visita programada de la familia (abuelos-hermanos), contención de los padres en situaciones de crisis; equipo multidisciplinario, apoyo personalizado por un servicio de voluntarias de la comunidad y promoción de la lactancia materna de acuerdo a la iniciativa.

Contar con una Residencia/Hogar para embarazadas y madres, para brindar alojamiento a embarazadas que viven en domicilios alejados o con dificultades de transporte; portadoras de algún riesgo en su embarazo, que no requieren ser internadas por su patología actual, pero que justifica su alojamiento cercano a la Maternidad. Estos casos deberán seleccionarse entre mujeres con fecha Probable de Parto cercana y con antecedentes tales como grandes multíparas, partos prematuros previos, cesáreas previas, etc. Otro grupo de embarazadas que pueden utilizar la Residencia son aquellas

con problemas socio familiares que requieran contención. Los beneficios que presenta la residencia en un hospital son que evita la separación madre – hijo en momentos críticos, para fortalecer la autoestima de madres afectadas por sus partos prematuros o las enfermedades de sus hijos.

El área de salud y el modelo propuesto por UNICEF está contribuyendo en esta transformación a través de actividades de capacitación profesional en gestión, derechos de servicios y de la niñez, seguridad de atención, y en el seguimiento de niños nacidos prematuros de alto riesgo. También se está cooperando con otras organizaciones para la implementación de planes y programas que garantizan la calidad de atención y la detección de riesgos promoviendo la participación ciudadana e intercultural. Asimismo se contribuye al desarrollo y fortalecimiento de sistemas de monitoreo de la calidad de estos servicios para mejorar la demanda calificada de la población.

Durante los años 2011 y 2012, se realizó el diagnóstico de la cultura organizacional de 29 maternidades con más de 1000 partos de la provincia de Buenos Aires. Los objetivos de este diagnóstico fueron a) sistematizar los conocimientos, las valoraciones y las prácticas de los equipos de salud relativos a MSCF; b) identificar las barreras y los facilitadores para la implementación de esta iniciativa y evaluar sus condiciones de factibilidad; y c) construir una línea de base para monitorear los cambios que se fueran produciendo en la cultura organizacional de cada institución a medida que el modelo se consolidara. (Lic. Silvina Ramosa, 2015). En 2012 se relevaron 73 de las 95 maternidades Argentinas sumadas al proyecto de MCSF, revelo que 31 no disponía de residencias para madres y otras maternidades que sí disponían de residencias, necesitaban mejoras edilicias y equipamiento. En 2013, en las maternidades se atendieron más de 1.000 partos por año, en 10 provincias prioritarias.

La meta para 2015 es que 80 maternidades con más de 1.000 partos estén adheridas a la iniciativa MSCF. Hasta la fecha, existen 95 maternidades públicas que se suman a la propuesta de estar centradas en la familia. Actualmente, 5 de cada 10 niños/as nacen en una maternidad del sector público que se comprometió y está trabajando para transformarse en MSCF (UNICEF).

La incorporación del lo anteriormente expuesto supone un arduo trabajo, en donde el personal de enfermería es el nexo principal entre la familia, el paciente y el resto del equipo de salud para la adhesión al modelo; para llegar a esta incorporación se requiere de acciones palabra que se define como actos que realiza una persona o un grupo a favor de una causa que se considera justa y que afecta positivamente a otros individuos que se encuentran, en algún aspecto, en desigualdad de condiciones.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE

Variable: - Acciones implementadas en el cuidado de neonatos y familia dirigidas a incorporar el modelo de maternidades seguras y centradas en la familia que utilizan las enfermeras.

Acciones de la enfermera basada en los ejes conceptuales y principios de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia:

- Reconoce el modelo MSCF y establece como una de sus prioridades para la atención de los bebés.
- Informa a las madres y familia sobre sus derechos y los de su hijo o hija.
- Incorpora a los padres para que asuman un papel protagónico en el cuidado.
- Permite la permanencia continua de los padres en la unidad.
- Adopta prácticas efectivas y seguras.
- Promueve la lactancia materna.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se realizó mediante un tipo de estudio descriptivo y transversal. Fue descriptivo porque permitió describir las acciones implementadas en el cuidado de neonatos y familias dirigidas a incorporar el modelo de maternidades seguras y centradas en la familia que utilizan las enfermeras del Hospital Misericordia Nuevo siglo en la ciudad de Córdoba y fue transversal porque se midió la variable en una sola oportunidad, en los meses de Octubre a Diciembre de 2016.

La variable “Acciones implementadas en el cuidado de neonatos y familia dirigidas a incorporar el modelo de maternidades seguras y centradas en la familia que utilizan las enfermeras”, fue definida operacionalmente en dimensiones e indicadores de la siguiente manera.

DERECHOS DE LOS PADRES, FAMILIA Y DEL NIÑO INTERNADO EN NEONATOLOGÍA

- Da a conocer sobre el ingreso irrestricto de la madre/padre, su permanencia continua y su participación activa en el cuidado del niño.
- Comunica sobre días y horarios de ingreso de los hermanos y abuelos a los sectores de internación.
- Utiliza un lenguaje sencillo y claro para comunicarse con los familiares y comprueba que lo que se transmite sea comprendido.
- Permite en la unidad la presencia de imágenes y objetos referentes a la religión o creencias.
- Permite el ingreso de líderes religiosos de la familia para la realización de rituales como bautismo y oración de sanación por preferencia de la familia.

EL PAPEL PROTAGÓNICO DE LOS PADRES EN EL CUIDADO

- Realiza el entrenamiento de técnica de higiene de manos en los padres antes del ingreso a la unidad.

- Permite que los padres realicen procedimientos de baja complejidad para el cuidado de su hijo (alimentación por gavage, higiene, cambio de pañales, profilaxis del cordón umbilical)
- Promueve y facilita que los padres acaricien a sus hijos

LA PERMANENCIA DE LOS PADRES EN LA UNIDAD DE INTERNACIÓN DE SU HIJO/A.

- Se presenta formalmente ante los padres por su nombre y apellido dando a conocer que va a estar a cargo del cuidado de su hijo/a
- Facilita la permanencia continua de los padres en la unidad durante las 24 hs.
- Explica los procedimientos, cuidados a realizarse en el niño/a
- Permite que los padres expresen sus sentimientos, dudas o necesidades sobre el estado de su hijo/a
- Brinda y facilita la interconsulta psicológica
- Comunica a los padres sobre las novedades en relación a los cuidados que se realizan en caso de ausencia de los mismos

LAS PRÁCTICAS SEGURAS Y EFECTIVAS

- Permite la salida transitoria del bebe de la incubadora para la implementación del contacto piel a piel con la madre o padre cuando el bebe se encuentre estable.
- Controla la correcta y segura identificación del recién nacido (pulsera identificadora, cartel con nombre y apellido en la unidad.
- Observa el cumplimiento del lavado de manos de los padres
- Evita el estrés de los neonatos asegurando un ambiente tranquilo y silencioso disminuyendo el ruido de alarmas y luces directa sobre la incubadora
- Respetar los periodos de sueño y alimentación de los bebes.
- Provee analgesia para los procedimientos dolorosos (farmacológicos, succión al pecho materno, soluciones azucaradas al 5%)
- Vigila los niveles de saturación según recomendaciones para edad gestacional.
- Informa a la mama que al sacar al bebe de la incubadora debe vestirlo y abrigarlo para conservar su temperatura corporal.

- Existen espacios en el horario de trabajo destinado al análisis de eventos adversos
- Los protocolos del servicio se implementan dentro del marco del modelo con el consentimiento de la madre y en presencia de ella para que permita contener al niño en caso de técnica invasiva y dolorosa.

LA LACTANCIA MATERNA.

- Brinda información a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna.
- Informa sobre los cuidados que debe tener la mama sobre sus pechos y técnica para la formación del pezón.
- Brinda información sobre extracción de leche si lo requiriera, formas para su conservación y transporte de la leche materna.
- Permite y facilita la estimulación de la succión en el bebe con el pecho materno; dedo de la madre o dedo enguantado del enfermero, antes que el biberón.
- Ayuda a adoptar técnicas adecuadas de amamantamiento.
- Aclara dudas o inquietudes que tienen las madres especialmente las primerizas.

La población estuvo conformado por cincuenta (50) enfermeros de ambos sexos, de distintas edades, treinta y cinco (35) profesionales enfermeros que desempeñan sus funciones en el servicio de Neonatología y quince (15) enfermeros pertenecientes al servicio de Internación Conjunta del Hospital Misericordia “Nuevo siglo” en los 3 turnos (mañana, tarde y noche) durante la jornada completa.

Para la recolección de datos se empleó una fuente primaria ya que la información se obtuvo mediante el contacto directo de las investigadoras con los enfermeros. Como instrumento se utilizó, una listade cotejopara el servicio de neonatología y otra para el servicio de internación conjunta debido a que fue necesaria la anulación de ciertos indicadores al no encontrarse presentes en las acciones de los enfermeros de dicho servicio, según se evidenció en la prueba piloto. (Anexo)

Este instrumento permitió recolectar los datos identificatorios y la adecuación con la medición de la variable que demandó el estudio. A los fines de demostrar si el instrumento de recolección de datos cumplía con las premisas de confiabilidad y validez, se realizó una prueba piloto del instrumento, aplicada a dos (2) enfermeros que trabajan en el servicio de neonatología y el servicio de internación conjunta. Los mismos fueron elegidos al azar y no formaron parte de la población definitiva.

La recolección de datos se realizó previa autorización de los directores del Hospital, Comité de Capacitación y Docencia y Jefatura del Departamento de Enfermería; el mismo se llevó a cabo mediante una nota por escrito; además se contó con el consentimiento informado en forma escrita de los enfermeros que participaron del estudio informándolos porque y para que se realizó dicho estudio (Anexo)

Los datos fueron recolectados en los servicios mencionados de dicho hospital en los tres turnos de trabajo. La observación se llevó a cabo a través de la lista de cotejo durante los días lunes, miércoles y viernes en los meses de octubre- diciembre. Se comunicó al personal que sería observado en tres oportunidades, por tres observadoras. Las observaciones fueron fijadas en el horario de jornada completa.

Para efectuar el procesamiento de datos, se procedió de la siguiente manera:

Se realizó la observación directa con la información proveniente de la lista de cotejo y se adjudicó un valor numérico individual a cada acción observada, 2 (dos) puntos a cada acción implementada y 0 (cero) puntos a la acción no implementada, con un total de 60 puntos a la lista de cotejo N°1 y un total de 48 puntos en la lista de cotejo N°2 (Anexo)

Tomando en cuenta cada una de las dimensiones, en la lista de cotejo utilizada en el servicio de Neonatología se determinaron parámetros para establecer si las acciones se implementan o no:

-Respeto e informa a la madre y familia sobre sus derechos y los de su hijo/a: cuenta con (5) indicadores o acciones a observar. Se categorizó entre 0-4 puntos: no se implementaron y desde 5-10 si se implementaron dicha dimensión.

-Incorpora a los padres para que asuman un papel protagónico en el cuidado. Cuenta con 3 indicadores donde se categorizo entre 0-3 puntos si no implementaron y desde 4-6 puntos si se implementaron.

-Permite la permanencia continua de los padres en la unidad. Cuenta con 6 (seis) acciones a observar. Donde la categorización fue de 0-6 puntos si no se implementaron y desde 7-12 puntos si se implementó dicha dimensión.

-Adopta prácticas efectivas y seguras. Cuenta con 10 (diez) indicadores a observar, la categorización fue entre 0-10 puntos si no se implementaron y desde 11-20 si se implementaron.

-Promueve la lactancia materna. Cuenta con 6 acciones a observar, las cuales se categorizo entre 0-6 las que no se implementaron y desde 7-12 si se implementaron.

En la lista de cotejo utilizada en el servicio de internación conjunta se determinaron parámetros para establecer si las acciones se implementan o no (Anexo)

-Respeta e informa a la madre y familia sobre sus derechos y los de su hijo/a: cuenta con cuatro (4) indicadores o acciones a observar. Se categorizo entre 0-5 puntos: no se implementaron y desde 6-8 si se implementaron dicha dimensión.

-Incorpora a los padres para que asuman un papel protagónico en el cuidado. Cuenta con tres (3) indicadores donde se categorizo entre 0-3 puntos si no implementaron y desde 4-6 puntos si se implementaron.

-Permite la permanencia continua de los padres en la unidad. Cuenta con cuatro (4) acciones a observar. Donde la categorización fue de 0-5 puntos si no se implementaron y desde 6-8 puntos se implementaron dicha dimensión.

-Adopta prácticas efectivas y seguras. Cuenta con siete (7) indicadores a observar, la categorización fue entre 0-7 puntos si no se implementaron y desde 8-14 si se implementaron.

-Promueve la lactancia materna. Cuenta con 6 acciones a observar, las cuales se categorizo entre 0-6 las que no se implementaron y desde 7-12 si se implementaron.

El análisis de datos fue a través de la estadística descriptiva, la cual permitió describir la variable en estudio.

Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos específicos planteados en el estudio, con las tablas y gráficos correspondientes a las características de la población y dimensiones de la variable.

CAPITULO III

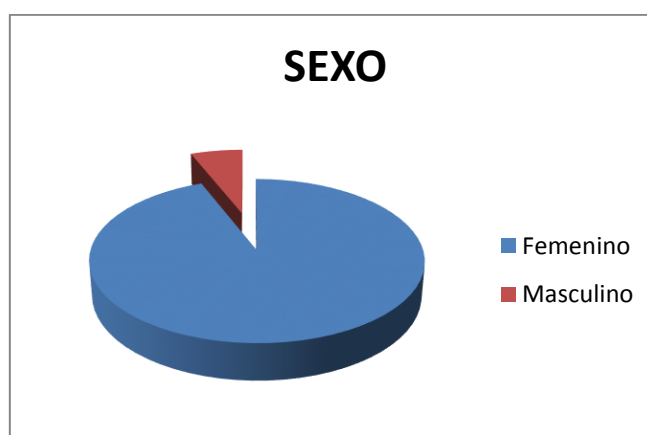
RESULTADOS

TABLA "A"

Sexo de los enfermeros del servicio de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia de la ciudad de Córdoba, año 2016.

SEXO	F	%
Femenino	47	94%
Masculino	3	6%
Total	50	

Fuente: Lista de Cotejo



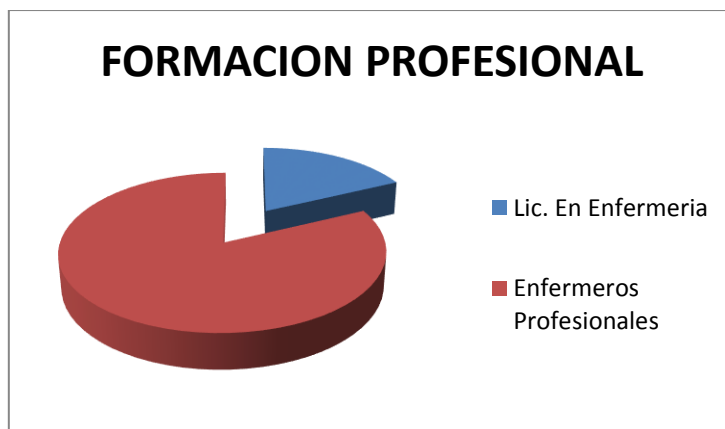
Comentario: Se observa que en los Servicios de Neonatología e Internación Conjunta prevalece el sexo femenino con un porcentaje de 94% de la población en estudio.

TABLA "B"

Formación profesional de los enfermeros del servicio de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia de la ciudad de Córdoba, año 2016.

Formación Profesional	F	%
Lic. En Enfermería	9	18%
Enfermero Profesional	41	82%
Total	50	100%

Fuente: Lista de Cotejo.



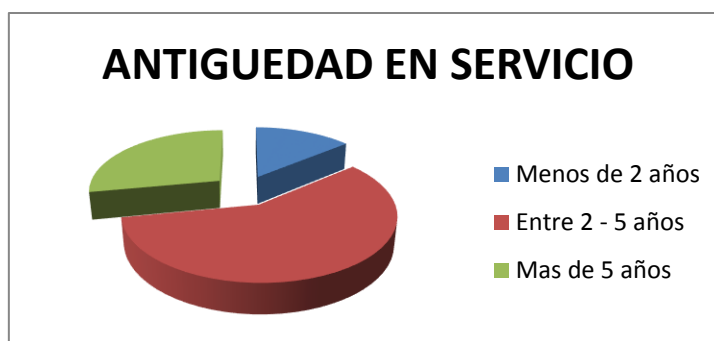
Comentario: El 82% de la población posee título de profesional de enfermería y el 18% son licenciados en enfermería.

TABLA "C"

Antigüedad en el servicio de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia de la ciudad de Córdoba, año 2016.

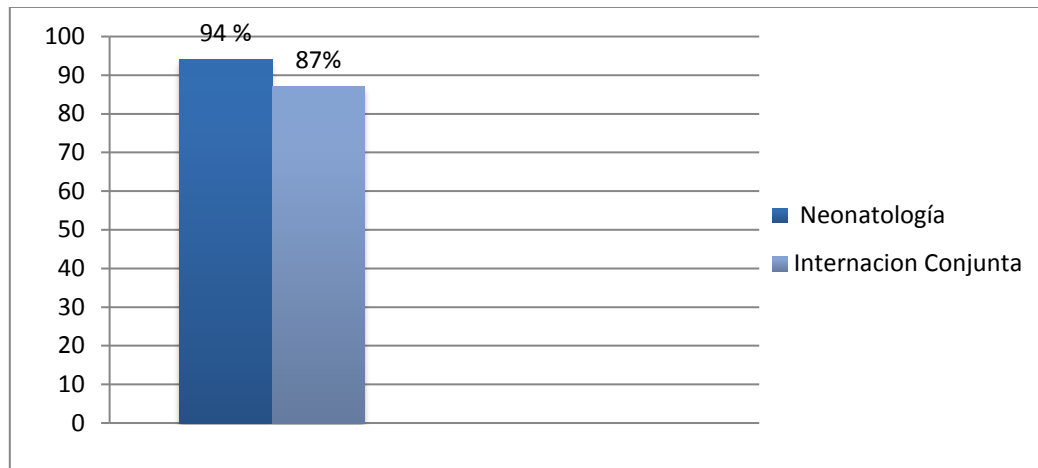
Antigüedad en el servicio	F	%
Menos de 2 años	7	14
Entre 2 – 5 años	29	58
Más de 5 años	14	28
Total	50	100

Fuente: Lista de Cotejo.



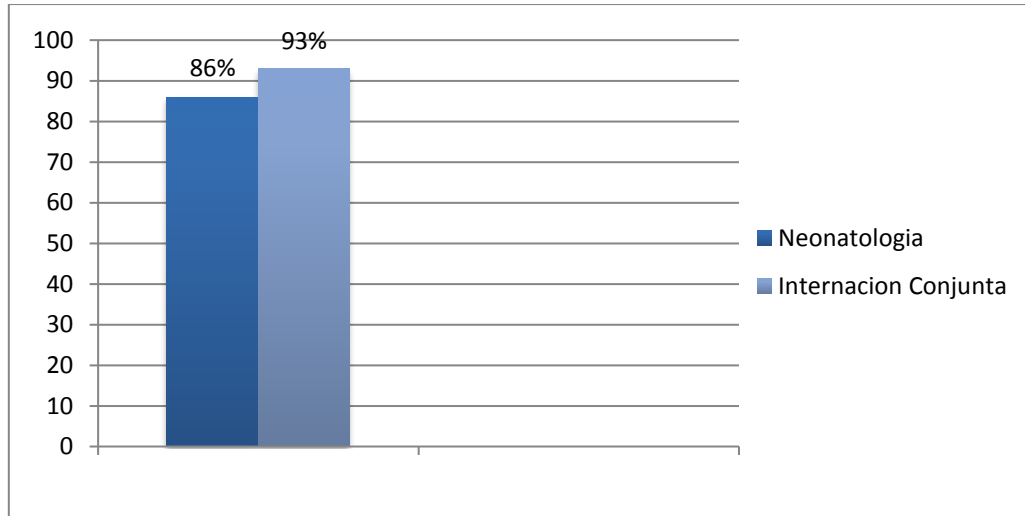
Comentario: El 58% de la población tiene un tiempo en el servicio entre 2 – 5 años, el 28% más de 5 años y el 14% menos de 2 años.

GRAFICO N° 1: Enfermeros que implementan acciones que respeten e informen a la madre y familia sobre sus derechos y los de sus hijo/a, en los servicios de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Córdoba Octubre/Diciembre de 2016.



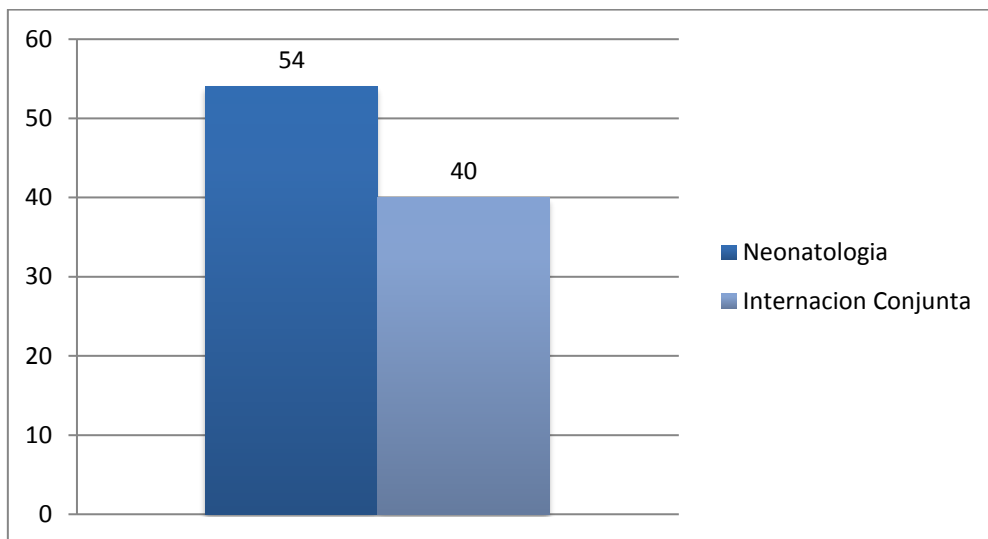
Comentario: del total de la poblacion estudiada, se consideró los enfermeros que realizan dichas acciones cuando han obtenido un puntaje de 5-10 puntos del total de 5 indicadores, en el servicio de neonatología y de 6-8 puntos del total de 4 indicadores, en el servicio de Internación Conjunta. Ver tabla maestra (anexo)

GRAFICO N° 2: Enfermeros que implementan acciones para que los padres asuman un papel protagónico en el cuidado de su hijo en los servicios de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Córdoba Octubre/Diciembre de 2016.



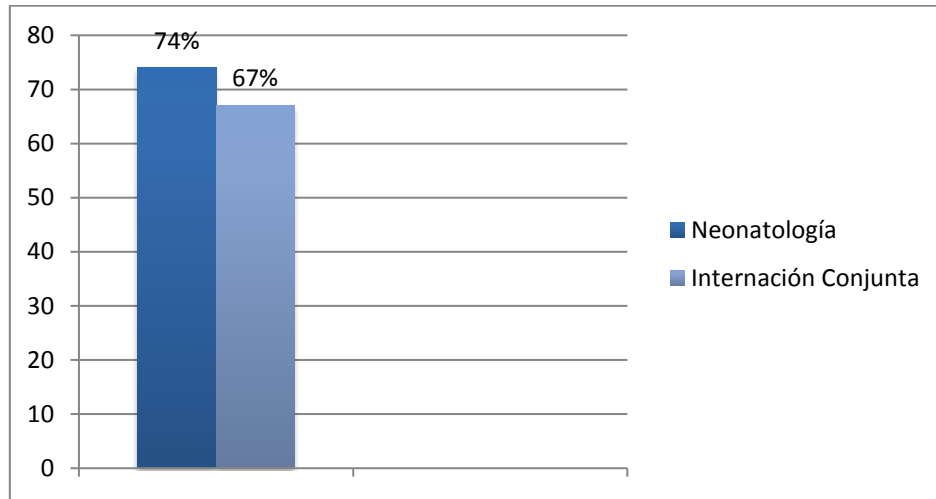
Comentario: Se considera a los enfermeros que realizan dichas acciones cuando han obtenido los puntajes de 4-6 puntos del total de 3 indicadores en ambos servicios. Ver tabla maestra (anexo)

GRÁFICO N° 3: Enfermeros que implementan acciones que permiten la permanencia continúa de los padres en la unidad en los servicios de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Córdoba Octubre/Diciembre de 2016.



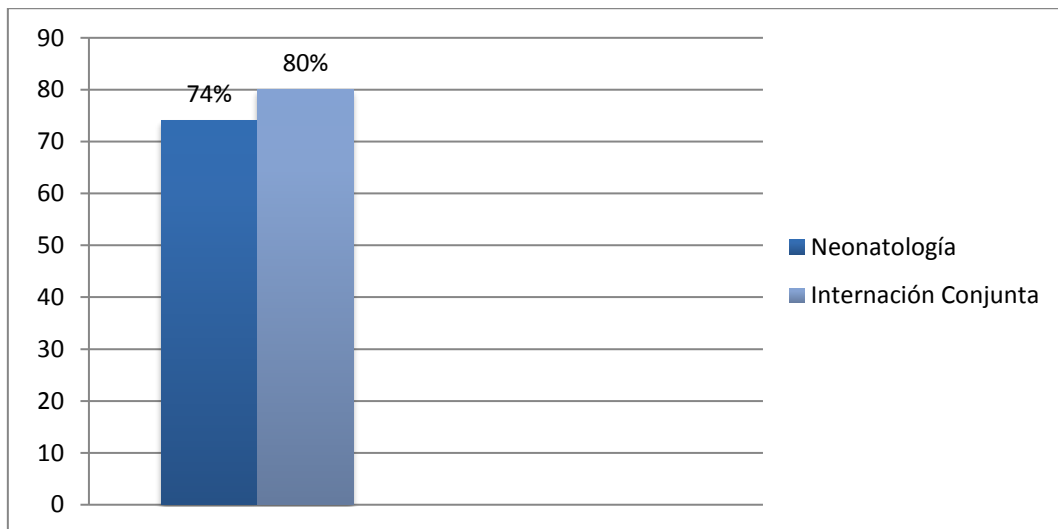
Comentario: con respecto a las acciones que favorecen la permanencia continua, el 54% correspondiente al servicio de Neonatología obtuvo un puntaje de 7-12 puntos de 6 indicadores; y el 40% del servicio de Internación Conjunta obtuvo un puntaje de 6-8 de 4 indicadores. Ver tabla maestra (anexo)

GRAFICO N° 4: Enfermeros que implementan acciones de prácticas efectivas y seguras, en los servicios de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Córdoba Octubre/Diciembre de 2016.



Comentario: el 74% de los enfermeros del servicio de neonatología implementan practicas seguras y efectivas ya que han obtenido un puntaje de 12 a 20 puntos del total de 10 indicadores, y el 67% correspondiente al servicio de interna ion conjunta obtuvo un puntaje de 8-14 puntos del total de 7 indicadores. Ver tabla maestra (anexo)

GRAFICO N°5: Enfermeros que implementan acciones para promover la lactancia materna, en los servicios de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia Nuevo Siglo. Córdoba Octubre/Diciembre de 2016.



Comentario: Se considera a los enfermeros de ambos servicios que implementan dichas acciones cuando han obtenido un puntaje de 7-12 puntos del total de 6 indicadores. Ver tabla maestra (anexo)

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El presente estudio se fundó en conocer cuáles son las acciones en el cuidado del neonato y su familia dirigidas a incorporar en modelo de la Maternidad Segura y Centrada en la familia que utilizan las enfermeras de los Servicios de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia de la ciudad de Córdoba.

Para el logro de los objetivos propuestos, en el presente informe se trabajó con una población de 50 enfermeros, 35 correspondientes al servicio de Neonatología y 15 al servicio de Internación Conjunta, con edades entre 23 a 63 años, con antigüedad laboral mayor a dos años.

La maternidad segura centrada en la familia (MSCF) se define como una cultura organizacional que reconoce a los padres y miembros de la familia mas el equipo de salud, como protagonistas de la atención y define la seguridad del cuidado como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; fomenta la participación y colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su bebe; implementa practica seguras y de probada efectividad (UNICEF,2015).

En este sentido se encontró que El 94% de los enfermeros del servicio de Neonatología y el 87% de los enfermeros del servicio de Internación Conjunta informan a las madres y familia sobre sus derechos y los de su hijo o hija ya que dan a conocer sobre el ingreso irrestricto de la madre/ padre, permiten su permanencia continua y su participación activa en el cuidado del niño; comunican sobre días y horarios de ingreso de los hermanos y abuelos a los sectores de internación; utilizando un lenguaje sencillo y claro para comunicarse con los familiares y comprueban q lo que se transmite sea comprendido también permiten en la unidad la presencia de imágenes y objetos, referentes a la religión o creencias de la familia; además permiten el ingreso de líderes religiosos de la familia (pastor, sacerdote, rabino, lama) para le realización de rituales como bautismo u oración de sanación por preferencia de la familia. En la realización de estas acciones los enfermeros están contribuyendo a la promoción y protección de los derechos humanos, al más alto goce posible de salud de mujeres, madres y niños, tal como lo concibe la Organización Panamericana de la Salud, cuando enuncia que la maternidad segura no se refiere al funcionamiento o infraestructura de establecimientos de salud, sino a la promoción y protección de los derechos universales (OPS, 2012)

Se encontraron datos que indican que las enfermeras/os realizan acciones orientadas a incorporar a los padres para que asuman un papel protagónico en el cuidado de su hijo/a, se observó que el 86% de los enfermeros del servicio de Neonatología y el 93% del servicio de Internación Conjunta realizan acciones tales como: el entrenamiento de técnica de higiene de manos en los padres antes del ingreso a la unidad; permiten que éstos realicen procedimientos de baja complejidad para el cuidado de su hijo

(alimentación por gavage, higiene, cambio de pañales, profilaxis del cordón umbilical); promoviendo y facilitando que acaricien a sus hijos. Con la realización de estas acciones la enfermera contribuye a promover la participación y colaboración de los padres en la protección de la mujer y su hijo, empoderando a la familia. (A. Miguel Largaia, Maternidad Segura y Centrada en la Familia, 2011)

En cuanto a si la enfermera permite la permanencia continua de los padres en la unidad, el 54% de de los enfermeros del servicio de Neonatología y el 40% de los enfermeros del servicio de Internación Conjunta, realizan las siguientes acciones: se presentan formalmente ante los padres por su nombre y apellido dando a conocer que va a estar a cargo del cuidado de su hijo/a; facilitan la permanencia continua de los padres en la unidad durante las 24 hs; explican los procedimientos y cuidados a realizarse en el niño/a; además permiten que los padres expresen sus sentimientos, dudas o necesidades sobre el estado de su hijo/a; brindan y facilitan la interconsulta con psicología; comunican a los padres sobre las novedades en relación a los cuidados que se realizan en caso de ausencia de los mismos. Al realizar estas acciones el equipo de enfermeros de ambos servicios está contribuyendo a facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación conjunta y neonatal que es uno de los requisitos para el logro de una maternidad segura y centrada en la familia (A. Miguel Largaia, Maternidad Segura y Centrada en la Familia, 2011)

Por otro lado, tanto en el servicio de Neonatología (67%) como en el de Internación Conjunta (74%) las enfermeras realizan prácticas efectivas y seguras, ya que permiten la salida transitoria del bebe de la incubadora para la implementación del contacto piel a piel con madre/padre cuando él bebe se encuentra estable; controlan la correcta y segura identificación del recién nacido (pulsera identificadora, cartel con nombre y apellido en la unidad); observan el cumplimiento del lavado de manos de los padres, evitan el stress de los neonatos asegurando un ambiente tranquilo y silencioso disminuyendo el ruido de alarmas y luces directa sobre la incubadora; respetan los períodos de sueño y alimentación de los bebés; proveen analgesia para los procedimientos dolorosos (farmacológicos, succión al pecho materno o soluciones azucaradas al 5%); vigilan los niveles de saturación de oxígeno según recomendaciones para edad gestacional; informan la mama que al sacar él bebe de la incubadora debe vestirlo y abrigarlo para conservar su temperatura corporal. Contribuyendo a que las prácticas sean realizadas de manera segura y efectiva, existen espacios en el horario de trabajo destinado al análisis de los eventos adversos y los protocolos del servicio se implementan dentro del marco del modelo con el consentimiento de la madre y en presencia de ella para que permita contener al niño en caso de técnica invasiva y dolorosa. Con estas acciones se están cumplimentando con otro de los requisitos para una maternidad segura y centrada en la familia, en donde las intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia. (A. Miguel Largaia, Maternidad Segura y Centrada en la Familia, 2011)

Por último los datos arrojaron que el 74% de los enfermeros del servicio de Neonatología y el 80% de los enfermeros del servicio de Internación Conjunta promueven la lactancia materna brindando información a la madre sobre los beneficios de ésta; informan sobre los cuidados que debe tener la mamá sobre sus pechos y técnicas para la formación del pezón; brindan información sobre la extracción de leche si lo requiriera, formas para su conservación y transporte de la leche materna; permiten y facilitan la estimulación de la succión en el bebé con el pecho materno antes que el biberón; ayudan a adoptar técnicas adecuadas de amamantamiento; aclaran dudas o inquietudes que tienen las madres especialmente las primerizas. Con estas acciones es evidente que las enfermeras entran trabajando activamente en la promoción de la lactancia materna tal como orienta la OMS-UNICEF y el ministerio de salud de la nación Argentina.

CONCLUSION

A modo de conclusión los datos que se han obtenido muestran que los enfermeros del servicio de Neonatología e Internación Conjunta del Hospital Misericordia Nuevo Siglo, realizan acciones en las cuales incorporan los 5 ejes conceptuales y sus respectivos principios del Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

Para potenciar, en el marco de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia, las acciones humanísticas de los enfermeros y puedan brindar cuidados de calidad contribuyendo a disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil y beneficiar el empoderamiento de la familia se recomienda que el equipo de enfermeros de ambos servicios:

- Pauten encuentros en donde expresen abiertamente cuestiones percibidas como negativas o positivas en la implementación del modelo y expongan su ideología con respecto a dicho modelo.
- A la institución y a la jefatura de enfermería de los servicios de Neonatología e Internación conjunta la programación de encuentros anuales en donde se informe las actualizaciones y el impacto que ha tenido la implementación del modelo en los servicios.
- Refuercen en los servicios de Neonatología e Internación Conjunta, los contenidos de las guías de maternidad segura y centrada en la familia, mediante métodos didácticos.
- Brindar capacitación a personal de reciente ingreso, de ambos servicios, respecto a la Maternidad Segura y Centrada en la Familia y como ésta repercute en el trinomio madre-padre-hijo/a.
- Que participen en el comité de seguridad del paciente de la institución con la iniciativa de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- A. Miguel Larguía, M. A. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), con enfoque intercultural*. Buenos Aires.
- A. Miguel Larguía, M. A. (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia*. Obtenido de http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf.
- Brudi, M. G. (2000). *Humanizacion en la atencion neonatal. Revista del Hospital Materno Infantil Ramon Sardá*. Obtenido de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=91219407>
- Correa, F. S. (2013). *Experiencias de los Comités de Ética Asistencial en España y Latinoamérica*. Obtenido de http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/FLC_CASOS_CEA_FELAIBE.pdf
- Del Moral M., B. E. (2010). *Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. Boletín Pediátrico*. Obtenido de https://www.sccalp.org/documents/0000/1648/bolpediatr2010_50_supl1_39_42.pdf
- Egan, F. (s.f.). *El abc del cuidado de enfermería en bebés prematuros extremos*. Obtenido de <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/EL%20ABC%20DEL%20CUIDADO%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
- Graciela Uriburu, R. M. (2008). *Modelo de Maternidad Centrada en la Familia*.
- Gutierrez M., L. C. (s.f.). *Experiencia institucional relacionada con el contacto piel a piel*. Obtenido de <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/ENFERMERIA%20Neonatal%209%20FINAL%204.pdf>
- <http://estadistica.cba.gov.ar/Sociedad/Salud/tabid/111/language/es-AR/Default.aspx>. (2015). Obtenido de http://web2.cba.gov.ar/actual_web/estadisticas/Documentos_Estadisticos_2015.pdf.
- Larguía, A. M., Lomuto, C. C., & González, M. A. (2006). *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*. Obtenido de http://www.sarda.org.ar/Institucional/Modelo_Sarda/Iniciativa_Maternidades_Centradas_en_la_Familia.
- Lic. Silvina Ramos, D. M. (2015). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia*. Buenos Aires.
- Lucchini Raies, C. M. (2012). *Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012003300007
- OMS, O. M. (1985). *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento- Declaracion de fortaleza*. Obtenido de http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf.
- OPS, O. P. (2012). http://www.ops.org.bo/textocompleto/eventos/2012/Iniciativa_Mortalidad_Materna.pdf.
- Solá, A. (2011). *"Cuidados Neonatales descubriendo la vida de un Recien Nacido"*. C.A.B.A.: Edimed.
- UNICEF. (s.f.). http://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_21378.htm.
- UNICEF, M. d. (2015). *Cumbre Maternidad Segura Centrada en la Familia*. Obtenido de <http://unicefcampusvirtual.org.ar/salud/cumbre-maternidad-segura-centrada-en-la-familia/>.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE MISERICORDIA"

DATOS DEL PROFESIONAL:

Nombre y apellido:

D.N.I:

Matricula Profesional:

Requisitos especiales (Idioma/ método de comunicación):

Sr. PROFESIONAL:

*Este documento **NO** reemplaza la información que usted debe proveer a los padres o personas entrevistadas como parte de la relación clínica, es solo la documentación de que esa conversación fue realizada y de la decisión que ha sido tomada.*

Sr/a:

- **LEA** por favor este formulario cuidadosamente y con atención.
- Si Ud. tiene **cualquier** otra pregunta más realícela, estamos aquí para ayudarle.
- Ud. tiene el derecho de cambiar su parecer en cualquier momento, inclusive después de firmado este consentimiento.

Yo,..... D.N.I..... doy mi consentimiento para que se me realice una observación; se me ha explicado en qué consiste y qué objetivos se buscan con la misma.

De igual modo, la enfermera/o observador/a me aclaró las alternativas, implicancias y el fin con que será utilizada la información, por lo que declaro:

- Entender que quien me realice la observación será un profesional calificado y capacitado para realizarlo.
- Entender que tendré derecho de cambiar de opinión respecto de ser observada/o.
- Entiendo que la información que brindaré será sólo utilizada a los fines de la investigación y que serán protegidos mis derechos de confidencialidad y anonimato.
- Se me ha informado de manera clara y con un lenguaje apropiado y entendible para mi persona.

Pude realizar las preguntas que supuse necesarias e importantes para mí y me fueron respondidas de manera clara y satisfactoria.

Declaro comprender todo lo anterior y sentirme satisfecho al respecto.

Firma del entrevistado

Aclaración

D.N.I

LUGAR Y FECHA -----

Firma del Profesional
Entrevistador

Aclaración

D.N.I

HOSPITAL MISERICORDIA “NUEVO SIGLO”
Herramienta: Lista de Cotejo N°1 – Servicio de Neonatología

DATOS IDENTIFICATORIOS

Sujeto N°: _____

Formación en el área: _____

Edad: _____

Turno: _____

Tiempo en el servicio: _____

N°	CARACTERISTICAS A OBSERVAR/ ASPECTOS A EVALUAR	CATEGORIAS						
		1° observación		2° observación		3° observación		
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
A	Respeto e informa a la madre y familia sobre sus derechos y los de su hijo/a.	1_ Da a conocer sobre el ingreso irrestricto de la madre/ padre, su permanencia continua y su participación activa en el cuidado del niño.						
		2_ Comunica sobre días y horarios de ingreso de los hermanos y abuelos a los sectores de internación.						
		3_ Utiliza un lenguaje sencillo y claro para comunicarse con los familiares y comprueba que lo que se transmite sea comprendido.						
		4_ Permite en la unidad la presencia de imágenes y objetos referentes a la religión o creencias en la familia (rosarios, estampitas, esculturas, cintilla roja en la frente o muñeca del niño).						

		5_ Permite el ingreso de líderes religiosos de la familia (pastor, sacerdote, rabino, lama) para la realización de rituales como bautismo u oración de sanación por preferencia de la familia							
B	Incorpora a los padres para que asuman un papel protagónico en el cuidado.	1_ Realiza el entrenamiento de técnica de higiene de manos en los padres antes del ingreso a la unidad.							
		2_ Permite que los padres realicen procedimientos de baja complejidad para el cuidado de su hijo (alimentación por gavage, higiene, cambio de pañales, profilaxis del cordón umbilical.							
		3_ Promueve y facilita que los padres acaricien a sus hijos.							
C	Permite la permanencia continua de los padres en la unidad.	1_ Se presenta formalmente ante los padres por su nombre y apellido dando a conocer que va a estar a cargo del cuidado de su hijo/a.							
		2_ Facilita la permanencia continua de los padres en la unidad durante las 24 horas.							
		3_ Explica los procedimientos y cuidados a realizarse en el niño/a.							
		4_ Permite que los padres expresen sus sentimientos, dudas o necesidades sobre el estado de su hijo/a.							

		5_ Brinda y facilita la interconsulta con Psicología.						
		6_ Comunica a los padres sobre las novedades en relación a los cuidados que se realizan en caso de ausencia de los mismos.						
D	Adopta prácticas efectivas y prácticas seguras.	1_ Permite la salida transitoria del bebé de la incubadora para la implementación del contacto piel a piel con madre/padre cuando el bebé se encuentra estable.						
		2_ Controla la correcta y segura identificación del recién nacido (pulsera identificadora, cartel con nombre y apellido en la unidad).						
		3_ Observa el cumplimiento del lavado de manos de los padres.						
		4_ Evita el stress de los neonatos asegurando un ambiente tranquilo y silencioso disminuyendo el ruido de las alarmas y luces directas sobre la incubadora.						
		5_ Respeta los periodos de sueño y alimentación de los bebés.						
		6_ Provee analgesia para los procedimientos dolorosos (farmacológicos, succión al pecho materno o soluciones azucaradas al 5%).						

		7_ Vigila los niveles de saturación de oxígeno según recomendaciones para la edad gestacional.							
		8_ Informa a la mamá que al sacar al bebé de la incubadora debe vestirlo y abrigarlo para conservar su temperatura corporal.							
		9_ Existen espacios en el horario de trabajo destinados al análisis de eventos adversos.							
		10_ Los protocolos del servicio se implementan dentro del marco del modelo con el consentimiento de la madre y en presencia de ella para que permita contener al niño en caso de técnica invasiva y dolorosa.							
E	Promueve la lactancia materna, modelo iniciativa de HAMN	1_ Brinda información a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna.							
		2_ Informa sobre los cuidados que debe tener la mamá sobre sus pechos y técnicas para la formación del pezón.							
		3_ Brinda información sobre la extracción de leche si lo requiriera, formas para su conservación y transporte de la leche materna.							
		4_ Permite y facilita la estimulación de la succión en el bebé con el pecho materno, dedo de la madre o enguantado del enfermero, antes que el biberón.							

		5_ Ayuda a adoptar técnicas adecuadas de amamantamiento.						
		6_ Aclara dudas o inquietudes que tienen las madres especialmente las primerizas.						

HOSPITAL MISERICORDIA “NUEVO SIGLO”
Herramienta: Lista de Cotejo N°1 – Servicio de Internación Conjunta

DATOS IDENTIFICATORIOS

Sujeto N°: _____

Formación en el área: _____

Edad: _____

Turno: _____

Tiempo en el servicio: _____

N°	CARACTERISTICAS A OBSERVAR/ ASPECTOS A EVALUAR	CATEGORIAS					
		1° observación		2° observación		3° observación	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
A	1_ Comunica sobre días y horarios de ingreso de los hermanos y abuelos a los sectores de internación.						
	2_ Utiliza un lenguaje sencillo y claro para comunicarse con los familiares y comprueba que lo que se transmite sea comprendido.						
	3_ Permite en la unidad la presencia de imágenes y objetos referentes a la religión o creencias en la familia (rosarios, estampitas, esculturas, cintilla roja en la frente o muñeca del niño).						
	4_ Permite el ingreso de líderes religiosos de la familia (pastor, sacerdote, rabino, lama) para la realización de rituales como bautismo u oración de sanación por preferencia de la familia.						

B	Incorpora a los padres para que asuman un papel protagónico en el cuidado.	1_ Realiza el entrenamiento de técnica de higiene de manos en los padres antes del ingreso a la unidad.						
		2_ Permite que los padres realicen procedimientos de baja complejidad para el cuidado de su hijo (alimentación por gavage, higiene, cambio de pañales, profilaxis del cordón umbilical.						
		3_ Promueve y facilita que los padres acaricien a sus hijos.						
C	Permite la permanencia continua de los padres en la unidad.	1_ Se presenta formalmente ante los padres por su nombre y apellido dando a conocer que va a estar a cargo del cuidado de su hijo/a.						
		2_ Explica los procedimientos y cuidados a realizarse en el niño/a.						
		3_ Permite que los padres expresen sus sentimientos, dudas o necesidades sobre el estado de su hijo/a.						
		4_ Brinda y facilita la interconsulta con Psicología.						
D	Adopta prácticas efectivas y prácticas seguras.	1_ Controla la correcta y segura identificación del recién nacido (pulsera identificadora, cartel con nombre y apellido en la unidad).						
		2_ Observa el cumplimiento del lavado de manos de los padres.						

		3_ Respeta los periodos de sueño y alimentación de los bebés.							
		4_ Provee analgesia para los procedimientos dolorosos (farmacológicos, succión al pecho materno o soluciones azucaradas al 5%).							
		5_ Vigila los niveles de saturación de oxígeno según recomendaciones para la edad gestacional.							
		6_ Existen espacios en el horario de trabajo destinados al análisis de eventos adversos.							
		7_ Los protocolos del servicio se implementan dentro del marco del modelo con el consentimiento de la madre y en presencia de ella para que permita contener al niño en caso de técnica invasiva y dolorosa.							
E	Promueve la lactancia materna, modelo iniciativa de HAMN	1_ Brinda información a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna.							
		2_ Informa sobre los cuidados que debe tener la mamá sobre sus pechos y técnicas para la formación del pezón.							
		3_ Brinda información sobre la extracción de leche si lo requiriera, formas para su conservación y transporte de la leche materna.							

		4_ Permite y facilita la estimulación de la succión en el bebé con el pecho materno, dedo de la madre o enguantado del enfermero, antes que el biberón.							
		5_ Ayuda a adoptar técnicas adecuadas de amamantamiento.							
		6_ Aclara dudas o inquietudes que tienen las madres especialmente las primerizas.							

Tabla Matriz: Servicio de Neonatología

N°	CARACTERISTICAS A OBSERVAR																													
	A					B			C						D									E						
	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6
1	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2
4	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2
5	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2
8	2	0	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	2	0	0	2	0	2	2	2	2
9	2	0	0	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	2	0	0
10	2	2	2	0	2	0	2	0	0	2	2	2	0	0	2	0	0	0	2	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0
11	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	0
12	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2
13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2
14	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2
15	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2
16	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2
17	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	2	2	0	0	2	0	2	0	2	
18	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
20	2	0	2	2	2	0	2	2	0	2	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
21	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	0	2	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
22	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2
23	2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2
24	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2
25	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	2	2	2	0	2	2	2	2	0	0	2	0	2	2	0	2
27	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2
28	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
29	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0	0	2	2	0	2	0
30	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	0
31	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	2	2
32	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2
33	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2
34	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	0	2	0
35	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Tabla matriz: Servicio de Internación Conjunta

N°	CARACTERISTICAS A OBSERVAR																							
	A				B			C				D							E					
	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6
1	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	0	2	2	0	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	2
3	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	0	2	2	0	0	0	2	0	0	2	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2
5	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	2	0	2	0	0	0	2	2
6	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	2	0	0	0	0	2
8	2	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0	2	0	0	2	2	0
9	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	0	2	0	2	0	0	2	2	2	0	0	2
10	2	0	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	2	0	2	2	0	2	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2
13	0	0	2	2	0	2	2	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	2	2	2	2	2	2
14	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2