



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

**Adherencia del equipo de salud a protocolo de nacimiento primera hora
en el Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía desde el 25 de abril al 27 de
junio del 2019.**

Autora: Lic. Aldana Soledad Avila

Directora de tesis: Dra. Cristina Cipolla

Buenos Aires, 19 de diciembre del 2023



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



“El bebé es un ser humano inmaduro y extremadamente dependiente. También es un individuo que sufre las experiencias y las almacena. Las implicancias prácticas de esta afirmación son fundamentales para quienes tratan los estadios más precoces de su vida”

Winnicott



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Agradecimientos

A mi madre y a mi padre, que son mi brújula y me enseñaron que sin sacrificios no hay recompensas.

A mis hijos y a mi nieto, que a pesar de que el tiempo invertido en mi formación académica fue robado a las tardes de plaza y diversión, me apoyaron siempre.

A mis hermanas, por su infinita ayuda.

A Flavio, mi gran compañero y sostén.

A Cristina Cipolla, mi directora de tesis, por incentivar me, guiarme y enseñarme.

A Guillermina Chattás mi guía y amiga

A mis compañeras y compañeros de trabajo y a todos los que creyeron en mí,

Gracias.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



LENGUAJE INCLUSIVO: Para la elaboración de la presente tesis se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, no sexista y no binario. Se utilizó como fuente de consulta la guía para la comunicación con perspectiva de género del Ministerio de las Mujeres, géneros y Diversidad.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Índice

Siglas:	2
Resumen	3
Abstract.....	4
2. Planteamiento del problema.....	9
3. Justificación.....	12
4. Estado del Arte.....	17
4.1 Factores biológicos.....	17
4.2 Cuidados tradicionales en el parto.....	19
4.3 Propuestas de nacimiento en Argentina.....	21
4.4 Marco legal.....	22
4.5 Atención perinatal.....	23
4.6 Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.....	23
4.7 Protocolos.....	25
4.8 Protocolo “Primera Hora”.....	28
5. Pregunta de investigación	34
6. Objetivo general:	35
6.1 Objetivos específicos:	35
6.2 Objetivo secundario:	35
7. Diseño Metodológico	36
8. Resultados	40
9. Discusión.....	51
10. Conclusiones.....	55
Glosario	56
11. Bibliografía	58
Anexos.....	70



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Siglas:

- CONE: Condiciones obstétricas y neonatales esenciales.
- COPAP: Contacto piel a piel.
- DEIS: Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
- ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.
- GPC: Guía de práctica clínica.
- IC: Internación conjunta.
- MMGyD: Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad.
- MSNA: Ministerio de Salud de la Nación Argentina.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PQ: Planta quirúrgica.
- RCP: Reanimación cardiopulmonar.
- RN: Persona recién nacida.
- SAP: Sociedad Argentina de Pediatría.
- SIP: Sistema Informático Perinatal.
- TPR: Trabajo de parto, parto y recuperación.
- PPH: Protocolo primera hora.
- SEG: Semanas de edad gestacional.
- UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Resumen

Introducción:

El protocolo de nacimiento Primera Hora consiste en la postergación de las rutinas profilácticas realizadas en las personas recién nacidas, para priorizar el contacto piel a piel entre la madre y su hija/o.

Objetivo general:

Determinar los niveles de adherencia del equipo de salud al protocolo de nacimiento primera hora, en el Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. Para la adherencia se tuvo en cuenta, el tiempo de ligadura de cordón, el tiempo de contacto piel a piel, el tiempo de separación, y el trasladado conjunto. Para establecer los niveles de adherencia al PPH, se establecieron tres categorías: alta, moderada y baja.

Resultados:

Se analizaron 304 nacimientos. El 59,9% tenían un nivel de adherencia alto. En el nacimiento por vía vaginal aumentó a 69,7%.

Conclusión:

La adherencia al PPH es baja. Algunos de los factores relacionados a la adherencia alta son los nacimientos por vía vaginal y otros relacionados a la temporalidad. El equipo de profesionales que toman las decisiones sobre el cumplimiento de los componentes es, mayoritariamente de neonatología. Es necesario implementar medidas para mejorar la adherencia.

Palabras clave: Primera hora de vida, contacto piel a piel, protocolo, adherencia, nacimiento.

Abstract

Introduction:

The First Hour protocol consists in the postponement of prophylactics routines done in new-born babies to prioritize skin-to-skin contact.

General objective:

Determine the level of adherence to the First Hour protocol by the health team in the Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejia.

Materials and methods:

Descriptive, prospective cross-sectional study. For adherence, the cord ligation time, skin-to-skin contact time, separation time and the transferred set were taken into account. To establish levels of adherence to the PPH, three categories are established: high, moderate, and low.

Results:

Were analyzed 304 births, 59.9% of those births had a high level of adherence. In vaginal birth it increased to 69.7%.

Conclusion:

Adherence to PPH is low. Some of the factors related to high adherence were vaginal births and others related to temporality. The professionals who took decisions about compliance with the components were largely from neonatology. It is necessary to implement measures to improve adherence.

Key words: First hour of life, skin-to-skin contact, protocol, adherence, birth.

1. Introducción

El nacimiento en la vida de una persona constituye un hecho fundamental. El parto no es solo un hecho fisiológico si no también un hecho social y cultural. El nacimiento tiene un fuerte impacto en la vida de las personas. El contacto piel a piel (CoPaP) inmediato y prolongado luego del nacimiento constituye un cuidado prioritario y fundamental para la persona puérpera y la que acaba de nacer. No hay dudas de que el parto institucionalizado marca un antes y un después en la sobrevivencia de las personas, sin embargo, es preciso diferenciar las intervenciones necesarias de aquellas que pueden ser postergadas al menos unos minutos para dar jerarquía al contacto inicial. Recientemente, en nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación ha publicado un consenso federal (MSN Argentina, 2022), para guiar las intervenciones realizadas durante el nacimiento. A pesar de esto, todavía las intervenciones que se realizan continúan siendo muy variadas, dependiendo de cada institución y muchas veces de cada profesional (Felitti K, 2011) (Lopes Moreira y otros, 2014).

En un estudio realizado sobre los cambios en las prácticas médicas, se describen diferentes factores que influyen sobre éstas. La adquisición de una nueva práctica lleva un tiempo de construcción interna y externa, donde se puede identificar un momento de transición hasta la transformación final de la práctica (Szulik, 2021). Esto podría explicar la variabilidad de las intervenciones que se les realizan a las personas recién nacidas.

Algunas de las prácticas habituales que se recomendaban e incluso se continúan realizando en los nacimientos consiste en la separación inmediata de la persona recién nacida (RN) de su madre y la evaluación de la vitalidad debajo de una fuente de calor radiante (López Candiani, 2014), la realización de gases en sangre de la arteria umbilical (AEP, 2009), el baño profiláctico, la administración inmediata de vitamina K y vacuna antihepatitis B por vía intramuscular, la profilaxis oftálmica, la medición de peso, talla y perímetro cefálico, y algunas otras como pasaje de sondas esofágica y rectal (Lopes Moreira y otros.2014:129).

Antiguamente, el parto se realizaba en el hogar, en un espacio respetado y familiar, pero con mínimo o sin respaldo médico, lo cual conllevaba mayores riesgos y una elevada morbimortalidad materna y neonatal. Actualmente, la gran mayoría de los nacimientos en nuestro país suceden en instituciones de salud. La hospitalización de la persona embarazada implica la separación de su familia, permitiendo estar acompañada sólo por una persona de su red afectiva. Incluso en muchos establecimientos ni siquiera este acompañamiento está permitido. Hoy, algunas instituciones de Argentina están en un proceso de cambio, preocupadas por brindar, además de la seguridad y el respaldo médico, un cuidado respetuoso y cálido para las familias, pero por sobre todo para la persona embarazada y su hija/o (MSN, 2022) (OMS, 2018: 163) (Moreno y otros, 2019).

El nacimiento constituye un momento muy especial para la persona gestante y la recién nacida. Sin embargo, los cuidados amorosos que se brindaban en los partos que ocurrían en el hogar fueron reemplazados por rutinas médicas que implican la separación inmediata de la persona recién nacida y su madre (Rufino, 2020).

En Argentina, en el 2020 ocurrieron 533.299 nacimientos, de ellos 249.105 fueron ingresados a la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) que proporciona información sobre el proceso de atención prenatal y del nacimiento en las maternidades públicas del país. Según este registro, el 38% de los nacimientos ocurrieron por cesárea y sólo en el 41,4% del total de nacimientos, la persona gestante estuvo acompañada por una persona de su confianza (SIP-G, MSNA 2020). El derecho de la persona gestante a estar acompañada por una persona de su confianza está contemplado por la Ley 25.929. La posibilidad de mantener el contacto con alguien afectivamente cercano, cuando se ingresa a una institución de salud, no sólo se debería garantizar por cuestiones legales, sino también porque tiene un impacto positivo en el desarrollo del trabajo de parto, parto y puerperio. Aun así, 44% de las denuncias por violencia obstétrica que recibe la línea 144 (línea de atención telefónica permanente del MSNA) corresponde a la negación del acompañante (MMGyD, 2022).

El nacimiento y su impacto, es el centro de varias investigaciones. La neurociencia estudia los factores que rodean a este evento trascendental en la vida. Actualmente está en foco, el papel que juegan algunas hormonas y neurotransmisores liberados durante el parto, el post parto inmediato y el período de lactancia. Fundamentalmente la importancia que tienen en el desarrollo del vínculo madre hija/o y el impacto para la vida futura de la persona recién nacida (Olza Fernández y otros, 2014: 459/472). Particularmente interesa el papel que cumple la oxitocina endógena. Esta hormona, que algunos llaman “la hormona del amor” (Svensson y otros, 2013:3/13), se sintetiza en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo y es liberada a la circulación a través de la hipófisis posterior. Tradicionalmente se conocían sus efectos sobre las contracciones uterinas y la segregación de la leche, pero hoy se conoce algo más de su función. Actúa como neuromodulador en el sistema nervioso central, especialmente en el comportamiento social, patrones sexuales y la conducta parental (Neumann, 2008: 858/859).

A pesar de los estudios que han demostrado la importancia de esta hormona, es poca la trascendencia que se le ha dado. Especialmente, a las acciones que ocurren en el parto, que podrían facilitar o entorpecer su producción natural. Tal vez esto se debe a que los resultados en las prácticas de nacimiento son habitualmente medidos por el impacto que producen en la mortalidad y la discapacidad, pero no hay suficientes estudios que midan su importancia en el comportamiento de la persona gestante, RN, la lactancia, la salud y relaciones sociales futuras.

La postergación del Contacto Piel a Piel (CoPaP) inicial para la realización de rutinas médicas en quién nace, como control de peso, aspiración de secreciones, pasaje de sonda orofaríngea y rectal, colocación de vacunas y baño, se instaló como una práctica habitual y estándar en las instituciones de salud. La evidencia científica, cada vez más contundente, demuestra que estas rutinas, interpretadas hasta el momento como necesarias, no lo son y merecen ser modificadas (Bergman, 2014) (Ceriani Cernadas, 2010) (Crenshaw, 2014) (MSNA, 2022).

Según el informe de UNICEF “Cada vida cuenta, 2018” (Unicef, 2018:19) en la región del Oriente Medio y África del Norte, la tasa de inicio inmediato de la lactancia en partos asistidos por profesionales de la salud cualificados es del 45%, en contraste con el 58% en los nacimientos no asistidos por profesionales cualificados. Las razones que se expresan en el documento sugieren que la falta de tiempo del equipo de salud y algunas rutinas existentes, como la separación de la persona recién nacida para control de peso y rutinas profilácticas, dificultan el inicio de la lactancia. Este documento invita a reflexionar sobre las prácticas del equipo de salud que asisten los nacimientos, ya que su participación es esencial.

En el año 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declara que la implementación de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) contribuyen a la disminución de la morbilidad materna y neonatal. Las CONE hacen referencia a recursos humanos, físicos y económicos que deben estar presentes en todas las instituciones donde ocurren nacimientos, para garantizar la mayor seguridad en la atención materno-infantil al momento del parto y puerperio, como rige en nuestro país desde el año 2019 (RESOL-2019-670-APN-SGS#MSYDS) (Anexo I). El nacimiento institucionalizado, atendido por profesionales del área materno-infantil, que cuenten con todo el conocimiento y equipamiento para resolver urgencias de quién nace y/o la madre, y que, además, brinden cuidados respetuosos centrados en la familia constituyen el mejor y más seguro escenario para el nacimiento (Rossato, 2018).

Datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) del año 2019, indicaron que en nuestro país el 96,9% de las RN iniciaron lactancia, pero solo el 56,6% lo hacía dentro de la primera hora de vida y sólo el 43,7% conservó la lactancia exclusiva a los seis meses. Sin dudas, debe ponerse mayor esfuerzo en mejorar este indicador, ya que la lactancia influye sobre los resultados de morbilidad y calidad de vida del niño, niña y de la madre. Además, con un fuerte impacto en la edad adulta, en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (Zapata, 2016) (Moreno, 2019).

2. Planteamiento del problema

En Argentina, el 99,7% de los nacimientos ocurridos en el año 2020, fue atendido en una institución de salud, según datos publicados en el año 2022 por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien la institucionalización del parto fue una estrategia para disminuir la muerte maternoinfantil, trajo consigo la medicalización y el exceso de intervenciones médicas de un proceso fisiológico (Felitti, 2011).

Hacia finales de 1952, cuando se completó la estrategia de la institucionalización del parto, en nuestro país la mortalidad descendió un 20% (Moreno, 2009). Sin embargo, para muchas familias la institución de salud representa un ambiente hostil. Por un lado, porque, como se mencionó anteriormente, la internación representa la separación de la persona que se interna, de su familia y de su red de contención, y por otro lado porque no siempre las instituciones tienen en cuenta las diferentes culturas que conviven en nuestro país. Una perspectiva intercultural implica “reconocer la existencia de personas con culturas diferentes a la cultura argentina o criolla, ya sea porque pertenecen a pueblos originarios o porque son familias provenientes de otros países” (UNICEF, 2012:26).

La institucionalización del parto y la Regionalización de la Atención Perinatal, estrategia que apunta a que cada nacimiento se produzca en el tipo de institución más adecuado a su riesgo perinatal, entre otras acciones, permitieron disminuir la morbimortalidad infantil (Rashidian, 2014) (Küster, 2020). Habitualmente, en los partos institucionalizados, la persona gestante es obligada a parir en posición acostada para comodidad del equipo de salud, sola, sin poder moverse con libertad, ni ingerir bebidas o alimentos. Luego del parto, es separada de su hijo/a al que se le realizan prácticas invasivas (Domínguez Mon et al, 2017) (Felitti, 2011).

Además, también a la persona gestante, se le comenzaron a realizar ciertas rutinas invasivas resultando en un intervencionismo innecesario. Según el

informe de la OMS, 2019 "Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva", del año 2019, hubo a nivel global un aumento en las prácticas que permiten iniciar, acelerar, terminar o regular el proceso de parto. Estas intervenciones colocan a la persona gestante en una situación de pasividad y le quitan el protagonismo que tiene. Además, estas recomendaciones refieren que no siempre existe una necesidad de salud clara al respecto, que justifique la intervención, lo que podría considerarse como intervención innecesaria. Algunas de estas intervenciones no recomendadas son: rasurado púbico o perineal de rutina, realización de enema, irrigación vaginal con clorhexidina, manejo activo del trabajo de parto, realización de rutina de amniotomía, amniotomía temprana y administración de oxitocina, como así también, la administración de fluidos intravenosos de rutina.

Algo similar sucede con las RN. Luego del nacimiento se prioriza la realización de prácticas médicas, muchas de ellas sin evidencia clara de sus beneficios o incluso con evidencia en contra, como es el caso de la ligadura precoz de cordón umbilical. A pesar de las recomendaciones nacionales e internacionales acerca de demorar unos minutos la ligadura del cordón, todavía no se logra que la retrasen al menos un minuto. En un estudio realizado por Duran y otros, en Argentina en el año 2007 se observó que el 34% de las niñas y niños entre seis meses y dos años tenían anemia. Dentro de las causas definidas en este estudio figura la ligadura precoz del cordón umbilical, antes del minuto de vida, ya que no se permite que la sangre del feto que se encuentra en la placenta sea devuelta al mismo (Duran y otros, 2009: 403).

También se ha estudiado que demorar la ligadura del cordón, por al menos tres minutos aseguraría el traspaso de sangre suficiente para permitir los depósitos de hierro adecuados para prevenir la anemia en los primeros meses de vida (Ceriani Cernadas y otros, 2010: 208).

No es intención de este trabajo cuestionar las intervenciones que sí son necesarias cuando se requieren maniobras iniciales para comenzar a

respirar, es decir, siempre se deberá priorizar y proteger la vida. Para esto es fundamental diferenciar a una RN de término y vigorosa de aquella que requiere alguna intervención para comenzar a respirar. Se conoce que cerca del 80-85% de las RN no requieren ninguna intervención para iniciar espontáneamente la respiración luego del nacimiento (CEFEN, 2022:19) (Sánchez Luna y otros, 2009:351). Es precisamente, en el grupo que no requiere intervenciones, que es imprescindible acompañar y dar el respaldo suficiente, respetando ese momento de reconocimiento mutuo entre la persona recién nacida y su madre.

A pesar de que el mayor porcentaje de nacimientos corresponde a RN sanas, vigorosas y sin factores de riesgo, las prácticas realizadas en este momento son muy variadas. La atención de estos nacimientos requiere de una estandarización mediante recomendaciones, protocolos y guías de práctica clínica (MS Colombia, 2013). Incluso para mejorar las prácticas en lactancia materna, tal como lo proponen los lineamientos de “Hospital Amigo de la Lactancia” en uno de sus pasos, es fundamental contar con una normativa institucional escrita, capacitar al personal e identificar a los responsables de su cumplimiento (MSN, 2021). El desarrollo de un protocolo permite unificar intervenciones y disminuir la variabilidad en las respuestas de las y los profesionales (Gutiérrez Martínez y otros, 2019).

3. Justificación

El Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, está ubicado en el partido de La Matanza, el municipio más extenso y poblado de la provincia de Buenos Aires. Su densidad poblacional es de 5.582,21 habitantes por kilómetro cuadrado, con 1.837.774 habitantes según el censo 2022 y es limítrofe con la Ciudad de Buenos Aires.

La institución fue creada con el objetivo de dar atención, a los afiliados de una empresa de medicina prepaga Galeno SA, de la zona Oeste del Conurbano Bonaerense, que debían trasladarse a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires u otros municipios para su atención. Perteneciente al subsector privado, es una institución que abrió sus puertas en diciembre del 2015. Cuenta con las principales especialidades médicas. El servicio de maternidad atiende aproximadamente 2.500 partos anuales, financiados por diferentes prepagas, dispone de 30 camas de internación conjunta, dos salas para trabajo de parto, parto y recuperación (TPR) y 32 unidades dentro del servicio de neonatología. Este sanatorio, a diferencia de otras instituciones del Grupo Galeno, incorpora la figura de una persona licenciada en obstetricia de guardia continua las 24 horas como parte del equipo de atención del parto.

La cultura institucional se fue creando con la mirada de atención del binomio madre-hijo/a como unidad. La atención del binomio se realiza bajo un modelo novedoso, donde un mismo profesional de enfermería capacitado en enfermería perinatal, atiende a las RN y sus madres.

En el modelo de atención tradicional enfermería de obstetricia atiende a la madre, y enfermería de neonatología a la RN (Rossato, 2015). Esto ocasiona disociación en el cuidado. Por ejemplo, algunos aspectos del puerperio pueden quedar sin una responsabilidad clara o se pueden dar mensajes contradictorios, como sucede con los cuidados de la lactancia.

Además, la institución cuenta con un servicio de obstetricia que depende del servicio materno Infantil, lo cual también es beneficioso porque el servicio de

obstetricia y el de neonatología responden al mismo jefe. Es importante realizar esta aclaración ya que son pocos las y los profesionales externos que realizan partos y cesáreas en la institución, lo que hace más fácil la difusión de las normativas y guías de atención a todo el equipo de salud.

Otro punto que caracteriza al funcionamiento de la institución, para tener en cuenta, es la distribución espacial dentro del sanatorio, de la sala de partos/quirófanos y de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

La planta quirúrgica (PQ), donde están los quirófanos asignados a las cesáreas y donde están las TPR se encuentran en el segundo piso y el sector de maternidad y la UCIN está en el cuarto piso.

Todos los días de la semana, dos neonatólogos/os quedan de guardia activa. En el horario de 8-20 horas, además, un/a coordinador/a médico/a permanece de guardia activa y de 20-08 horas lo hace de guardia pasiva. Sin embargo, el/la neonatólogo/a que asiste al parto o cesárea es el mismo que atiende a las RN internadas en la UCIN, no existe un/a neonatólogo/a exclusivo para atender los nacimientos.

Esta estructura organizacional supone ciertas desventajas a la hora de realizar tareas interdisciplinarias ya que las y los profesionales deben trasladarse a otro piso. Además, esto implica incluir un nacimiento a un quirófano general con todas las cuestiones organizacionales que esto supone.

A partir de marzo de 2017 en el Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía comienza a utilizarse el “Protocolo Primera Hora” (PPH) (Anexo II), que fue elaborado por profesionales de sus propios servicios de maternidad y neonatología. Las recomendaciones del documento alcanzan a todas las RN sanas con edad gestacional mayor o igual a 36 semanas, sin factores de riesgo asociados, que nazcan vigorosas, por vía vaginal o cesárea y sin necesidad de reanimación. El protocolo se basa principalmente en la atención de quién nace, y se sostiene en la evidencia de los beneficios del CoPaP inicial. Desaconseja, basado en la falta de evidencia, la realización

inmediata de los procedimientos médicos profilácticos y los posterga para dentro de las primeras cuatro horas de ocurrido el nacimiento. De esta forma se prioriza el contacto piel a piel y la lactancia.

El protocolo recoge los puntos incluidos en la Ley Nacional 25.929 (Ley de Parto Humanizado), los del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, 2010) y coincide con el Consenso de la Primera Hora, (MSNA, 2022), las recomendaciones de la OMS (OMS Guidelines Review Committee, 2012) y las de la Sociedad Española de Pediatría (Sánchez Luna y otros, 2009) entre otras publicaciones y propone -además de postergar las rutinas profilácticas de la RN sana- mantenerla junto con su madre durante el mayor tiempo posible luego del nacimiento. Se recomienda unificar los cuidados brindados a la RN y su madre, independientemente del equipo médico que los atienda. Este protocolo presenta diferencias con los cuidados habituales, que brinda el equipo de salud en otras instituciones.

Los componentes de este protocolo son

- el tiempo de ligadura de cordón a los dos minutos o más,
- el tiempo de CoPaP mayor a los diez minutos,
- el tiempo de interrupción de CoPaP para la evaluación médica no mayor a diez minutos,
- la identificación de la persona recién nacida y
- el traslado conjunto en CoPaP.

Para priorizar estos cuidados es fundamental la postergación del primer baño y las rutinas dolorosas como la aplicación de vacuna anti hepatitis B y de vitamina K.

El protocolo considera como equipo de salud, al grupo interdisciplinario que está en contacto con el binomio, compuesto por enfermeros/as, médicos/as,

licenciadas/os en obstetricia, instrumentadoras/es y personal no profesional que intervenga en la admisión y atención de las familias.

La puesta en marcha de este protocolo, en el año 2017, trajo diferentes inconvenientes que interfirieron en su adherencia, en los que se ponen en juego intereses personales entre los profesionales del equipo de salud. La bibliografía da cuenta de los inconvenientes que afectan la adherencia a un protocolo, y que son: el cambio de hábitos, la falta de convencimiento de los beneficios, el aumento del tiempo de atención profesional destinado a cada paciente y las dificultades relacionadas con las condiciones laborales de las y los profesionales de la salud. La implementación de este protocolo busca unificar la atención que reciben las familias que eligen el Sanatorio de la Trinidad de Ramos Mejía para el acompañamiento de sus partos.

La implementación de guías o protocolos de atención otorga beneficios clínicos y financieros con “mayor efectividad en las decisiones clínicas y en el desempeño médico” (Navarro Noya y Padilla Rodríguez 2015:65) y, en general, estos protocolos o guías clínicas, responden a la mejor evidencia científica disponible.

Uno de los puntos del protocolo del Sanatorio de la Trinidad sugiere realizar al menos diez minutos de CoPaP antes de la interrupción para revisar a la RN. El CoPaP consiste en colocar a la persona recién nacida desnuda sobre la piel del pecho desnudo de su madre, sin interferencias entre ambos, sin toallas ni sábanas que interfieran en el contacto.

Cómo se mencionó anteriormente, el/la neonatólogo/a que asiste el nacimiento es el mismo que está a cargo de la terapia neonatal. Es decir que para asistir a un parto debe salir de la UCIN. Esta situación, la falta de tiempo del equipo de salud, es lo que podría acortar los tiempos de CoPaP para realizar el examen físico y volver a sus funciones en la UCIN. Justamente, esta característica es la que advierte el informe, “Cada vida cuenta” (UNICEF, 2018:19) ya que la separación de la persona recién nacida de su madre interrumpe la posibilidad de realizar la succión al pecho de manera espontánea. De esta manera, se pone en riesgo la lactancia, en

cuanto a su adherencia y al tiempo de sostenimiento, aumentando la probabilidad de dificultades en la salud y nutrición en el futuro, en quienes no lo logren.

En la primera etapa de la implementación del protocolo se hizo un estudio para evaluar la seguridad y factibilidad (Anexo III). Se incluyeron un total de 156 RN entre mayo y junio del 2017. Se midió la estabilidad cardiorrespiratoria, el riesgo de hipotermia y succión dentro de la primera hora de vida. Este estudio arrojó como resultado que priorizar el contacto piel a piel y posponer las rutinas profilácticas no aumentaba el riesgo de hipotermia, de desaturación (hipoxemia), de dificultad respiratoria, o de bradicardia en las RN estudiadas. También se observó un alto porcentaje que realizaba succión al pecho dentro de la primera hora de vida, incluso dentro de la PQ. Además, se midió la satisfacción materna, cuyo resultado favoreció la intervención.

Sin embargo, hasta la fecha no se ha estudiado el grado de cumplimiento por parte del equipo de salud del PPH.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el grado de adherencia al PPH y caracterizar al equipo de salud involucrado en la toma de decisiones. Los componentes del protocolo (el tiempo de ligadura de cordón, el tiempo de contacto piel a piel, el tiempo de separación del binomio, el tiempo en que la persona recién nacida vuelve al contacto piel a piel, la identificación y el traslado) y describir los factores que influyen en la adherencia.

4. Estado del Arte

La bibliografía hallada para sustentar la justificación muestra que se han desarrollado diversos estudios relacionados con la temática de la adherencia a protocolos médicos o a guías de práctica clínica (GPC) (Navarro Noya y Padilla Rodríguez 2015:65) (SNS, 2009:27) (Joosen y otros, 2015:2).

Se considera fundamental evaluar la adherencia a protocolos a partir de las siguientes dimensiones: factores biológicos, cuidados tradicionales en el parto, propuestas de nacimiento en Argentina, marco legal, atención perinatal, condiciones de trabajo de las y los profesionales de la salud, adherencia a protocolos y PPH.

Se realizó una revisión de estudios que evaluaron los factores que se asocian al cumplimiento de documentos para estandarizar procesos como protocolos médicos o guías de práctica clínica desde la adherencia profesional.

4.1 Factores biológicos

El equipo de salud, particularmente las y los profesionales que intervienen en cada nacimiento tienen una formación en la que se priorizan las rutinas médicas, en este caso, invasivas. Desde hace algunos años, este modelo comienza a ser cuestionado (Bergman, 2014). Probablemente relacionado con el hábito de los equipos de salud de acompañar procesos de enfermedad y no a los procesos fisiológicos como lo constituye un embarazo y un parto. Postergar rutinas médicas y permitir el CoPaP favorece la liberación de oxitocina.

La jerarquía del contacto piel a piel puede fundamentarse en los estudios en animales, que tras el parto son dependientes de su hábitat para sobrevivir, ese hábitat es el cuerpo de su madre (Olza Fernández y otros,

2014:462/465). En un estudio realizado en caballos, se observó que cuando eran separados de su madre por algunos minutos inmediatamente después de nacer, tenían consecuencias a corto y largo plazo, como mayores dificultades en la lactancia, dificultades de relación y mayor agresividad (Henry y otros, 2009:5). En los humanos se ha demostrado que, si se garantiza un período de CoPaP, inmediatamente luego del nacimiento, entre 50 a 110 minutos, la probabilidad de la succión al pecho ocurra espontáneamente es ocho veces mayor. En otros estudios se sugiere un tiempo mínimo de contacto de 50 minutos (Sánchez Luna y otros, 2009:353). Publicaciones recientes sugieren postergar las rutinas médicas hasta luego de haber iniciado la primera succión al pecho (MSN Argentina, 2022).

La oxitocina endógena desempeña un papel crucial en el desarrollo del comportamiento social de las personas (Sánchez Luna y otros, 2009: 860/861). Recientemente se está estudiando qué rol tienen estos cambios y su manipulación, en la etiopatogenia de algunos desórdenes neuropsicológicos (Olza Fernández y otros, 2011:38/41).

La oxitocina y sus receptores parecen ser el sustrato de la modificación de experiencias tempranas, en cambios conductuales a corto y largo plazo, influyendo en la modificación de la epigenética, en el período sensitivo temprano. La epigenética se refiere al conjunto de factores externos a los genes, que regulan la expresión génica de una célula sin alterar la secuencia de ADN. Básicamente, la oxitocina podría potenciar o inhibir la expresión de determinados genes (Sánchez Freire y otros, 2013:40/41).

El aumento de los niveles sanguíneos de oxitocina tras el parto produce una sensación de euforia, placer, sueño más ligero y aumento del umbral del dolor, aumento de sentimientos de cuidado hacia su hija/o y disminución de la sensación de estrés (Olza Fernández y otros, 2014:459/472).

La producción de oxitocina se encuentra más elevada en el trabajo de parto y en las personas que mantienen a sus hijas/os en CoPaP y en el período de lactancia. Los estímulos táctiles agradables, como las caricias, también estimulan su producción. Este proceso alcanza los valores máximos en la

hora que sigue al parto. Este período es el de mayor sensibilidad. Las RN se encuentran alerta y preparados para su primera puesta al pecho (Crenshaw, 2014: 211/212). Existen estudios que demuestran que colocar a las RN sanas en CoPaP y favorecer la lactancia dentro de la primera hora de vida mejora la adhesión a la lactancia exclusiva y la duración de ésta, independientemente de la vía de nacimiento, parto vaginal o cesárea (Ibídem: 213/215) (GPC gobierno vasco 2017:46/52) (Moore y otros, 2016:29) (OMS 2018: 163).

El CoPaP inicial propicia la exposición bacteriana de la RN con la microbiota materna y el entorno. La lactancia también favorece la adquisición de la microbiota. La leche materna aporta macro y micronutrientes, componentes inmunológicos, oligosacáridos, bacterias y metabolitos bacterianos que van a formar la microbiota intestinal (Moreno Villares, 2021). De esta manera se brinda más y mejores herramientas a las RN, que van a impactar en su desarrollo y su estado de salud.

4.2 Cuidados tradicionales en el parto

La gran mayoría de los nacimientos asistidos en instituciones de salud están enmarcados en prácticas rutinarias. Tal cómo se detalló anteriormente, algunas de ellas, se encuentran actualmente cuestionadas por considerarse intervenciones invasivas, innecesarias e incluso peligrosas para la persona recién nacida y su madre (Lopes Moreira y col.,2014:129) (Sánchez Luna et al 2009:350).

Lopes Moreira y col (2014) encontraron, a través de una encuesta sobre el nacimiento en Brasil, que los cuidados brindados en este momento difieren en cada lugar e incluso dentro de la misma institución. En este estudio observaron que la administración de oxígeno inhalado sin justificación se realizaba en el 10%, la aspiración de las vías respiratorias en un 71%, y la aspiración gástrica en un 40% de los nacimientos. Además, se observó que el 9% utilizaba incubadora en lugar de CoPaP en RN sanas y vigorosas. En este mismo estudio se informó que la iniciación de la lactancia en la sala de

partos fue del 16%, incluso, el porcentaje fue bajo, 24%, en hospitales que seguían la iniciativa Hospital Amigo de la lactancia.

En la “Guía de atención del parto normal” (2010) y en el “Consenso La Primera hora de vida” (2022), mencionado antes, del Ministerio de Salud de la Nación se recomienda, en las RN vigorosas, el CoPaP con su madre, o con quién sea su acompañante, si por alguna razón ella no pudiera hacerlo. Se sugiere la realización de los cuidados médicos de rutina posteriormente al inicio de la lactancia. Estos cuidados incluyen valoración de la edad gestacional, la toma de medidas antropométricas y la administración de profilaxis. A pesar de que el consenso del MSN fue elaborado más tarde que el PPH, muchas de las recomendaciones son las que se abordan en el PPH.

Si bien se comienza a hablar, de la importancia del CoPaP inicial, no se le da la trascendencia que tiene. Todavía no se ha implementado en la práctica de manera pareja, los puntos que la reglamentación de la Ley 25.929 propone (Dominguez Mon, 2017).

Es así, como en gran parte de las instituciones de Argentina, donde se atienden partos, no se realiza el CoPaP, hasta después de las rutinas profilácticas o incluso luego del traslado a la habitación.

En los cuidados tradicionales, una vez que se produce el nacimiento, la RN es llevado al sector de “control del recién nacido”, que generalmente se encuentra en un sector contiguo a la sala de partos, dentro de la PQ. En el mejor de los casos cuando la persona recién nacida es llevada a ese sector para ser revisada, lo hace junto al acompañante materno. Por lo general, cuando el recién nacido sale del quirófano o sala de partos, el equipo de salud, que se encuentra atendiendo a la madre, descende la temperatura de ese sector y muchas veces si se quiere volver con el recién nacido, las condiciones ambientales del quirófano/sala de partos no lo permiten. La temperatura recomendada para el ambiente donde se produce el nacimiento es 24 °C (SAP, 2016), ya que es la temperatura ideal para evitar que la RN pierda calor. La temperatura en el útero materno es la corporal y la RN nace húmeda, condición de extrema vulnerabilidad para perder temperatura.

4.3 Propuestas de nacimiento en Argentina

Como se mencionó, la atención de los partos está atravesando un proceso de cambio que es desigual en nuestro país e incluso en todo el mundo (Montes Muñoz, 2019) (Domínguez Mon, 2017). Probablemente, algunos cambios fueron impulsados con la Ley 25.929, Ley de parto respetado, en el año 2015.

Actualmente, existen otras propuestas de nacimiento diferentes al parto institucionalizado. Una de ellas es el parto domiciliario programado. Las principales razones por las que se elige esta modalidad de nacimiento es por la calidez que brinda nacer en el hogar y por el deseo de tener un parto natural no medicalizado (Rossato, 2018).

Según la revisión de Kent (2011), pocas cosas marcan tanto la diferencia entre países desarrollados y países en vías de desarrollo como el parto domiciliario, puesto que, como se vio en un estudio citado también por este autor, hay mayor riesgo de mortalidad perinatal y de ingreso a la UCIN por complicaciones en la RN que no nace en el hospital. Los partos domiciliarios en Argentina representan un porcentaje muy pequeño, pero que merece ser tenido en cuenta. Es necesario lograr un equilibrio entre la seguridad médica y los cuidados respetuosos y amorosos ya que, al momento de realizar esta tesis, los partos institucionalizados son la única recomendación del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

En Argentina, el parto institucionalizado brinda seguridad médica pero como se viene mencionando, el exceso de intervenciones saca el protagonismo a las personas con capacidad de gestar y sus familias.

Otra de las formas de parto, también con bajo porcentaje en nuestro país, lo integra el grupo de personas que presentan “planes de parto”. Esta modalidad constituye la presentación de un documento con algunas intervenciones que no desean y otras que si se solicitan. Este tipo de documento no siempre es bien recibido por el equipo de salud, ya que se interpreta como una forma de interferir en las rutinas de trabajo. Las

instituciones que presentan un protocolo de nacimiento tienen la posibilidad de compartirlo, previo a la internación, con las familias que se acercan a la institución y de esta manera acordar si lo que está en el protocolo es lo que desean. Así se evita modificar las rutinas del equipo de salud, logrando cuidados unificados, basados en la evidencia y en la Ley 25.929.

4.4 Marco legal

El PPH se enmarca en las normas nacionales vigentes. Como ya se expuso, la ley que tiene en cuenta los derechos de los padres y sus hijos en el momento de nacimiento en Argentina es la Ley 25.929. Esta Ley fortalece los derechos de los padres y de la persona recién nacida durante el proceso de nacimiento. En el artículo 3^a inciso A dice que toda persona recién nacida tiene derecho a ser tratada en forma respetuosa y digna. En el artículo 2 dice que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene derecho a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que la RN no requiera de cuidados especiales.

Las entidades privadas también se rigen por las leyes nacionales y deberán brindar determinadas prestaciones que se incluyen en el Programa Médico Obligatorio (PMO) en su Plan Materno Infantil.

Además de esta ley, dentro de la normativa nacional, existe la Ley 26.485 de protección integral de las mujeres y la Ley 26.529 de derechos del paciente. La falta de cumplimiento de ley 25.929 no solo puede ser ejercida por los profesionales sino también por el personal administrativo, de maestranza o cualquier persona integrante del equipo de salud, que dentro de sus funciones realice algún tipo de maltrato a la persona gestante y/o su hijo/a.

En el año 2021, se sanciona la Ley 27.611, Ley nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia, también conocida como Ley de los 1000 días que apoya los aspectos considerados en la Ley 25.929. La ley 27.611 considera la gestación y los

primeros 3 años de vida como un período vulnerable que requiere un cuidado especial.

4.5 Atención perinatal

El sistema de salud público adhiere a políticas de organización de la salud perinatal a través de la regionalización de la atención y del cumplimiento de las CONE, pero en el subsistema privado no se aplica esta organización (Fariña, 2019). Para que el sistema se encuentre regionalizado previamente se debe categorizar las instituciones según el nivel de complejidad que pueden brindar y establecer una red de atención y traslado.

Estos requisitos esenciales deben estar garantizadas en los establecimientos de salud de nivel II y III públicos o privados donde se atienden partos (MSN, 2019) para garantizar equidad en todos los establecimientos del país.

4.6 Condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.

En la década del 90 se produce un cambio en las relaciones de trabajo -incluido el campo de la salud- en Latinoamérica, de la que Argentina no es ajena (OPS, 2012:29). La precarización de las modalidades de contrato laboral impactó, ya sea por desprotección o por encubrimiento de trabajo asalariado bajo modalidades autónomas. En este contexto y agravado por la falta de profesionales para algunas especialidades, el pluriempleo aparece para la mayoría de las y los trabajadores de la salud (Justich, 2012: 411) (East y otros, 2020).

En Argentina, la tasa promedio de médicos/as es de 40,5 por cada diez mil habitantes, llegando a valores de 166 por cada diez mil en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sin embargo, en provincias como Misiones y Chaco, las tasas son de 18,1 y 19,4 médicas/os cada diez mil habitantes, lo que evidencia la desigualdad de la distribución de este recurso humano (Argentina.gob.ar, Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019). Se recomienda una tasa de 28 por cada diez mil para cubrir las

necesidades de salud de una población (OMS 2008). Existen, además, variaciones muy importantes según la especialidad médica. La especialidad en neonatología como residencia no es una de las más elegidas. En los últimos años la residencia en esta especialidad ha quedado vacante en muchos hospitales e instituciones de salud privada (SAP, 2022).

La especialidad neonatal es relativamente nueva, y las incumbencias pueden estar superpuestas con otras especialidades, como la pediatría. Por ejemplo, la recepción de un niño/a sano/a, en sala de partos, puede realizarla un/a pediatra. La adecuación de las incumbencias de un/a neonatólogo/a, la regionalización de la atención de las personas embarazadas de riesgo y el fortalecimiento de algunas unidades y cierre de las que no cumplan con las condiciones esenciales de atención, podría mejorar la situación de la falta de especialistas (Justich, 2012: 412) (Fariña, 2019). Esta especialidad requiere un largo período de formación, a esto se le suma las malas condiciones salariales de una residencia, y luego de esta.

Bajo estas condiciones se hace obligatorio sobre emplearse para llegar a tener un sueldo que permita mantener una familia. En muchos lugares, se continúa trabajando, dentro o fuera de una misma institución, luego de salir de una guardia, lo que implica trabajar sin dormir o con pocas horas de descanso (Algieri, 2017). La modalidad de guardia de 24 horas, que aún continúa vigente, empeora la situación y contribuye a padecer el síndrome de burnout en gran parte de los profesionales de la salud.

El agotamiento emocional, la despersonalización y la insatisfacción personal constituyen la tríada típica de este síndrome (Vecchi, 2016). Estas condiciones podrían ayudar a comprender, lo complejo de la adherencia a protocolos de atención cuando las y los profesionales están estresadas/os, cansadas/os y prestan servicios en diferentes instituciones con modalidades de atención diferente.

Para enfermería, es aún más complicado. El número de profesionales de enfermería ideal por cada 10000 habitantes debería superar los 40, y la relación enfermero- médico debería al menos ser de 1 enfermero por cada

médico, según la OMS. En un informe del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Argentina (2019) la tasa de enfermeros/as (licenciados/as y técnicos/as) por cada 10000 habitantes es de 25,8. La relación enfermería-médico/a es de 0,56 (Cassiani et al 2018: 3). En Argentina existen 3 niveles de matriculación, auxiliar, tecnicatura y licenciatura. Aunque a las personas con título de auxiliar de enfermería se les tiene en cuenta muchas veces para las estadísticas, sus incumbencias son diferentes y no deberían realizar el mismo tipo de trabajo que las y los profesionales de enfermería. Según el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, organismo ya mencionado, en 2019, el 42% de la fuerza laboral de enfermería estaba representada por auxiliares de enfermería, 45 % por técnicas/os y 13% licenciadas/os.

La situación de pluriempleo también se observa en esta profesión. Cerca del 30% de los profesionales de enfermería tiene más de un empleo (Micha, 2015).

Entonces, nos encontramos frente a un equipo de trabajo conformado por especialistas sobre exigidos, muchos de ellas/os que padecen desgaste profesional, que trabajan con poco descanso, en diferentes instituciones, con diferentes protocolos o sin ellos, poco entrenamiento y donde las decisiones clínicas pueden verse condicionadas (Algieri, 2017).

Esta problemática impacta también en la comunicación de los profesionales con las familias, donde la sobrecarga de pacientes dificulta la valoración de las necesidades individuales (Kim et al, 2022).

4.7 Protocolos

La utilización de guías de práctica clínica (GPC) y protocolos ha mejorado la calidad de atención. En la atención de la salud se reconoce la importancia de contar con una estandarización de los procesos asistenciales para mejorar la calidad de atención de las y los pacientes (Roman, 2012). Existen diferentes maneras de lograrlo. La realización de protocolos es una de ellas. A diferencia de otros documentos, los protocolos se definen como

instrumentos que sistematizan las normas de actuación mínima. Se los considera útiles para garantizar una buena práctica clínica y pueden contener aspectos de una guía de práctica clínica. Permiten aplicar de manera práctica los hallazgos de las investigaciones (Carrasco, 2019). Es por ello que brindan la secuencia de actividades a desarrollar sobre un grupo de pacientes con similitudes (MSN Argentina, 2006:12). Además, los protocolos tienen carácter normativo, por lo que su cumplimiento no es opcional, sin embargo, existe una gran variabilidad en los niveles de adherencia. En el estudio de Ebben y otros, hallaron una variabilidad entre 8% y 95% en la adherencia a protocolos prehospitalarios y de 0 a 98% en protocolos de servicios de emergencia (Cfr. con Ebben y otros, 2018:2).

La adherencia total a nuevos protocolos, sostenida a largo plazo, es una estrategia difícil de implementar y mantener. Los profesionales de la salud tienden a retomar viejas prácticas, y esta es una dificultad que se presenta para sostener cambios en el tiempo.

La realización o adopción de protocolos permite contar con un documento que minimice la variabilidad innecesaria en el proceso de atención y por ende mejore las prestaciones de salud. Los protocolos son documentos que describen un conjunto de procedimientos relacionados con el tipo de atención, pueden formar parte de las GPC y a diferencia de estas exigen un apego total a ellos. Su adherencia no es flexible como una GPC (Román 2012:2).

En un documento publicado en Colombia (Ministerio de Salud de Colombia, 2017:12), se menciona que no es suficiente con la realización de la Guía de Práctica Clínica, sino que deben existir al menos cinco acciones relacionadas. Estas acciones son, contar con un procedimiento para el desarrollo o adopción, cada servicio deberá contar con sus GPC, la institución debe garantizar que el personal conozca estas guías, deben ser implementadas y deben ser evaluadas y mejoradas de manera continua.

Otro documento publicado por el Sistema Nacional de Salud de República Dominicana sugiere darle importancia a la identificación de barreras y

facilitadores para la puesta en marcha de una guía de práctica clínica, lo que puede trasladarse a un protocolo de atención (SNS, 2009:27).

En Cuba, se realizó un estudio (Navarro Noya y Padilla Rodríguez 2015:69) sobre la adherencia a protocolos de oftalmología, y encontraron que la mayoría de las personas encuestadas no adherían a los protocolos por falta de implementación sistemática y por la falta de seguimiento de su cumplimiento en las auditorías médicas.

Los factores que interfieren en la adherencia a los protocolos dependen de las características de estos, de los profesionales, del control ejercido sobre su cumplimiento, de las características de los pacientes, de los factores ambientales y del contexto sociopolítico (Joosen y otros, 2015:2). Ésta no sólo se encuentra influenciada por la formación profesional sino también por las condiciones laborales y propias de cada profesional.

La escasez de personal y la saturación de los servicios de salud impactan negativamente, impidiendo brindar el tiempo y la calidad de atención necesaria. Como ejemplo de esto, se encuentra el apoyo práctico para iniciar lactancia que se encuentra condicionado por la cantidad de pacientes asignados al profesional (UNICEF, 2018).

Los protocolos son herramientas que se utilizan para mejorar la calidad de atención, aunque, además, en la calidad de atención influyen diferentes factores. En un estudio donde compararon la relación entre la edad del profesional y la calidad de atención brindada se observó que las y los médicas/os con más experiencia (más años de trabajo) podrían brindar baja calidad de atención (Choudhry y otros, 2005:270). La experiencia obtenida a lo largo de los años de ejercicio profesional podría dificultar la adherencia a protocolos. En otro estudio que buscaba examinar cómo influía el contexto del paciente en la adherencia a guías de práctica clínica en el servicio de emergencias, se encontró que el contexto variable del paciente influenciaba en la adherencia y que cuánto más experiencia tenía el/la profesional, era menos probable que siguiera la guía de práctica clínica en comparación con las y los médicas/os de menos experiencia. Sin embargo, este hallazgo

podría deberse a la sensibilidad profesional frente a contextos particulares de cada paciente (Mercury y otros, 2015).

Además, cambiar hábitos y rutinas puede ser más difícil en las y los profesionales con más experiencia (Múnera Piedrahita, 2008:27). Dentro de las barreras relacionadas con las actitudes se destacan la falta de acuerdo con los protocolos, la falta de confianza en ellos, y la experiencia propia.

El Ministerio de Salud de la República Dominicana, ha elaborado una guía para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal. En esta guía se reconocen cuatro momentos de evaluación secuenciales: la conformación de un equipo evaluador institucional, la evaluación Interna de expedientes clínicos maternos y neonatales, la realización de mejora de la calidad (planes de mejora) y el último punto que incluye la valuación externa de expedientes clínicos maternos y neonatales (Ministerio de Salud Pública, 2019).

La medición del nivel de adherencia, el conocimiento de las barreras y los facilitadores que influyen en ella, son importantes para mejorar los resultados que el protocolo busca mejorar. Dentro de las estrategias identificadas para mejorar la adherencia, se destacan las actividades combinadas que incluyen actividades educativas, auditoría y retroalimentación.

Como se nombró anteriormente, dentro de los motivos de no adherencia encontrados en la bibliografía, se incluye la falta de control y seguimiento por las autoridades de la institución.

La institución debe decidir cuál es su umbral y qué criterio y acciones de auditoría utilizará para mejorar su adherencia. Los umbrales son una referencia para decidir qué tipo de acción tomar (Araujo, 2010).

4.8 Protocolo “Primera Hora”

En Argentina, en el Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía a partir de marzo de 2017 se comenzó a utilizar el PPH que propone postergar las rutinas

profilácticas y mantener a las personas recién nacidas sanas y vigorosas junto con su madre durante el mayor tiempo posible luego del nacimiento. El concepto de persona recién nacida vigorosa corresponde a la definición de quién nace con esfuerzo respiratorio adecuado, valorado a través de la observación de la respiración o presencia de llanto, frecuencia cardíaca mayor a 100 latidos por minuto y buen tono muscular. A esta valoración se le suma también la valoración de la edad gestacional. Se considera de término a quién nace con edad gestacional entre 37 y 41.6 semanas (OMS).

A pesar de que un nacimiento prematuro aumenta el riesgo de necesidad de reanimación, no siempre es necesaria la intervención médica inmediata y podría permitirse un tiempo de contacto piel a piel dependiendo de la valoración del equipo de salud.

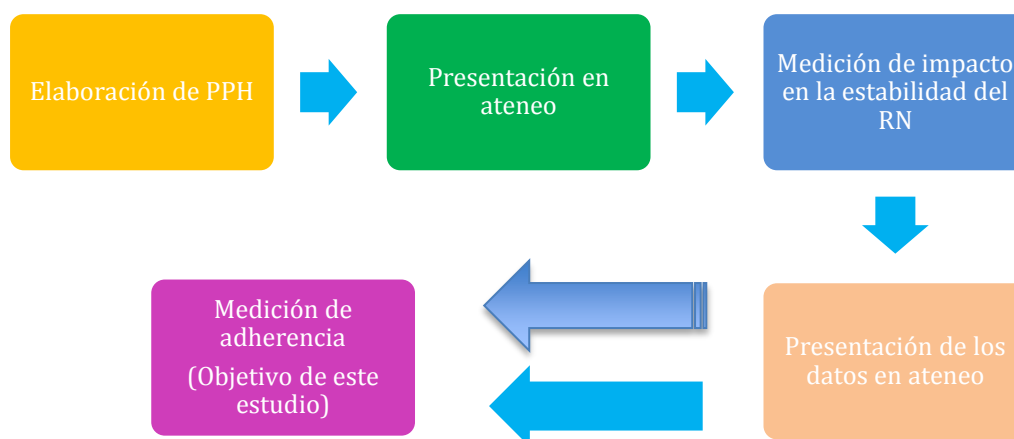
Este protocolo tiene diferencias con los cuidados habituales que las y los profesionales de la salud realizan y se sabe empíricamente que existen diferentes grados de adherencia a él.

La realización del protocolo de nacimiento Primera Hora se inició mediante la conformación de un equipo de trabajo. La elaboración del protocolo final fue interdisciplinaria, con la participación de diferentes especialidades médicas y de enfermería, dando la posibilidad de analizar el proceso desde las diferentes miradas. Las autoridades médicas y de enfermería se incluyeron en las reuniones finales y el protocolo fue presentado en un ateneo central, donde autoridades del sanatorio y personal asistencial, incluido personal de quirófano y administrativo, fueron invitados. Además, este protocolo una vez terminado, fue difundido por correo electrónico, y a través de impresiones entregadas a los diferentes servicios involucrados y colocados en una carpeta digital de normativas y protocolos, compartida en todas las computadoras del sanatorio (Ver Anexo II).

Con el propósito de optimizar la adherencia al PPH fue necesario demostrar los beneficios de su utilización. Este aspecto se reforzó en las reuniones previas a su implementación y en el ateneo final. Posteriormente se presentaron los datos de la primera medición del impacto del protocolo en la

estabilidad cardiorespiratoria del RN. En base a los resultados de las intervenciones anteriores, se concluyó el siguiente protocolo para esta institución basado en consenso interdisciplinario (Gráfico 1). En este estudio se muestra la evaluación de la adherencia al PPH.

Gráfico 1: Esquema de los pasos en la implementación del PPH. Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, 2019



El protocolo propone que luego de ocurrido el nacimiento y de realizar la evaluación inicial en el introito materno, previo a la ligadura de cordón, se coloca a la persona recién nacida en CoPaP. Posteriormente se realiza la ligadura de cordón a los dos minutos o más y se continúa el CoPaP durante al menos diez minutos.

El equipo de profesionales que asiste a los nacimientos dentro de la institución está conformado por un/a obstétrico/a (de guardia o personalizada¹), un/a instrumentador/a quirúrgico/a, un/a profesional de

¹ Se denomina personalizada cuando la persona gestante tiene un contrato privado con el/la profesional por fuera de la institución. Esto hace que el/la profesional esté disponible en

enfermería y un/a médico/a obstetra, que puede ser de cabecera o de guardia. También se encuentra disponible un/a anesthesiólogo/a.

Para la atención neonatal el equipo está conformado por un médico/a de neonatología y un/a profesional de enfermería neonatal. Cuando una persona embarazada es llevada a sala de partos o quirófano un/a profesional del equipo de enfermería neonatal, que fue asignado previamente, se traslada a la PQ para realizar el seguimiento del trabajo de parto/cesárea. El llamado al neonatólogo/a para que asista al nacimiento se realiza una vez que el nacimiento va a ocurrir. De esta manera se minimiza su ausencia en la unidad neonatal y se garantiza que esté presente en el momento del nacimiento. Así mismo luego que el nacimiento ocurre, se realiza CoPaP por al menos 10 minutos, y luego la RN es llevada debajo de la servocuna para ser controlada por neonatología.

En los partos vaginales el control de la RN se realiza en la misma sala donde ocurrió el nacimiento, ya que se dispone de una servocuna en la TPR. En los nacimientos por cesárea la RN es trasladada junto al acompañante a otra sala que se encuentra dentro de la PQ, pero fuera del quirófano donde está la madre. Luego de que la RN es revisada por el médico/a de neonatología, vuelve a realizar CoPaP con su madre. El/la neonatólogo/a vuelve a la unidad neonatal, si no hubiera más nacimientos inminentes. Enfermería se queda en la planta quirúrgica acompañando al RN, su madre y a su acompañante hasta que son trasladados juntos nuevamente a la habitación.

Si durante la estadía en la sala de recuperación de la PQ, la RN llegara a presentar algún episodio que la pusiera en riesgo, el personal de enfermería está capacitado para realizar RCP (Reanimación cardiopulmonar). Además, dentro de la sala de recepción del recién nacido se dispone de un botón de paro cardíaco que activa una alarma sonora dentro de la UCIN y de la oficina de los médicos/as de guardia del servicio de neonatología. Cuando esta alarma se activa un médico/a neonatal y el/la enfermero/a jefe del turno

cualquier momento que se realice el parto.

deben acudir inmediatamente sin perder tiempo en llamadas por teléfono. Todo el equipo de la PQ colabora frente a esta situación.

Cuando el proceso ocurre sin complicaciones y luego de estabilizadas, la madre y la RN, se avisa a los camilleros del área quirúrgica y al personal de enfermería del sector de maternidad para que en conjunto trasladen al binomio madre-hijo/a y al acompañante.

Enfermería de neonatología acompaña a la madre y su hijo/a hasta la puerta de ingreso del quirófano donde le comenta las novedades del nacimiento a enfermería de maternidad, que viene a realizar el traslado del binomio junto con el camillero. A partir de ese momento el binomio madre-hijo/a pasa a ser responsabilidad del neonatólogo/a de la internación conjunta (IC) y del personal de enfermería de la IC. Una vez trasladados al sector de IC, el RN y su madre permanecen juntos en CoPaP.

Durante la internación todos los controles se realizan en la habitación, sin necesidad de separar al binomio. Es en este sector donde dentro de las cuatro horas de ocurrido el nacimiento, y posterior a la primera hora, se le realizarán la profilaxis, una vez dentro de la habitación y con la persona recién nacida al pecho.

Cuando se elaboró este protocolo, la idea inicial fue que ingresaran sólo los RN sanos, vigorosos, sin factores de riesgo, pero con el tiempo y la práctica, se fue modificando empíricamente, de manera que los pacientes que requerían alguna intervención inmediata al nacimiento ingresaran al protocolo luego de la estabilización. Sin embargo, no se incluyó a este grupo de pacientes en el análisis de los datos que se mostrarán más abajo.

Por todo lo expuesto hasta aquí puede decirse que el PPH tiene aspectos que facilitan su implementación y la consecuente adherencia, así como barreras que dificultan la misma.

Dentro de los facilitadores para la implementación del protocolo puede nombrarse la ventaja de tener lugar en una institución que se crea con la

idea de atención de enfermería del binomio, que el servicio de neonatología y obstetricia comparten jefatura de departamento y contar con un servicio de obstetricia con poca participación de médicos externos. Además, la creación del consenso fue interdisciplinaria, y existe evidencia científica que respalda el protocolo (el no aumento de los costos en salud y la mejora en los resultados en lactancia).

Dentro de las barreras para la adherencia, cabe mencionar que el/la médico/a que asiste partos también es quién está a cargo de las RN internados en neonatología, que la permanencia de la persona recién nacida y el acompañante dentro de la PQ podría generar incomodidad para el/la obstetra y el equipo de quirófano ya que además implica mantener la temperatura cálida del quirófano por más tiempo, que no se cuenta con un centro quirúrgico exclusivo para la realización de partos y cesáreas y la elevada tasa de cesárea que reporta el sanatorio.

Como a la fecha no se ha realizado la evaluación de la adherencia al PPH es que surge la realización del presente estudio. Además, en Argentina no existen publicaciones de estudios que describan la adherencia a protocolos de atención de nacimientos.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



5. Pregunta de investigación

¿Cómo es la adherencia de las y los profesionales, al Protocolo Primera Hora en el Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía? ¿Qué factores se asocian con la adherencia y cómo es el cumplimiento de cada uno de los componentes que forman parte del PPH?

6. Objetivo general:

- Determinar los niveles de adherencia del equipo de salud al protocolo de nacimiento primera hora, en el Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía.

6.1 Objetivos específicos:

- Identificar y analizar los factores que se asocian con los niveles de adherencia al protocolo.
- Caracterizar el cumplimiento y la toma de decisiones de cada uno de los componentes necesarios para la adherencia al PPH.

6.2 Objetivo secundario:

- Identificar y analizar las condiciones que se asocian a que ocurra la primera succión al pecho dentro de la planta quirúrgica.

7. Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo, transversal, observacional.

Abordaje metodológico: Cuantitativo.

Intervención: Se trató de un estudio observacional.

Población y ámbito de estudio: los nacimientos asistidos en el Sanatorio de la Trinidad de Ramos Mejía.

Muestra: todos las RN durante el periodo comprendido entre el 25 de abril y 27 de junio de 2019, que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Todos las RN sanas, vigorosas, de término recepcionadas en el Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía durante el período de estudio, que cumplieran los requisitos de ingreso al PPH y en los que el personal de enfermería estuvo presente y pudo realizar la observación.

Criterios de exclusión: RN pretérmino o que hubieran requerido intervenciones por riesgo de vida.

Criterios de eliminación: Aquellas RN en cuyo nacimiento no se obtuvo el registro completo de los datos.

Unidad de análisis: RN sana, nacida en el Sanatorio de la Trinidad de Ramos Mejía.

Recolección de los datos: Se recabaron los datos de los nacimientos ocurridos durante el periodo del estudio, con una planilla de observación diseñada ad hoc. (Anexo IV)

Fuente de información y técnica de recolección de información: Fuente primaria y observaciones estructuradas. Se recogió la información que habitualmente se registra (no cambió la forma de atención de los nacimientos), lo realizó personal de enfermería como parte de su rutina administrativa. Las/los profesionales de enfermería que participaron en la recolección de datos fueron capacitados en el PPH, en el estudio y en el llenado de la planilla de toma de datos.

Consideraciones éticas: Por lo anteriormente mencionado no fue necesario consentimiento informado de pacientes (persona gestante, ni RN). Los registros fueron codificados garantizando el anonimato de las RN, sus madres o acompañantes, así como de las/los profesionales intervinientes. Se solicitó autorización a la dirección del establecimiento para realizar el trabajo de maestría cuyo original está en poder de la Universidad.

Variables: La variable de adherencia al protocolo se construyó de acuerdo al cumplimiento de cada uno de los indicadores incluidos en el PPH, a los cuales se les aplicó un puntaje, de la siguiente manera:

Indicador	Cumplimiento	Puntaje
Tiempo de CoPaP	10 minutos o más	2
	Menos de 10 minutos	1
	No se realizó	0
Tiempo de separación de la madre	Menos de 10 minutos	2
	Entre 10 y 50 minutos	1
	Más de 50 minutos	0
Traslado conjunto	Si	1
	No	0
Tiempo de ligadura cordón	2 minutos o más	1
	Menor a 2 minutos	0
Identificación	SI	1

	No	0
--	----	---

Para establecer los niveles de adherencia al PPH, se establecieron tres categorías: alta, moderada y baja. Se consideró como ALTA: cuando en ese nacimiento se tuvo el puntaje máximo, de 7 puntos; adherencia MODERADA cuando el puntaje fue entre 5 y 6 puntos, y cuando el puntaje obtenido fue menor a 5 puntos, se consideró BAJA adherencia al PPH.

Se construyó el indicador *momento del nacimiento* según la hora y el día de la semana para valorar la asociación o no con la adherencia. El indicador de *profesión* incluyó presencia de Lic en obstetricia, médico/a obstetra de cabecera o guardia y presencia de anestesiólogo/a dentro de la planta quirúrgica. Se construyó el indicador *profesional que toma las decisiones* que consideró quién era el/la profesional que toma la decisión como facilitador/a o no del protocolo.

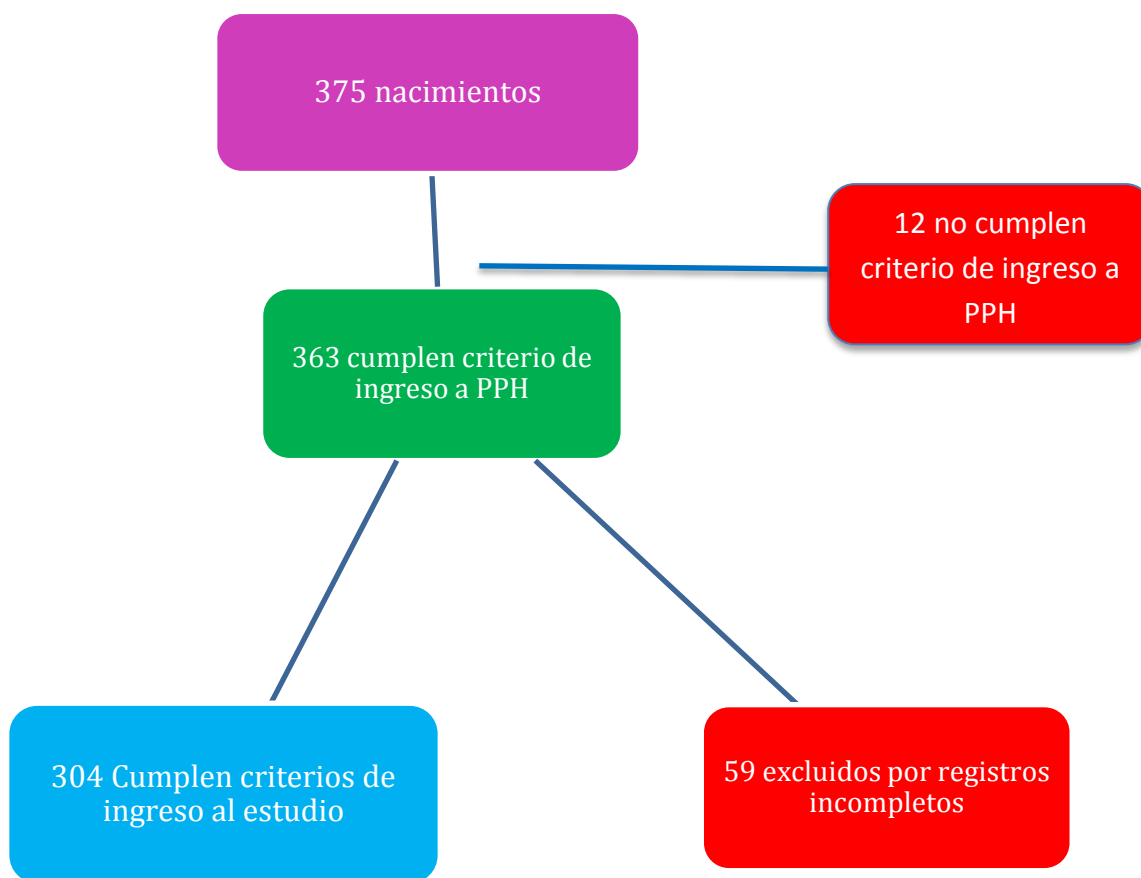
Se analizaron las variables independientes que describen las características generales de los nacimientos: estado de salud del niño/a y la madre.

Análisis: Las variables dicotómicas se analizaron como frecuencias absolutas y relativas, y se presentan como porcentajes. Los cálculos se realizaron en planillas de Excel.

8. Resultados

En el período evaluado se produjeron un total 375 nacimientos, de los cuales se excluyeron 12 que no tenían criterio de ingreso al PPH ya sea por prematuridad, por presentar factores de riesgo o por ser no vigorosos. Los 363 restantes corresponden al 96,8% de los nacimientos. El 83,7% de los nacimientos documentados cumplían con los criterios de ingreso al estudio (n= 304) y el 16,2% (n= 59) de ellos quedan eliminados por no tener las planillas de recolección de datos completas. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Criterios de obtención de datos del estudio de adherencia al PPH. Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, 2019



Muestra final 304 nacimientos.

La tasa de cesárea en el período analizado fue del 70,7% (n= 215). Dentro de las características de las RN, el 84,5% fueron de 38 semanas o más y el 15,5% fueron de 36-37 semanas de edad gestacional (SEG). El mayor porcentaje de los nacimientos ocurre con el médico de cabecera y con la presencia de un/a licenciado/a en obstetricia (Tabla 1).

Tabla 1: Características de los nacimientos. Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, 2019.

Características de los nacimientos	n	%
Edad gestacional		
RN de 38 semanas o más	257	84,5
RN de 36-37 semanas	47	15,5
Total	304	100

Profesional presente		
Obstetra		
Con Obstetra de cabecera	289	95,1
Sin obstetra de cabecera	12	3,9
S/D	3	0,9
Total	304	100
Lic en obstetricia		
Con Lic en obst	302	99,3
Sin Lic en obst	2	0,65
Total	304	100
Enfermería neonatal		
Enf neonatal presente	304	100
Total	304	100
Anestesista		
Con anestesista	290	95,4
Sin anestesista	14	4,6
Total	304	100
Vía de nacimiento		
Parto por cesárea	215	70,7
Parto vaginal	89	29,3
Total	304	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los niveles de adherencia, según el criterio establecido para caracterizarla, se observó que el 59,9% de los nacimientos tenían una alta adherencia al protocolo (Tabla 1.1).

Tabla 1.1: Niveles de adherencia al PPH. Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, 2019

Niveles de adherencia	n	%
Alta	182	59,9
Moderada	107	35,2
Baja	15	4,9

Total	304	100
--------------	------------	------------

Fuente: Elaboración propia

Cuando se analizó la adherencia según los diferentes factores, como la vía de parto se encontró que en los nacimientos por vía vaginal la tasa de adherencia es mayor, 69,7%.

En cuanto a la presencia del médico de cabecera, se encontró que cuando éste estuvo presente la proporción de alta adherencia aumenta levemente 60,9%.

En el análisis de la presencia de los profesionales, y el nivel de adherencia, se observó la presencia de una licenciada en obstetricia en todos los niveles de adherencia.

Al analizar los niveles de adherencia según el día de nacimiento se observa mayor porcentaje de adherencia alta y menor porcentaje de adherencia baja los días martes (75% y 1,8%). Los miércoles también se observa un mayor porcentaje de adherencia (64,4%). Cuando se analizaron los niveles de adherencia según si el nacimiento ocurrió en víspera de feriado se encontró que la adherencia aumentó cuando era víspera de feriado (61,8%).

Al analizar según el momento del día, se encontró que los nacimientos que ocurrieron por la tarde y por la noche presentaban el mayor porcentaje de adherencia y que los nacimientos ocurridos durante la mañana tenían menor porcentaje de adherencia alta (54,1%) (Tabla 2).

**Tabla 2 Factores que se asocian con los niveles de adherencia.
Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía 2019**

Vía del parto	Alta		Moderada		Baja		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cesárea	120	55,8	82	38,1	13	6	215	70,7
Vaginal	62	69,7	25	28,1	2	2,2	89	29,3
Total	182	59,9	107	35,2	15	4,9	304	100
Médico de cabecera								
Si	176	60,9	100	34,6	13	4,5	289	95
No	4	33,3	7	58,3	1	8,3	12	3,9
En blanco	2	1,1	0	0	1	6,7	3	1
Total	182	100	107	100	15	100	304	100
Día de la sem								

Domingo	12	57,1	8	38,1	1	4,8	21	6,91	
Lunes	28	54,9	19	90,5	4	7,8	51	16,8	
Martes	42	75	13	61,9	1	1,8	56	18,4	
Miércoles	29	64,4	14	66,7	2	4,4	45	14,8	
Jueves	23	53,5	17	81	3	7	43	14,1	
Viernes	27	54	20	95,2	3	6	50	16,4	
Sábado	21	55,3	16	76,2	1	2,6	38	12,5	
Total	182	59,9	107	35,2	15	4,9	304	100	
Víspera de feriado									
No	158	59,8	93	35,2	13	4,9	264	86,8	
Sí	21	61,8	11	32,4	2	5,9	34	11,2	
S/D	3	50,0	3	50,0	0	0,0	6	2	
Total	182	59,9	107	35,2	15	4,9	304	100	
Horario									
Mañana	66	54,1	50	41	6	4,9	122	40,1	
Tarde	62	65,3	27	28,4	6	6,3	95	31,3	
Noche	54	62,1	30	34,5	3	3,4	87	28,6	
Total	182	59,9	107	35,2	15	4,9	304	100	

Fuente: Elaboración propia

Se realizó un análisis de la vía de nacimiento y la presencia o no de médico de cabecera y se halló que en los nacimientos donde no se encontraba el médico de cabecera la tasa de partos por vía vaginal fue de 41,7% en contraste con el 28,4% en los nacimientos con médico de cabecera.

Se realizó un análisis de cada uno de los componentes del protocolo y su nivel de adherencia (Tabla 3).

En primera instancia se analizó el tiempo de CoPaP inicial, antes de la separación para que el RN sea revisado por el neonatólogo. Considerando el puntaje según lo asignado a la tabla de niveles de adherencia, donde los *dos* puntos corresponden al tiempo de CoPaP de diez minutos o más, el puntaje de *uno* al tiempo menor a diez minutos y *cero* cuando no se realizó CoPaP. El 83,2% de los nacimientos tuvieron un al puntaje de *dos*.

Para el análisis del tiempo de separación se asignaron *dos* puntos al tiempo de separación menor a diez minutos, *un* punto a los tiempos de separación menores a cincuenta minutos, pero mayores a los diez minutos, y puntaje *cero* cuando la separación era superior a los cincuenta minutos o cuando el RN no regresaba con su madre. Dentro de este componente el 72% de los nacimientos tuvieron el puntaje de máximo de *dos* puntos.

En el análisis de traslado conjunto, la variable se consideró dicotómica, con puntaje de *uno* en los nacimientos donde el binomio era trasladado en conjunto, y *cero* si esto no ocurría. El 96,7% de los nacimientos el traslado se realizaba en conjunto.

Cuando se analizó la identificación de la madre y su hijo/a se encontró que en el 100% de los nacimientos, el binomio se encontraba identificado.

En el análisis del tiempo de ligadura de cordón umbilical, se observó que en el 91,1% de los nacimientos el tiempo de ligadura fue el que indica el PPH, es decir, mayor a los dos minutos.

En el análisis de los cinco componentes, se halló que el tiempo de separación del binomio es el de menor adherencia, seguido por el tiempo de CoPaP. El componente que reportó mayor cumplimiento corresponde a la identificación del binomio.

Tabla 3: Cumplimiento de los componentes del PPH. Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía 2019

Copap	n	%
0	14	4,6
1	37	12,2
2	253	83,2
Total	304	100
Tiempo de separación		
0	16	5,3
1	69	22,7
2	219	72
Total	304	100

Traslado conjunto		
Si	294	96,7
No	10	3,3
Total	304	100
Ligadura		
0	27	8,9
1	277	91,1
Total	304	100
Identificación		
si	304	100
total	304	100

Fuente: elaboración propia

Aunque cada componente por separado, supera el 70% de cumplimiento, la adherencia al PPH es el conjunto de ellos.

Al analizar quién fue el profesional que decidió el tiempo de separación de CoPaP inicial, se halló que en todos los tipos de adherencia fue el/la profesional de neonatología quién tomaba la decisión (Tabla 3.1).

Tabla 3.1: Profesional que decide el tiempo de CoPaP inicial, según niveles de adherencia. Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, 2019.

Decisión de COPAP	Alta		Moderada		Baja		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neonatología	180	98,9	102	95,3	13	86,7	295	97
Obstetricia	2	1,1	1	0,9	1	6,7	4	1,3
Quirófano	0	0	2	1,9	1	6,7	3	1
S/D	0	0	2	1,9	0	0	2	0,7
Total	182	100	107	100	15	100	304	100

Fuente: Elaboración propia

El análisis de quién tomaba la decisión sobre tiempo de ligadura de cordón se halló que los profesionales de neonatología tomaban la decisión en mayor porcentaje, en todos los niveles de adherencia (Tabla 3.2).

Tabla 3.2: Profesional que decide de tiempo de ligadura de cordón, según niveles de adherencia. Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, 2019.

Decisión de ligadura	Alta		Moderada		Baja		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neonatología	181	99,5	100	93,5	13	86,7	294	96,7
Obstetricia	1	0,5	5	4,7	2	13,3	8	2,6
Quirófano	0	0	1	0,9	0	0	1	0,3
En blanco	0	0	1	0,9	0	0	1	0,3
Total	182	100	107	100	15	100	304	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa que es neonatología quien toma las decisiones del tiempo de CoPaP y de ligadura de cordón.

Se analizó si la succión al pecho –si bien no está incluida en el PPH, es una práctica que éste debiera facilitar- ocurría o no en la planta quirúrgica, y dentro de los nacimientos en los que sí ocurría, si pasaba antes o después de la separación del binomio.

El porcentaje de RN que realizó succión dentro de la planta quirúrgica (Tabla 4).

Tabla 4: Lugar de la succión al pecho. Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, 2019

Succión al pecho	n	%
En planta quirúrgica	277	91,1
No ocurre en PQ	21	6,9
En blanco	6	2,0
Total	304	100

Fuente: Elaboración propia

En relación con la succión al pecho en la PQ según los niveles de adherencia se observó que en los nacimientos en los cuales la adherencia era alta, el porcentaje de RN que realizaba succión dentro de la planta quirúrgica era mayor (Tabla 4.1).

Tabla 4.1: Succión al pecho en la PQ según los diferentes niveles de adherencia. Sanatorio de la Trinidad Ramos Mejía, 2019

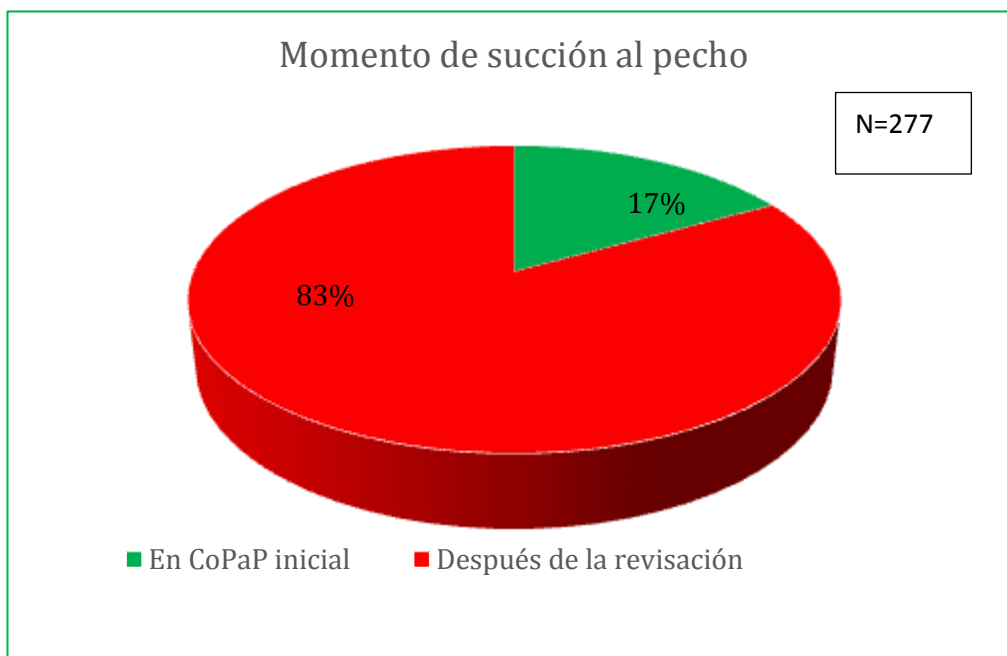
Succión en PQ	Alta		Moderada		Baja		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Succión en PQ	171	94	95	88,8	11	73,3	277	91,1
No realiza succión en PQ	7	3,8	10	9,3	4	26,7	21	6,9
SD	4	2,2	2	1,9	0	0	6	2
Total	182	100	107	100	15	100	304	100

Fuente: Elaboración propia

Se realizó un análisis de los 277 RN que realizaron succión al pecho en la PQ (Gráfico 3).

Gráfico 3: Momento de succión al pecho en la PQ. Sanatorio de la

Trinidad Ramos Mejía, 2019



Fuente: Elaboración propia

Se analizó el momento en que ocurría la succión al pecho, y se encontró que en el 17% de los RN ya succionaban durante el CoPaP inicial, luego del nacimiento y antes de ser separado/a para la primera revisión médica. En el 83% restante ocurría luego de la revisión médica.

9. Discusión

Al comparar los hallazgos de este estudio con otros que evalúan los niveles de adherencia a protocolos como el del Ministerio de Salud Pública de República Dominicana (2019), se observó que el nivel de adherencia al PPH es crítico porque ellos encontraron que los niveles de adherencia aceptables deberían ser superiores al 95%.

En el manual de muestreo de Chile (Araujo, 2010) se considera que una adherencia mayor al 95% es “excelente” y los niveles entre 40-59% como “menos que regular”.

En el estudio de Ebben (2017) encontraron que faltan estudios que midan adherencia a protocolos y Joosen (2015) encontró un nivel de adherencia menor al 50% previo a las intervenciones de mejora.

Los resultados de este estudio indican que deben implementarse medidas para mejorarla. Incluso si se considerara la adherencia alta más la moderada, los resultados llegarían apenas a lo estimado como aceptable ya

que alcanzan al 95,1%. En la guía mencionada anteriormente, para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal de República Dominicana se ha semaforizado los niveles de adherencia dividiéndola en verde como nivel satisfactorio, cuando la adherencia es del 96 a 100%, amarillo que corresponde a un nivel aceptable y va desde el 90-95% de adherencia y rojo o crítico de 89% o menos, cuando la institución no cumple la adherencia y requiere medidas organizacionales para la adopción y adherencia de las prácticas (Ministerio de Salud Pública, 2019).

A pesar de esto, debe tenerse en cuenta que la decisión de cómo interpretar la adherencia al PPH fue arbitraria y extrapolada de otros estudios.

La brecha entre la adherencia óptima (100%) y la adherencia real (60%) es del 40%. Según la publicación de la Superintendencia de Salud de Chile, los umbrales los definen las organizaciones o las personas que definieron el indicador, aunque proponen una tabla para adjetivar el grado de cumplimiento (Araujo M, 2010).

Una de las limitaciones del estudio podría ser el pequeño tamaño de la muestra, ya que la misma se obtuvo por conveniencia en un período de tiempo y no por cálculo de tamaño muestral para limitar el error a menos de 10%.

La adherencia al protocolo en su conjunto es baja, pero los componentes identificación y traslado conjunto tienen una adherencia alta, 100 y 96%, respectivamente, pero hay un componente con un menor cumplimiento que es el de tiempo de separación del binomio que se encuentra en 72% y baja el puntaje total. La dificultad mayor se da al tener que cumplir con todos los componentes juntos.

Una de las preguntas que surgen, es si la condición de que el neonatólogo/a para atender los partos, tenga que dejar de estar en la terapia neonatal influye en la baja adherencia y resulta en promover el acortamiento de los tiempos del protocolo. Teniendo en cuenta que el personal de enfermería

neonatal que asiste los partos no tiene otras funciones asignadas tal vez podría mejorar la adherencia si estas decisiones las tomaran estos profesionales únicamente sin la necesidad de incluir a las/los neonatólogas/os, para evitar que el apuro por volver a la UCIN, interfiera en la adherencia. Esto parece coincidir con lo sugerido por la publicación “Cada Vida Cuenta” donde se deja en evidencia que la falta de tiempo de los profesionales influye en los resultados. (UNICEF, 2018). También cabe pensar que la diferencia entre la adherencia (total) que existe a favor de los nacimientos por vía vaginal tiene que ver con la necesidad de traslado hacia otra sala en los nacimientos ocurridos por cesárea.

Existen días de la semana con una adherencia mayor al protocolo, como los martes y miércoles. Llamativamente los martes existe un número mayor de nacimientos. Este trabajo nos obliga a preguntarnos qué es lo que sucede esos días que hace que la adherencia sea mayor. Tal vez al tener mayor número de nacimientos el médico neonatólogo permanece en la planta quirúrgica durante todo el día y las tareas de control de la UCIN son asignadas de manera diferente a otro/a neonatólogo/a, lo que le permite dedicar tiempo al cumplimiento de los componentes del PPH.

Luego de la realización de este estudio se supo que las decisiones sobre el tiempo de CoPaP las toma el/la profesional de neonatología y eso orienta a dirigir los esfuerzos de capacitación sobre este grupo profesional para mejorar la adherencia.

La víspera de feriado no representa una dificultad para la adherencia sino por el contrario, la mejora. Una de las razones podría ser que, considerando el tiempo de internación de una persona a la que se le realiza una cesárea es de 72 horas, se debería considerar este tiempo como específico de víspera de feriado, lo cual no se definió en la planilla de recolección. En el estudio se consideró víspera de feriado al último día hábil previo al feriado.

De la misma manera, los nacimientos ocurridos durante la tarde y la noche presentaron una adherencia mayor. Una explicación posible es que durante la mañana exista un mayor porcentaje de cesáreas programadas (en las que hay menor adherencia al PPH) y durante la tarde y noche ocurran más nacimientos por vía vaginal pero es una línea que se debería investigar.

Al momento de la realización de este estudio no se han encontrado publicaciones que evalúen el nivel de adherencia a un protocolo de nacimiento, ni que incluya tiempo de contacto piel a piel, tiempo de separación, identificación, tiempo de ligadura de cordón e identificación, por lo que los resultados considerados como óptimos se extrapolan de otros estudios referidos a temas diferentes. Aún la guía para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal de República Dominicana ya mencionada, evalúa la adherencia a protocolos maternos que incluyen atención prenatal, atención del parto, hipertensión del embarazo (énfasis en preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de HELLP), hemorragia posparto primaria y neonatales que se enfocan en el síndrome de dificultad respiratoria y sepsis neonatal pero no las prácticas que se consideraron en este trabajo.

También se observó que los nacimientos realizados por las y los obstetras que no eran de cabecera de la madre tenían una tasa mayor de partos vaginales, tal vez relacionada a que cuando el/la obstetra de guardia asiste un parto es porque el de cabecera no ha llegado. Probablemente porque la persona gestante ha consultado a la institución con un trabajo de parto avanzado y donde el parto se produce rápidamente.

Podría optimizarse este estudio incluyendo una muestra más numerosa de nacimientos que incluyan otras épocas del año pensando en que pueda existir algún factor asociado al momento del año que pudiera modificar la adherencia. También, se podría enriquecer con un enfoque que incluya aspectos cualitativos, variables subjetivas, que permitirían conocer lo que los profesionales perciben sobre sus prácticas con relación a cumplir o no con los ítems del PPH.

De todos modos, este estudio sobre la adherencia al PPH ha respondido a las preguntas del objetivo y permite visualizar un camino para trabajar. No solo en cuanto a que ha permitido identificar que algunas de las propuestas del PPH deben ser modificadas como, por ejemplo, revisar el lugar donde se hace el examen físico del RN, y que debería ser mayor el tiempo de contacto piel a piel, ya que ha quedado muy por debajo de las recomendaciones actuales (MSN, 2022).

Los resultados en lactancia materna acompañan a lo encontrado en la bibliografía donde se reconoce la importancia de tiempos superiores a los cincuenta minutos para mejorar la lactancia dentro de la primera hora de vida (Crenshaw, 2014: 211/212) (OMS, 2018). Incluso actualmente las recomendaciones proponen no establecer un tiempo fijo, sino jerarquizar la succión al pecho como hito que guía los procedimientos en el nacimiento (MSN, 2022).

10. Conclusiones

La adherencia al PPH no es la esperada. Menos de dos tercios de los nacimientos tienen una adherencia alta. Algunos de los factores relacionados a la adherencia alta son los nacimientos por vía vaginal y algunos relacionados a la temporalidad, como los nacimientos que ocurren durante la tarde o noche o los días martes.

Los profesionales que toman las decisiones sobre el cumplimiento de los componentes son mayormente de neonatología. La lactancia materna ocurrió en una gran parte de los nacimientos, aunque en su mayoría luego del CoPaP.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Glosario

- *Contacto piel a piel:* Consiste en colocar a la persona recién nacida, desnuda, en contacto directo con la piel desnuda del pecho de su madre inmediatamente después del nacimiento. No deberá existir nada entre las pieles desnudas de las dos personas, sin embargo, se recomienda cubrir la espalda de la persona recién nacida con compresas tibias.
- *Primera Hora de vida:* Período, generalmente de una hora, ocurrido luego del nacimiento, en que la persona recién nacida se adapta a la

vida extrauterina y se propician las circunstancias para favorecer la primera puesta al pecho y el establecimiento del vínculo con su madre.

- Protocolo de atención médica: guías de actuación y decisión que permite unificar criterios de atención, en función de diferentes situaciones.
- Rutinas profilácticas: La rutina profiláctica que se realiza en el nacimiento corresponde a la colocación de la vacuna antihepatitis B, vitamina K y colirio oftálmico.
- Adherencia: Seguimiento, por parte del equipo de salud, al protocolo.
- Equipo de salud: Se entiende a los equipos de salud al equipo conformados por médicas y médicos, obstétricas y obstétricos, enfermeras y enfermeros, trabajadoras y trabajadores sociales, psicólogas y psicólogos, comunicadoras y comunicadores, personal administrativo y de maestranza, instrumentadoras/es quirúrgicos, personal de laboratorio, entre otros.
- Neurociencia: Rama de la medicina que estudia al sistema nervioso
- Vínculo madre/hijo/a: relación afectiva entre la madre y su hijo/a.
- Persona recién nacida: Persona que transita sus primeros 28 días de vida.
- Enfermedades crónicas no transmisibles: Son enfermedades de larga duración, cuya evolución es generalmente lenta y no son transmisibles.
- Regionalización de la atención perinatal: Política que coordina los servicios de salud dentro de un área geográfica sobre la base de acuerdos entre las instituciones y los equipos de salud para garantizar la atención perinatal de acuerdo al riesgo.

- Binomio: madre-hijo/hija.
- Embarazo controlado: Cuando se garantiza un control prenatal de más de 5 visitas. Idealmente 8.
- Hábitat: Es el lugar que presenta las características necesarias para la supervivencia y el desarrollo de una especie.
- Epigenética: Se refiere al conjunto de factores externos a los genes, que regulan la expresión génica de una célula sin alterar la secuencia de ADN.
- Neuromodulador: Sustancias químicas endógenas que pueden regular la neurotransmisión.
- Amniotomía temprana: Rotura inducida y anticipada de membranas con el fin de acelerar el trabajo de parto.
- Período sensitivo temprano: Período constituido entre el nacimiento y la primera ingesta de calostro. Algunas veces coincide con la primera hora de vida.

11. Bibliografía

1. Abizanda A. (2004) "Desarrollo operativo de un programa de calidad: protocolización y monitorización de las actividades de enfermería". *Rev Nursing Internet*; 22(4): 60-72.
2. Algieri R, Algaze A, Duarte Alvarenga M, Bodner G, Ortiz V, Bornia J. (2017) "Implicancia de la sobrecarga horaria y cansancio en el error médico." *Hosp Aeronaut Cent*; 12(1): 53-70

3. Araujo M. (2010) Indicadores de calidad: Criterios para la definición de umbrales. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile.
4. Kc A, Rana N, Målqvist M, Jarawka Ranneberg L, Subedi K, Andersson O. (2017) Effects of Delayed Umbilical Cord Clamping vs Early Clamping on Anemia in Infants at 8 and 12 Months: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.*171(3):264-270.
5. Bass JL, Gartley T, Kleinman R. (2016). Unintended consequences of current breastfeeding. *Acta Pediatr Esp.* 74 (9):240-241
6. Bergman NJ. The neuroscience of birth--and the case for Zero Separation. (2014) *37(2):e1-e4.* doi: 10.4102/curationis.v37i2.1440. PMID: 25685896.
7. Carrasco, O. (2019) guías de atención, guías de práctica clínica, normas y protocolos de atención. *Rev Med La Paz,* 25(2)
8. Cassiani SHB, Hoyos MC, Barreto MFC, Sives K, da Silva FAM. (2018). "Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas." *Rev Panam Salud Publica.* 42:e72.
9. Ceriani Cernadas J, Carrolib G, Pellegrinic L, Ferreira M, Riccia C, Casasc O, Lardizabalb J y Morasso M. (2010) Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los seis meses de vida. Estudio clínico controlado aleatorizado. *Arch Argent Pediatr;*108(3):201-208
10. Ceriani Cernadas JM. (2017). Los cambios en la definición del recién nacido de término y su implicancia en los cuidados perinatales. ¿Se están cumpliendo? *Arch Argent Pediatr;*115(5):410-411.
11. Choudhry N, Fletcher R, Soumerai S. (2005). Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care. *Ann Intern Med.*142:260-273.

12. Crenshaw J. (2014). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together— It's Best for Mother, Baby, and Breastfeedin.
13. Domínguez Mon A, Gogna M. (2017). Parto respetado: ¿Un derecho vigente? 23(1), 141-143.
14. Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeyá Gilardon E . (2009) Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Arch Argent Pediatr; 107(5):397-404
15. East S, Laurence T, López Mourelo E. (2020) COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Informe técnico. OIT Argentina, ONU mujeres Argentina y UNFPA Argentina
16. Ebben R, Siqeca F, Madsen U, Vloet L, Achterberg T. (2018) Effectiveness of implementation strategies for the improvement of guideline and protocol adherence in emergency care: a systematic review. BMJ Open.
17. Fariña D. (2021) "Categorización de las maternidades privadas de la provincia de Mendoza, Argentina: ¿una intervención sanitaria reproducible?" Rev Argent Salud Pública. 13:e60.
18. Felitti K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). Scielo v.18, supl.1, dez. 2011, p.113-129
19. Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. (2007) Plasma Oxytocin Levels Across Pregnancy and the Postpartum Period Predict Mother-Infant Bonding. Association for Psychological Science. (18):11
20. Gutiérrez Martínez M, González Carrión P, Quiñoz Gallardo M, Rivas Campos A, Expósito Ruiz M, Zurita Muñoz A. (2019) "Evaluación de

- buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil". *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93
21. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. (2017). Guías de Práctica Clínica en el SNS.
 22. Henry S. (2007) First Suckling: A Crucial Event for Mother–Young Attachment? An Experimental Study in Horses. *Journal of Comparative Psychology*
 23. Joosen, M, Van Beurden-Berkers K, Terluin B, van Weeghel, J, Brouwers E, Van der Klink J. (2015). Improving occupational physicians' adherence to a practice guideline: Feasibility and impact of a tailored implementation strategy. *BMC Medical Education*, 15, [82]
 24. Justich P. (2012). Falta de neonatólogos: ¿crisis vocacional o políticas erradas? *Archivos argentinos de pediatría*, 110(5), 411-415.
 25. Kent A. (2011) Home deliveries and risk. *Rev Obstet Gynecol.*;4(1):32-3.
 26. Kim EK, Cho IY, Yun JY, Park B. (2022) Factors influencing neonatal intensive care unit nurses parent partnership development. *J Pediatr Nurs*. 2023 Jan-Feb;68:e27-e35. doi: 10.1016/j.pedn.2022.10.015.
 27. Walther F, Küster DB, Bieber A, Rüdiger M, Malzahn J, Schmitt J, Deckert S. Impact of regionalisation and case-volume on neonatal and perinatal mortality: an umbrella review. (2020) *BMJ Open*.;10(9):e037135. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037135. PMID: 32978190; PMCID: PMC7520832.
 28. Ley 25929. (2004). Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. Reglamentación 2015. Argentina.

29. Ley 26485. (2009) Ley de protección integral a las mujeres. Argentina.
30. Ley 27611 (2020) nacional de atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. Argentina.
31. López Candiani, C. (2014). Cuidados del recién nacido saludable. *Acta pediátrica de México*, 35(6), 513-517.
- Recuperado en 29 de octubre de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000600010&lng=es&tlng=es.
32. Lopes Moreira M, Granado Nogueira da Gama S, Esteves Pereira A, Moura da Silva A, Lansky S, de Souza Pinheiro R, de Carvalho Gonçalves A, Leal M. (2014). Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30:S128-S139
33. Mckee Garrett T. (2023). Overview of the routine management of the healthy newborn infant. *Medilib.ir*
34. Mercuri M et al. (2015). When Guidelines Don't Guide: The Effect of Patient Context on Management Decisions Based on Clinical Practice Guidelines. *Acad Med*;90:191–196
- Micha, A. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales. *Estudios del trabajo*, (49), 61-90. Recuperado el 20 de abril de 2023
- http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2545-77562015000100003&lng=pt&tlng=es. Recuperado el 20 de abril de 2023
35. Ministerio de Salud de la República Dominicana, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2019) Guía para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal de la República Dominicana.

36. Ministerio de las Mujeres, géneros y Diversidad Argentina. (2022). Violencia Obstétrica: Análisis de los Registros de la Línea 144.
37. Ministerio de las Mujeres, géneros y Diversidad Argentina. (2020). (Re) Nombrar: Guía para una comunicación con perspectiva de género.
38. Ministerio de Salud de Colombia. (2013). Guía de práctica clínica del recién nacido sano.
39. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017) Guía Metodológica, Adopción y Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. Disponible en gpc.minsalud.gov.co
40. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2006). Estandarización de Procesos Asistenciales.
41. Ministerio de salud y Desarrollo Social. Secretaría de gobierno de Salud. (2019) Resolución 670/2019 RESOL-2019-670-APN-SGS#MSYDS
42. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2010). Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia
43. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). Guía de práctica clínica. Atención prenatal de bajo riesgo. Actualización de ocho recomendaciones priorizadas.
44. Ministerio de Salud de la Nación. (2021) Iniciativa hospital amigo de la lactancia.
45. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022). Consenso La Primera Hora de Vida.
46. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Organización Panamericana de la Salud. (2022). Dirección de estadísticas vitales. Indicadores básicos.

47. Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2019) Guía metodológica para la evaluación de la adherencia a los protocolos de atención obstétrica y neonatal en establecimientos de salud de la red de hospitales públicos de la República Dominicana.
48. Montes Muñoz, M. (2012). The medical construction of midwifery. Representations and practices in Catalonia, Spain. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(2), 198-207. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000200004&lng=pt&tlng=en.
49. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. (2016) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (11): CD003519.
50. Moreno, J. (2009) *Éramos tan pobres...: de la caridad colonial a la Fundación Eva Perón*. Buenos Aires, Ed. Sudamericana.
51. Moreno Reyes y col. (2019) “Adherencia a la estrategia minuto de oro en sala de partos de una institución de segundo nivel, de Cali (Colombia), junio-agosto de 2017: estudio de corte transversal”. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 70 No. 3 (155-164)
52. Moreno-Villares JM, Collado, M Larqué E, Leis-Trabazo M, Sáenz-de-Pipaon M, Moreno-Aznar Luis. (2019). “Los primeros 1000 días: una oportunidad para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles”. *Nutrición Hospitalaria*, 36(1), 218-232. Epub 26 de abril de 2021. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02453>
53. Múnera Múnera H, Piedrahita Calderón M. (2008). Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paul de Caldas Antioquia primer semestre 2008. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

54. Navarro Noya S, Rodríguez Padilla C. (2015). “Indicadores estadísticos para la evaluación de protocolos asistenciales en Oftalmología”. *Revista Cubana de Oftalmología*. 28:1
55. Neumann I. (2008). Brain Oxytocin: A Key Regulator of Emotional and Social Behaviours in Both Females and Males. *Journal of Neuroendocrinology* 20, 858–865
56. Neumann I. (2008). Brain Oxytocin: A Key Regulator of Emotional and Social Behaviours in Both Females and Males. *Journal of Neuroendocrinology* 20, 858–865
57. Olza Fernández I, Marín Gabriel M, Gil Sánchez A, García Segura L, Arevalo M. (2014) “Neuroendocrinology of childbirth and mother–child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders”. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35, 459–472
58. Olza Fernández I, Marín Gabriel M, López Sánchez F, Malalana Martínez A. (2011). “Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo?” *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*;4(1):38—41
59. Organización mundial de la Salud. (1995) Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Publicada en *Lancet* 1985; 2:436-437
60. Organización Mundial de la Salud. (2019). Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva
61. Organización Mundial de la salud. (2022). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva.

62. Organización Mundial de la Salud. (2012). Recommendations on newborn health.
63. Organización Mundial de la Salud. (2017). WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee
64. Organización Mundial de la Salud. (2018). Neonatal care clinical guidelines
65. Organización Panamericana de la Salud. (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú Washington, D. C.
66. Public Health Agency of Canada. (2022). Family-centred maternity and newborn care: National guidelines
67. Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, Mortaz S, Yousefi-Nooraie R, Jafari M, Bhutta ZA. (2014) The effectiveness of regionalization of perinatal care services--a systematic review. *Public Health*. 128(10):872-85. doi: 10.1016/j.puhe.2014.08.005. PMID: 25369352.
68. Rich A. (2019) "Nacemos de mujer". *Traficantes de sueños*. Madrid
69. Roman A. (2012). Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. *Medwave*.2012.06.5436
70. Rossato, N. (2018). Dónde nacer o cómo nacer. *Archivos argentinos de pediatría*, 116(5), 306-307
71. Rossato N. (2015) En busca de un modelo de atención del recién nacido normal y de bajo riesgo. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(4):290-291
72. Reconde-Suárez D, Peña-Figueredo M. (2019). "Las regularidades teóricas de los protocolos de actuación de enfermería como resultado científico enfermero." *Ene*, 13(2), 1326. Epub 21 de octubre de 2019.

Recuperado en 12 de diciembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200006&lng=es&tlng=es.

73. Rufino, J (2020). "¿ES SUFICIENTE LA LEY DE PARTO RESPETADO? Una investigación sobre el parto respetado y la intervención médica, a partir de las opiniones de los profesionales de la salud y una organización de la sociedad civil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina". Independent Study Project (ISP) Collection. 3305. Recuperado el 19 de octubre de 2023 de https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3305/
74. Safari K, Saeed A, Hasan S. *et al.* (2018). The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *Int Breastfeed*, 13 (32)
75. Sánchez Freire P, Herrera Martínez M, & Rodríguez Rivas M. (2013). ¿Sabes qué es la epigenética? *Medicentro Electrónica*, 17(1), 40–42
76. Sanchez Luna M, Pallas Alonso C, Botet Mussonsc F, Echaniz Urcelay I, Castro Condee J, Narbonaf E y Comisión de estándares de la Sociedad Española de Neonatología. (2009), Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr (Barc)*;71(4):349–361
77. Schore AN. (2005) "Back to basics: attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics." *Pediatr Rev.* 26(6):204-17.
78. Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) (2019). Argentina

79. Sharma A. (2016) Early skin-to-skin contact, exclusive breastfeeding in term neonates, randomized controlled trial. *African Health Sciences* (16): 3
80. Sistema Nacional de Salud: (2009). Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico.
81. Sociedad Argentina de Pediatría. Centro de Estudios Fetoneonatales. (2016) Manual de reanimación cardiopulmonar neonatal.
82. Sociedad Argentina de Pediatría. (2022) *Vacantes libres en las residencias de Clínica pediátrica*. https://www.sap.org.ar/uploads/documentos/documentos_vacantes-libres-en-las-residencias-de-clinica-pediatica-314.pdf
83. Svensson K, Velandia M, Matthiesen A, Welles-Nyström B, Widström A. (2013). Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *International Breastfeeding Journal* 8 (1).
84. Szulik D, (2021) Impresiones sobre la práctica profesional de los médicos. Cambios y permanencias en la última década. Teseo; 2022; 107-134
85. UNICEF (2012) Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural conceptualización e implementación del modelo.
86. UNICEF. (2018) Cada Vida cuenta.
87. United Nations. General Assembly. (2019) A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence.
88. Vecchi C. (2016) Empatía, burnout... y competencia profesional. Algunas reflexiones. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(5):458-471



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



89. Zapata M, Rovirosa A, Pueyrredón P, Weill F, Chamorro V, Carella B, Maciero E. (2016). Situación alimentaria nutricional de las embarazadas y madres en periodo de lactancia de Argentina. *Dieta*, 34(155), 33-40. Recuperado en 19 de diciembre de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372016000200005&lng=es&tlng=es.



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Anexos

Anexo I

República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional

2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Anexo

Número: IF-2018-67765626-APN-DNMIA#MSYDS

Referencia: Anexo-CONE

ANEXO

Las instituciones habilitadas para la atención del nacimiento perteneciente a todo el sistema de atención de salud, sin excepción, deben contar con las siguientes condiciones de obstétricas y neonatales esenciales:

1. Condiciones Quirúrgicas y procedimientos obstétricos:

Toda institución donde se producen nacimientos debe contar con un profesional de guardia activa con capacidad para realizar cesáreas, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, fórceps, ventosa, extracción de placenta, aspiración manual endouterina por aborto incompleto y cirugía de embarazo ectópico.

2. Disponibilidad anestésica:

La institución deberá contar con profesional que realice anestesia general y regional. Las instituciones de Nivel III (A o B) deberán contar con profesional anestesiólogo de guardia activa las 24hs. Las instituciones de Nivel II deberán asegurar la presencia de un anestesiólogo presente en cada nacimiento independientemente de la vía del parto.

3. Transfusión de sangre segura.

La institución contará con profesionales que puedan determinar grupo y factor Rh, y/o prueba cruzada. La institución debe contar con banco de sangre o reserva renovable y recurso humano técnico o profesional de guardia activa.

4. Tratamientos médicos maternos:

Los profesionales que atiendan a las mujeres durante el embarazo, parto y/o puerperio deberán poder implementar el tratamiento de eclampsia/preeclampsia, hemorragia postparto y shock en cualquiera de sus formas según normativas o recomendaciones vigentes de este ministerio, al momento de ocurrido el evento

5. Asistencia neonatal inmediata:

Todos los profesionales que realicen la recepción de un recién nacido deberán poder realizar asistencia en la transición a la vida extrauterina y control térmico del

recién nacido y deberán acreditar capacitación en Reanimación Cardiopulmonar neonatal por una institución oficial reconocida.

6. Evaluación del riesgo materno y neonatal:

Cada institución deberá contar con listados de factores de riesgo a la vista y acorde al nivel de categorización, tanto para la mujer en estado grávido puerperal como para el niño por nacer.

7. Transporte oportuno al nivel de referencia:

Todas las instituciones deberán contar con medios de comunicación: teléfono/radio; y con vehículo permanente para traslado según necesidad, y acorde a las Normativas vigentes. Se recomienda que cada jurisdicción disponga de una Red Sanitaria de transporte y traslado según niveles de complejidad.

Anexo II

Protocolo Primera hora de Vida

OBJETIVOS

- Favorecer la transición fisiológica a la vida extrauterina del recién nacido sano.
- Favorecer el apego padres-RN.

- Evitar separar innecesariamente al recién nacido de su madre.
- Incentivar la lactancia.
- Favorecer la regulación térmica del RN
- Disminuir el estrés materno y neonatal
- Evitar los efectos negativos de la separación temprana madre-RN.
- Mejorar el cuidado infectológico del RN
- Prevenir errores de identificación.
- Potenciar los beneficios maternos y neonatales de la puesta al pecho precoz.
- Permitir un desarrollo óptimo del sistema nervioso central del RN.
- Fomentar los beneficios del clampeo tardío del cordón umbilical.

Alcance:

- Recién nacidos (RN) sanos con edad gestacional mayor o igual a 36 semanas, sin factores de riesgo asociados, que nazcan vigorosos, por vía vaginal o cesárea sin necesidad de reanimación. **Sanatorio Trinidad Ramos Mejía**

Responsables:

- Servicio de Maternidad
- Servicio de Neonatología

Descripción:**Recepción de Recién nacido sano**

1. Preparación de la sala de Partos/ quirófano:

- Colocar la temperatura a 24°C inmediatamente antes del nacimiento y mantenerla durante todo el tiempo que la madre y bebé se encuentren allí.
- Preparar 2 compresas estériles tibias para la recepción del RN y el secado y toallas suficientes para evitar que se enfríe.

2. Preparación de los padres:

- Verificar que la madre y el bebé cumplan con los criterios de alcance de esta normativa
- Presentarse a los padres e informarle como se realizará la recepción.
- Realizar las tareas administrativas como preparación de pulseras identificadoras y armado de historia clínica del RN.

3. Durante el nacimiento:

- La enfermera será quién se vista con ropa estéril para recibir al RN sin factores de riesgo.
- Un médico neonatólogo deberá estar presente en la planta quirúrgica.
- Una vez que se produce el nacimiento esperar al menos 2 minutos antes del pinzamiento y corte del cordón, si es que el RN se encuentra vigoroso. El bebé durante este tiempo permanecerá sobre el cuerpo de su madre y el médico y la enfermera evaluarán su adaptación y realizarán el secado del RN y cambio de compresa.
- Luego del corte del cordón y de la valoración inicial del RN en brazos de su madre, se mantendrá en Contacto piel a piel (CoPaP), permitiendo un reconocimiento mutuo sin intervenciones innecesarias. Se permitirá el

reflejo de búsqueda y reptación. En este momento se colocarán las pulseras identificatorias y se realizará la identificación plantar del RN y digital del pulgar materno si no estuviera realizado.

- Pasados los primeros 5 minutos de vida se ofrecerá a la madre ayuda para colocarlo al pecho, sin forzar demasiado la situación.
- Posterior a los 10 minutos de vida o cuando el obstetra termina de suturar (lo que ocurra más tarde) se realizará el control de peso del RN y examen físico. No se realizará baño excepto en hijos de madre HIV+ y hepatitis B activa (Fuera de protocolo)
- Una vez finalizado el examen físico, si las condiciones del RN y su madre lo permiten, se llevará nuevamente al niño a los brazos de su madre donde permanecerá hasta ser trasladado a la Internación conjunta, permitiendo el contacto y succión al pecho. El tiempo de separación para la revisión no debe ser superior a los 10 minutos.
- La enfermera deberá permanecer dentro de la planta quirúrgica hasta que el binomio sea trasladado.
- Si el paso del binomio se prolongara más allá de 1 hora se deberá realizar un nuevo control de signos vitales.
- El traslado del RN deberá realizarse en brazos de su madre, con las barandas de la camilla levantadas.

4. Admisión:

- La enfermera será la encargada de enviar el mail a admisión.trm@trinidad.com.ar con los siguientes datos: Nombre de la madre, Nombre del bebé, habitación (si estuviera asignada), fecha y hora de nacimiento, sexo y número de historia clínica, dentro de la hora de nacido.
- El llenado del libro de partos es responsabilidad de la enfermera de neonatología y se registraran los siguientes datos: Número de nacimiento, Nombre y apellido del bebé y de la madre, fecha y hora de nacimiento, tipo de nacimiento, apgar, peso, neonatólogo, historia clínica, obstetra, prepaga,

enfermera, destino, edad gestacional, número de pulsera. Se anularán los registros de vacunación ya que se lo vacunará en internación conjunta o en neonatología según el destino del RN.

- El recién nacido será trasladado con la carpeta que contiene la Historia clínica materna y la del RN.

5. Situaciones especiales de exclusión del protocolo:

- Madres con complicaciones ocurridas durante el trabajo de parto, parto, alumbramiento o puerperio inmediato que impidan el contacto con su hijo.
- RN con complicaciones que dificulten la transición fisiológica.
- RN con bajo o alto peso que requieran controles más específicos.

6. Controles en la internación conjunta:

- Al ingreso del binomio a la habitación se realizará el control de signos vitales de ambos.
- Dentro de las 4 horas de vida se realizará un examen físico completo del RN. Se tomará talla y perímetro cefálico y se administrará la profilaxis (Vacuna antihepatitis B, 1 mg de Vit K y colocación de eritromicina ungüento)
- Se completará el carnet de vacunación, la historia clínica del recién nacido y el libro de registros correspondiente a la administración de profilaxis y datos de antropometría.
- Si la enfermera detectara alguna anomalía de la madre o del RN se dará aviso inmediatamente al médico correspondiente.
- Dentro de las 24 horas de vida, el recién nacido, será evaluado por un médico neonatólogo, realizando un examen físico completo, dentro de la habitación donde se encuentra internado el binomio.

- El baño quedará postergado para el momento en que los padres lo soliciten, salvo en niños que sea evidente la presencia de sangre o nacidos de parto con líquido amniótico meconial en los que se realizará el baño una vez que estén estables.

7. Indicadores:

Se realizará una medición trimestral:

- Niños ingresados al protocolo x100

Total de recién nacidos sanos del período

Bibliografía:

1. Sanchez Luna M, Pallas Alonso CR, Botet Mussonsc F, Echaniz Urcelay I, Castro Condee I, Narbonaf E y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc). 2009;71(4):349–361

Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/7-recomendaciones_rn_parto_sen.pdf enero 2017

2. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf> enero 2017

3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.

Disponible

en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf

Enero

2017

4. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519.

Disponible

en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/pdf/abstract>

Enero 2017

5. Lopez ME, Granado Nogueira da G S, Esteves P A P, Moura da S A, do Carmo M, et al. Práticas de Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cadernos De Saúde Pública. 2014. January 25, 2017;S128. Scielo.

Disponible en: [http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=2fd0146e-2eef-4396-b2dc-](http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=2fd0146e-2eef-4396-b2dc-802e03c75521%40sessionmgr120&hid=122&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edssci.S0102.311X2014001300019&db=edssci)

[802e03c75521%40sessionmgr120&hid=122&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edssci.S0102.311X2014001300019&db=edssci](http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=2fd0146e-2eef-4396-b2dc-802e03c75521%40sessionmgr120&hid=122&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edssci.S0102.311X2014001300019&db=edssci) Enero 2017

6. Silió Salas S. Experiencia del padre durante el contacto piel a piel con el recién nacido en el hospital de Laredo. Matronas Prof. 2015; 16(3): 84-88.
7. WHO GUIDELINES REVIEW COMMITTEE, Recommendations on newborn health. 2012.

Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/guidelines-recommendations-newborn-health.pdf Enero 2017

8. Sielski L, Overview of the routine management of the healthy newborn infant. Uptodate 2011.

Disponible

en:

http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?6/19/6449?source=see_link Enero 2017



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



9. Mercer J, EricksonOwens D, Graves B, Mumford Haley M. EvidenceBased Practices for the Fetal to Newborn Transition. J Midwifery Womens Health. 2007;52(3):262272

Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/558124> 2 Enero 2017

10. Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. Guía de práctica clínica del recién nacido sano. Guía número 2, 2013.

Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_RNSano.pdf

Anexo III

Medición Primera hora de vida:

Resumen

Introducción: La primera hora de vida representa un momento único de interacción y vinculación de la madre y su hijo recién nacido. Utilizar este tiempo en rutinas puede tener impacto negativo para toda la vida. El protocolo “Primera Hora de Vida” (PPH) propone mantener a la mujer puérpera y su hijo en contacto piel a piel y postergar las rutinas profilácticas

Objetivo: Medir el impacto en la adaptación del recién nacido que nace bajo el protocolo primera hora de vida y el nivel de satisfacción materna.

Método: Estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal realizado en 156 recién nacidos de término, nacidos en un sanatorio privado entre el 21 de Mayo y el 21 de Junio del 2016. La medición se realizó mediante formulario de recolección de datos.

Resultados: El 74% de los RN ingresaron al Protocolo. El 72,1% nacieron por cesárea. Los nacimientos se realizaron en porcentajes similares en todos los días de la semana a excepción de los domingos donde fue menor. El 88% de nacimientos fue de día. La edad gestacional de nacimiento en el 53% ocurre entre las 39 y 40 semanas, a las 38 semanas 29% y en menor proporción en 36 semanas (4.8%), 37 (8.8%) y mayor de 40 semanas (3,4%). El peso de nacimiento oscila en el 92.5% entre 2,500 a 4 kilos. En el 99.4% de los nacimientos la mujer estuvo acompañada. La edad materna fue entre 21-34 años en el 72.8%. El tiempo de ligadura de cordón fue de 2 minutos en 65.3%. La primera succión al pecho ocurre antes de los 30 minutos en el 65,2% de los casos, entre 31 y 60 minutos 24.8% y más de 60 minutos en 3.5%, el 6,4% no se colocó al pecho en sala de partos. Los valores de saturación de oxígeno al primer control fueron adecuados en el de 91% de las observaciones (oximetría de pulso mayor a 86%). El primer control se realizó entre 11 a 20 minutos (52.4%), menos de 10 minutos (37.8%), más de 21 minutos (9.8%). El valor de la frecuencia cardíaca se mantuvo en el 81.5% de los casos entre 138 y 168 latidos por minuto, la frecuencia respiratoria entre 48 y 60 respiraciones por minuto en el 69%, la temperatura axilar en el 75,5% entre 36,3 y 37,2 °C, mientras que el 3,5% presentó temperatura menor a 36 °C al primer



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



control. El grado de satisfacción materna fue muy satisfecha 71.7%, satisfecha 26.7%, levemente satisfecha 1.7%.

Conclusiones: Posponer las rutinas profilácticas y favorecer el contacto piel a piel durante la primera hora de vida, no implicó riesgos para el RN. El cambio permitió un alto porcentaje de puesta al pecho dentro de la primera media hora de vida y un alto grado de satisfacción materna.

Anexo IV



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Medición PPH 2019

Estadísticas de los nacimientos ocurridos en el Sanatorio Trinidad Ramos Mejía

1. OID (mes de nacimiento + número que figura en el libro de partos que corresponde a este nacimiento P ej)

Sección sin título

2. Presencia de obstétrica en el nacimiento

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Otros: _____

3. Presencia de anestésista en la planta Quirúrgica

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Otros: _____

4. El Obstetra es el de cabecera de la madre

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Otros: _____

5. Día de la semana en que ocurre el nacimiento

Marca solo un óvalo.

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

Sábado

Domingo

20/11/2015, 14:28

Medición PPI 2015

6. Víspera de feriado (48 horas o menos)

Marca solo un óvalo.

 Sí No Otros: _____

7. Hora de nacimiento

Marca solo un óvalo.

 9-14 15-20 21-08 Otros: _____

8. Vía de nacimiento

Marca solo un óvalo.

 Vaginal Cesárea Otro

9. Recién nacido

Marca solo un óvalo.

 Vigoroso No vigoroso Otros: _____

10. Edad gestacional por Evaluación clínica

Marca solo un óvalo.

 Menos de 35 semanas 36-37 38 o más Otros: _____

11. Tiempo de pinzamiento de cordón umbilical en minutos

Marca solo un óvalo.

 Menor a 2 2-3 más de 3

20/11/20, 12:58

Medición PPH 2019

12. Quién decidió el tiempo de ligadura de cordón

Marca solo un óvalo.

- Enfermería de neonatología
- Personal de obstetricia
- Personal de Quirófano
- Médico neonatólogo
- Otros: _____

13. Tiempo de permanencia en Contacto piel a piel antes del primer control médico

Marca solo un óvalo.

- No hubo copap
- entre 1 y 5 minutos
- más de 5 pero menos de 10
- 10 minutos o más
- Otros: _____

14. Quién decidió el tiempo de separación

Marca solo un óvalo.

- Neonatología
- Obstetricia
- Personal de quirófano
- Padres
- Otros: _____

15. Solo si fue separado antes de los 10 minutos detallar motivo

16. Tiempo en que el RN estuvo separado de su madre antes de volver con ella

Marca solo un óvalo.

- No vuelve con su madre
- Menos de 5 minutos
- entre 5 y 10 minutos
- Entre 11 y 20 minutos
- más de 20 minutos
- Otros: _____

22/11/20, 12:58

Medición PPM 2019

17. Si tuvo dificultades en devolver el recién nacido a su madre en la planta quirúrgica detallar

Marca solo un óvalo.

- Problemas de salud del recién nacido
- Problemas de salud de la madre
- Malas condiciones ambientales en sala de partos/quirófano
- Dependientes de los profesionales de salud de obstetricia
- Dependientes de profesionales de salud de quirófano
- Dependientes del médico neonatólogo
- Dependientes de enfermería de neonatología
- Otras (detalle)

18. Tiempo desde el nacimiento en que realiza succión al pecho por primera vez

Marca solo un óvalo.

- Antes de ser separados para la revisión médica del bebé
- Después de la revisión médica del bebé
- No realiza succión al pecho en la planta quirúrgica
- Otros: _____

19. Tiempo de traslado del binomio

Marca solo un óvalo.

- Menos o igual a 1 hora
- Más de 1 hora
- Se trasladan separados
- Otros: _____

20. Se realiza la identificación del RN y su madre

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Otros: _____

21. El recién nacido se traslada en Copap con su madre

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- Tal vez

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

<https://docs.google.com/forms/d/1yQBzqB8v4D3mL4L8eQsGZ0E1t6h0e8TKu-fy5y4iedk>

44



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud

