

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Nivel de información sobre el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia y la adherencia al modelo, según antigüedad en el servicio y capacitación acerca de la temática del personal de enfermería de un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario.

Por: Molinari, Natali Edith

Directora: Lic. Ojeda, Paola

Docente asesor: Lic. Pérez Luciana

Rosario, Noviembre 2022

*Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Taller de Investigación*

Agradecida en primer lugar a mi familia, en especial esposo e hijo,  
por el apoyo en todo momento,  
a mi directora de tesis y docente por guiarme.

## **Resumen**

Una Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MCSF) posee 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 definiendo la seguridad de la atención como una de sus prioridades, estimulando el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé, promoviendo la participación y colaboración de la familia. El objetivo de esta investigación será determinar la relación que existe entre el nivel de información sobre el programa MSCF y la adherencia al modelo, según antigüedad en el servicio y capacitación acerca de la temática del personal de enfermería de un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer bimestre del año 2023.

Será un estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal, a realizarse en una población de 47 enfermeros. Se utilizarán dos instrumentos, una lista de check list y un cuestionario, ambos creados por la investigadora. Para el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva, el tipo de análisis será univariado, bivariado y multivariado, este último, para la descripción de las relaciones entre las variables en estudio utilizando el programa estadístico Epi Info. Los datos serán presentados en gráficos de barra simple y adosada, tablas de distribución de frecuencia, y se establecerá la moda.

**Palabras clave:** Nivel de información sobre el programa MSCF- Adherencia al programa MSCF – capacitación– antigüedad en el servicio-enfermeros.

## **Índice General**

<b>Resumen y palabras clave</b>	3
<b>Índice General</b>	4
<b>Introducción</b>	
Estado del arte	5
Planteamiento del problema en estudio	11
Hipótesis y Objetivo	11
<b>Marco Teórico</b>	13
<b>Material y Métodos</b>	
Tipo de estudio	37
Sitio y contexto de la investigación	37
Población y Muestra	38
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
Personal a cargo de la recolección de datos	47
Plan de análisis	48
Plan de trabajo y cronograma	52
<b>Referencias Bibliográficas</b>	53
<b>Anexos</b>	
I    Guía del estudio exploratorio del sitio	62
II. Instrumento de recolección de datos	64
III. Resultados del estudio exploratorio	73
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento	75

## **Introducción**

Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se caracterizan por el manejo de pacientes que se encuentran en un estado de salud crítico, por lo que las actividades que se desarrollan en la misma buscan principalmente revertir o estabilizar esta situación, haciendo uso de altas tecnologías y prácticas complejas e invasivas que son habituales en la atención diaria, contribuyendo a la deshumanización, priorizando la biología por sobre la mirada holística del recién nacido (Quiroga, 2018).

El programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), busca un cambio en el paradigma de atención, demostrando los beneficios tanto para el niño como para su familia, sin embargo su implementación no está libre de obstáculos. La atención centrada en la familia es un enfoque de colaboración entre los profesionales de la salud y las familias en la búsqueda de planificar el cuidado, respetando las fortalezas de ambas partes, y en el convencimiento de que se producen resultados óptimos de salud cuando los familiares de los pacientes desempeñan un papel activo, proporcionándoles apoyo emocional y social (Larguía et al., 2012).

Desde esta mirada, una maternidad centrada en la familia se caracteriza por reconocer a los padres, familia y equipo de salud como los protagonistas en la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido, motivando el trato respetuoso, la protección de sus derechos por parte del equipo de salud y promoviendo la integración del padre, la familia y la comunidad. Tomando en cuenta los marcados beneficios demostrados de este nuevo paradigma de atención, organizaciones como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Fundación de Neonatología (FUN), junto a organismos provinciales y organizaciones académicas, comenzaron el camino para la creación de un modelo que se implemente en las maternidades de Argentina, con estrategias factibles de aplicar, brindando capacitación en la temática al personal sanitario e institución en general, y promoviendo la unificación de criterios (Larguía et al., 2012).

Si bien, los servicios neonatales son un campo cerrado muy complejo que requieren de personal altamente calificado con una capacitación continua tanto en avances técnicos como en conocimiento de enfermedades y tratamientos, es importante considerar la variable psico-afectiva y en función de ello adoptar nuevos modelos de atención que beneficien al binomio neonato-familia. En cuanto a la implementación de este modelo en las unidades neonatales diversos estudios muestran los beneficios de adaptar los procesos a las características del niño y de su familia (Quiroga, 2018).

Referido a esto una investigación realizada en el año 2018 en la ciudad de Valledupar, Colombia, de abordaje cuantitativo de tipo descriptivo, tuvo como objetivo determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los enfermeros sobre las iniciativas de cuidados humanos en neonatología, tomando una muestra de 41 enfermeras profesionales, mediante técnica de muestreo simple. Fueron aplicados tres instrumentos para recabar los datos, en el primero se evaluaron aspectos sociodemográficos de los participantes mediante un cuestionario con opciones múltiples y dicotómicas; en el segundo se midieron los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de enfermería evaluando los conocimientos sobre iniciativas de cuidados neonatales humanizados, la actitud de los profesionales al ejercer sus labores y las prácticas que efectúan en la UCIN. El último instrumento aplicado fue una lista de cotejo que permitió verificar mediante la observación acciones de enfermería relacionadas con los cuidados humanizados en el área. Los resultados del estudio fueron que el mayor porcentaje representado por el 63% de los profesionales de enfermería se encuentran en un rango de edad entre 18-30 años. En cuanto a las motivaciones que manifestaron para atender a los recién nacidos, el 47% refirió que fue el amor al servicio y a los bebés, al 21% los motiva la autonomía profesional, el 16% declara que es su trabajo y al 16% restante lo motiva el reconocimiento económico. En cuanto a la autopercepción en el área de atención de recién nacidos prematuros, el 53% expresó ser responsables, 32% comprensivas, 10% sensibles y el 5% compasivas. El 100% de las enfermeras habían escuchado hablar sobre las iniciativas de implementar cuidados humanizados a los neonatos como alternativas de cuidados enfermeros en las UCIN y el 79% conoce los beneficios de su implementación. Sin embargo, el 84% de las enfermeras observadas no fomentan espacios para favorecer el neurodesarrollo y solo el 16% de ellas se preocupa por brindar un adecuado confort a los prematuros. Este estudio concluye en que si bien las profesionales de enfermería tienen conocimientos sobre las iniciativas de cuidado humanizado y sus beneficios, pocas son las que lo aplican, y quienes lo hacen se enfocan principalmente en implementar protocolos de mínima manipulación y fomentar el cuidado hacia el neurodesarrollo de los prematuros (Romero Daza et al., 2018).

En relación a los cuidados para el neurodesarrollo y siendo estos parte del programa MSCF, otro estudio realizado en el 2018 tuvo como objetivo analizar los beneficios del método madre canguro en prematuros y menores de 2500 gramos hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de dos hospitales gineco-obstétricos de Nueva Aurora. Este estudio se efectuó con un abordaje cuantitativo de tipo observacional, epidemiológico y transversal de 2 cohortes. Por un lado,

en quienes se aplicaba el método canguro y por otro los que se encontraban en incubadoras. Se tomó una muestra de 212 neonatos, distribuyéndolos en partes iguales. Los resultados fueron que el motivo de ingreso más frecuente fue la prematuridad en el 84,83%. En cuanto a la proporción de neonatos en los grupos de investigación según edad gestacional fue mayor el grupo de 32 a 36 semanas, el 66,98% en el grupo madre canguro y el 46,23% incubadora. Comparando las características somatométricas que incluyen peso, talla y perímetro cefálico de los neonatos por cada cohorte, se evidenció que el aumento fue superior en el grupo que aplicaba el método madre canguro en relación al grupo que no lo hacía. Además, se evidenció que la proporción de sepsis fue menor en el grupo madre canguro así como los requerimientos de inotrópicos, oxigenoterapia, alimentación enteral y alimentación parenteral. Respecto a los días de hospitalización fue igual o menor a 7 días en el 64,15% correspondiente al grupo madre canguro y mayor a 15 días en el 77,36% del grupo incubadora. Se concluye en que la implementación del método canguro se relaciona con una hospitalización menor a 7 días, disminución de requerimientos de oxígeno, ausencia de sepsis clínica y disminución de la necesidad de alimentación parenteral en comparación con la cohorte que no implementa el método canguro (Sánchez Mogrovejo et al., 2018).

Otro aspecto aludido en el programa MSCF tiene que ver con las acciones implicadas en fomentar la lactancia materna. Referente a esto una investigación concretada en febrero de 2018, prospectiva, analítica y de prevalencia ejecutada en el hospital Universitario de Asturias, y en la cual se seleccionó una muestra de 151 púerperas con hijos nacidos a término tuvo como objetivos determinar la tasa de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en los Recién Nacidos a Término (RNT) en el momento del alta hospitalaria y a los 15 días, y analizar los factores que influyen positivamente en la LME. Las variables de estudio fueron la edad de la madre, Edad Gestacional (EG), peso al inicio y al final de la gestación, tipo de parto, complicaciones en el parto, fecha de nacimiento, peso, talla y Perímetro Craneal (PC), peso al recibir el alta de maternidad, Apgar al minuto y a los 5 minutos, lactancia materna precoz en sala de parto, contacto piel con piel al nacer durante más de 60 minutos y tipos de alimentación. Los datos se recolectaron de la historia clínica y mediante la realización de dos entrevistas, la primera a las 48 hs del alumbramiento y la segunda a los 15 días del parto vía telefónica. Los datos obtenidos arrojaron los siguientes resultados, la edad media de las madres fue de 33,83 años, el 62% presentó un parto eutócico, el 21% parto vaginal instrumentado y el 17% restante cesárea. El 44% de las mujeres eran multíparas y el 26,8% habían sufrido abortos previos; la EG media fue de 38,74 semanas. Respecto a los Recién Nacidos (RN), la media de peso al nacimiento

fue de 3.119 kg y la del alta hospitalaria de 3.053 kg. La longitud media en el momento del nacimiento fue de 49,05 cm, el PC medio al nacer de 34,08; la puntuación media de Apgar de 8,67 y 9,72 al minuto y los 5 min, respectivamente. El 73,9% de los RN recibieron LM precoz dentro de la primera hora de vida y el 84% realizaron un contacto piel con piel al nacer de más de 60 minutos de duración. Del total de la muestra, el 84,2% de las púerperas habían decidido antes del parto optar por la LM para alimentar a sus hijos y el 12,3% refirió hacerlo con una fórmula adaptada; mientras que el 3,5% no había tomado decisiones previas. Al momento del alta el 58,3% de los RN lo hicieron con LME, el 23,8% lactancia mixta y el 19,9% con lactancia artificial. A los 15 días se redujo el porcentaje de los RN alimentados con LME de 58,3% a 48,3%. Se llega a la conclusión, que pese a los esfuerzos de los profesionales, el porcentaje de RN alimentados con LME al nacer no alcanza las recomendaciones actuales (Mazo Tomé & Suarez Rodríguez, 2018).

Quienes se desempeñan dentro de las unidades de cuidados neonatales son imprescindibles a la hora de hacer factible y aplicable el programa MSCF, guiando a los padres para que establezcan una relación adecuada con sus hijos, reconociendo cuales son los mecanismos implicados en la institución del vínculo materno y el apego, teniendo en cuenta el proceso que afronta la familia, los miedos, los sentimientos de culpa y el duelo que atraviesan (Cuesta, Espinosa Briones & Gómez Prats, 2012).

En función de esto, Susana Peñaranda y Diana Roppel (2019) realizan un estudio cualitativo de tipo fenomenológico con el objetivo de comprender el impacto emocional que tiene en los padres el ingreso de su hijo a la UCIN y cuáles fueron las estrategias que pusieron en práctica para superar esos sentimientos. La población de estudio estuvo compuesta por 15 padres de entre 28 y 35 años, siendo esta su primer experiencia de internación. Para la recolección de la información se utilizó la entrevista en profundidad detallando los principales sentimientos y experiencias vividas y relatadas por los padres centrándose en los sentimiento de tristeza, aceptación y de incertidumbre; y las estrategias que utilizaron para afrontarlas en referencia al apoyo familiar, de otros padres que vivieron situaciones similares, recursos institucionales y referentes religiosos. En un segundo momento se construyeron categorías temáticas en relación a los sentimientos percibidos por los padres agrupándolos en preocupación y tristeza, incertidumbre e impotencia y aceptación; y por otro lado las categorías relacionadas con las estrategias que se utilizaron para hacer frente a esta realidad, las cuales fueron redes de apoyo emocional, recursos institucionales, creencias religiosas y aprendizaje. La muestra del estudio se saturó al alcanzar las 15 respuestas de los 15 padres de niños internados. Los

resultados de la investigación reflejan que todos los padres en mayor o menor grado atraviesan un alto estrés emocional, y ponen en juego diversas estrategias para hacerle frente. Se concluye que los sentimientos más importantes manifestados por los padres se relacionan por un lado con la tristeza de no poder estar con su hijo, y por otro con la incertidumbre y aceptación de la situación que atraviesa su bebe. En cuanto a las herramientas que favorecen la adaptación referidas por los padres, las más destacadas son las medidas de apoyo espiritual, religioso, familiar y de amistad, seguidas por la contención y acompañamiento del personal médico y de enfermería en conjunto con la institución y por último el aprender sobre el estado salud/enfermedad de su hijo y poder participar en el cuidado básico del niño.

En relación a la situación sanitaria particular atravesada a nivel mundial en el año 2020, Martínez Cardona y Córdova Salazar (2021) analizan mediante un abordaje cuantitativo el impacto que tuvieron las restricciones de las visitas familiares por la pandemia de COVID-19 en referencia al crecimiento y desarrollo del prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de México. Se seleccionó como población a 198 recién nacidos prematuros, durante el periodo abril-agosto del 2020. El tiempo promedio de estancia durante este periodo fue de 21,1 días, el 59% de los neonatos prematuros fueron alimentados con leche materna y el 41% con leche artificial. El tiempo promedio desde el nacimiento hasta completar las 37 semanas de gestación corregidas fue de 34,6 días y el promedio de peso al completar las 37 semanas fue de 1.954 gramos. Comparando estos resultados con el mismo periodo del año anterior se observa que el número de nacimientos pretérminos fue menor, 141 prematuros, la estancia fue de 17,1 días, el 73% fueron alimentados con leche materna, mientras que el 27% lo hizo con leche artificial, el tiempo promedio desde el nacimiento hasta completar las 37 semanas de edad corregida fue de 37 días, el promedio de peso al completar las 37 semanas fue de 2.010 gramos. Los autores concluyen en que existe una estrecha relación entre el libre contacto del neonato con su familia y el fortalecimiento de su desarrollo, evidenciado en una disminución de la estadía intrahospitalaria, la ganancia de peso ponderal y el tipo de alimentación que se sostiene.

Teniendo en cuenta lo valioso del vínculo neonatal con su familia, un estudio realizado sobre la importancia de las visitas de los hermanos de los recién nacidos internados en neonatología, que se efectuó en base a la recopilación bibliográfica de experiencias relatadas en 36 artículos evidenció los beneficios que se observan en la dinámica familiar, fortaleciendo los vínculos interrumpidos por la hospitalización, disminuyendo los niveles de ansiedad, facilitando redes de apoyo que permitan

percibir la UCIN como un espacio para enfrentar en familia la nueva realidad a la que se exponen. En este estudio queda de manifiesto la necesidad de implementar políticas institucionales, consistentes con un liderazgo efectivo a fin de poder llevar a cabo estos cambios en unidades de atención que históricamente fueron cerradas. Además, se plantea la necesidad de modificar en muchos centros asistenciales políticas internas que impiden el acceso de niños a sus instalaciones, debiendo discutirse con los fundamentos para adecuarlas a las normas de cada lugar. En este sentido el personal de enfermería cumple un rol fundamental a la hora de facilitar la presencia y participación familiar, construyendo un entorno centrado en la familia asociado a unos impactos positivos en sus relaciones y bienestar. Se concluye en que la incorporación de visitas de hermanos dentro de las unidades neonatales favoreció la disminución del estrés parental y familiar, fortaleciendo lazos entre hermanos y una mejor comunicación, permitiéndoles a todos expresar sus sentimientos e inquietudes (Silva et al., 2021).

Esta investigación tiene como propósito poner los resultados a disposición del personal a cargo de la gestión, con el fin de analizarlo de manera conjunta y a partir de este surjan propuestas que permitan aumentar la adherencia al modelo MSCF.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el problema de investigación queda formulado de la siguiente manera: ¿Qué relación existe entre el nivel de información sobre el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia y la adherencia al modelo, según antigüedad en el servicio y capacitación acerca de la temática del personal de enfermería de un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer bimestre del año 2023?

### Hipótesis

Cuanto más bajo sea el nivel de información sobre el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia por parte del personal de enfermería que posee una antigüedad mayor a un año y que no realiza capacitación en la temática menor será la adherencia al modelo.

### Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el nivel de información sobre el Programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia y la adherencia al modelo, según antigüedad en el servicio y capacitación acerca de la temática del personal de enfermería de un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer bimestre del año 2023.

### Objetivos Específicos

- Caracterizar al personal de enfermería según antigüedad en el servicio.
- Identificar la capacitación acerca del programa MSCF del personal de enfermería.
- Determinar el nivel de información sobre el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia de los enfermeros en relación a inclusión familiar en la internación neonatal, promoción de la lactancia materna, uso de prácticas efectivas y seguras, derechos de los padres y abordaje institucional.
- Establecer la adherencia al programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia en relación a inclusión familiar en la internación neonatal, promoción de la lactancia materna, uso de prácticas efectivas y seguras y derechos de los padres.
- Establecer la relación entre la antigüedad en el servicio y el nivel de información sobre el programa MSCF.
- Analizar si existe relación entre el nivel de información sobre el programa MSCF, capacitación acerca de la temática y la adherencia al modelo.

## Marco teórico

La neonatología es una rama de la pediatría, dedicada al cuidado, diagnóstico y tratamiento del recién nacido sano y enfermo hasta el mes de vida, siendo éste uno de los periodos más vulnerables del ser humano. Surge en el año 1882, con las observaciones del médico francés Pierre Budín, considerado padre de la disciplina. En 1922 el médico pediatra Jullius Hess inauguró en Chicago la primera unidad dedicada al cuidado de los recién nacidos prematuros y tras la publicación del libro “Premature and Congenital Diseased Infants” en ese mismo año, sentó las bases de los cuidados neonatales. En 1952, Virginia Apgar, médica anestesióloga describió un puntaje para evaluar a los neonatos en sala de partos, el cual continúa siendo utilizado en la actualidad, contribuyendo de este modo al nacimiento de la neonatología como una especialidad, quedando finalmente reconocida en 1960. Asimismo, Alexander Shaffer (1960), utilizó por primera vez el término “Neonatología” en su libro “Enfermedades del Recién Nacido” asumiendo así que los recién nacidos requieren una atención diferente a los niños de otras edades (Del Moral & Bacalari, 2010).

Al respecto, la Lic. González (2009) manifiesta que fueron tres las circunstancias decisivas para que se desarrolle la especialidad en Argentina. Por un lado la apertura del Servicio de neonatología de la Maternidad Provincial de Córdoba en 1966, a cargo del médico Jacobo Halac, con colaboración y asesoramiento de profesionales chilenos especializados en el área, quienes organizaron actividades destinadas a médicos y enfermeros constituyendo así el primer centro de formación en neonatología para enfermeros en Córdoba. Por otro lado la habilitación del Servicio de Neonatología del Hospital Ramón Sardá, en 1968, a cargo del pediatra Alfredo Larguía, lugar donde se asientan los fundamentos de organización y funcionamiento de las unidades de neonatología, estableciendo una clasificación de los pacientes según complejidad y necesidad de tratamiento. Al mismo tiempo comienza a gestarse un cambio de paradigma en cuanto al neonato, considerándolo como un niño perteneciente a un núcleo familiar, con características particulares en cuanto a su cultura y sus costumbres, fundamentando de este modo la necesidad del ingreso de la familia a las unidades de cuidados intensivos durante la internación, en concordancia con lo que años más tarde se abordaría en el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Y por último, en 1988 la apertura del Servicio de Neonatología del Hospital Dr. Juan Pedro Garrahan a cargo del médico Augusto Sola y la Lic. en enfermería Ana Quiroga. Siendo en la actualidad este hospital público un referente nacional en cuanto a la formación académica de médicos y enfermeros.

Estos hitos marcaron, junto con las nuevas tecnologías introducidas en las unidades de neonatología, el avance acelerado de la especialidad, disminuyendo de manera progresiva la mortalidad de los recién nacidos (González, 2009).

En relación al rol que debe cumplir enfermería en los servicios de cuidado neonatal, Virginia Henderson, a mediados del año 1900, establece en su teoría que el ser humano tiene necesidades básicas que deben ser satisfechas. Estas necesidades no solo hacen referencia al ámbito biológico sino que incluye la dimensión emocional, considerando que las personas se conforman en una unidad indivisible con dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, a la que luego se le agrega la dimensión cultural, y son todos estos aspectos igualmente importantes en la recuperación de la salud (Hernández, 2015).

Por otro lado, el psicólogo Abraham Maslow citado por Elizalde et al (2006), postula en su teoría, una jerarquía para las necesidades humanas y las representa gráficamente en una pirámide, en cuya base se encuentran las necesidades fisiológicas y en orden ascendente siguen las de seguridad, las relacionadas con el ámbito social, autoestima y en la cima la necesidad de autorrealización. Es decir, el ser humano además de su dimensión biológica posee también una dimensión psicosocial y afectiva con necesidades propias que deben ser satisfechas. El paciente crítico, no es ajeno a esta circunstancia y por ende deben ser satisfechas todas sus necesidades, no sólo las pertenecientes al plano biológico.

Desde este enfoque Jean Watson establece en su teoría que la satisfacción de las necesidades debe llevarse a cabo desde el cuidado humano, el cual puede ser demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales formando un sistema de valores humanístico altruista que facilite la promoción de una asistencia de enfermería holística, desarrollando interrelaciones eficaces que potencien la salud. Según su teoría los comportamientos del cuidado se conforman de categorías entre las que se encuentran los sentimientos del paciente, extensibles a su círculo familiar, haciendo referencia a los sentimientos positivos que resulten de la interacción enfermera/paciente/familia, como el sentirse apoyado, atendido y cuidado. El apoyo emocional, en relación al apoyo percibido durante la interacción con el personal de enfermería, a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que brinde comodidad y confianza, derivando en sentimientos de bienestar. El apoyo físico, es decir la percepción del paciente/familia sobre el personal de enfermería cuando estos entran en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como el mirar a los ojos, tomar de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor.

Las características personales de la enfermera/o donde se le reconoce como una persona cálida, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad, eficacia y cordialidad en la atención. La categoría pro actividad, definida como aquellos comportamientos del enfermero/a, que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a su familia acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos. La categoría priorizar al ser cuidado, orientado a priorizar a la persona y su familia, respetando las decisiones e intimidad de estos. Y por último, la categoría disponibilidad para la atención, identificando el momento y las necesidades de cuidado a fin de actuar y acudir de manera oportuna y eficaz. Esta teoría sostiene que el verdadero cuidado enfermero tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente y su familia, constituyéndose en la estructura viva del ejercicio profesional. (Guerrero, Meneses, De La Cruz, 2015).

Teniendo en cuenta que los cuidados de enfermería son brindados de manera ininterrumpida durante las 24 horas del día, resulta condición fundamental la capacitación continua, actualizando los conocimientos y adaptándolos a las necesidades del paciente y su familia, favoreciendo de esta forma su recuperación. La capacitación representa en sí misma el recurso más importante con el que cuentan las organizaciones de salud, para la formación y actualización de sus profesionales. Esta tiene el propósito de enfrentar de manera competente y rentable la innovación y el cambio tecnológico para asegurar de esta manera el alcance de las metas institucionales. Para ello, el desarrollo personal de los participantes es fundamental, pues se busca mejorar las habilidades y aumentar los conocimientos en áreas específicas, así como el cambio de actitudes para desarrollar personas proactivas. Por lo tanto, todo personal de salud en el ejercicio de su profesión está implícitamente comprometido a la capacitación continua. (Daus, 2017).

Históricamente esta capacitación fue brindada de manera incidental o no sistematizada tomando en cuenta las experiencias de los pares, por lo que se deduce que el personal con mayor antigüedad posee un capital cognitivo y operacional mayor producto de las experiencias vividas durante su desempeño, característica que los torna como los más idóneos para transmitir el conocimiento a los colegas menos experimentados (Varga & Ovando, 2009).

En referencia a la antigüedad y la capacitación la Ley N° 24.004 (1991) que reglamenta a nivel nacional el ejercicio de la enfermería, en su artículo 9 enuncia que el enfermero deberá asumir responsabilidades acordes a la capacitación recibida, en tanto en su artículo 10 postula que el mismo

debe poseer competencias profesionales actualizándose de manera permanente, tanto intra como extramuros, logrando así un desempeño óptimo tendiente a brindar cuidados seguros y de calidad.

El cuidado centrado en la familia es un punto focal a tener en cuenta al momento de abordar de manera integral al recién nacido. Debido a esto resulta crucial considerar, por un lado, el nivel de información que cada enfermero disponga del programa, entendiendo por información al conjunto de datos, ya procesados y ordenados para su comprensión, que aportan nuevos conocimientos Y por otro lado, el grado de adherencia al mismo, haciendo referencia a la conformidad que cada enfermero demuestra con lo planteado por el programa, evidenciado mediante la implementación de las prácticas sugeridas. La adherencia implica un cambio de conducta que comienza con aprobar las razones que motivan al mismo, aplicar estas recomendaciones y por último incorporarlas en la práctica cotidiana. (Varga & Ovando, 2009; Sepúlveda, 1997).

Esta filosofía de cuidado hace hincapié en el respeto y responde a las necesidades y valores de cada familia. El modelo MSCF constituye un paradigma de atención perinatal que fue desarrollado en los últimos 35 años por el grupo de salud del Hospital Materno- Infantil Ramón Sardá, en donde se incorporaron intervenciones y prácticas innovadoras a fin de reconocer al recién nacido y su familia como protagonistas de la atención. Estas prácticas fueron articulándose como parte de un proceso de evolución continua. (Larguía, et al., 2012)

En el año 2007 se publicó la “Guía para transformar Maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia”, allí se explica el marco legal tanto a nivel internacional como nacional que da sustento al concepto de Maternidad Centrada en la Familia, detallando las acciones que permitirían un acercamiento al modelo en sus diferentes momentos, control prenatal, trabajo de parto y parto, internación conjunta y la internación neonatal. (Larguía, Lomuto & González, 2007)

Luego en el 2008 es editado por Uriburu et al. “El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas” describiendo los resultados de su implementación en una unidad de neonatología, identificando los factores positivos y negativos que se observaron y las recomendaciones para replicar el modelo en otras instituciones.

Ambas publicaciones ponen el foco en las acciones para implementar el modelo, pero no sugieren métodos que permitan la evaluación de estas. Es durante los años 2010 y 2011 que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), junto a la Fundación

Neonatólogica (FUN), gobiernos provinciales y otras instituciones académicas, comienzan a implementar actividades conjuntas con el objetivo de transformar las maternidades públicas en MSCF, con un enfoque social que tiene en cuenta el aspecto multicultural, reconociendo a los padres, a la familia y a la comunidad junto al equipo de salud como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido, estimulando el respeto, promoción y protección de sus derechos, implementando prácticas efectivas y seguras, y promoviendo la lactancia materna. (Larguía et al., 2012)

El modelo MSCF basa su teoría en 5 ejes conceptuales y 16 principios. El primer eje se refiere a la cultura organizacional centrada en la familia y a la seguridad en la atención, entendiendo que su implementación debe tratarse como una prioridad tanto por parte de la institución como del equipo de salud, manifestando el compromiso y convencimiento en relación a los beneficios aportados por este paradigma de atención y de esta manera generar una cultura organizacional. Este primer eje consta de 4 principios. El primero afirma que la medicina debe centrarse en el paciente, su familia y la seguridad de estos, entendiéndolos de manera conjunta como el objeto de cuidado del equipo de salud. El segundo principio manifiesta la importancia de sumar lo humano al progreso tecnológico, acompañando los avances científicos en materia de diagnóstico y terapéutica, así como de acciones que incluyan la participación familiar. El tercer principio se relaciona con la actuación responsable para hacer frente al error, evitando que prevalezca un enfoque centrado en la culpabilización de la persona que lo comete o que sea asociado con incapacidad o irresponsabilidad, sino avanzando en las causas y factores que dieron lugar al error, mejorando o corrigiendo aquellos procesos o estructuras que deban ser modificados. Y por último, el cuarto principio de este eje hace mención de los avales nacionales y de organismos internacionales que sostienen al modelo. (Larguía et al., 2012)

El segundo eje plantea la protección de los derechos de la madre, padre y su hijo, siendo este un aspecto esencial del programa y que debe contar con la garantía de que cada miembro de la institución los conoce y respeta. Se detallan en el mismo 3 principios, el primero en relación a su alineación con los derechos humanos, donde la madre, hijo y familia son los protagonistas del cuidado no implicando un desplazamiento del profesional de salud en su rol asistencial sino posibilitando a las personas ejercer el derecho a la vida y a una asistencia adecuada, comprometida e integral de salud. El segundo pondera el enfrentamiento con la inequidad y la discriminación, basándose en el derecho de los pacientes a recibir una atención adecuada independientemente de su edad, cultura y condición socioeconómica; al respeto por la privacidad, autonomía y derecho a la información para la toma de

decisiones promoviendo el respeto por las preferencias, valores, situación familiar, estilos de vida y tradiciones culturales de los pacientes. El tercer principio de este eje admite la publicidad en el marco de la ética a fin de dar a conocer el programa, lo cual permitirá a la sociedad reclamarlo como un derecho. (Larguía et al., 2012)

El tercer eje conceptual alude a promover la participación y colaboración de los padres, familia y comunidad en la protección y cuidado de la mujer y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio, asumiendo la familia un papel protagónico en el cuidado de su hijo; un compromiso institucional que garantice los medios necesarios para la permanencia continua de los padres junto al Recién Nacido (RN) y la participación comunitaria en actividades voluntarias. Consta de 3 principios, el primero refiere al empoderamiento de la familia y los beneficios agregados que produce su participación, lo que se lograría estimulando la inclusión de la pareja y familia en la satisfacción de necesidades de la mujer en el embarazo y parto; y proporcionando información clara y comprensible por parte del equipo de salud para promover la toma de decisiones. En los casos de asistencia neonatal en unidades de cuidados intensivos el ingreso irrestricto de los padres y la promoción de su permanencia continua con vistas en la capacitación y educación para el alta, son las intervenciones más relevantes y beneficiosas, a saber, ahorra horas de enfermería neonatal cuando los padres asumen tareas de fácil aprendizaje; disminuye el riesgo de infecciones intrahospitalarias ya que son los propios padres los encargados de la alimentación e higiene de sus hijos reduciendo la posibilidad de transmisión de agentes infecciosos por parte del personal de salud; incrementa el porcentaje de alimentación con pecho materno al alta lo que agrega el beneficio de la reducción de infecciones y enterocolitis asociadas a la lactancia; permite el entrenamiento de los padres en el monitoreo de sus hijos para la detección de apneas, intolerancia al alimento, cambios de coloración y otros signos sutiles que pueden indicar una complicación; facilita el acceso a la planificación familiar ya que incrementa las posibilidades de contacto con los diferentes miembros del equipo de salud y la oportunidad para informar y educar con respecto a la salud sexual y reproductiva; facilita la detección de adicciones, conductas de riesgo y violencia familiar con la posibilidad de una intervención oportuna con los servicios correspondientes de asistencia social y salud mental; incrementa la adherencia a los programas de seguimiento de consultorio externo y de alto riesgo. El segundo principio de este eje se refiere a la gratificación que se genera en los agentes de salud comprometidos con el modelo. Si bien este paradigma de atención no puede resolver cuestiones asociadas con déficits presupuestarios, recursos humanos, materiales y edilicios, el modelo es gratificante por el reconocimiento de las

familias beneficiadas. Por último, el tercer principio posibilita el compromiso y la participación comunitaria, por medio de propuestas relacionadas con su cultura e idiosincrasia. (Larguía et al., 2012)

En cuanto al cuarto eje, este promueve el uso de prácticas efectivas y seguras por parte del equipo de salud desalentando el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas. Adhiere a 5 principios. En primer lugar hace referencia a los resultados beneficiosos obtenidos mediante las intervenciones propuestas basadas en la evidencia, respetando los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia por medio del uso de prácticas sistematizadas. El segundo se relaciona con la búsqueda continua de cuidados de calidad, minimizando efectos adversos. El tercer principio promueve prácticas a un bajo costo y con probada efectividad, las cuales puedan replicarse con similares resultados. El cuarto principio se asocia al cumplimiento de los objetivos del milenio, vinculados a la reducción de muertes en embarazadas, parturientas y puerperas, disminuyendo el índice de mortalidad infantil. Y el quinto principio se relaciona a los resultados obtenidos los cuales podrán ser cuantificados evaluando su cumplimiento, identificando fortalezas y debilidades. Por último, el quinto eje plantea el fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMyN), y sostiene como principio que el modelo MSCF es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias. En relación a las prácticas preventivas, incluye el cuidado de la salud de la mujer fuera del embarazo, la salud sexual, planificación familiar, como así también la atención adecuada en el embarazo, parto y posibles complicaciones, prevención de infecciones y secuelas en los recién nacidos, especialmente los prematuros, por medio del uso de tecnologías costo-efectivas, promoción de la salud y lactancia materna. (Larguía et al., 2012)

Este programa establece 10 pasos para hacer efectiva su implementación, incluyendo todas las etapas, desde el embarazo hasta el seguimiento ambulatorio del neonato, el primero es reconocer el concepto de maternidades seguras y centradas en la familia como una política institucional. El segundo consiste en brindar apoyo a las embarazadas y a sus familias durante el control prenatal. El tercero en respetar las decisiones de las embarazadas y de sus familias en el trabajo de parto y parto. El cuarto, priorizar la internación conjunta del niño sano y la participación familiar. Como quinto paso se debe favorecer la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia en la internación neonatal. En sexto lugar contar con una residencia para madres para permanecer junto a los RN internados. El séptimo paso es disponer de un servicio de voluntariado hospitalario. En octavo lugar se debe organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar. El noveno paso se vincula al trabajo activo en la

promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN. Y por último, el décimo paso es recibir y brindar cooperación interinstitucional para la transformación a una maternidad segura y centrada en la familia. (Larguía et al., 2012)

El cuidado brindado como profesionales de la salud no será integral si no se adhiere a esta filosofía en cada una de las acciones realizadas, reconociendo el rol activo que desempeña la familia. Se puede considerar que esta es la unidad primaria de la salud, desde el punto de vista biológico, psicológico, social y cultural. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), establece el concepto de familia como a aquellos integrantes de un mismo hogar que se encuentran vinculados entre sí hasta un grado determinado, ya sea por sangre, adopción o matrimonio. Desde una óptica sociológica la familia puede definirse como un grupo social autónomo con estructuras y funciones propias en donde cada integrante puede desarrollarse y realizarse como persona. El Dr. Thomas Owens (1990), expone que la familia es una estructura viva compuesta por dos sistemas, el parental y el de los hijos, y cualquier cambio que se produzca en una parte de estos tendrá repercusión en todo el conjunto.

Dentro del ciclo familiar, una de las etapas más significativas es el nacimiento de un hijo. Sin embargo cuando este debe ser ingresado a un servicio de internación se produce una separación forzada, la cual constituye un evento traumático pudiendo esto ocasionar sentimientos de culpa, desilusión, tristeza, enojo, miedo, fracaso y pérdida de autoestima. Esta crisis a la que la familia se enfrenta provoca un período de tensión, obligando a utilizar los recursos disponibles y apoyo de otras personas para lograr afrontarla. (Caruso, 2011)

Los pediatras Marshall Klaus y John Kennell (1984) plantean la hipótesis de que inmediatamente luego del parto se generan lazos vinculares entre la madre y su hijo más fuertes que en cualquier otro momento, y que la separación en este periodo podría ocasionar largas estadías en los servicios de neonatología. En relación a esto, la Teoría del apego, plantea que un recién nacido necesita establecer una relación con al menos un cuidador especial, en general representado por la figura materna, a fin de que su desarrollo sea óptimo. Respecto a este punto los científicos concuerdan en cuanto a que el contacto físico positivo, besar, mecer y abrazar, estimula neuroreceptores específicos responsables del apego, por lo que resulta imprescindible la cercanía física con su principal cuidador. (Soto Vercher, 2014)

Pese a no poder recordar las vivencias durante la hospitalización, estas experiencias dejan huella en el recién nacido las cuales marcarán su personalidad y la relación que se establecerá con su

entorno afectivo, es decir que si el niño no logra establecer un vínculo afectivo consistente con su madre en este primer periodo se alterará su capacidad de constituir relaciones satisfactorias en el futuro. (Peres & Vera, 2017)

Un artículo científico realizado por la sociedad de enfermería de Cantabria titulado “La importancia del apego en la etapa infantil” señala la relevancia en cuanto a permitir el acceso de los padres en las unidades de internación para favorecer el vínculo afectivo con los neonatos hospitalizados, promoviendo de esta manera la participación activa en el cuidado de su hijo. (Montero, 2014)

Sin embargo, Larguía, Lomuto y González (2007) remarcan que históricamente la estructura arquitectónica de las áreas de internación neonatal limitaban el libre acceso de los padres a la misma, esto sumado a la resistencia instalada de los miembros del equipo de salud, quienes argumentaban riesgos no sustentados científicamente, ocasionó asumir a la familia como visitantes y no como participantes activos en el proceso de cuidado. La maternidad centrada en la familia entiende el rol protagónico que estos tienen facilitándoles el libre acceso al servicio ya que la limitación del ingreso a horarios preestablecidos constituye un factor que interfiere en la aplicación del programa. Esta libertad mejorará el vínculo temprano de los padres con su hijo, generando un clima de confianza con el equipo de salud y disminuyendo los niveles de estrés. Al mismo tiempo la participación activa en los cuidados del neonato en actividades tales como cambio de pañal, control de temperatura y baño, fomentará el apego, permitiéndoles identificar signos de alarma y preparándolos para el alta. Por otro lado, el incluir a los abuelos y hermanos durante la internación promueve la interacción entre los padres y el resto de la familia a la que el niño o niña pasará a integrarse una vez obtenida el alta médica; al mismo tiempo que ayuda a los padres a procesar los sentimientos asociados a la internación, permitiendo regular las ansiedades de los distintos miembros de la familia y la convivencia con el nuevo integrante. Es por esto que esta incorporación del grupo familiar servirá de soporte afectivo para los padres, quienes se encuentran atravesando dicha situación de crisis, ya que el bebé pasa a ser cuidado y esperado por todo el círculo en su conjunto. (Larguía et al., 2012)

Además la incorporación del bebé a la familia facilita que los hermanos entiendan la situación de hospitalización que se atraviesa, ofreciendo tanto a hermanos como a abuelos un protagonismo más activo, brindando la oportunidad de un conocimiento vivencial y concreto de lo que es el proceso de internación, permitiéndoles ayudar y acompañar a los padres. (Uriburu et al., 2008; Helman, Martínez & Heath, 1996)

Otro aspecto fundamental para realizar cuidados centrados en la familia implica promover la lactancia materna. La misma es considerada el “patrón de oro” en cuanto a la alimentación del lactante, está compuesta por citoblastos, glóbulos blancos y bacterias beneficiosas para el RN, así como otros componentes bioactivos, como anticuerpos, enzimas y hormonas que ayudan a combatir las infecciones, evitar enfermedades y contribuir a un desarrollo normal y saludable del RN. Estos elementos sufren modificaciones en sus diferentes etapas, las cuales se comentan a continuación. La primera etapa se denomina pre calostro y es producida por la glándula mamaria desde la semana 16 hasta la 35, posee gran cantidad de proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio, cloro y tiene bajas concentraciones de lactosa. La segunda etapa es la de calostro, la cual tiene una consistencia pegajosa de color amarillento por la presencia de  $\beta$ -carotenos. Su volumen puede variar de 2 a 20 ml diarios en los tres primeros días; y a medida que el bebé succiona aumentará su volumen hasta llegar en el sexto día a los 580 ml promedio. Se compone mayormente por proteínas, vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos bifidus, sodio y zinc; y en concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles. Tiene un alto contenido en inmunoglobulinas ofreciendo protección contra infecciones y alergias, siendo considerada como “la primer vacuna.” La leche de transición dura entre cinco y diez días y puede alcanzar los 660 ml, posee mayor concentración de lactosa y grasa, y menores de proteínas, inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles. La leche madura comienza a producirse 15 días luego del parto y puede continuar por más de 15 meses, su volumen promedio diario es de 750 ml y está compuesta en un 87% por agua. Es rica en lactosa favoreciendo el desarrollo de la flora intestinal, impidiendo el crecimiento de microorganismos patógenos y mejorando la absorción de calcio. Contiene ácidos grasos indispensables que solo provienen de la dieta de la madre, como por ejemplo el ácido linolénico y el ácido linoléico. Aporta concentraciones altas de colesterol, siendo estos fundamentales en la proliferación de las neuronas y en la mielinización de células gliales y siendo un factor de protección para posibles enfermedades coronarias de origen aterosclerosa. Su contenido proteico es de 8.2 y 9 gramos por litro, la presencia de enzimas digestivas como la amilasa hacen de estas proteínas únicas para la especie humana. La leche madura contiene concentraciones óptimas de vitaminas, en especial la niacina y la vitamina C. En cuanto a los minerales se destaca el hierro, absorbiéndose entre el 45 y 75% de su contenido total, en comparación con la leche de vaca en donde solo se absorbe un 10%. El calcio que compone la leche materna es utilizado por el organismo en un 75% en comparación con el de la leche vacuna donde solo es útil un 20%, por lo que los niños

amamantados tendrán menor riesgo de sufrir patologías relacionadas con alteraciones en el tejido óseo. (García, 2011)

Los beneficios brindados por la leche materna la convierten en el alimento aconsejado y recomendado por la OMS (2017) tanto para el recién nacido como para el lactante durante los primeros 6 meses de vida, ofreciéndola a libre demanda y de manera exclusiva, ya que su composición se adapta a las limitaciones fisiológicas del tubo digestivo del RN, del metabolismo intermediario y de la función renal, sugiriendo su continuidad junto a la alimentación complementaria hasta los dos años o más. El ingreso de un recién nacido a una unidad de cuidados intensivos no es impedimento para que pueda ser alimentado con leche materna. Incluso en situaciones donde no pueda ser amamantado de manera directa se puede lograr una lactancia exitosa mediante la utilización de extractores de leche y con una apropiada conservación. La leche de una madre con un parto pre término posee características que se adaptan a las necesidades especiales del bebé igualando a la de un niño a término luego de las primeras 4 semanas del parto. Así mismo, la alimentación de niños prematuros con leche materna disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante debido a su baja osmolaridad y sus características protectoras, siendo el alimento mejor tolerado. (Chávez et al., 2009; Llanos, Mena & Uauy, 2004)

Según la OMS (1998) una de las estrategias para lograr una lactancia exitosa en niños prematuros internados está relacionada con la precocidad en el comienzo de las extracciones (en las primeras 6 horas después del parto), estas deberían realizarse cada 2 o 3 horas con una duración de 5 a 10 minutos de cada pecho hasta que disminuya la cantidad de leche. Se recomienda que las extracciones se efectúen durante 20 minutos y que sean completas, especialmente los primeros días. Por este motivo es importante que la sala de neonatología cuente con un espacio adecuado y de uso exclusivo donde se lleve a cabo la actividad, con mobiliario cómodo, vestimenta que facilite la práctica, como por ejemplo batas, y los elementos necesarios para la extracción y conservación de leche materna. Se debe brindar información y educar a la madre en cuanto a la técnica de extracción, tanto de manera manual como mediante la utilización de un extractor, y también educar sobre el correcto método de conservación. La técnica se desarrollará de forma estéril, previo lavado de manos. En cuanto a la conservación se hará en recipientes estériles, teniendo especial cuidado con los tiempos de estabilidad de la misma según la refrigeración; por lo que resulta fundamental en los servicios de internación disponer de heladeras de uso exclusivo a tal fin. En calostro puede mantenerse a temperatura ambiente durante 12 a 24 horas. En cuanto a la leche madura, se conserva en heladeras convencionales de 24 a 48 horas, en congeladores 2 semanas, y en frízer de 3 a 4 meses. Se recomienda

almacenar pequeñas raciones para descongelar sólo la cantidad que se utilizara en el momento. El descongelamiento se producirá colocando el recipiente debajo de agua fría y progresivamente ir pasando a agua más caliente hasta conseguir que la leche obtenga la temperatura ambiente, otra opción más rápida es realizarlo a baño maría. Dentro de las unidades de internación es importante que los recipientes de almacenamiento sean rotulados de una manera correcta con los datos completos del niño, fecha y horario de extracción para evitar el riesgo de confusiones al momento de administrarla. (Sánchez, 2014)

Según UNICEF (2018) todo establecimiento que brinde servicios de atención al parto y cuidados del recién nacido debe poseer una política escrita sobre lactancia que se encuentre disponible y en conocimiento de todo el personal y al mismo tiempo realizar capacitaciones a fin de que el personal de salud adquiera las habilidades necesarias para su implementación. Por otra parte, los profesionales deben brindar información sobre los beneficios de la lactancia materna a las madres y ayudarlas al inicio precoz de la misma en la primera media hora luego del nacimiento. Se deberá incluir una demostración de las técnicas correctas de amamantamiento y de las herramientas para sostener la lactancia aun en caso forzado de separación del binomio. Se sugiere no brindar al recién nacido complementos u otros líquidos, como chupetes o tetinas que puedan distraerlo, que no sea leche materna a menos que sea estrictamente necesario. Se deberá alentar a que la lactancia sea a libre demanda, siendo la internación conjunta una herramienta fundamental para lograrlo. Al momento del alta la madre puede acceder a grupos de apoyos de lactancia en caso de requerir algún tipo de ayuda. Concordando con esta visión, en Argentina, el ministerio de salud trabaja desde el año 1994 en la Iniciativa HAMyN, propuesta por la OMS y UNICEF desde el año 1991. Teniendo en cuenta los beneficios que se observan no solo para el infante sino para la madre, la salud de las comunidades e incluso al medioambiente, esta iniciativa busca implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna considerándola una de las prácticas más efectivas para la reducción de la mortalidad y la morbilidad neonatal e infantil. (Ministerio de Salud, 2021)

La lactancia materna, además de ser el mejor método nutritivo y más completo para el recién nacido, dispone de beneficios que incluyen desde facilitar el vínculo madre e hijo hasta su utilización como analgesia no farmacológica. El niño durante la lactancia experimenta una combinación de estímulos sensoriales como el sabor de la leche junto a estímulos táctiles, auditivos, visuales y olfativos al estar en contacto estrecho con su madre. El proceso de amamantar en sí mismo conlleva a la activación de receptores opioides endógenos. Además contiene triptófano, un precursor de la

melatonina, la cual se ha demostrado que aumenta la concentración de b-endorfinas, siendo dos veces mayor en la leche, especialmente en el calostro, que en el plasma. (Modarres et al., 2013)

Como se detalló anteriormente, el cuarto eje del modelo MSCF hace referencia a la promoción de prácticas efectivas y seguras, entendiendo a éstas como las acciones que se deben incluir en la atención con el objetivo de disminuir la probabilidad de efectos adversos mediante la adopción de prácticas efectivas sustentadas en la evidencia científica por parte del equipo de salud. Dentro de estas se encuentran las relacionadas con reducir el dolor y el estrés en los neonatos. (Larguía et al., 2012)

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) este se podría describir como experiencias sensoriales o emocionales desagradables que pueden asociarse o no con un daño tisular ya sea real o potencial. Sin embargo, durante años existió la creencia errónea de que el recién nacido, como consecuencia de su inmadurez biológica, percibía el dolor en menor medida y poseían una mayor tolerancia a este, no obstante diversas investigaciones en campos como la psicología, anatomía y neurofisiología han logrado exponer la falsedad de ambas afirmaciones. (Narbona et al., 2008)

Durante la estadía en la UCIN los RN son sometidos a diversas situaciones dolorosas con la finalidad de lograr la sobrevivencia. Por tanto, el Comité de Estudios Feto-Neonatales (2019) manifiesta que uno de los ejes del cuidado enfermero deberá focalizarse en minimizar o evitar la percepción de estos estímulos mediante la utilización de estrategias farmacológicas y no farmacológicas que prioricen las medidas preventivas y la inclusión familiar. Lobato et al (2016) expresa que dentro de las medidas no farmacológicas se encuentran las relacionadas al ambiente, las conductuales y hasta nutricionales. Reconoce a la succión no nutritiva como la introducción de un estímulo oral, como un chupete o el pezón, sin que proporcione nutrición al bebé.

Este método se fundamenta en el reflejo de succión, y ha demostrado reducir la intensidad y duración del dolor en neonatos que son sometidos a procedimientos dolorosos. El uso del chupete estimula una succión no nutritiva que tranquiliza al bebé y contribuye a reducir el malestar inducido por el dolor. El efecto máximo se consigue cuando es utilizado junto con la administración de sacarosa/sucrosa. Diversos estudios relacionan la administración de esta sustancia con una disminución en la percepción del dolor la cual se evidencia por una reducción en los tiempos de llanto, expresiones faciales sin cambio, frecuencia cardíaca estable y actividad motora sin alteraciones. Los mismos señalan mejores resultados cuando se provee de manera oral en dosis de 0,5 a 2 ml, dos minutos antes del procedimiento doloroso. (Campos, 1994; Bonutti, 2017)

En cuanto a las medidas ambientales se pueden citar las acciones dirigidas a mejorar el entorno del RN. Catlett y Holditch (1990) analizaron en su estudio a RN prematuros durante un período de dos horas y observaron que el ruido fuerte influía en la aparición de indicadores fisiológicos de estrés, tales como la disminución de la saturación de oxígeno, incremento en la frecuencia cardiaca y cambios en el ciclo sueño-vigilia. Las unidades de cuidado intensivo se encuentran expuestas a una gran contaminación auditiva originada tanto por las conversaciones del personal como por el equipamiento médico. Actualmente el límite máximo de decibeles recomendado para una UCIN es de 45 dB de día y 35 dB de noche. Es importante contar y utilizar en las unidades con medidores de decibeles, denominados decibelímetro, los cuales disponen de señales luminosa de acuerdo al riesgo existente; verde significa que la UCIN se encuentra dentro de los límites normales de ruido, amarilla hay que comenzar a disminuirlos y la luz roja habla de riesgo para los recién nacidos y el personal. En cuanto a la iluminación se recomienda que los valores no superen a 60 lúmenes. La disminución de la intensidad de luz aumentará los periodos de sueño y la ganancia de peso, mejorando los patrones de comportamiento, facilitando el descanso y disminuyendo la actividad motora, la frecuencia cardiaca y las fluctuaciones de la tensión arterial. Dentro de las intervenciones de enfermería se recomienda la utilización de telas cubre incubadora, empleando luces de uso individual al realizar procedimientos y observaciones, y priorizando en caso de tener disponible la luz natural. (Egan, Quiroga, Chattás, 2012)

Así mismo, es fundamental como parte de los cuidados seguros brindar contención cefálica, podálica y lateral asegurando una correcta posición, ya que esta afectará la formación de las articulaciones, del cráneo y de la curvatura de la columna vertebral. La posición recomendada se consigue rodeando y arropando al prematuro con rollos o nidos brindándole seguridad y protección, lo cual permite mantener una postura en flexión y en línea media. Los niños RN tienden a mantenerse en la posición que se los coloque aunque la misma no sea fisiológica. Estas posiciones anómalas pueden producir modificaciones músculo esqueléticas, deformidades y alteraciones neuromotoras. El decúbito prono permite la flexión, favorece la utilización de los músculos extensores del cuello y tronco y disminuye el área corporal, por lo cual es la posición más recomendada en los RN prematuros. Además, estabiliza la vía aérea, facilitando el control de la oxigenación, disminuyendo el reflujo gastroesofágico y el riesgo de aspiración. (Egan, Quiroga & Chattás, 2012; Rivera, 2011)

También debe considerarse, a la hora de brindar cuidados al neonato, que los mismos sean realizados de manera lenta y suave, priorizando la agrupación de actividades, brindando cuidados individualizados de acuerdo a sus necesidades y no de forma rutinaria. Entre los beneficios obtenidos

al brindar esta atención se encuentra el incremento del periodo de descanso, en especial el tiempo de sueño profundo, mantener al neonato relajado, disminuir el stress, evitar fluctuaciones de presión arterial e intracraneal, disminuir el consumo de dióxido de carbono, riesgo de hemorragia interventricular, entre otros. (Egan, Quiroga & Chattás, 2012)

Otra acción recomendada por el programa MSCF se encuentra en relación a la implementación del Contacto Piel a Piel (COPAP) dentro de las unidades de cuidado intensivo. Este método consiste en que el bebé se posicione erguido sobre el pecho de la madre o del padre, entre los senos y en posición supina, lo que favorece el contacto piel con piel entre ambos. Lo ideal es mantener esta postura de forma continua durante el tiempo que el niño pueda tolerar, incluso hasta 24 horas. Al usar esta posición, la madre proporciona a su recién nacido una fuente constante de calor corporal. (Ruiz & Charpak, 2007)

Este es un método eficaz y de fácil implementación para promover la salud y el bienestar de los recién nacidos. Su empleo dentro de la UCIN genera resultados positivos en cuanto a facilitar la lactancia materna exclusiva, estimular el vínculo afectivo madre e hijo, minimizar la exposición al ambiente institucional, acortar los tiempos de internación y facilitar la planificación del alta precoz. Los diversos estímulos recibidos durante el contacto favorecen el desarrollo de mecanismos de autorregulación, necesario para la supervivencia, al mismo tiempo que produce mejoras en la oxigenación, estabiliza los signos vitales, disminuye los episodios de apnea, incrementa la ganancia de peso, mejora la inmunidad y facilita el vaciamiento gástrico. Otro de los beneficios producidos por el contacto piel con piel es la maduración de la organización del sueño y el desarrollo neurológico, de ahí la importancia de que el personal de enfermería reconozca sus beneficios y contribuya a promoverlo. (Gutiérrez 2010; Ludington Hoe et al., 2006)

Este método también resulta beneficioso para la madre, tal como se menciona en el estudio “Kangaroo Mother Care, home environment and fatherin volvement in the first year of life,” ya que encontraron que quienes lo utilizaban se sienten menos estresadas y con mayor confianza y autoestima, favoreciendo el equilibrio emocional y la seguridad al momento de realizar cuidados, afianzando el vínculo afectivo entre ellos. Los padres también refieren sentirse más relajados, cómodos y contentos. (Tessier et al., 2009)

Todas estas acciones y cuidados recomendados deben garantizarse en un marco de seguridad para el paciente, en este caso tomando como un binomio inseparable a la familia y al niño, ya que forma parte de las prioridades de los sistemas de salud a nivel mundial, especialmente desde el

paradigma del programa MSCF. Los neonatos durante la internación en la UCIN se encuentran más vulnerables a sufrir lesiones, por tanto es fundamental realizar cuidados orientados a disminuir este riesgo incluyendo las acciones antes mencionadas. (Samra, McGrath & Rollins, 2011)

La tarea de brindar seguridad a los pacientes neonatales involucra a todos los profesionales implicados en su atención. En el año 2007 la OMS publicó "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" con el objetivo de reducir el daño ocasionado en estos durante la internación. Estas incluyen las relacionadas con la identificación del paciente y el lavado de manos como herramienta para prevenir infecciones. (Organización Mundial de la Salud, 2007)

La correcta identidad de las personas desde su nacimiento es un derecho inalienable que fija la Constitución, en este sentido el boletín oficial de la República Argentina (1995) expresa en el Artículo N° 1 "Todo niño nacido vivo o muerto y su madre deben ser identificados de acuerdo con las disposiciones de la Ley N° 2.454". En función de ello, debe reforzar la importancia de identificar de manera personalizada a cada uno de los padres minimizando los riesgos y procurando brindar la mayor seguridad al binomio durante la internación, al igual que proporcionar una clara identificación del niño y la unidad en la que se encuentra. Esta identificación implica el mantener durante toda la estadía hospitalaria una pulsera que contenga los datos necesarios para corroborar su identidad con nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento, la misma información además debe ser colocada en cada una de las unidades, prestando la debida atención en que concuerden todas las referencias. Los cuidados dirigidos a garantizar la identificación del RN desde su nacimiento hasta el alta institucional son base para la seguridad del paciente, por lo cual deben constituir un punto focal en cuanto a las actividades de enfermería que se efectúen (Thomas, Panchagnula & Taylor, 2009).

En cuanto a la reducción del riesgo de infección durante la internación, el correcto lavado de las manos de todos los implicados en la atención del niño, tanto personal de salud como familia cobra vital importancia. Este procedimiento es uno de los pilares fundamentales de la prevención y control de infecciones nosocomiales generalmente difundidas a través de las manos del personal y de las demás personas que están en contacto con los pacientes o con las superficies que se encuentran en su cercanía. Los recién nacidos internados en una unidad de cuidados intensivos son considerados los más susceptibles para la adquisición de infecciones, por lo que no utilizar la técnica correcta de lavado de manos aumenta el riesgo de diseminar los microorganismos. Debido a esto entre el quinto y séptimo día, luego de la internación, el 90% de los niños internados se encontrará colonizado por los microorganismos del servicio. Los profesionales de la salud transmiten las bacterias de un paciente a

otro con sus manos provocando lo que se denomina efecto iceberg. En el lavado de manos se produce la destrucción mecánica y química de las bacterias patógenas que se deben controlar a fin de evitar o disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales. (Raimundo, Companioni & Rosales, 2015; Serjan & Saraceni, 2005)

La correcta técnica de lavado de manos comienza mojando ambas manos, colocando el jabón recomendado y friccionando de manera enérgica por no menos de 15 segundos, procurando cubrir toda la superficie de las manos inclusive pliegues, dedos y muñeca. Luego se debe enjuagar con abundante agua, secar con toallas de papel descartables y cerrar la canilla con una toalla, evitando el uso directo de las manos para no contaminarse nuevamente. Se sugiere realizar el lavado de manos al ingresar al servicio, luego del cambio de pañal, luego de estornudar, toser o ir al baño, en el caso de manipular celular u objetos caídos en el piso. En cuanto a los profesionales se debe efectuar el lavado de manos luego de la atención de cada paciente, post control de signos vitales, y en toda ocasión que se crea necesario. Cabe recordar que el uso de antisépticos para el lavado de manos en seco, por ejemplo alcohol en gel, solo es recomendado sobre manos previamente higienizadas y visiblemente limpias. En cuanto al uso de guantes, este no reemplaza el lavado de manos. (Corazza et al., 2008)

Otro aspecto relacionado con brindar un cuidado seguro tiene que ver con registrar todas las actividades realizadas por los profesionales ya que lo que no se registra jurídicamente no existe, por lo tanto se presume no efectuado, presentando un riesgo que incrementa la posibilidad de cometer errores. El artículo 3 de la Ley N° 24.004, que regula el Ejercicio de la enfermería sobre todo el territorio de la República Argentina, sancionada y promulgada en 1991, hace referencia a este punto en cuanto a la incumbencia y responsabilidad del enfermero en relación a los informes y registros. En la profesión de enfermería, la práctica de registrar o documentar se remonta a los tiempos de Florence Nightingale, quien luego de entrar en contacto con soldados y operaciones insalubres, se dio cuenta de que enfermedades como el cólera y la fiebre tifoidea se estaban apoderando de los hospitales y, por lo tanto, comprendió la necesidad de recopilar y organizar los datos en un sistema que le permitiera llevar un registro correcto, situación que más adelante serviría para mejorar los hospitales militares y sobre todo, para calcular su tasa de mortalidad. Desde entonces, los registros de enfermería se han vuelto extremadamente valiosos porque no solo documentan hechos, sino que también ayudan en acciones correctivas y regulatorias que continúan beneficiando a las personas. (Young et al., 2014)

Estos registros conforman la principal vía de comunicación entre el equipo de salud. Ochoa, Pace y Dos Santos (2003) manifiestan que los registros de enfermería facilitan la coordinación y

continuidad de la planificación de la atención de salud entre todos los miembros involucrados en la atención del paciente, pero si estos no son llenados correctamente puede conllevar a errores en la seguridad del cuidado. La ausencia de estos puede entenderse como una falta legal, ética y profesional, que pone en duda el grado de responsabilidad que asume el enfermero en relación a sus intervenciones como también de todas las decisiones que debe tomar a nivel individual en el ejercicio de su profesión.

Continuando con las recomendaciones impartidas en el modelo Maternidad Segura y Centrada en la familia, y retomando lo planteado, el segundo eje conceptual del programa hace referencia a la protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo. Estos derechos se extienden a toda la estadía en la institución, inclusive al periodo transcurrido en UCIN. El programa se alinea con las estipulaciones acordadas dentro de los derechos humanos y se torna como un punto indiscutible. (Larguia et al., 2012)

Acorde a esto la Ley N° 23.849 aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York el 20 de noviembre de 1989. En relación a los derechos del niño hospitalizado y de su familia se desprenden en primer lugar que los niños deberán internarse sólo si el cuidado que requieren no puede proveerse en su hogar o en un tratamiento ambulatorio. Que tienen el derecho de estar junto a sus padres o a un sustituto de ellos, todo el tiempo que permanezcan internados. Los padres deben ser ayudados y alentados a compartir el cuidado de sus hijos, conociendo las rutinas dentro de la sala, teniendo derecho al acceso a la información. Por otra parte se deberán tomar todas las precauciones posibles para evitar el estrés físico y emocional. Los padres y sus hijos tienen el derecho de participar en las decisiones vinculadas al cuidado de su salud. El cuidado debe ser brindado por personal capaz de responder a las necesidades físicas y emocionales que tenga el niño y su familia, protegiéndolos del dolor, de tratamientos y procedimientos innecesarios. Los niños tienen derecho a la continuidad del tratamiento y cuidado, tanto por parte del equipo de salud como del grupo familiar. Cada niño debe ser tratado con tacto y comprensión respetando su privacidad y priorizando la protección y acompañamiento en todo momento. (UNICEF, 1990)

Durante el 5to. Congreso Mundial de Perinatología (2001) llevado a cabo en Barcelona, España, se realizó la Declaración de derechos del Recién Nacido, estableciendo que ninguna acción medica debería realizarse al neonato sin contar con el consentimiento informado de los padres, quedando solo excluidas situaciones de emergencia donde al no contar con la presencia o posibilidad del consentimiento inmediato de padres o tutores, se actúe priorizando el bienestar del menor.

En relación a esto, la tercera edición del decálogo del prematuro, publicada en el año 2013 por UNICEF hace referencia al derecho que posee la familia de un recién nacido prematuro a acceder a la información y participar en la toma de decisiones sobre la salud del niño durante toda la internación, al mismo tiempo que destaca el derecho de los niños prematuros a estar acompañados por ellos todo el tiempo (UNICEF, 2013).

Las internaciones en los servicios de neonatología suelen ser prolongadas, por tanto, la comunicación entre los padres y el equipo de salud podría verse dificultada producto de la incertidumbre y la ansiedad que genera la situación a la que se enfrenta la familia; así como por la demanda continua de información, a veces cuestionada o no comprendida hacia el equipo de salud. Sin embargo, se debe trabajar a fin de respetar en todo momento el derecho de la familia a saber lo que pasa, especialmente en etapas complejas o desfavorables en donde la comunicación ofrece mayor dificultad. Esto involucra el derecho de los padres a preguntar tantas veces sea necesario sus dudas e inquietudes y a expresar aquello con lo que no están de acuerdo o disienten. La información debe ser brindada de una manera clara y comprensible, dándole a la familia el tiempo necesario para reflexionar y expresar sus sentimientos. (UNICEF, 2013)

En cuanto al acompañamiento del niño durante la internación en la UCIN se logró evidenciar, en base a la teoría expuesta, su importancia tanto desde la óptica del RN como desde el foco familiar. Por lo cual se torna incuestionable la incorporación de este derecho en el decálogo del prematuro. Este acompañamiento se debe sostener en todo momento incluso durante la realización de estudios y/o procedimientos, manteniendo el ingreso irrestricto de los padres y la participación activa de estos, permitiéndoles realizar cuidados de bajo riesgo como cambio de pañal, baño y vestimenta en el caso de ser posible. (UNICEF, 2013)

Por lo antes dicho resulta imprescindible contar con políticas institucionales que garanticen estos derechos y un abordaje centrado en la familia, donde prime el compromiso por parte de las autoridades y los miembros del equipo de salud en su cumplimiento. Para que estas puedan llevarse a cabo primeramente la institución deberá realizar un diagnóstico de situación evaluando la factibilidad del cambio propuesto y las estrategias para lograrlo, promoviendo la adopción de normas y prácticas escritas que favorezcan el compromiso por parte de todos los actores intervinientes en la búsqueda de generar consensos que favorezcan su implementación. El programa reconoce los logros alcanzados por los integrantes del equipo incentivándolos a continuar el esfuerzo en virtud de las metas propuestas, promoviendo actividades que difundan el modelo y asignando recurso humano

específico para esta tarea. Por otra parte, el compromiso institucional conlleva a destinar recursos financieros, materiales y edificios que permitan este proceso de transformación. (Larguia et al., 2012)

Dentro de las políticas institucionales del programa se incluye el disponer de una residencia para madres de RN internados, favoreciendo la inclusión familiar, promoviendo el contacto piel con piel y la lactancia exclusiva. Por otro lado se establece la importancia de contar con un servicio de voluntariado hospitalario suscitando de esta manera la participación comunitaria. Al mismo tiempo, particularmente en el sistema público sanitario, se prioriza como política el trabajo en red con otras instituciones a fin de garantizar el seguimiento del recién nacido, implementando un conjunto de actividades administrativas y asistenciales denominado sistema de referencia y contrarreferencia, mediante el cual se coordinará en el caso de requerir la derivación de un establecimiento de menor complejidad resolutive a uno de mayor complejidad y desde este a su establecimiento de origen con el fin de garantizar la continuidad de atención, el cuidado de la salud y el uso eficiente de los sistemas sanitarios. (Larguia et al., 2012)

Teniendo en cuenta lo expuesto se logra evidenciar la importancia de trabajar de manera conjunta, institución, miembros del equipo de salud, familia y comunidad, a fin de gozar de los beneficios que ofrece este paradigma de atención. Actualmente el fomentar acciones que garanticen su aplicación se considera una política de estado nacional, siendo actualmente 102 los hospitales públicos que adhieren al programa, entre ellos, el efector seleccionado, lo cual ha arrojado como resultado un descenso en las muertes maternas e infantiles, al mismo tiempo que se reflejan los beneficios agregados que se perciben por parte de todos los participantes. (Gobierno de Santa Fe, sf)

## **Material y Métodos**

### **Tipo de estudio**

La presente investigación tendrá un abordaje cuantitativo ya que el problema de investigación se plantea dentro de un marco conceptual formado por un conjunto de definiciones, proposiciones generales y específicas. Este estudio será secuencial y probatorio, partiendo de una idea que una vez delimitada permite enunciar la pregunta de investigación, abordando al objeto de estudio de forma fragmentada, y a partir de ello se establecen hipótesis, determinan variables y se traza un diseño para medirlas en un determinado contexto. Así mismo, la información que se recoja podrá someterse a análisis estadístico matemático. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista, 2014)

Se tratará de un estudio observacional en el cual se estudiarán las variables tal como se presentan en la realidad, sin manipulación por parte del investigador. La intencionalidad es describir lo que está pasando, es decir, como es la situación de las variables en estudio en una población, en un lugar y un tiempo determinado, pudiendo sugerir la asociación entre el nivel de información sobre el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia y la adherencia al modelo, según antigüedad en el servicio y capacitación acerca de la temática del personal de enfermería. No se preguntará por qué la situación es así, sino que se describirá lo que está pasando en la sala de neonatología de un efector público de la ciudad de Rosario, durante el primer bimestre del año 2023. La investigación será de corte transversal ya que se aplicará una sola vez y en un único momento el instrumento de recolección de datos para medir las variables en estudio en los enfermeros que realizan actividad asistencial en dicho servicio y será prospectivo porque se registrará la información a medida que vaya ocurriendo el fenómeno en estudio. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista, 2014)

### **Sitio o contexto de la investigación**

La investigación se realizará en la sala de neonatología de un efector público de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina, durante el primer bimestre del año 2023. Este Hospital Público pertenece a la red provincial, encontrándose en el tercer nivel de atención y cumple con el rol de Hospital escuela.

Para su selección se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad: debían encontrarse presente las variables en estudio así como la población accesible en un número suficiente para realizar el mismo. En cuanto a la accesibilidad a la UCIN, el mismo fue facilitado por la

enfermera jefe del servicio, la cual se manifestó receptiva a colaborar con la investigación. La selección de la sala de neonatología, se realizó luego de aplicar la guía del estudio exploratorio del sitio (Anexo I). Este estudio exploratorio arrojó como resultado una dotación total de 56 enfermeros, una capacidad instalada de 18 incubadoras dividida en dos sectores, el sector 1 de alta complejidad para la atención de pacientes de alto riesgo y el sector 2 de intermedia complejidad para bebés en recuperación nutricional, pacientes que requieran tratamientos antibióticos y pre altas. (Anexo III)

Se tendrá en cuenta durante el proceso de investigación evitar acciones que generen daño o perjuicio a la institución y al servicio en el que se llevará a cabo el estudio, aplicando el principio de no maleficencia, asegurando el anonimato de la institución y el principio de justicia ya que la selección del contexto se realizó teniendo en cuenta que es allí donde se observa la problemática y no por priorizar a una institución por sobre otra. Respecto al principio de beneficencia los resultados serán entregados a la institución para que dispongan de ellos.

### **Población y Muestra**

En esta investigación la población total estará constituida por todos los enfermeros de la sala de neonatología de un Hospital Público de la ciudad de Rosario, que se desempeñen durante el primer bimestre del 2023. Según la información aportada por el estudio exploratorio, la población disponible será de 56 enfermeros.

La unidad de análisis será cada uno de los enfermeros de planta permanente, que realice actividad asistencial, y posea una antigüedad mayor a un año. Luego de aplicar los criterios de inclusión, la población de estudio quedará conformada por 47 enfermeros. Como en este caso el número total de unidades de análisis resultan accesibles en su totalidad no será necesario tomar una muestra. Así mismo, se toma la decisión de trabajar con la población total para controlar la amenaza de mortalidad experimental.

Teniendo en cuenta las amenazas a la validez interna que pueden afectar a la población, se reconoce que la misma no presenta características homogéneas con respecto a la capacitación en la temática MSCF, por lo que se toma como una de las variables en estudio. Para controlar la amenaza de compensación se les informará a los participantes a través del consentimiento informado que no recibirán compensación económica ni de ninguna otra índole por participar de la investigación. En cuanto a la amenaza de regresión se establecieron los criterios de inclusión, como ser personal de planta permanente y poseer una antigüedad en el área mayor a un año, ya que este se considera un

tiempo prudencial para que el enfermero adquiriera la información necesaria referida al modelo MSCF y políticas institucionales. También se controló esta amenaza al incorporar al estudio la variable capacitación acerca del programa MSCF para evitar puntuaciones extremas.

Se tendrá en cuenta durante el proceso de selección de los participantes el principio de Justicia, por lo que formarán parte del estudio todos los integrantes del equipo de enfermería que cumplan con los criterios de inclusión. El principio de Autonomía ya que la población podrá ejercer su derecho a decidir siendo esta decisión intencionada, es decir que el sujeto de estudio decidirá en forma voluntaria sin influencias que controlen o determinen su participación, y comprendida, razón por la cual la información sobre el estudio se brindará de forma clara y completa, quedando expreso en el consentimiento informado. Y el principio de No maleficencia, asegurando el anonimato y la confidencialidad de los datos a fin de evitar su vinculación con las personas lo que permitirá socializar los resultados sin perjudicarlos, evitando represalias por parte de la institución a los mismos.

La validez externa se refiere al grado en que los resultados de un estudio pueden ser generalizados a otras poblaciones o contextos. En este caso, los resultados solo serán generalizables a la población en estudio, es decir, a los enfermeros que realizan tareas asistenciales con más de un año de antigüedad en el servicio de neonatología de este hospital y que se encuentran en planta permanente durante el primer bimestre del 2023.

## **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### Operacionalización de las variables

**Variable 1:** Adherencia al programa maternidad segura y centrada en la familia.

Tipo: Cualitativa, compleja

Función: Dependiente

Escala de medición: Nominal

Definición conceptual: Se trata del proceso y la consecuencia de adherir, mostrando conformidad con lo propuesto en el programa maternidad segura y centrada en la familia, mediante la implementación de las prácticas recomendadas en relación a la inclusión familiar en la internación neonatal, promoción de la lactancia materna, uso de prácticas efectivas y seguras y derechos de los padres.

Dimensión 1: Inclusión familiar en la internación neonatal

Indicadores:

- Ingreso irrestricto para madre y padre
- Visitas programadas hermanos
- Visitas programadas abuelos
- Participación activa en el cuidado del neonato

### Dimensión 2: Promoción de la lactancia materna

#### Indicadores:

- Favorecer la lactancia a libre demanda
- Educar a las madres sobre extracción y conservación de la leche materna
- Utilizar mobiliario apto para la actividad
- Facilitar vestimenta cómoda a la madre (bata) para favorecer la lactancia
- Habilitar un espacio destinado exclusivamente para extracción de leche materna
- Dispone y utilizar heladera para conservación de leche materna
- Rotular la leche materna con nombre, apellido, fecha y hora
- Permitir el amamantamiento como medida de analgesia no farmacológica

### Dimensión 3: Uso de prácticas efectivas y seguras

#### Indicadores:

- Identificación personalizada de madre y padre
- Colocar pulsera de identificación al RN con nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento
- Constatar identificación individual en incubadora con nombre, apellido, fecha de nacimiento, nombre y apellido madre y padre.
- Utilizar nidos de contención para evitar desplazamientos
- Reducir ruidos y luz intensa: Utilización de cubre incubadoras, control de volumen de alarmas internas, comunicación utilizando voz baja, control del nivel de ruido con el decibelímetro
- Manipulación del recién nacido siempre de manera lenta y suave
- Lavado de manos antes y después del contacto con RN
- Prevención del estrés y el dolor con succión no nutritiva y utilización de sucrosa
- Organizar y agrupar las intervenciones
- Promover el contacto piel con piel
- Registrar las actividades

#### Dimensión 4: Derechos de los padres

##### Indicadores:

- Hablarle, susurrarle, cantarle, acariciarlo, mimarlo
- Participar del baño del bebé
- Cambiarle los pañales
- Llevar la ropa que elijan para el bebé, vestirlo
- Acompañar al bebé en todo momento
- Acompañar al bebé en la realización de estudios y extracciones de sangre
- Preguntar y repreguntar al equipo de salud dudas e inquietudes
- Expresar aquello con lo que no están de acuerdo, disienten o no les gustó
- Llevar fotos y dibujitos de los hermanos
- Recibir información por parte de todo el equipo de salud involucrado en la asistencia del RN

##### **Variable 2:** Antigüedad en el servicio

Tipo: Cuantitativa, continúa

Función: Independiente

Escala de medición: Razón

Definición conceptual: Cantidad de años que el personal de enfermería refiere desempeñarse en este servicio de neonatología.

##### **Variable 3:** Capacitación acerca del programa MSCF

Tipo: Cualitativa, simple

Función: Independiente

Escala de medición: Nominal

Definición operacional: Realización asidua de cursos de actualización sobre el programa MSCF.

##### Indicadores:

- Si realiza
- No realiza

##### **Variable 4:** Nivel de información sobre el modelo MSCF

Tipo: Cualitativa, compleja

Función: Independiente

Escala de medición: Ordinal

Definición conceptual: Se refiere al conjunto de datos previos o conocimientos ya procesados y ordenados para su comprensión, que posea cada enfermero acerca de los aspectos que incluye el modelo MSCF en relación a inclusión familiar en la internación neonatal, promoción de la lactancia materna, uso de prácticas efectivas y seguras, derechos de los padres y abordaje institucional.

Dimensión 1: Inclusión familiar en la internación neonatal

Indicadores:

- Ingreso irrestricto para madre y padre
- Visitas programadas hermanos
- Visitas programadas abuelos
- Participación activa en el cuidado del neonato

Dimensión 2: Promoción de la lactancia materna

Indicadores:

- Fomento de lactancia a libre demanda
- Educación a las madres sobre extracción y conservación de la leche materna
- Facilitar mobiliario apto para la actividad
- Vestimenta cómoda de la madre para favorecer la lactancia
- Espacio destinado exclusivamente para extracción de leche materna
- Heladera para conservación de leche materna
- Rotular la leche materna con nombre, apellido, fecha y hora

Dimensión 3: Uso de prácticas efectivas y seguras

Indicadores:

- Identificación personalizada de madre y padre
- Colocar al RN pulsera de identificación con nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento
- Identificación de la incubadora con nombre, apellido, fecha de nacimiento del RN y nombre y apellido de la madre y el padre
- Colocación de nidos de contención para evitar desplazamientos

- Reducción de los ruidos y luz intensa mediante la utilización de cubre incubadoras, control de volumen de alarmas internas, comunicación utilizando voz baja y controlando nivel del ruido con decibelímetro
- Manipulación del recién nacido siempre de manera lenta y suave
- Lavado de manos antes y después del contacto con el RN
- Prevención del estrés y el dolor mediante succión no nutritiva y utilización de sucrosa
- Organizar y agrupar las intervenciones
- Fomento del contacto piel con piel
- Registro de actividades

#### Dimensión 4: Derechos de los padres

##### Indicadores:

- Hablarle, susurrarle, cantarle, acariciarlo, mimarlo y participar del baño y cambio del pañal del bebé
- Llevar la ropa que elijan para el bebé, vestirlo
- Acompañar al bebé en todo momento incluso en la realización de estudios y extracciones de sangre
- Preguntar y repreguntar al equipo de salud dudas e inquietudes, así como expresar aquello con lo que no están de acuerdo, disienten o no les gustó
- Llevar fotos y dibujitos de los hermanos
- Recibir información por parte de todo el equipo de salud involucrado en la asistencia del RN

#### Dimensión 5: Abordaje institucional

##### Indicadores:

- Internación conjunta madre e hijo
- Inclusión familiar en la internación neonatal
- Contacto piel a piel
- Residencia para madres de RN internados
- Servicio de voluntariado hospitalario
- Trabajo en red entre instituciones

- Promoción de lactancia materna

Se medirá la variable dependiente, adherencia al programa maternidad segura y centrada en la familia, teniendo en cuenta la conceptualización y la operacionalización de la variable en estudio utilizando como técnica de recolección de datos la observación no participante y como instrumento una lista de cotejo/checklist creada por la investigadora.

Dentro de las ventajas de esta técnica e instrumento se encuentra la observación natural de los acontecimientos, la posibilidad de contextualizar el fenómeno en estudio y el bajo costo monetario y material. En cuanto a las desventajas se puede mencionar la influencia del observador sobre lo observado, la posibilidad de falta de dominio sobre los indicadores, riesgo de sesgo y juicios erróneos. Para controlar esta amenaza se realizará la capacitación de los colaboradores. Por otra parte existe la posibilidad de que la unidad de análisis modifique su actuación a causa de la observación, debido a esto será necesario lograr la naturalización del observador hasta que este pase a formar parte del entorno, por esta razón el investigador y colaboradores ingresarán al campo un mes antes de la recolección de datos.

El observador, procederá a tildar con una x las prácticas aplicadas por los enfermeros en relación a cada uno de los ítems establecidos por el modelo MSCF que responden a las dimensiones inclusión familiar en la internación neonatal, promoción de la lactancia materna, uso de prácticas efectivas y seguras, y derechos de los padres. De esta manera, en la lista de cotejo se incluirán las 4 dimensiones abordadas, para la dimensión inclusión familiar en la internación neonatal se presentarán 4 ítems, para la dimensión promoción de la lactancia materna, 8 ítems, para la dimensión uso de prácticas efectivas y seguras, 11 ítems y para la dimensión derechos de los padres, 10 ítems. Se presentarán dos columnas debajo de las cuales se pondrá una cruz en la que corresponda, siendo estas si aplica y no aplica, además se incluirá una columna para observaciones.

Mientras que para realizar la medición de la variable independiente, nivel de información sobre el modelo MSCF, se utilizará como técnica de recolección de datos la encuesta y el instrumento seleccionado será un cuestionario autoadministrado dado que permite obtener información de los sujetos en estudio proporcionada por ellos mismos. A través de este instrumento se medirán también las variables antigüedad en el servicio y capacitación acerca del programa MSCF. Este cuestionario fue creado por la autora de este proyecto.

Dentro de las ventajas de este instrumento se encuentra su bajo costo, la capacidad de obtener información sobre una mayor población en un período breve de tiempo, la facilidad de cuantificar,

analizar e interpretar los datos, no requiere de colaboradores para implementarse y permite mantener el anonimato. Como desventajas se considera la escasa flexibilidad, ya que no permite la aclaración de dudas ni comprobar las respuestas.

El cuestionario constará de una breve introducción donde se socialice el objetivo del mismo y las instrucciones para completarlo. Iniciará con dos preguntas, la primera medirá la variable capacitación acerca del programa MSCF con opción de respuesta dicotómica, si realiza-no realiza; y la segunda medirá la variable Antigüedad en el servicio incluyendo un casillero en blanco para ser completado por el participante. Posteriormente, se presentarán 5 ítems para medir la variable nivel de información sobre el modelo MSCF, cada uno de ellos formulados a partir de las dimensiones presentadas en el proceso de operacionalización en cuanto a inclusión familiar en la internación neonatal, promoción de la lactancia materna, uso de prácticas efectivas y seguras, derechos de los padres y abordaje institucional. El primer ítem contará con 3 opciones de respuestas correctas y 3 distractores, el segundo ítems con 7 opciones de respuestas correctas y 5 distractores, el tercer ítems 11 correctas y 6 distractores, el cuarto ítems 6 opciones correctas y 4 distractores y por último, el quinto ítems con 7 opciones correctas y 5 distractores.

Tanto el cuestionario como la lista de check list (Anexo II) se identificarán con un código numérico, pudiendo de esta manera unificar los dos instrumentos de un mismo sujeto, garantizando el anonimato.

Las amenazas que pueden estar presentes referidas a los instrumentos son inestabilidad, es decir la escasa o nula confiabilidad que se tenga en ellos, la administración de pruebas que hace referencia a la posibilidad de que la aplicación de los instrumentos antes de la recolección de datos influya en la respuesta del sujeto sesgando los resultados, por ejemplo que se recuerden las respuestas; y la instrumentación, vale decir que los instrumentos que se apliquen deben ser iguales para todos los participantes. Para controlar estas amenazas los dos controles de validez interna que se aplicaron fueron la prueba piloto del instrumento (Anexo IV) y el adiestramiento a los colaboradores.

En cuanto a los principios de bioética, se tendrá en cuenta que los mismos sean respetados en su totalidad. En función de ello, se asegurará la confidencialidad de los datos y el anonimato de todos los participantes, previa aplicación del consentimiento informado, brindando toda la información requerida y asegurando su comprensión. Además se les informará que la participación es voluntaria y sobre la libertad que poseen de retirarse de la investigación en el momento que desee y rehusarse a

dar información cuando consideren que invade su privacidad. También se comunicará que no recibirán beneficio directo por su participación y se brindará un trato justo e imparcial a todos los participantes.

### **Personal a cargo de la recolección de datos**

La recolección de datos estará a cargo de la investigadora, y se contará con la colaboración de 3 enfermeros para la aplicación de la lista de cotejo, que no cumplen con los criterios de inclusión evitando así perder unidades de análisis. El adiestramiento del personal lo hará la investigadora y se realizará durante 3 encuentros de 1 hora cada uno los días lunes, miércoles y viernes, durante una semana.

En el primer encuentro se explicará el objetivo de la investigación, precisando la población a observar, socializando el propósito y las variables en estudio, específicamente la que se medirá con la lista de cotejo a fin de facilitar su identificación, unificando los criterios de la observación.

En un segundo encuentro se revisarán los ítems a observar, leyéndolos de manera conjunta para esclarecer posibles dudas o preguntas y se les facilitará un listado de los enfermeros que participarán en la investigación con su correspondiente codificación.

Y por último, en un tercer encuentro los colaboradores aplicarán el instrumento sobre los enfermeros que se desempeñan en la sala de maternidad del mismo efector bajo la supervisión de la investigadora, por si surgen dudas a fin de ser aclaradas.

En cuanto a la aplicación del cuestionario lo realizará la autora del proyecto, previa autorización de la jefa del servicio, concurriendo al efector en diferentes horarios durante un lapso de 15 días, distribuidos en el primer bimestre del 2023. El instrumento será entregado a cada uno de los enfermeros consensuando día y horario en el que se hará la devolución en mano de la investigadora, codificándolo de manera numérica en ese momento para garantizar el anonimato.

## **Plan de análisis**

Se procederá a utilizar la estadística descriptiva con el fin de describir las puntuaciones obtenidas para cada variable y sintetizar los datos, permitiendo expresar los resultados en porcentajes. Previo a la recolección de los datos las opciones de respuestas serán codificadas, es decir se les asignarán a las respuestas símbolos y/o números, luego se procederá a la tabulación de estos agrupándolos por variables y sus correspondientes dimensiones mediante la utilización del programa estadístico EPI INFO.

El tipo de análisis será univariado en relación a caracterizar al personal de enfermería según antigüedad en el servicio; identificar la capacitación acerca del programa MSCF; determinar el nivel de información sobre el modelo MSCF y establecer la adherencia al programa. Posteriormente se avanzará a un tipo de análisis bivariado para describir la relación entre las variables antigüedad en el servicio y nivel de información sobre el modelo MSCF y multivariado describiendo la relación entre el nivel de información sobre el modelo MSCF, la capacitación acerca de la temática y la adherencia al programa.

Para el análisis de las variables, adherencia al programa maternidad segura y centrada en la familia, de escala nominal; el nivel de información sobre el modelo MSCF, de escala ordinal y capacitación acerca del programa MSCF, de escala nominal, se utilizará la distribución de frecuencias, representada en tabla y gráficos de barras adosadas. Mientras que para el análisis de la variable antigüedad en el servicio de neonatología, de escala de razón, se utilizará el valor modal, representada en gráfico de barra simple.

Para la medición de la variable dependiente, Adherencia al programa maternidad segura y centrada en la familia, se codificará de la siguiente manera:

Dimensión 1: Inclusión familiar en la internación neonatal. Se tomarán los cuatro indicadores y se procederá a cuantificar si se aplican o no se aplican. Se codificará con la letra A: si aplica los cuatro ítems y con la letra B: no aplica, si aplica tres o menos.

Dimensión 2: Promoción de la lactancia materna. Se tomarán los ocho indicadores y se procederá a cuantificar si se aplica o no se aplica. Se codificará con la letra A: si aplica, los ocho ítems y con la letra B: no aplica, si aplica siete o menos.

Dimensión 3: Uso de prácticas efectivas y seguras. Se tomarán los once indicadores y se procederá a cuantificar si se aplican o no se aplican. Se codificará con la letra A: si aplica los once ítems y con la letra B: no aplica, si aplica diez o menos.

Dimensión 4: Derechos de los padres. Se tomarán los diez indicadores y se procederá a cuantificar si se aplican o no se aplican. Se codificará con la letra A: si aplica los diez ítems y con la letra B: no aplica, si aplica nueve o menos.

Para la reconstrucción de la variable se establece el siguiente índice:

Adhiere: 33 puntos

No adhiere: 32 o menos

Para la medición de la variable independiente, nivel de información sobre el modelo MSCF se presentarán las cinco dimensiones, con 34 opciones de respuestas correctas y 23 distractores. La codificación y reconstrucción parcial por dimensión se realizará de la siguiente manera:

Dimensión 1: Inclusión familiar en la internación neonatal

Las respuestas A y E tendrán un valor de 2 puntos cada una, la respuesta C valdrá 1 punto y las respuestas B, D Y F puntuaran 0.

Se reconstruye de la siguiente manera:

Nivel alto de información: 5 puntos

Nivel medio de información: entre 3 y 4 puntos

Nivel bajo de información: 2 o menos puntos

Dimensión 2: Promoción de la lactancia materna.

Las opciones de respuestas A-D-F-I-K se puntuarán con 2 cada una, las respuestas B y G se puntuarán con 1 punto cada una y las respuestas C-E-H-I-J puntuarán 0.

Se reconstruye de la siguiente manera:

Nivel alto de información: entre 11 y 12 puntos

Nivel medio de información: entre 7 y 10 puntos

Nivel bajo de información: 6 o menos puntos

Dimensión 3: Uso de prácticas efectivas y seguras.

Las opciones de respuestas A- B- D – E – F – H – I – J – L- N – P tendrán el valor de 1 punto cada una. Las opciones C – G – K – M – O – Q puntuarán 0.

Se reconstruye de la siguiente manera:

Nivel alto de información: entre 10 y 11 puntos

Nivel medio de información: entre 6 y 9 puntos

Nivel bajo de información: 5 o menos puntos

Dimensión 4: Derechos de los padres.

Las opciones de respuestas A – C –E – I tendrán un valor de 2 puntos cada una, las respuestas B y H 1 punto cada una y las opciones de respuestas D- F- G- J 0 puntos.

Se reconstruye de la siguiente manera:

Nivel alto de información: entre 9 y 10 puntos

Nivel medio de información: entre 6 y 8 puntos

Nivel bajo de información: 5 o menos puntos

Dimensión 5: Abordaje institucional.

La respuestas A – E – G – K tendrán un valor de 2 puntos cada una, las respuestas C – H – I valdrán 1 punto cada una y las respuestas B – D – F – J – L 0 puntos.

Se reconstruye de la siguiente manera:

Nivel alto de información: entre 10 y 11 puntos

Nivel medio de información: entre 6 y 9

Nivel bajo de información: 5 o menos puntos

Para la reconstrucción global de la variable “Nivel de información sobre el modelo MSCF” se establece el siguiente índice:

Nivel alto de información: entre 41 y 49 puntos

Nivel medio de información: entre 28 y 40 puntos

Nivel bajo de información: 27 o menos puntos

La variable “capacitación acerca de la temática” se codificará de la siguiente manera:

A- Si se capacita

B- No se capacita

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Recolección de datos							
Tabulación de datos							
Análisis e interpretación de los datos							
Elaboración de Resultados							
Conclusiones							
Redacción del informe final							

## Referencias bibliográficas

- Bonutti Daré, M., Castral, T., Leite, A., Vici-Maia, J., & Scochi, C. (2017). Dimensionamiento de los procedimientos dolorosos e intervenciones para alivio del dolor agudo en prematuros. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, 25, 1-9. <https://www.scielo.br/j/r/rlae/a/SZDJpChvzxZvNtgD6H3vgvD/?lang=es&format=pdf>
- Campos, R. (1994). Rocking and pacifier; two comforting interventions for heel stick pain. *Res Nurs Health*, 17(5), 321. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8090943/>
- Caruso, A. (2011). El afrontamiento ante la internación de un hijo prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Ciudad de Buenos Aires, III Congreso internacional de investigación y práctica en psicología, 1-5. <https://www.aacademica.org/000-052/913>
- Catlett, A., & Holditch, D. (1990). Environmental stimulation of the acutely ill premature infant: physiological effects and nursing implications. *Neonatal Netw*, 8(6), 19-26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2348812/>
- Chávez, M., Delgado, X., Eudis R., Pacheco, T., & Salazar, S. (2009). Lactancia materna. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 72(4), 163-166. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000406492009000400010&lng=es&tlng=e](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000406492009000400010&lng=es&tlng=e)  
[S.](#)
- Comité de Estudios Feto-Neonatales. (2019). Manejo del dolor en Neonatología. *Arch Argent Pediatr*; 117 (5), 180-194. [www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos\\_manejo-del-dolor-en-neonatologia--89.pdf](http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_manejo-del-dolor-en-neonatologia--89.pdf)
- Corazza, R., Daciuk, L., Del Castillo, M., Desse, J., Durlach, R., Efron, E., Paz, M., Reina, R., Videla, J., Andi6n, E., Giuffre, C., Margalejo, S., Mihura, M., García, A., Pedrini, M., Sarubio, M., Heidy, W., Faris, I., Mazza, A., Raggio, A., & Pizarro, A. (2008). Recomendaciones Intersociedades para el manejo de higiene de manos, SATI, ADECI & SADI, 14-16. <https://www.sati.org.ar/images/files/infectologia/2008-Recomendaciones-Higiene-de-Manos.pdf>
- Cuesta Miguel, M. J., Espinosa Briones, A. B. & Gómez Prats, S. (2012). Enfermería integral: Enfermería neonatal, cuidados centrados en la familia. *Revista científica del colegio oficial de enfermería de valencia*, 98, 36-40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3965939>

Daus, M. (2017). Enfermería neonatal, intervención y estimulación temprana: un camino conjunto para el cuidado del crecimiento y el desarrollo. *Revista Enfermería Neonatal*, 23, 21-27. <https://riu.austral.edu.ar/handle/123456789/1108>

UNICEF. (2013). Decálogo del prematuro. <https://www.unicef.org/argentina/media/386/file/Dec%C3%A1logo%20del%20prematuro.pdf>

Del Moral, T., & Bacalari, E. (2010). Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. *Boletín de Pediatría*, 50(1), 39-42. <https://www.researchgate.net/publication/50422433>

Elizalde Helvia, A., Martí Vilar, M., & Martínez Salva, F. (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. *Revista Polis*, 15, 1-24.

Gutiérrez, M., Luna, C., & Salvatierra, C. (2010). Experiencia institucional relacionado con el contacto piel a piel. *Revista Fundasamin*, 9, 17-19. <https://www.fundasamin.org.ar/archivos/Experiencia%20institucional%20relacionada%20con%20el%20contacto%20piel%20a%20piel.pdf>

García Lopez, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediátrica de México*, 32(4), 223-230. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640330006>

Guerrero Ramírez, R., Meneses La Riva, M., & De La Cruz Ruiz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Revista de enfermería Herediana*, 9(2), 133-142. <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/19486/3017-7642-1-PB.pdf?sequence=1>

Gobierno de Santa Fe. (sf). Salud, promoción y cuidados de la salud. [www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/149233/\(subtema\)/93802](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/149233/(subtema)/93802)

González, A. (2009). Comienzos de la Enfermería Neonatal en Argentina. Comité científico de enfermería neonatal del hospital J. Garrahan, *Cuidados de Enfermería Neonatal* (3era ed., pp.4-9).

Helman, V., Martínez, A., & Heath, A. (1996). La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal. Ingreso de familiares a una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 15(3), 107-112.

Hernández Martín, C. (2015). El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera Universidad de Valladolid.

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFGH439.pdf;jsessionid=07789FA345683498CB6352B92E0B4B5D?sequence=1>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6a. Ed.).

Hodgson, M., Rath, B., Bruner, M., Uauy, R., & Torres, J. (1987). Alimentación de recién nacido de muy bajo peso con leche de su propia madre. *Revista Chilena de Pediatría*, 58 (4), 296-301. [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41061987000400003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061987000400003)

Klaus, M., & Kenneu, J. (1984). Maternal infant bunding: weighing the evidence. *Developmental review*, 4 (3), 275 –282. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0273229784800088>

Larguía, M., González, M., Solana, C., Basualdo, M. N., Di Pietrantonio, E. & Esandi, M. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque Intercultural* (2da ed.). <https://www.unicef.org/argentina/informes/maternidad-segura-y-centrada-en-la-familia-mscf-con-enfoque-intercultural>

Larguía, A., Lomuto, C., & González, M. (2007). Guía para transformar Maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. <http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Guia-para-transformar-maternidades-tradicionales-en-maternidades-centradas-en-la-familia>

Ley 23.849. (1990). Convención sobre los Derechos del Niño. Argentina UNICEF. 1-19 [https://www.oas.org/dil/esp/Convencion\\_sobre\\_los\\_Derechos\\_del\\_Nino\\_Argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Convencion_sobre_los_Derechos_del_Nino_Argentina.pdf)

Ley Nro. 24.004. (1991). Ley de ejercicio de la enfermería. Congreso de la Nación Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403/texto>

Ley Nro. 24.540. (1995). Identificación para los recién nacidos. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24540-27386>

Lobato, M., Bernal, M., De las Heras, J., & Delgado B. (2016). Ensayo clínico aleatorizado sobre tetanalgesia durante la vacunación de lactantes en atención primaria. *Biblioteca Lascasas*, 12(1), 2-26. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0874.php>

Ludington, S., Johnson, M., Morgan, K., Lewis, T., Gutman, J., & Wilson, P. (2006). Neurophysiologic Assessment of Neonatal Sleep Organization: Preliminary Results of a Randomized, Controlled Trial of Skin Contact With Preterm Infants. *Pediatrics*, 117(5), 909. DOI: [10.1542/peds.2004-1422](https://doi.org/10.1542/peds.2004-1422)

Llanos, A., Mena, P., & Uauy, R. (2004). Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(2), 107-210. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000200002](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000200002)

Martínez Cardona, J. A., & Córdova Salazar, J. K. (2021). Implicaciones de la restricción de las visitas familiares por la pandemia por COVID-19 y el crecimiento-desarrollo del prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Atención Primaria*, 53 (4), 1-2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721000056?via%3Dihub>

Mazo Tomé, P. L., & Suárez Rodríguez, M. (2018). Prevalencia de lactancia materna exclusiva en recién nacidos sanos. *Boletín Médico del Hospital de Niños de México*, 75 (1), 49-56. <https://doi.org/10.24875/bmhim.m18000010>.

Modarres, M., Jazayeri, A., Rahnama, A., & Montazeri, A. (2013). Breastfeeding and pain relief in full-term neonates during immunization injections: a clinical randomized trial. *BMC Anesthesiol*, 13(22), 2-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2253-13-22>

Montero, E. (2014). La importancia del apego en la etapa infantil. *Revista Fundación de Enfermería de Cantabria*, 2(13), 46-51. <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/13/109>

Narbona, E., Contreras, F., García, F., & Miras, M. (2008). Manejo Del dolor en el recién nacido. *Asociación Española de Pediatría*, 49, 461-469. <https://www.seneo.es/images/site/publicaciones/protocolos/49.pdf>

Ochoa, K., Pace, A., & Dos Santos, C. (2003). Análise Retrospectiva Dos Registros De Enfermagem Em Uma Unidade Especializada. *Rev Latino - Am Enfermagem*, 11(2), 184-191. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a07>

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Lactancia materna y alimentación complementaria. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación*. (2da Ed.). [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64096/WHO\\_CDR\\_93.4\\_\(part1\)\\_spa.pdf;jsessionid=8E8DAD287A39E3B4B6DD15134DE9C6B8?sequence=2](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64096/WHO_CDR_93.4_(part1)_spa.pdf;jsessionid=8E8DAD287A39E3B4B6DD15134DE9C6B8?sequence=2)

Organización Mundial de la Salud. (2007). Nueve soluciones para la seguridad del paciente. Washington/Ginebra. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/oluciones-para-la-Seguridad-del-Paciente.aspx>

Owens, T. (1990). El Estudio de la Familia en la Atención Primaria de Salud. Revista Lotería, 379. <http://doctorthomasowens.com/?p=79>

Peñaranda, S., & Roppel, D. (2019). Sentimientos y modos de afrontamiento de los padres a la internación de un hijo en neonatología. Notas de Enfermería, 19(34), 37-47. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/26323>

Peres, J., & Vera, L. (2017). Vínculo materno infantil y la participación de la Madre durante la realización de la Punción venosa: la óptica del Psicoanálisis. Rev Latino-am Enfermagem, 15(1), 23-29. [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es\\_v15n1a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a22.pdf)

Quiroga, A. (2018). Cuidado centrado en la familia en la unidad de neonatología: una filosofía de cuidado que no se puede postergar. Revista Enfermería Neonatal, 27, 4-10. [https://drive.google.com/file/d/1ESE1XVOC\\_5dK7jxILB6p67sY3u\\_-lrCH/view](https://drive.google.com/file/d/1ESE1XVOC_5dK7jxILB6p67sY3u_-lrCH/view).

Raimundo Padrón, E., Companioni Landín, F., & Rosales Reyes, S. (2015). Apuntes históricos sobre el lavado de manos. Revista Cubana de Estomatología, 52(2), 217-226. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072015000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000200011)

Rivera, P., Lara, D., Herrera, A., Salazar, E., Castro, R., & Maldonado, G. (2011). Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. EnfNeurol, 10(3), 159-162. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31714>

Romero Daza, A., Danies Valverde, J., De la Hoz, G., & Mendiola Pino, I. (2018). Iniciativas de cuidados humanos en neonatología: nuevo desafío práctico de enfermería. Cultura del cuidado en enfermería, 15(1), 15-22. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2018v15n1.5067>

Ruiz, J., & Charpak, N. (2007). Guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro en RNPT y/o bajo peso al nacer. Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística. <https://fundacioncanguro.co/wp-content/uploads/2017/09/Guia-de-Practica-Clinica.pdf>

Samra, H., McGrath, J., & Rollins, W. (2011). Patient Safety in the NICU: a comprehensive review. *J Perinat Neonat Nursing*, 25 (2), 123-132. <http://bit.ly/IUU5kU>

Sánchez Mogrovejo, P., Osejos Moreira, D., Crespo Moreno, A., & Soria Garcés, X. (2018). Análisis del método madre canguro en recién nacidos prematuros menores de 36 semanas y menores de 2500 gramos hospitalizados en la UCIN del Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi” y Hospital Matilde Hidalgo de Procel.” *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 19 (1), 39-44. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996437>

Sánchez, S. (2014). Consejería de lactancia materna en niños prematuros. Universidad de Valladolid 16-20. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5674>

Santa Fe Provincia. (s.f.). Atención segura del embarazo y el parto. [www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/149233/\(subtema\)/93802](http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/149233/(subtema)/93802)

Serjan, M., & Saraceni, L. (2005). Higiene de manos. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda*, 24(4). [http://www.sarda.org.ar/images/Higiene\\_de\\_manos.pdf](http://www.sarda.org.ar/images/Higiene_de_manos.pdf)

Sepúlveda, E. (1997). Adherencia al control de pacientes hipertensos y factores que la influyen. Consultorio Víctor Manuel Fernández de Concepción. *Revista Ciencia y Enfermería*, 3(1), 49-58.

Silva Quintul, V., Rosas, C., Triviño Vargas, P. & Victoriano Rivera, T. (2021). Hermanas y hermanos infantes de recién nacidos hospitalizados en unidades de neonatología: revisión bibliográfica. *Revista Sociedad Brasileira Enfermería Pediátrica*, 2(1), 51-60. <https://journal.sobep.org.br/es/article/hermanas-y-hermanos-infantes-de-recien-nacidos-hospitalizados-en-unidades-de-neonatologia-revision-bibliografica/>

Soto Vercher, M. (2014). Enfermería como mediador de apego madre-bebé. *Revista Ciencia Salud*, 12(2), 67-80. <https://es.slideshare.net/msotovercher/apego-41873944>

Tessier, R., Charpak, N., Giron, M., Cristo, M., De Calume, Z., & Ruiz, J. (2009). Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Paediatrica*, 98 (9), 1444-1450. DOI: [10.1111/j.1651-2227.2009.01370.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01370.x)

Thomas, A., Panchagnula, U., & Taylor, R. (2009). Review of patient safety incidents submitted from Critical Care Units in England & Wales to the UK National Patient Safety Agency. *Anaesthesia*, 64(11), 1178-85. <http://bit.ly/QbvLC7>

UNICEF. (2018). Capturar el momento: Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. Nueva York. Resolución 736. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-736-2021-347631/texto>

Uriburu, G., Mercer, R., Romero, M., Zamberlin, N., & Herrero, B. (2008). El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas. <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3700>

Varga, D., & Ovando, G. (2009). El conocimiento y el aprendizaje organizacional. Comité científico de enfermería neonatal del hospital J. Garrahan, Cuidados de Enfermería Neonatal (3era ed., pp. 17-18).

Young, P., Hortis, V., Chambi, M., & Finn, B. (2014). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev Med Chile, 139(6), 807-813. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600017&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600017&script=sci_arttext)

# **ANEXOS**

## I - Guía del estudio exploratorio

1. ¿La institución brindará la autorización para el acceso a la sala de neonatología, recolección de datos y publicación de resultados?
2. ¿La institución se encuentra bajo el programa MSCF?
3. ¿Cuál es la dotación total de enfermeros? ¿Cuántos de esos enfermeros realizan actividad asistencial? ¿Cuál es la dotación de enfermeros por turno?
4. ¿Cuál es la situación contractual del personal de enfermería?
5. ¿Cuál es el promedio de años de experiencia en neonatología del personal asistencial?
6. ¿Cuántos enfermeros asistenciales poseen una antigüedad mayor a un año en este servicio?
7. ¿La institución cuenta con protocolos de atención con enfoque centrado en la familia? ¿Cuáles?
8. ¿Se realizan actividades interinstitucionales con políticas de atención centradas en la familia? ¿Con qué frecuencia? ¿En qué consisten o qué tipo de actividades se realizan? ¿Incluye al personal asistencial? si es así ¿a todos?
9. ¿Se realizan charlas para el personal de enfermería en relación a algún aspecto incluido en el programa MSCF? ¿Cuál/es? ¿Los mismos son de carácter obligatorio? ¿Se dictan en diferentes turnos? ¿Con qué frecuencia? ¿Se entregan certificados de participación en los mismos?
10. ¿Existen incentivos para que el personal realice capacitaciones en relación al modelo?
11. ¿Existe algún control de los registros del personal de enfermería para verificar la adherencia al modelo?
12. ¿Se dispone de programas institucionales donde se precisen las estrategias para favorecer el COPAP, promoción y fortalecimiento de la lactancia materna, uso de prácticas efectivas y seguras, promoción de la participación de los padres, familia y comunidad; derechos los padres e hijo?
13. ¿Se dispone de todos los recursos necesarios para la implementación del modelo? ¿Cuáles?
14. ¿Las mamás pueden ingresar al servicio en forma irrestricta? ¿Se les permite la participación activa en el cuidado de su hijo?
15. ¿Reciben entrenamiento sobre higiene de manos y procedimientos de baja complejidad? ¿Cuáles?
16. ¿Existen limitaciones para el acceso del padre?

17. ¿Se permite el ingreso programado de hermanos y abuelos? ¿Hay establecido días y horarios específicos? ¿Duración de la visita?
18. ¿Existen reglamentaciones en cuanto a edades de hermanos para ingresar?
19. ¿Se dispone una evaluación interdisciplinaria previa al ingreso de menores?
20. ¿La sala cuenta con espacio suficiente para la permanencia de la familia en su interior?  
¿Ingresan de a uno?
21. Actualmente ¿Existen restricciones de acceso familiar propias de protocolos Covid-19 vigentes? ¿Cuáles?
22. En caso de las madres que no pueden amamantar ¿Se dispone de los elementos necesarios para la extracción de leche materna y su conservación dentro de la sala?
23. ¿Se dispone de un espacio exclusivo para realizar extracciones de leche materna?
24. ¿Se cuenta actualmente con personal voluntario? ¿Concurren a la institución en un turno en particular?

## II - Instrumento de recolección de datos

Checklist/lista de cotejo, para medir la “Adherencia al programa maternidad segura y centrada en la familia”

**FECHA:**

<b>Dimensiones del modelo MSCF</b>	<b>Aplica</b>	<b>No aplica</b>	<b>Observaciones</b>
<u>Inclusión familiar en la internación neonatal</u>  1. Permite el ingreso irrestricto para madre y padre 2. Permite y facilita las visitas programadas de hermanos 3. Permite y facilita las visitas programadas de abuelos 4. Incorpora activamente a los padres en el cuidado del neonato			
<u>Promoción de la Lactancia materna</u>  1. Permite la lactancia a libre demanda 2. Educa a las madres sobre extracción y conservación de la leche materna 3. Facilita la utilización de mobiliario apto para la actividad 4. Facilita vestimenta cómoda (Bata) a la madre para favorecer la lactancia 5. Habilita un espacio destinado exclusivamente para extracción de leche materna 6. Utiliza heladera para conservación de leche materna 7. Rotula la leche materna con nombre y apellido; fecha y hora 8. Permite el amamantamiento como medida de analgesia no farmacológica			
<u>Uso de prácticas efectivas y seguras</u>  1. Llama a la madre y al padre por su nombre 2. Coloca pulsera de identificación al RN con nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento			

<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Constata identificación individual del RN en incubadora con: nombre, apellido, fecha de nacimiento, nombre y apellido de madre y padre.</li> <li>4. Coloca nidos de contención para evitar desplazamientos</li> <li>5. Reduce ruidos y luz intensa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza cubre incubadoras</li> <li>• Controla volumen de alarmas internas</li> <li>• Se comunica utilizando voz baja</li> <li>• Controla el nivel de ruido con decibelímetro</li> </ul> </li> <li>6. Manipula al recién nacido siempre de manera lenta y suave</li> <li>7. Realiza lavado de manos antes y después del contacto con el RN</li> <li>8. Toma medidas de prevención para el estrés y el dolor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Succión no nutritiva</li> <li>• Utiliza sucrosa</li> </ul> </li> <li>9. Organiza y agrupa las intervenciones</li> <li>10. Promueve el contacto piel con piel</li> <li>11. Registra las actividades</li> </ol>			
<p><u>Derechos de los padres</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentiva a los padres a hablarles, susurrarles, cantarles, acariciarlos, mimarlo</li> <li>2. Hace partícipe a los padres del baño del bebé</li> <li>3. Permite a los padres realizar el cambio de pañales</li> <li>4. Posibilita el acompañamiento del bebé en todo momento</li> <li>5. Fomenta acompañar al bebé en la realización de estudios y extracciones de sangre</li> <li>6. Permite a los padres llevar la ropa del bebe y vestirlo</li> <li>7. Es receptivo a preguntas y repreguntas sobre dudas e inquietudes</li> </ol>			

<p>8. Escucha y permite a los padres expresar aquello con lo que no están de acuerdo, disienten o no les gustó</p> <p>9. Permite que lleven fotos y dibujitos de los hermanos</p> <p>10. Brinda información sobre el estado de salud del RN.</p>			
--	--	--	--

## Cuestionario

Con el presente cuestionario se buscará medir la variable Nivel de información sobre el Modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Se solicitarán datos generales en relación a su antigüedad laboral en el servicio de neonatología y si realiza capacitación sobre el programa MSCF. La información brindada será de carácter anónimo y confidencial. Dispondrá de 20 minutos para completarlo, marcando con una x la o las opciones que usted considere correctas. Cada apartado puede contener una o más de una respuesta correcta. Muchas gracias por su participación.

### Datos generales

Cuantos años de antigüedad posee en este servicio:

Realiza algún tipo de capacitación acerca del programa MSCF:

- A. Si realiza
- B. No realiza

### Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)

#### **1. Respecto a la familia del RN internado, el programa MSCF propone:**

- a) El ingreso irrestricto tanto para la madre como para el padre
- b) Poder programar visitas solo de hermanos
- c) Poder programar visitas de hermanos y abuelos
- d) Poder programar visitas solo de abuelos
- e) Fomentar la participación activa de los padres en el cuidado del neonato
- f) Permitir el ingreso del padre solo en horarios programados

#### **2. Considerando lo que propone el modelo MSCF, respecto a la lactancia materna se debe:**

- a) Educar a las madres sobre extracción y conservación de la leche materna
- b) Facilitar mobiliario apto para la actividad de amamantar
- c) Recomendar complementar con leche de fórmula a los bebés nacidos por cesárea en las primeras horas de vida
- d) Recomendar a la madre asistir con ropa cómoda para favorecer la lactancia u ofrecer bata
- e) Recomendar habitualmente el uso de pezoneras
- f) Fomentar la lactancia a libre demanda
- g) Disponer y ofrecer un espacio destinado exclusivamente para extracción de leche materna
- h) Recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho, cada 2-3 horas

- i) Disponer y ofrecer heladera para conservación de leche materna
- j) Suspender la lactancia inmediatamente ante los primeros signos de mastitis
- k) Rotular la leche materna con nombre, apellido, fecha y hora

**3. ¿Cuáles de las prácticas que se enuncian a continuación son las que el modelo MSCF reconoce como efectivas y seguras?**

- a) Identificar a la madre y al padre por el nombre
- b) Colocar pulsera de identificación al RN, que contenga, nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento.
- c) Solo se reconocen como seguras las prácticas efectuadas por Licenciados en enfermería
- d) Identificar individualmente la incubadora con nombre, apellido, fecha de nacimiento del RN y nombre y apellido de la madre y el padre
- e) Colocar nidos de contención para evitar desplazamientos
- f) Reducir ruidos y luz intensa mediante la utilización de cubre incubadoras, control de volumen de alarmas internas, comunicación utilizando voz baja y control del nivel de ruido con decibelímetro
- g) Colocar en incubadora peluches de apego
- h) Manipular al recién nacido siempre de manera lenta y suave
- i) Realizar lavado de manos antes y después del contacto con el RN
- j) Prevenir el estrés y el dolor mediante la succión no nutritiva y uso de sucrosa
- k) Disponer de servicio de seguridad para prevenir hurtos
- l) Organizar y agrupar las intervenciones
- m) Priorizar la administración de analgesia farmacológica ante procesos no invasivos
- n) Fomentar el contacto piel con piel
- o) Reconocer habilidad técnica de la enfermera en la colocación de accesos venosos
- p) Registrar las actividades
- q) Registrar sólo las indicaciones médicas

**4. Este modelo reconoce que son derechos de los padres y del niño:**

- a) Hablarle, susurrarle, cantarle, acariciarlo, mimarlo y participar del baño y cambio de pañal del bebé
- b) Llevar la ropa que elijan para el bebé y vestirlo
- c) Acompañar al bebé en todo momento, incluso en la realización de estudios y extracción de sangre

- d) Recibir información del estado clínico solo del personal médico habilitado
- e) Preguntar y repreguntar al equipo de salud dudas e inquietudes así como expresar aquello con lo que no están de acuerdo, disienten o no les gustó
- f) La madre puede prohibir el ingreso del padre cuando lo decida y solo basta con comunicarlo verbalmente en la institución
- g) Elegir qué profesional atenderá a su hijo
- h) Llevar fotos y dibujitos de los hermanos
- i) Recibir información por parte de todo el equipo de salud involucrado en la asistencia del RN
- j) Decidir el alta de manera voluntaria

**5. De acuerdo a lo que plantea el MSCF ¿Sabes que debe garantizarse a nivel institucional?**

- a) Internación conjunta madre e hijo
- b) Ser catalogado como Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN)
- c) Inclusión familiar en la internación neonatal
- d) El ingreso de tíos/primos/amigos a los servicios de internación
- e) Promoción de contacto piel a piel
- f) El seguimiento intrahospitalario del RN
- g) Residencia para madres de RN internados
- h) Contar con un servicio de voluntariado hospitalario
- i) Trabajo en red entre instituciones para organizar el seguimiento del RN y recibir y brindar cooperación
- j) Promoción de la lactancia materna sólo en la internación conjunta
- k) Promoción de lactancia materna en todo momento
- l) Libre acceso de la madre

## Consentimiento informado

Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación, antes de que decida participar voluntariamente lea cuidadosamente este consentimiento informado, haga todas las preguntas que tenga para que le quede claro el procedimiento de la investigación y lo que implica su participación.

Los datos que se recolecten serán utilizados con fines investigativos para la realización de la actividad académica Taller de Investigación de la carrera de grado Licenciatura en Enfermería.

El objetivo que se plantea en este proyecto es determinar la relación que existe entre el nivel de información sobre el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) y la adherencia al modelo, según antigüedad en el servicio y capacitación acerca de la temática del personal de enfermería de un servicio de neonatología de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante el primer bimestre del año 2023.

Esta investigación tiene como propósito poner los resultados a disposición del personal a cargo de la gestión, con el fin de analizarlo de manera conjunta y a partir de este surjan propuestas que permitan aumentar la adherencia al modelo MSCF.

La participación en este estudio es voluntaria, pudiendo retirarse del mismo en el momento que desee, y rehusarse a dar información cuando considere que invade su privacidad, sin embargo, los datos obtenidos hasta entonces seguirán siendo parte de la investigación a menos que usted solicite que sus datos e informes sean borrados.

En todo momento se preservará su anonimato y se asegurará la confidencialidad de todos los datos que surjan de la aplicación de los instrumentos de acuerdo a la Ley N° 25326. Así mismo, la información por Ud. suministrada no se brindará a las autoridades del servicio o institución vinculándola con las personas por lo que indistintamente de la información que se provea no se recibirán beneficios ni represalias.

Los datos se recolectarán a través de la observación directa durante su quehacer diario por parte del investigador y personas entrenadas. Seguido a esto se aplicará un cuestionario autoadministrado, es decir, se le entregará el instrumento para que Ud. mismo sea quien lo vaya completando.

Usted no recibirá ningún beneficio económico, ni de ninguna otra índole por participar de este proyecto de investigación, su contribución ayudará al desarrollo del conocimiento científico.

Yo,....., con DNI: .....

Certifico que he sido informado/a con claridad debida acerca del proyecto de investigación al que fui convocado e invitado a participar, que actuó libre y voluntariamente como participante. Soy conocedor/a de la autonomía que tengo de retirarme u oponerme a participar de la investigación cuando lo crea conveniente.

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo la ayuda que puedo brindar para la investigación como también que puedo decidir dejar de participar durante la misma.

Firma: .....

Aclaración: .....

Fecha: .... /.../....

### III Resultado del estudio exploratorio

Existe en Argentina una política de estado que adhiere y fomenta el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Son 10 las provincias que suscriben al mismo, siendo Santa Fe una de ellas. Esta institución en particular se encuentra junto con otros 101 hospitales públicos sujetos al programa.

La UCIN cuenta con una dotación total de 56 enfermeros, de los cuales 3 realizan tareas administrativas, 3 de ellos tienen una antigüedad menor a un año y 3 no se encuentran en planta permanente. La cantidad de enfermeros asistenciales con más de un año de experiencia y de planta permanente es de 47, siendo esta cantidad suficiente para realizar la investigación. El promedio de años de experiencia en el área de Neonatología es de 10 a 15 años, sin embargo la antigüedad en el servicio promedia los 7 años.

La distribución de pacientes es realizada por la jefa de servicio. Para determinar la cantidad de personal en cada turno se tiene en cuenta el número y complejidad de los pacientes, siendo en un promedio de 6 enfermeros, pudiendo variar entre 5 y 7 de acuerdo a la demanda. Presenta una capacidad instalada de 18 incubadoras. No se tiene en cuenta la capacitación del personal ni el grado de formación académica a la hora de realizar la distribución. En cuanto a la institución, dispone de un protocolo en relación a lactancia materna, creado por un equipo interdisciplinario de este servicio en Julio del 2022. El servicio incorporó hace unos años la modalidad “neonatología puertas abiertas” lo cual permite el ingreso de los padres de manera irrestricta y no en horarios preestablecidos, por otro lado existen días estipulados para la visitas de hermanos, mayores de 12 años, y de abuelos los días miércoles de 14 a 15 hs y domingos de 9 a 10 hs. En cuanto a niños menores de 12 años, también son permitidas las visitas previa evaluación del servicio de psicología quienes determinan si es apropiado o no según el caso. Tanto las visitas de abuelos y de hermanos se encontraron momentáneamente interrumpidas en relación a las medidas preventivas incorporadas en el contexto de la pandemia Covid-19, retomándose en el mes de agosto del corriente año.

Se favorece la participación de los padres en el cuidado de sus hijos, realizando tareas como cambio de pañal, toma de temperatura, baño, alimentación con técnica gavage, siempre con el acompañamiento y asesoría previa del personal de enfermería. Estas políticas son transmitidas al personal de nuevo ingreso de manera verbal por la coordinación del servicio y los pares.

Si bien en la institución existen limitantes, sobre todo referidos a la planta física, como el escaso espacio destinado al lactario, distancia entre incubadoras menor a 1 metro, en términos

generales se dispone de los recursos para la aplicación del modelo, por ejemplo cubre incubadoras, tetinas para succión no nutritiva, decibelímetro, sacaleches eléctricos y manuales, sillones para COPAP, tarjetas identificadoras del niño y su familia, material de librería para la confección de los mismos.

El servicio realiza de manera informal charlas de lactancia materna, dirigidas tanto al personal de enfermería como a los padres. Las mismas son brindadas por un grupo de enfermeras, junto a una médica neonatóloga y una Lic. en psicología. La participación de estos encuentros no es de carácter obligatorio, sin embargo con el objeto de incentivar la participación del personal de salud se los desobliga del trabajo y se otorgan certificados de asistencia.

Se dispone de un espacio reducido con las características de lactario, con pileta, bacha, biombo que permite un cerramiento y otorga privacidad, 3 sacaleches manuales y 2 eléctricos, un esterilizador, 2 microondas y un freezer donde se conserva la leche extraída rotulada, a fin de ser utilizada cuando se requiera en niños que no pueden lactar o cuando la madre no está presente.

Se cuenta con todos los elementos necesarios para disminuir los estímulos luminosos, auditivos, incluido un sonómetro que mide decibeles y los clasifica según colores, verde: apto, amarillo: moderado y rojo: elevado.

En relación al personal voluntario se contaba hasta el año 2019 con un grupo que ingresaba al servicio en días y horarios preestablecidos, sin embargo luego de las restricciones Covid-19 no se retomó el voluntariado.

Por todo lo expuesto se deduce que la sala cuenta con todos los requisitos que se necesitan para realizar la investigación.



FACULTAD  
DE  
CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

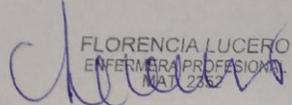
-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la  
Universidad Nacional de Rosario, certifica  
que NATALI MOLINARI, DNI 33.932.679.

.....  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.-----

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus  
trabajos prácticos en esta actividad académica.-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,

Provincia de Santa Fe, a  
los 3 de Agosto 2022

  
FLORENCIA LUCERO  
ENFERMERA PROFESIONISTA  
MAT. 235

#### IV Resultados de la prueba piloto del Instrumento

Se realizó la prueba piloto del instrumento en cinco personas que forman parte del plantel de enfermería de una sala de neonatología de otro efector de dependencia provincial de la ciudad y que presenta características similares a la población en estudio.

Al poner a prueba el instrumento cuestionario este fue comprendido y respondido sin dificultad en un tiempo promedio de 15 minutos.

Con respecto a la técnica de observación y su instrumento lista de control, la llevó a cabo la investigadora no presentando ninguna dificultad al realizarla ni debiendo reordenar los ítems planteados, el tiempo para llevarla a cabo fue de 30 minutos promedio.

La aplicación de esta prueba permite controlar las amenazas de inestabilidad del instrumento y la administración de pruebas.



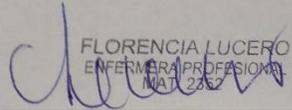
FACULTAD  
DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la  
Universidad Nacional de Rosario, certifica  
que... NATALI MOLINARI, DNI 32.832.619.

.....  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.-----

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus  
trabajos prácticos en esta actividad académica.-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,  
Provincia de Santa Fe, a  
los 3 de Agosto 2022

  
FLORENCIA LUCERO  
ENFERMERA PROFESIONAL  
MAT. 2352

## Aplicación de prueba piloto

**Cuestionario**

Con el presentecuestionario se busca medir la variable Nivel de información sobre el Modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Se solicitarán datos generales en relación a antigüedad laboral en el servicio y si realiza capacitación sobre el programa MSCF. La información brindada será de carácter anónimo y confidencial. Dispondrá de 20 minutos para completarlo, marcando con una x la o las opciones que usted considere correctas. Cada apartado puede contener una o más de una respuesta correcta. Muchas gracias por su participación.

**Datos generales**

Cuántos años de antigüedad posee en este servicio:

Realiza algún tipo de capacitación acerca del programa MSCF:

A. Si realiza

B. No realiza

**Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)**

1. Respecto a la familia del RN internado, el programa MSCF propone:

a) El ingreso irrestricto tanto para la madre como para el padre

b) Poder programar visitas solo de hermanos

c) Poder programar visitas de hermanos y abuelos

d) Poder programar visitas solo de abuelos

e) Fomentar la participación activa de los padres en el cuidado del neonato

f) Permitir el ingreso del padre solo en horarios programados

2. Considerando lo que propone el modelo MSCF, respecto a lactancia materna se debe:

a) Educar a las madres sobre extracción y conservación de la leche materna

b) Facilitar mobiliario apto para la actividad de amamantar

c) Recomendar complementar con leche de fórmula a los bebés nacidos por cesárea en las primeras horas de vida

d) Recomendar a la madre asistir con ropa cómoda para favorecer la lactancia u ofrecer bota

e) Recomendar habitualmente el uso de pezoneras

f) Fomentar la lactancia a libre demanda

g) Disponer y ofrecer un espacio destinado exclusivamente para extracción de leche materna

h) Recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas

i) Disponer y ofrecer heladera para conservación de leche materna

j) Suspender la lactancia inmediatamente ante los primeros signos de mastitis

k) Rotular la leche materna con nombre, apellido, fecha y hora

3. ¿Cuáles de las prácticas que se enuncian a continuación son las que el modelo MSCF reconoce como efectivas y seguras?

a) Identificar a la madre y el padre por el nombre

b) Colocar pulsera de identificación al RN, que contenga, nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento.

c) Solo se reconocen como seguras las prácticas efectuadas por Licenciados en enfermería

d) Identificar individualmente a la incubadora con nombre, apellido, fecha de nacimiento del RN y nombre y apellido de la madre y el padre

e) Colocar nidos de contención para evitar desplazamientos

f) Reducir ruidos y luz intensamente mediante la utilización de cubre incubadoras, control de volumen de alarmas internas, comunicación utilizando voz baja y control del nivel de ruido con decibelímetro

g) Colocar en incubadora peluches de apego

h) Manipular al recién nacido siempre de manera lenta y suave

i) Realizar lavado de manos antes y después del contacto con el RN

j) Prevenir el estrés y el dolor mediante la succión no nutritiva y uso de sucrosa

k) Disponer de servicio de seguridad para prevenir hurtos

l) Organizar y agrupar las intervenciones

m) Priorizar administración de analgesia farmacológica ante procesos no invasivos

n) Fomentar el contacto piel con piel

o) Reconocer habilidad técnica de la enfermera en la colocación de accesos venosos

p) Registrar actividades

q) Registrar solo las indicaciones médicas

4. Este modelo reconoce que son derechos de los padres y del niño:

a) Hablarle, acariciarlo, cantarle, acariciarlo, mirarlo y participar del baño y cambio de pañal del bebé

b) Llevar la ropa que elijan para el bebé y vestirlo

c) Acompañar al bebé en todo momento, incluso en la realización de estudios y extracción de sangre

d) Recibir información del estado clínico solo del personal médico habilitado

e) Preguntar y registrar al equipo de salud dudas e inquietudes así como expresar aquello con lo que no están de acuerdo, disienten o no les gusta

f) La madre puede prohibir el ingreso del padre cuando lo decida y solo basta con comunicarlo verbalmente en la institución

g) Elegir qué profesional atenderá a su hijo

h) Llevar fotos y dibujos de los hermanos

i) Recibir información por parte de todo el equipo de salud involucrado en la asistencia del RN

j) Decidir el alta de manera voluntaria

5. De acuerdo a lo que plantea el MSCF, ¿Sabes que debe garantizarse a nivel institucional?

a) Internación conjunta madre e hijo

b) Ser catalogado como Hospital Amigo de la madre y el niño (HAMN)

c) Inclusión familiar en la internación neonatal

**Cuestionario**

Con el presentecuestionario se busca medir la variable Nivel de información sobre el Modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Se solicitarán datos generales en relación a antigüedad laboral en el servicio y si realiza capacitación sobre el programa MSCF. La información brindada será de carácter anónimo y confidencial. Dispondrá de 20 minutos para completarlo, marcando con una x la o las opciones que usted considere correctas. Cada apartado puede contener una o más de una respuesta correcta. Muchas gracias por su participación.

**Datos generales**

Cuántos años de antigüedad posee en este servicio:

Realiza algún tipo de capacitación acerca del programa MSCF:

A. Si realiza

B. No realiza

**Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)**

1. Respecto a la familia del RN internado, el programa MSCF propone:

a) El ingreso irrestricto tanto para la madre como para el padre

b) Poder programar visitas solo de hermanos

c) Poder programar visitas de hermanos y abuelos

d) Poder programar visitas solo de abuelos

e) Fomentar la participación activa de los padres en el cuidado del neonato

f) Permitir el ingreso del padre solo en horarios programados

2. Considerando lo que propone el modelo MSCF, respecto a lactancia materna se debe:

a) Educar a las madres sobre extracción y conservación de la leche materna

b) Facilitar mobiliario apto para la actividad de amamantar

c) Recomendar complementar con leche de fórmula a los bebés nacidos por cesárea en las primeras horas de vida

d) Recomendar a la madre asistir con ropa cómoda para favorecer la lactancia u ofrecer bota

e) Recomendar habitualmente el uso de pezoneras

f) Fomentar la lactancia a libre demanda

g) Disponer y ofrecer un espacio destinado exclusivamente para extracción de leche materna

h) Recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas

i) Disponer y ofrecer heladera para conservación de leche materna

j) Suspender la lactancia inmediatamente ante los primeros signos de mastitis

k) Rotular la leche materna con nombre, apellido, fecha y hora

3. ¿Cuáles de las prácticas que se enuncian a continuación son las que el modelo MSCF reconoce como efectivas y seguras?

a) Identificar a la madre y el padre por el nombre

b) Colocar pulsera de identificación al RN, que contenga, nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento.

c) Solo se reconocen como seguras las prácticas efectuadas por Licenciados en enfermería

d) Identificar individualmente a la incubadora con nombre, apellido, fecha de nacimiento del RN y nombre y apellido de la madre y el padre

e) Colocar nidos de contención para evitar desplazamientos

f) Reducir ruidos y luz intensamente mediante la utilización de cubre incubadoras, control de volumen de alarmas internas, comunicación utilizando voz baja y control del nivel de ruido con decibelímetro

g) Colocar en incubadora peluches de apego

h) Manipular al recién nacido siempre de manera lenta y suave

i) Realizar lavado de manos antes y después del contacto con el RN

j) Prevenir el estrés y el dolor mediante la succión no nutritiva y uso de sucrosa

k) Disponer de servicio de seguridad para prevenir hurtos

l) Organizar y agrupar las intervenciones

m) Priorizar administración de analgesia farmacológica ante procesos no invasivos

n) Fomentar el contacto piel con piel

o) Reconocer habilidad técnica de la enfermera en la colocación de accesos venosos

p) Registrar actividades

q) Registrar solo las indicaciones médicas

4. Este modelo reconoce que son derechos de los padres y del niño:

a) Hablarle, acariciarlo, cantarle, acariciarlo, mirarlo y participar del baño y cambio de pañal del bebé

b) Llevar la ropa que elijan para el bebé y vestirlo

c) Acompañar al bebé en todo momento, incluso en la realización de estudios y extracción de sangre

d) Recibir información del estado clínico solo del personal médico habilitado

e) Preguntar y registrar al equipo de salud dudas e inquietudes así como expresar aquello con lo que no están de acuerdo, disienten o no les gusta

f) La madre puede prohibir el ingreso del padre cuando lo decida y solo basta con comunicarlo verbalmente en la institución

g) Elegir qué profesional atenderá a su hijo

h) Llevar fotos y dibujos de los hermanos

i) Recibir información por parte de todo el equipo de salud involucrado en la asistencia del RN

j) Decidir el alta de manera voluntaria

5. De acuerdo a lo que plantea el MSCF, ¿Sabes que debe garantizarse a nivel institucional?

a) Internación conjunta madre e hijo

b) Ser catalogado como Hospital Amigo de la madre y el niño (HAMN)

c) Inclusión familiar en la internación neonatal

d) Garantizar el ingreso de tíos/primos/amigos a los servicios de internación

e) Promoción de contacto piel a piel

f) Garantizar solo el seguimiento intrahospitalario del RN

g) Residencia para madres de RN internados

h) Contar con un servicio de voluntariado hospitalario

i) Trabajo en red entre instituciones para organizar el seguimiento del RN y recibir y brindar cooperación

j) Promoción de la lactancia materna solo en la internación conjunta

k) Promoción de lactancia materna en todo momento

l) Garantizar solo el libre acceso de la madre

### Cuestionario

Con el presentecuestionario se buscara medir la variable Nivel de informacion sobre el Modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Se sollicitaran datos generales en relacion a antigüedad laboral en el servicio y si realiza capacitacion sobre el programa MSCF. La informacion brindada sera de caracter anonimo y confidencial. Dispondra de 20 minutos para completarlo, marcando con una x la o las opciones que usted considere correctas. Cada apartado puede contener una o más de una respuesta correcta. Muchas gracias por su participacion.

### Datos generales

Cuantos años de antigüedad posee en este servicio:

Realiza algún tipo de capacitación sobre el programa MSCF:

- A. Si realiza   
B. No realiza

### Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)

1. Respecto a la familia del RN internado, el programa MSCF propone:
- a) El ingreso irrestricto tanto para la madre como para el padre
  - b) Poder programar visitas solo de hermanos
  - c) Poder programar visitas de hermanos y abuelos
  - d) Poder programar visitas solo de abuelos
  - e) Fomentar la participación activa de los padres en el cuidado del neonato
  - f) Permitir el ingreso del padre solo en horarios programados
2. Considerando lo que propone el modelo MSCF, respecto a la lactancia materna se debe:
- a) Educar a las madres sobre extracción y conservación de la leche materna
  - b) Facilitar mobiliario apto para la actividad de amamantar

- c) Recomendar complementar con leche de fórmula a los bebés nacidos por cesárea en las primeras horas de vida
- d) Recomendar a la madre iniciar con ropa cómoda para favorecer la lactancia o ofrecer baba
- e) Recomendar habitualmente el uso de pezoneras
- f) Fomentar la lactancia a libre demanda
- g) Disponer y ofrecer un espacio destinado exclusivamente para extracción de leche materna
- h) Recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas
- i) Disponer y ofrecer bidones para conservación de leche materna
- j) Suspender la lactancia inmediatamente ante los primeros signos de mastitis
- k) Rotular la leche materna con nombre, apellido, fecha y hora

3. ¿Cuáles de las prácticas que se muestran a continuación son las que el modelo MSCF reconoce como efectivas y seguras?

- a) Identificar a la madre y el padre por el nombre
- b) Colocar pulsera de identificación al RN, que contenga, nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento.
- c) Solo se reconocen como seguras las practicas efectuadas por Licenciados en enfermería
- d) Identificar individualmente la incubadora con nombre, apellido, fecha de nacimiento del RN y nombre y apellido de la madre y el padre
- e) Colocar tomas de contención para evitar desplazamientos
- f) Reducirlos y los intermedios la utilización de cubre incubadoras, control de volúmenes de alarmas internas, comunicación utilizando voz baja y control del nivel de ruido con decibelímetros
- g) Colocar en incubadora peluches de apoyo
- h) Manipular al recién nacido siempre de manera lenta y suave
- i) Realizar lavado de manos antes y después del contacto con el RN
- j) Prevenir el estés y el dolor mediante la succión no nutritiva y uso de succion.

- k) Disponer de servicio de seguridad para prevenir hurtos
- l) Organizar y agrupar las intervenciones
- m) Priorizar administración de analgesia farmacológica ante procesos no invasivos
- n) Fomentar el contacto piel con piel
- o) Reconocer habilidad técnica de la enfermera en la colocación de accesos venosos
- p) Registrar las actividades
- q) Registrar solo las indicaciones médicas

4. Este modelo reconoce que son derechos de los padres y del niño:

- a) Hablarle, sonarle, cantarle, acariciarlo, mirarlo y participar del baño y cambio de pañal del bebé
- b) Llevar la ropa que elijan para el bebé y vestirlo
- c) Acompañar al bebé en todo momento, incluso en la realización de estudios y extracción de sangre
- d) Recibir información del estado clínico solo del personal médico habilitado
- e) Preguntar y reprogramar al equipo de salud dudas e inquietudes como expresar aquello con lo que no están de acuerdo, disensos o no los gustó
- f) La madre puede prohibir el ingreso del padre cuando lo decida y solo hasta con comunicarlo verbalmente en la institución
- g) Elegir qué profesional atenderá a su hijo
- h) Llevar fotos y dibujitos de los hermanos
- i) Recibir información por parte de todo el equipo de salud involucrado en la asistencia del RN
- j) Decidir el alta de manera voluntaria

5. De acuerdo a lo que plantea el MSCF, ¿sabes que debe garantizarse a nivel institucional?

- a) Interacción conjunta madre e hijo
- b) Ser catalogado como Hospital Amigo de la madre y el niño (HAMN)
- c) Inclusión familiar en la interacción neonatal
- d) Garantizar el ingreso de familiares/amigos a los servicios de internación
- e) Promoción de contacto piel a piel
- f) Garantizar solo el seguimiento intrahospitalario del RN
- g) Residencia para madres de RN internados
- h) Contar con un servicio de voluntariado hospitalario
- i) Trabajo en red entre instituciones para organizar el seguimiento del RN y recibir y brindar cooperación
- j) Promoción de la lactancia materna solo en la interacción conjunta
- k) Promoción de lactancia materna en todo momento
- l) Garantizar solo el libre acceso de la madre

### Cuestionario

Con el presentecuestionario se buscara medir la variable Nivel de informacion sobre el Modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Se sollicitaran datos generales en relacion a antigüedad laboral en el servicio y si realiza capacitacion sobre el programa MSCF. La informacion brindada sera de caracter anonimo y confidencial. Dispondra de 20 minutos para completarlo, marcando con una x la o las opciones que usted considere correctas. Cada apartado puede contener una o más de una respuesta correcta. Muchas gracias por su participacion.

### Datos generales

Cuantos años de antigüedad posee en este servicio:

Realiza algún tipo de capacitación acerca del programa MSCF:

- A. Si realiza   
B. No realiza

### Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)

1. Respecto a la familia del RN internado, el programa MSCF propone:
- a) El ingreso irrestricto tanto para la madre como para el padre
  - b) Poder programar visitas solo de hermanos
  - c) Poder programar visitas de hermanos y abuelos
  - d) Poder programar visitas solo de abuelos
  - e) Fomentar la participación activa de los padres en el cuidado del neonato
  - f) Permitir el ingreso del padre solo en horarios programados
2. Considerando lo que propone el modelo MSCF, respecto a la lactancia materna se debe:
- a) Educar a las madres sobre extracción y conservación de la leche materna
  - b) Facilitar mobiliario apto para la actividad de amamantar

- c) Recomendar complementar con leche de fórmula a los bebés nacidos por cesárea en las primeras horas de vida
- d) Recomendar a la madre iniciar con ropa cómoda para favorecer la lactancia o ofrecer baba
- e) Recomendar habitualmente el uso de pezoneras
- f) Fomentar la lactancia a libre demanda
- g) Disponer y ofrecer un espacio destinado exclusivamente para extracción de leche materna
- h) Recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas
- i) Disponer y ofrecer bidones para conservación de leche materna
- j) Suspender la lactancia inmediatamente ante los primeros signos de mastitis
- k) Rotular la leche materna con nombre, apellido, fecha y hora

3. ¿Cuáles de las prácticas que se muestran a continuación son las que el modelo MSCF reconoce como efectivas y seguras?

- a) Identificar a la madre y el padre por el nombre
- b) Colocar pulsera de identificación al RN, que contenga, nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento.
- c) Solo se reconocen como seguras las practicas efectuadas por Licenciados en enfermería
- d) Identificar individualmente la incubadora con nombre, apellido, fecha de nacimiento del RN y nombre y apellido de la madre y el padre
- e) Colocar tomas de contención para evitar desplazamientos
- f) Reducirlos y los intermedios la utilización de cubre incubadoras, control de volúmenes de alarmas internas, comunicación utilizando voz baja y control del nivel de ruido con decibelímetros
- g) Colocar en incubadora peluches de apoyo
- h) Manipular al recién nacido siempre de manera lenta y suave
- i) Realizar lavado de manos antes y después del contacto con el RN
- j) Prevenir el estés y el dolor mediante la succión no nutritiva y uso de succion.

- k) Disponer de servicio de seguridad para prevenir hurtos
- l) Organizar y agrupar las intervenciones
- m) Priorizar administración de analgesia farmacológica ante procesos no invasivos
- n) Fomentar el contacto piel con piel
- o) Reconocer habilidad técnica de la enfermera en la colocación de accesos venosos
- p) Registrar las actividades
- q) Registrar solo las indicaciones médicas

4. Este modelo reconoce que son derechos de los padres y del niño:

- a) Hablarle, sonarle, cantarle, acariciarlo, mirarlo y participar del baño y cambio de pañal del bebé
- b) Llevar la ropa que elijan para el bebé y vestirlo
- c) Acompañar al bebé en todo momento, incluso en la realización de estudios y extracción de sangre
- d) Recibir información del estado clínico solo del personal médico habilitado
- e) Preguntar y reprogramar al equipo de salud dudas e inquietudes como expresar aquello con lo que no están de acuerdo, disensos o no los gustó
- f) La madre puede prohibir el ingreso del padre cuando lo decida y solo hasta con comunicarlo verbalmente en la institución
- g) Elegir qué profesional atenderá a su hijo
- h) Llevar fotos y dibujitos de los hermanos
- i) Recibir información por parte de todo el equipo de salud involucrado en la asistencia del RN
- j) Decidir el alta de manera voluntaria

De acuerdo a lo que plantea el MSCF, ¿sabes que debe garantizarse a nivel institucional?

- a) Interacción conjunta madre e hijo
- b) Ser catalogado como Hospital Amigo de la madre y el niño (HAMN)
- c) Inclusión familiar en la interacción neonatal
- d) Garantizar el ingreso de familiares/amigos a los servicios de internación
- e) Promoción de contacto piel a piel
- f) Garantizar solo el seguimiento intrahospitalario del RN
- g) Residencia para madres de RN internados
- h) Contar con un servicio de voluntariado hospitalario
- i) Trabajo en red entre instituciones para organizar el seguimiento del RN y recibir y brindar cooperación
- j) Promoción de la lactancia materna solo en la interacción conjunta
- k) Promoción de lactancia materna en todo momento
- l) Garantizar solo el libre acceso de la madre

## Continuación

Con el presentamiento se busca medir la variable Nivel de Información sobre el Modelo de Atención Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Se solicitan datos generales en relación a antigüedad laboral en el servicio y al nivel de capacitación sobre el programa MSCF. La información brindada será de carácter anónimo y confidencial. Disponerá de 20 minutos para completarlo, marcando con una x la o las opciones que usted considere correctas. Cada apartado puede contener una o más de una respuesta correcta. Muchas gracias por su participación.

## Datos generales

Cuántos años de antigüedad posee en este servicio?  17

Realiza algún tipo de capacitación acerca del programa MSCF?

- A. Si, veías   
B. No veías

## Módulo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)

1. Respecto a la familia del RN internado, el programa MSCF propone:

- a) El ingreso inmediato tanto para la madre como para el padre  
b) Poder programar visitas solo de hermanos  
c) Poder programar visitas de hermanos y abuelos  
d) Poder programar visitas solo de abuelos  
e) Fomentar la participación activa de los padres en el cuidado del neonato  
f) Permitir el ingreso del padre solo en horarios programados

2. Considerando lo que propone el modelo MSCF, respecto a lactancia materna se debe:

- a) Trabajar a las madres sobre extracción y conservación de la leche materna  
b) Facilitar mobiliario apto para la actividad de amamantar

c) Recomendar complementar con leche de fórmula a los bebés nacidos por cesárea en las primeras horas de vida

d) Recomendar a la madre asistir con ropa cómoda para favorecer la lactancia u ofrecer bata

e) Recomendar habitualmente el uso de pezoneras

f) Fomentar la lactancia a libre demanda

g) Disponer y ofrecer un espacio destinado exclusivamente para extracción de leche materna

h) Recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas

i) Disponer y ofrecer heladera para conservación de leche materna

j) Suspender la lactancia inmediatamente ante los primeros signos de mastitis

k) Rotular la leche materna con nombre, apellido, fecha y hora

3. ¿Cuáles de las prácticas que se enuncian a continuación son las que el modelo MSCF reconoce como efectivas y seguras?

- a) Identificar a la madre y el padre por el nombre  
b) Colocar pulsera de identificación al RN, que contenga, nombre, apellido, fecha y hora de nacimiento.  
c) Solo se reconocen como seguras las practicas efectaadas por Licenciados en enfermería  
d) Identificar individualmente la incubadora con nombre, apellido, fecha de nacimiento del RN y nombre y apellido de la madre y el padre  
e) Colocar nidos de contención para evitar desplazamientos  
f) Reducir ruidos y luz intensa mediante la utilización de cubre incubadoras, control de volumen de alarmas internas, comunicación utilizando voz baja y control del nivel de ruido con decibelímetro  
g) Colocar en incubadora peluches de apego  
h) Manipular al recién nacido siempre de manera lenta y suave  
i) Realizar lavado de manos antes y después del contacto con el RN  
j) Prevenir el estrés y el dolor mediante lactación no nutritiva y uso de sucrosa,  
k) Disponer de servicio de seguridad para prevenir hurtos  
l) Organizar y agrupar las intervenciones  
m) Priorizar administración de analgesia farmacológica ante procesos no invasivos  
n) Fomentar el contacto piel con piel  
o) Reconocer habilidad técnica de la enfermera en la colocación de accesos venosos  
p) Registrarlas actividades  
q) Registrar solo las indicaciones médicas

4. Este modelo reconoce que son derechos de los padres y del niño:

- a) Hablarle, susurrarle, cantarle, acariciarlo, mimarlo y participar del baño y cambio de pañal del bebé  
b) Llevar la ropa que elijan para el bebé y vestirlo  
c) Acompañar al bebé en todo momento, incluso en la realización de estudios y extracción de sangre

- d) Recibir información del estado clínico solo del personal médico habilitado  
e) Preguntar y repreguntar al equipo de salud dudas e inquietudes así como expresar aquello con lo que no están de acuerdo, disienten o no les gustó  
f) La madre puede prohibir el ingreso del padre cuando lo decida y solo basta con comunicarlo verbalmente en la institución  
g) Elegir qué profesional atenderá a su hijo  
h) Llevar fotos y dibujitos de los hermanos  
i) Recibir información por parte de todo el equipo de salud involucrado en la asistencia del RN  
j) Decidir el alta de manera voluntaria

5. De acuerdo a lo que plantea el MSCF, ¿Sabes que debe garantizarse a nivel institucional?

- a) Internación conjunta madre e hijo  
b) Ser catalogado como Hospital Amigo de la madre y el niño (HAMN)  
c) Inclusión familiar en la internación neonatal  
d) Garantiza el ingreso de tíos/primos/amigos a los servicios de internación  
e) Promoción de contacto piel a piel  
f) Garantizar solo el seguimiento intrahospitalario del RN  
g) Residencia para madres de RN internados  
h) Contar con un servicio de voluntariado hospitalario  
i) Trabajo en red entre instituciones para organizar el seguimiento del RN y recibir y brindar cooperación  
j) Promoción de la lactancia materna solo en la internación conjunta  
k) Promoción de lactancia materna en todo momento  
l) Garantizar solo el libre acceso de la madre