

Exploración de una herramienta para evaluar si se aplican cuidados del neurodesarrollo en unidades neonatales

Exploration of a tool to evaluate whether neurodevelopmental care is applied in neonatal units

Raquel Escobar⁽¹⁾, Elke Strübing⁽¹⁾

RESUMEN

Introducción: El Protocolo de Atención Neonatal Integral (ANI) es una normativa nacional para los cuidados del neurodesarrollo y la atención centrada en la familia. **Objetivo:** Explorar un instrumento de evaluación del cumplimiento del protocolo en unidades neonatales de 3 hospitales maternoinfantiles de Paraguay. **Material y Método:** Estudio prospectivo, descriptivo, transversal. Se diseñó el "Instrumento de evaluación del desempeño en la aplicación del Protocolo ANI" con estándares de calidad de atención y criterios objetivos de verificación de cumplimiento. La información se obtuvo por observación directa; entrevistas al personal de salud, madres y familiares de bebés internados; revisión de registros clínicos, en dos guardias distintas en cada hospital. **Resultados:** Instrumento diseñado con meta de 80% de cumplimiento. Porcentaje de cumplimiento de cada estándar por hospital identificados como 1°, 2°, 3°: Acceso irrestricto de madres, padres o tutores y participación en los cuidados: 50%, 75%, 25%. Información, educación y comunicación: 30%, 59%, 53%. Contacto piel a piel: 0%, 0%, 0%. Manejo integral del dolor: 12,5%, 25%, 12,5%. Medidas ambientales para disminuir estrés y procurar confort: 33%, 33%, 25%. Atención individualizada según sueño: 50%, 50%, 0%. Prevención de Retinopatía del Prematuro: 55%, 44%, 66%. Lactancia y nutrición precoz: 66%, 50%, 33%. Registros clínicos completos, métodos diagnósticos auxiliares: 0%, 50%, 50%. Albergue: 38%, 71%, 57%. Capacitación de 80% del personal asistencial: 75%, 25%, 25%. Total de cumplimiento: 1° 37%, 2° 44%, 3° 31,5%. **Conclusiones:** El instrumento aplicado fue pertinente y aceptado. Ningún Hospital cumple con la meta del 80%. Recomendación: Monitorear sistemáticamente la implementación de normativas.

Palabras clave: Neurodesarrollo en la primera infancia, estándares de calidad de atención, políticas públicas de salud, cuidados del niño.

ABSTRACT

Introduction: The Comprehensive Neonatal Care Protocol (CNCPP) is a national standard for neurodevelopmental and family-centered care. **Objective:** To explore an instrument to evaluate compliance with the protocol in the neonatal units of 3 maternal-infant hospitals in Paraguay. **Materials and Methods:** This was a prospective, descriptive and cross-sectional study. The "Performance Evaluation Instrument in the Application of the CNCPP Protocol" was designed with standards of quality of care and objective criteria to verify compliance. The information was obtained by direct observation, interviews with health personnel, mothers and relatives of hospitalized infants and review of clinical records during two different shifts at each hospital. **Results:** The instrument was designed with an 80% compliance goal. The percentages of compliance of each standard per hospital were identified as 1st, 2nd and 3rd: Unrestricted access of mothers, parents or guardians and participation in care: 50%, 75%, 25%. Information, education and communication: 30%, 59%, 53%. Skin-to-skin contact: 0%, 0%, 0%. Comprehensive pain management: 12.5%, 25%, 12.5%. Environmental measures to reduce stress and seek comfort: 33%, 33%, 25%. Individualized care according to sleep: 50%, 50%, 0%. Prevention of Retinopathy of Prematurity: 55%, 44%, 66%. Breastfeeding and early nutrition: 66%, 50%, 33%. Complete clinical records, ancillary diagnostic methods: 0%, 50%, 50%. Hostel: 38%, 71%, 57%. Training of 80% of care staff: 75%, 25%, 25%. Total compliance: 1st: 37%, 2nd: 44%, 3rd: 31.5%. **Conclusions:** The instrument applied was pertinent and accepted. No Hospital meets the 80% goal. Recommendation: Systematically monitor the implementation of regulations.

Key words: Neurodevelopment in early childhood, standards of quality of care, public health policies, care of children.

1 Pediatras Neonatólogas. Hospital Materno Infantil San Pablo, Asunción, Paraguay.

Correspondencia: Dra. Raquel Escobar y Dra. Elke Strübing. E-mail: areaperinatohmisp@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no poseer conflicto de interés.

Recibido: 24/10/2016. Aceptado: 16/12/2016.

Doi: 10.18004/ped.2016.diciembre.189-198

INTRODUCCIÓN

Los primeros 30 días de vida postnatal, junto con los que suman hasta cumplirse mil, constituyen una etapa crítica en el desarrollo humano. Por etapa crítica se entiende un tiempo limitado donde un evento debe o puede ocurrir⁽¹⁾.

La primera infancia es una etapa crítica del ciclo de vida, pues durante su transcurso se deben aprender funciones básicas (emocionales y del sistema autónomo, sensoriales, motoras gruesas, del lenguaje). Estas funciones básicas se establecen mediante las llamadas sinapsis expectantes de experiencia. Para que se establezcan estas sinapsis se necesita una variedad y cantidad de estímulos específicos, desarrollándose con ello habilidades particulares para el resto de la vida^(2,3).

Este aprendizaje es el básico para la sobrevivencia, y si bien la ventana para que el estímulo actúe es limitada, está presente comúnmente en el ambiente típico de la especie. En el caso del recién nacido su ambiente típico es el cuerpo de la madre (u otra figura de apego). A su vez, la madre (o persona cuidadora) vive en el contexto de una familia, en una vivienda con sus propias rutinas y funcionamientos internos. Allí el niño recibirá leche materna, caricias, arrullos, luces y sombras, colores, la voz humana dirigida a su persona, los ruidos de la casa, entre muchos otros insumos y estímulos adecuados y necesarios para su desarrollo.

Lamentablemente el ambiente en las unidades neonatales en general (aislamiento materno, bombardeo sensorial, intervenciones estresantes y dolorosas) es muy diferente al de la casa, lo cual hace preciso establecer explícitamente en ellos estrictos cuidados del neurodesarrollo^(4,5).

Los cuidados del neurodesarrollo buscan crear ambientes protectores para que los recién nacidos internados puedan desarrollarse con su mayor potencial, recibiendo los estímulos positivos que tienen que recibir y evitando los estímulos inadecuados. Con estos cuidados se busca evitar o al menos disminuir y minimizar secuelas a largo plazo y discapacidad⁽⁶⁻¹⁰⁾.

El Protocolo de Atención Neonatal Integral (ANI)⁽⁹⁾ contempla estos cuidados del neurodesarrollo,

centrando la atención en la familia de los recién nacidos internados. Ha sido elaborado de manera participativa y progresiva, en talleres de actualización médica y de enfermería que se fueron desarrollando a lo largo de más de diez años en hospitales públicos de nuestro país. Desde el año 2011 se ha convertido en una normativa nacional y forma parte del Manual de Atención Neonatal⁽¹¹⁾ que guía y rige el manejo clínico neonatal. Si bien algunos hospitales materno infantiles del sector público ya han adoptado al Protocolo ANI desde hace varios años, ninguno ha evaluado su grado de cumplimiento.

La presente investigación tiene como objetivo explorar una herramienta de evaluación que permita al personal de salud, asistencial y administrativo, identificar las brechas en el cumplimiento del Protocolo ANI.

Objetivo General

Explorar un instrumento de evaluación del cumplimiento del Protocolo ANI en unidades neonatales de hospitales materno infantiles de Paraguay.

Objetivos Específicos

- Diseñar un Instrumento de evaluación del desempeño en la aplicación del Protocolo ANI, como una herramienta de gestión clínica y administrativa que pueda ser aplicada periódicamente en servicios de salud.
- Aplicarlo en tres hospitales materno infantiles de referencia nacional del sector público de salud de Paraguay para ponerlo a prueba cuantificando el cumplimiento del Protocolo ANI.
- Analizar los resultados de la evaluación con los equipos de profesionales de blanco y administrativos de los tres hospitales evaluados, para determinar su utilidad en identificar las brechas en el cumplimiento del protocolo y las acciones necesarias para superarlas.

MATERIAL Y MÉTODO

1.1 Tipo y diseño general del estudio: Prospectivo, descriptivo y transversal.

1.2 Diseño del "Instrumento de evaluación del desempeño en la aplicación del Protocolo de Atención Neonatal Integral"

En base a guías utilizadas en el ámbito de la salud para mejorar el desempeño y la calidad de atención⁽¹²⁾, se diseñó un instrumento de evaluación con 11 estándares que fueron seleccionados en su mayoría del Protocolo ANI⁽⁹⁾.

Algunos estándares consideran aspectos estructurales (organización de la institución, características de los recursos humanos y materiales) y otros consideran el proceso asistencial (atención y forma como son ejecutados los procedimientos de la atención). Cada estándar tiene criterios de verificación objetivos (ítems) que ayudan a determinar si ese estándar se cumple o no. Cada criterio de verificación tiene una respuesta objetiva (S cuando cumple, N cuando no cumple, NAsi no aplica).

El instrumento de evaluación del desempeño se organiza en cuatro columnas: estándares de desempeño, criterio de verificación, respuestas para el criterio de verificación y comentarios. En general un estándar se logra cuando se cumplen todos sus criterios de verificación.

Para verificar el cumplimiento de los estándares se realiza observación directa de la asistencia, condiciones y dinámica de las salas, preguntas específicas al personal de salud (asistencial y administrativo), preguntas específicas a madres, padres y familiares de bebés internados, revisión de registros clínicos y de documentos institucionales.

Una vez evaluado cada estándar se determina cuántos se lograron y se expresa con un puntaje (en números absolutos y/o como porcentaje del total). Esta definición cuantitativa de los resultados posibilita una base para el monitoreo futuro de las actividades y señala las brechas.

Para alcanzar un nivel significativo de la calidad es generalmente necesario llegar a por lo menos el 80% de cumplimiento de los estándares definidos⁽¹²⁾.

Una vez diseñado, el instrumento fue analizado en su contenido y forma por médicos neonatólogos y licenciadas en enfermería del plantel de internación neonatal del Hospital Materno Infantil San Pablo. Se realizaron correcciones y adaptaciones en base a las recomendaciones emitidas por este equipo.

Seguidamente se realizó una prueba piloto del instrumento en uno de los hospitales evaluados y se realizaron los ajustes finales de forma.

1.3 Aplicación del instrumento de evaluación

Se incluyeron a las salas de neonatología de tres hospitales maternoinfantiles de referencia nacional ubicados en Asunción, Paraguay, identificándolos como Hospital Primero, Segundo y Tercero.

La selección de los servicios a ser evaluados se hizo al azar de entre los hospitales maternoinfantiles públicos de Asunción y Central que cuentan con salas de terapia intensiva neonatal.

La información se recolectó durante los meses de mayo a agosto del año 2015, en dos turnos o grupos de trabajo distintos elegidos de manera aleatoria en cada hospital. No fueron evaluados los turnos correspondientes a la noche por limitaciones organizativas.

1.4 Análisis de los resultados obtenidos al aplicar el instrumento

Los resultados de las evaluaciones fueron socializados con representantes de las áreas asistenciales y administrativas de cada hospital participante en jornadas de trabajo y análisis. Se procedió a identificar las brechas existentes en el cumplimiento de cada estándar y las posibles acciones a ser llevadas a cabo para superarlas.

1.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

El proyecto de investigación fue presentado en un primer momento a autoridades y representantes de los hospitales participantes quienes accedieron voluntariamente a la evaluación. Las entrevistas fueron confidenciales y voluntarias. Para resguardar la confidencialidad de los resultados se mantiene en anonimato a los hospitales evaluados.

RESULTADOS

Instrumento de evaluación diseñado

En la **tabla 1**, se presentan los estándares que contempla el instrumento diseñado, el cual se presenta en toda su dimensión como Anexo 1.

Tabla 1. Estándares de cumplimiento del Protocolo ANI.

Estándares seleccionados
1. Las madres, padres o tutores tienen acceso irrestricto a las salas de internación de neonatología para participación en el cuidado y acompañamiento a sus recién nacidos
2. Las madres, padres o tutores reciben información, educación y comunicación suficiente y oportuna
3. En las salas de neonatología se propicia el mayor tiempo posible el contacto piel a piel entre las madres/padres/tutores y los recién nacidos
4. Los recién nacidos internados son adecuadamente evaluados y tratados para no sufrir dolor
5. En las salas de neonatología se implementan medidas ambientales para brindar confort y disminuir el estrés de los recién nacidos
6. En las salas de neonatología se brinda una atención individualizada propiciando la autorregulación y organizando los cuidados según el sueño
7. En las salas de neonatología se implementan medidas de prevención de retinopatía del prematuro (ROP)
8. En las salas de neonatología se alimenta a los bebés con leche de sus madres o en su defecto con leche humana de banco y se inicia precozmente la nutrición parenteral en aquéllos recién nacidos con peso menor a 1.500 gramos
9. En las salas de neonatología se realizan los registros y diagnósticos pertinentes
10. El hospital dispone de un albergue de madres que cuenta con lo necesario para que las mismas puedan alimentarse, descansar y recibir a sus familiares
11. Al menos el 80% del personal de salud que está involucrado con la atención de los recién nacidos recibe capacitación periódica en cuidados del neurodesarrollo

Cumplimiento del Protocolo ANI en los hospitales evaluados

Los resultados obtenidos muestran disparidad en el logro de los distintos estándares. A continuación se presenta en la **tabla 2**, los datos consolidados del cumplimiento de los estándares en los tres hospitales evaluados.

Ninguno de los tres hospitales evaluados alcanza la meta propuesta de cumplimiento del Protocolo ANI.

Análisis de la utilidad del instrumento con los equipos médicos y administrativos de cada hospital

En jornadas de trabajo con los actores involucrados en la atención directa y en la gestión de los servicios de cada hospital, se analizó el resultado de la aplicación del instrumento. Como el mismo desglosa en detalle cada estándar con los diferentes ítems que deben ser cumplidos, permite identificar las acciones, actitudes, dinámicas y condiciones organizativas que los servicios deben cumplir para ofrecer calidad de atención.

Al cuantificarse objetivamente el porcentaje total de cumplimiento y el porcentaje de cumplimiento de cada estándar en particular; se logró de esta manera identificar las brechas, sus causas y las acciones necesarias para superarlas en cada hospital evaluado.

Tabla 2. Consolidado de resultados de los tres hospitales evaluados.

Estándares del Protocolo AIN	Total de ítems por estándar que deberían ser cumplidos	Porcentaje de cumplimiento del estándar por hospital		
		1°	2°	3°
1. Las madres, padres o tutores tienen acceso irrestricto a las salas de internación de neonatología para participación en el cuidado y acompañamiento a sus recién nacidos	4	50%	75%	25%
2. Las madres y padres reciben información, educación y comunicación suficiente y oportuna.	20	30%	59%	53%
3. En las salas de neonatología se propicia el mayor tiempo posible el contacto piel a piel entre las madres/padres/tutores y los recién nacidos	2	0%	0%	0%
4. Los recién nacidos internados son adecuadamente evaluados y tratados para no sufrir dolor	8	12,5%	25%	12,5%
5. En las salas de neonatología se implementan medidas ambientales para brindar confort y disminuir el estrés de los recién nacidos, respetando el sueño	12	33%	33%	25%
6. En las salas de neonatología se brinda una atención individualizada propiciando la autorregulación y organizando los cuidados según el sueño	4	50%	50%	0%
7. En las salas de neonatología se implementan medidas de prevención de retinopatía del prematuro (ROP)	9	55%	44%	66%
8. En las salas de neonatología se alimenta a los bebés con leche de sus madres o en su defecto con leche humana de banco y se inicia dentro de las primeras 24 horas nutrición parenteral en aquéllos recién nacidos con peso menor a 1.500 gramos	6	66%	50%	33%
9. En las salas de neonatología se realizan los registros y diagnósticos pertinentes	6	0%	50%	50%
10. El hospital dispone de un albergue de madres, el mismo cuenta con lo necesario para que las madres puedan alimentarse, descansar y recibir a sus familiares	21	38%	71%	57%
11. Al menos el 80% del personal de salud que está involucrado con la atención de los recién nacidos recibe capacitación periódica	4	75%	25%	25%
Porcentaje total de cumplimiento		37%	44%	31,5%

DISCUSIÓN

Para brindar calidad y seguridad de atención todo servicio de salud debe fijarse estándares de calidad, esto permitirá una evaluación sistemática y periódica de su cumplimiento. De esta manera se podrá ir corrigiendo las brechas encontradas en cada evaluación.

El proceso de evaluación en sí supone información e interacción con el personal involucrado, comunicación de los hallazgos, identificación de brechas, participación en la toma de decisiones y de compromisos^(12,13).

En términos generales las instituciones sanitarias de Paraguay tienen escasa disponibilidad y baja

aplicación de herramientas de evaluación para su gestión clínica y administrativa. Este hecho no colabora en que cumplan el marco normativo existente.

En cuanto al Protocolo ANI, al aplicar la herramienta de evaluación se encuentra un porcentaje total de su cumplimiento bajo y bastante similar en los tres hospitales. Existen sin embargo diferencias en el cumplimiento de los puntajes parciales de ciertos estándares como, por ejemplo, el de lactancia materna, el de prevención de ROP o el que evalúa las condiciones del albergue.

Estas diferencias podrían ser útiles de ser analizadas entre hospitales para un enriquecimiento mutuo, identificando cuáles son las fortalezas que cada uno puede copiar o adaptar de los otros.

Llama la atención que no se trate de manera integral y sistemática el dolor de los recién nacidos incluso tratándose en muchos casos de pacientes quirúrgicos; que no se tengan conductas uniformes y firmes para el contacto piel a piel considerando la enorme importancia que ello tiene para el neurodesarrollo de los recién nacidos; y que el sistema de registros sea muy limitado.

Existen numerosas investigaciones publicadas a lo largo de las últimas décadas, basadas en evidencia científica, que fundamentan que los recién nacidos no deben ser alejados de sus madres, padres o tutores^(4,8,14,15); que deben ser cuidados en ambientes protectores con la menor cantidad e intensidad de estímulos sensoriales negativos^(2,7,10,16,17); que deben ser cuidados con rutinas adaptadas a sus necesidades circunstanciales y a las señales clínicas que vayan expresando y, que deben ser cuidados respetando en todo momento sus periodos de sueño y descanso^(7,16-18).

La desnutrición fetal y la que sufren prematuros antes de cumplir las 40 semanas, trae consigo patrones estructurales y fisiológicos a largo plazo que programan la salud (o la enfermedad) durante la vida adulta, con mayor riesgo de obesidad, talla baja, hipertensión arterial, enfermedad metabólica, diabetes tipo 2, enfermedad isquémica coronaria, enfermedades vasculares cerebrales y muertes prematuras^(19,20).

El Protocolo ANI tiene años de existencia y su cumplimiento sin embargo es aún muy pobre. ¿A qué se debe esto? Corriendo el riesgo de simplificar un tema que de por sí es complejo, creemos que parte de la respuesta podría encontrarse en que la formación de los pediatras y neonatólogos en general está centrada en la enfermedad y exaltada en los recursos tecnológicos.

La mirada puesta en la enfermedad opaca una interpretación más amplia del recién nacido como ser social, esto podría explicar que el mismo sea aislado de su madre, padre (o tutor) casi de manera sistemática en los servicios de salud, situación de la más tóxica para un neurodesarrollo óptimo.

En general, existe escasa formación tanto en el personal de enfermería como médico, sobre los aspectos emocionales, psíquicos y neurológicos que están en juego durante la internación de un recién nacido. Además, la presencia de madres y padres en las salas de neonatología muchas veces genera resistencia por parte del personal de salud que siente que tiene que invertir parte de su tiempo en brindarles información, comunicarse con ellos y acompañarles^(5,18).

El hospital 1° sin embargo, cuenta con 75% de personal capacitado en temas de neurodesarrollo y alcanza apenas un porcentaje total de cumplimiento de 37%. Esto hace pensar que si bien la capacitación del personal asistencial es un requisito indispensable, no es suficiente por sí misma para garantizar calidad de atención pues existen otros factores en juego como los estructurales y organizacionales de un servicio.

Además, como ya se ha dicho, es necesario que cada institución aplique de manera periódica y sostenida instrumentos de evaluación del grado de cumplimiento de las normativas vigentes.

Con todo, creemos que cumplir este protocolo exige un proceso de cambio cultural del personal de salud, arduo proceso que sin embargo ya está en marcha.

Se destaca el interés y compromiso encontrados en los equipos asistenciales de las unidades neonatales, las autoridades y gestores de los hospitales evaluados.

CONCLUSIONES

El instrumento de evaluación diseñado pudo ser aplicado pertinentemente y fue aceptado por los servicios evaluados. El análisis de los resultados ha permitido a los servicios evaluados identificar las brechas en el cumplimiento de estándares de calidad de atención a los recién nacidos internados en sus salas.

Los cuidados que se brindan para proteger el neurodesarrollo de los recién nacidos internados aún distan bastante de las situaciones ideales que deben darse en las salas de neonatología. Ningún Hospital cumple con la meta del 80%. Se recomienda monitorear sistemáticamente la implementación de normativas.

REFERENCIAS

1. Lejarraga H (editor). Desarrollo del niño en contexto. Buenos Aires: Paidós; 2004.
2. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, Warfield SK, Huppi PS, Butler SC, Conneman N, Fischer C, Eichenwald EC. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*. 2004;113(4):846-57.
3. Kolb B, Wishaw I. Neuropsicología humana. 5ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2006.
4. Glass P. El neonato de riesgo y el ambiente del cuidado intensivo neonatal. En: Avery GB, Fletcher MA, McDonald MG. Neonatología: fisiopatología y manejo del recién nacido. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2001. p. 89-107.
5. Martínez J. El bebé prematuro y sus padres: medicina y amor. Buenos Aires: Lidiun; 1993.
6. Acosta C, Picón C. Asistencia materna permanente contacto piel a piel: programa ANAF. En: Sola A, Rogido M. Cuidados especiales del feto y el recién nacido. 2ª ed. Buenos Aires: Científica Interamericana; 2006. p. 281.
7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Centro de Publicaciones; 2010.
8. Harrison B. Principios para la asistencia neonatal centrada en la familia. *Pediatrics*. 1993;36(Edit. Esp):59-66.
9. Protocolo de Asistencia Neonatal Integrada (ANI). En: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de atención neonatal. Asunción: OPS; 2011. p. 69-79.
10. Mendoza ER, Morales M. Manejo ambiental del recién nacido pretérmino de muy bajo peso: un enfoque fisiológico. *Rev de Perinatología*. 2000;15(2):25-35.
11. Resolución S.G.N° 1164/11: por la cual se aprueba el Manual de Atención Neonatal y se dispone su aplicación obligatoria por parte de los profesionales de salud, en todos los establecimientos de salud, tanto públicos como privados, en todo el territorio de la república. En: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de atención neonatal. Asunción: OPS; 2011.
12. Necochea E, Bossemeyer E. Gerencia y reconocimiento basado en estándares: una guía de campo, un enfoque práctico para mejorar el desempeño y la calidad en los servicios de salud. 2ª ed. Baltimore, Maryland: USAID-Jhpiego; 2007.
13. Demetrio A, Varas J, Hering E. Calidad y seguridad en la atención: sistema de vigilancia eventos adversos asociados a la atención Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. *Rev Obstet Ginecol Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*. 2010;5(1):79-83.
14. Bowlby J. Los cuidados maternos y la salud mental. Estados Unidos de América: OPS; 1954.
15. 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* [Internet]. 2003;2: CD003519. [citado 7 jul. 2015]. Disponible en : <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003519.html>
16. Als H, Lawhon G, Doffy FH, McAnulty GB, Gibes-Grossman R, Blickman JG. Individualized developmental care for the very low birth weight preterm infant: medical and neurofunctional effects. *JAMA*. 1994;272(11):853-58.
17. Als H. Toward a syntactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*. 1982;3(4):229-43.
18. Brundi M, González MA, Enríquez D, Larguía AM. Contacto piel a piel madre/hijo prematuro: conocimientos y dificultades para su implementación. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2006;25(4):159-66.

19. Barker D. Crecimiento humano y enfermedad coronaria. En: Uauy R, Carmuega E, Barker D. Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población: perspectivas y reflexiones desde el Cono Sur. Buenos Aires: Instituto Danone del Cono Sur; 2009. p.15-29.

20. Krause B, Sobrevia L, Casanello P. Papel de la placenta en la programación fetal de las enfermedades crónicas del adulto. En: Uauy R, Carmuega E, Baker D (compiladores). Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población: perspectivas y reflexiones desde el Cono Sur. Buenos Aires: Instituto Danone del Cono Sur; 2009. p.117-130.

ANEXO 1

Instrumento de evaluación del desempeño en la aplicación del Protocolo de Atención Neonatal Integral

Identificación del establecimiento de salud (nombre y lugar):

Fecha y hora de la visita:

Responsable de la visita:

Al empezar la evaluación:

- Preséntese y explique la razón de la evaluación
- No proporcione retroalimentación durante la evaluación
- Pregunte a los responsables de las áreas para completar y/o clarificar la información
- Sea objetivo y respetuoso durante la evaluación.
- Si el servicio cuenta con varias salas de internación, evaluar cada sala. Considerar que existen estándares e ítems que son comunes a todas las salas.

ESTANDARES	CRITERIOS DE VERIFICACION	Cumple (S), no cumple (N) o no aplica (NA)	COMENTARIOS
	Observar o preguntar		
1. Las madres, padres o tutores tienen acceso irrestricto a las salas de internación de neonatología para participación en el cuidado y acompañamiento a sus recién nacidos	1.1 Ausencia de carteles dirigidos a las madres y padres restringiendo su entrada a horarios determinados 1.2 Presencia de espacios con sillas adecuadas para el método canguro al lado de cada incubadora 1.3 Madres/padres participando en los cuidados 1.4 Los abuelos y hermanitos pueden visitar a los recién nacidos en el marco de un protocolo de acompañamiento familiar		
2. Las madres y padres reciben información, educación y comunicación suficiente y oportuna.	Observar: 2.1 Existencia y disponibilidad del Folleto informativo para madres y padres 2.2 Existencia de carteles que indican los horarios y el nombre de las personas responsables de brindar información actualizada y periódica sobre el estado de salud del recién nacido a madres/padres 2.3 El personal de salud porta identificación visible 2.4 Existe un lugar de reunión para brindar información a madres/padres/familias 2.5 Existen registros de las charlas y talleres dirigidos a madres/padres 2.6 Existen formularios de consentimiento informado 2.7 Existe una persona de salud responsable de brindar la acogida y primeras informaciones a la familia Preguntar a 3 madres/padres, incluyendo a quienes sus bebés están por ser dados de alta Cada ítem se cumple si dos de tres responden afirmativamente 2.8 Si reciben información diaria acerca de sus bebés 2.9 Si conoce y entiende el diagnóstico de su bebé 2.10 Si recibieron entrenamiento durante su estancia apoyo sobre lactancia 2.11 Si recibieron información sobre planificación familiar 2.12 Si recibieron entrenamiento en reanimación básica		

	<p>2.13 Si le orientaron acerca de cómo estimular positivamente a su bebé, cómo calmarlo y ayudarlo a que se auto organice</p> <p>2.14 Si saben preparar las medicaciones y si saben administrarlas a sus bebés (en caso que corresponda)</p> <p>2.15 Si reconocen los signos de depresión materna post parto y si saben qué hacer ante ellos en el marco de un protocolo de acompañamiento familiar</p> <p>2.16 Si tienen la Libreta de salud del niño y de la niña y está completada</p> <p>2.17 Si tienen cita para seguimiento, si conocen al/los profesionales que van a atender a sus bebés</p> <p>2.19 Si a sus bebés le han realizado el test del piecito o en su defecto si fueron informados al respecto</p> <p>2.20 Si sus bebés están registrados en el Registro Civil</p>
<p>3. En las salas de neonatología se propicia el mayor tiempo posible el contacto piel a piel entre las madres/padres/tutores y los recién nacidos</p>	<p>Verificar</p> <p>3.1 Existencia de protocolo escrito y disponible del Método Canguro incluyendo la fase intrahospitalaria de Contacto piel a piel</p> <p>Observación directa o verificación en el expediente clínico El ítem se cumple si la mayoría de los recién nacidos recibe piel a piel según sus circunstancias</p> <p>3.2 Si los recién nacidos en base a su cuadro clínico (graves, estables o en crecimiento y desarrollo) reciben contacto piel con piel el tiempo recomendable</p>
<p>4. Los recién nacidos internados son adecuadamente evaluados y tratados para no sufrir dolor</p>	<p>Verificar</p> <p>4.1 Si la escala de dolor NIPS (u otra), protocolizada en el Manual de Atención Neonatal, está visible</p> <p>4.2 Si se completa el puntaje de la escala NIPS (u otra escala) en la hoja de enfermería de control diario</p> <p>4.3 Verificar en cinco historias clínicas: si el manejo integral del dolor está indicado</p> <p>El ítem se cumple si se constata una indicación de manejo integral del dolor</p> <p>Observar o preguntar a tres personas de blanco (médico y/o enfermera) por sala:</p> <p>4.4 Si se aplican métodos no farmacológicos de manejo del dolor en todos los recién nacidos que serán sometidos a procedimientos dolorosos, preferentemente con glucosa al 5%, 5 ml, 2 minutos antes del procedimiento doloroso más chupete o succión durante el mismo El ítem se cumple si dos de tres lo hacen</p> <p>4.5 Si los bebés, siempre que su condición clínica lo permita, son alzados y contenidos por sus madres o padres durante la realización de los procedimientos</p> <p>4.6 Si aquellos bebés que no pueden ser alzados son arropados firmemente y puestos en posición de flexión para su contención durante el procedimiento</p> <p>4.7 Si se dispone de EMLA para calmar el dolor previamente a la realización de punciones corporales (vías, punciones lumbares)</p> <p>4.8 Si se aplica protocolos de manejo farmacológico del dolor</p>
<p>5. En las salas de neonatología se implementan medidas ambientales para brindar confort y disminuir el estrés de los recién nacidos, respetando el sueño</p>	<p>Observar durante dos visitas a horarios y días diferentes:</p> <p>5.1 Si se respeta el sueño de los bebés</p> <p>5.2 Si se estipulan periodos de luces tenues</p> <p>5.3 Si se agrupan los procedimientos médicos y de enfermería y se dejan periodos de descanso</p> <p>5.4 Si las incubadoras están protegidas de la luz mediante mantas</p> <p>5.5 Si los bebés que se hallan en incubadoras están en posición de flexión de los cuatro miembros y con niditos</p> <p>5.6 Si las salas están silenciosas, con alarmas programadas y no sonando</p> <p>5.7 Si los bebés tienen gorros y medias</p> <p>5.8 Si la mesa de indicaciones y evolución de los pacientes está lejos de las incubadoras</p> <p>5.9 Si los teléfonos, timbres y radios se encuentran fuera de las salas de internación</p> <p>5.10 Si se estimula el gusto del bebé con gotitas de leche humana extraída vertidas en su boca por los menos tres veces al día</p> <p>Preguntar a tres personas de blanco dentro de las salas: Los ítems se cumplen si dos de tres lo hacen</p> <p>5.11 Si sus teléfonos celulares están en silencio/vibración dentro de las salas</p>

5.12 Si pueden citar cinco signos de estrés en los prematuros

Observar:

6.1 Si todos los bebés están identificados con su nombre (no con el de la mamá)

6. En las salas de neonatología se brinda una atención individualizada propiciando la autorregulación y organizando los cuidados según el sueño

6.2 Si se utiliza una hoja de observación de enfermería para atención individualizada organizando los cuidados respetando el sueño

6.3 Si se mantienen los equipos fijos en el cuidado de los niños de tal manera a que sean las mismas personas quienes cuidan en cada turno a los bebés

Preguntar a tres personas de blanco dentro de las salas:

6.4 Cómo facilitar el autoconsuelo y organización de los bebés

Observar si:

7.1 Las salas cuentan con mezcladores para oxígeno y aire ambiente

7.2 Todos los bebés que reciben oxígeno son controlados por oximetría de pulso

7.3 Existen tablas de niveles seguros de saturación colocadas de manera visible en las diferentes salas

7.4 Existe un Protocolo de manejo de ROP

7.5 Observar las indicaciones médicas de tres bebés internados que estén recibiendo oxígeno si el mismo está indicado y para qué niveles de saturación

7. En las salas de neonatología se implementan medidas de prevención de retinopatía del prematuro (ROP)

Para que el ítem se cumpla en las tres indicaciones debe estar por escrito

7.6 Preguntar a tres personas de blanco si conocen y utilizan el Protocolo de manejo de ROP

7.7 **Verificar** si el servicio cuenta con oftalmólogo asignado y accesible

7.8 **Verificar** si existen estadísticas de pacientes con ROP

7.9 **Verificar** en la historia clínica, si los prematuros que requieren intervenciones terapéuticas oftalmológicas acceden a ellas de manera oportuna

Verificar:

8.1 Si el hospital está certificado con la IHAN (Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y de la Madre)

8.2 Existen salas donde las madres puedan extraerse la leche cómodamente y con seguridad

8. En las salas de neonatología se alimenta a los bebés con leche de sus madres o en su defecto con leche humana de banco y se inicia dentro de las primeras 24 horas nutrición parenteral en aquéllos recién nacidos con peso menor a 1.500 gramos

8.3 Existe Banco de Leche Humana o en su defecto convenios establecidos para acceder a leche humana pasteurizada

8.4 No se observan propagandas, afiches, bolígrafos ni material alguno que haga referencia a sucedáneos de la leche de madre

8.5 **En tres historias clínicas tomadas al azar:** si los bebés se están alimentando con leche humana o en su defecto si tienen causa justificada para no hacerlo
Para que se cumple el ítem en las tres historias revisadas se debe estar indicando leche humana o el justificativo

Verificar en cinco historias clínicas de bebés prematuros que fueron dados de alta:

9.1 Llenado completo del Sistema Informático Perinatal, la parte correspondiente al recién nacido

9. En las salas de neonatología se realizan los registros y diagnósticos pertinentes

9.2 Existencia de Epicrisis y Resumen de traslado de sala

9.3 Existencia de estudios de ecoencefalografía

9.4 Existencia de registros semanales de circunferencia cefálica, talla y peso percentilados

9.5 Estudios y tratamientos oftalmológicos (si correspondían)

9.6 Tamizaje de hipoacusia

Verificar:

10.1 Existe un albergue

10.2 El cuarto está lo más cerca posible a la maternidad o a la sala de recién nacidos

10. El hospital dispone de un albergue de madres, el mismo cuenta con lo necesario para que las madres puedan alimentarse, descansar y recibir a sus familiares

10.3 Tiene espacio suficiente para albergar a todas las madres de los bebés internados

10.4 Tiene ventilación adecuada

10.5 Tiene enchufes para conectar estufas y/o ventiladores

10.6 Tiene acceso a una ducha y baño al menos para cada 10 mujeres

10.7 Tiene un lugar comedor

10.8 Tiene un lugar de recepción de las visitas y familiares y para charlas y talleres

- 10.9 Tiene un lavamanos
- 10.10 Un armario con compartimentos suficientes para que todas las madres puedan guardar sus pertenencias
- 10.11 Suficientes camas para el número de madres (hacer un correlativo, número de camas en las salas de neonatología y el número de camas en el albergue)
- 10.12 Una mesita de luz por cadacama
- 10.13 Mesa comedor y al menos 10 sillas
- 10.14 Ventiladores suficientes
- 10.15 Estufas suficientes
- 10.16 Jabón
- 10.17 Toallas higiénicas, algodón o paños
- 10.18 Elementos de limpieza para el albergue (lavandina, escoba, trapo de piso, palo de repasar, palita, basureros, bolsas de basura)
- 10.19 Todas las madres del albergue reciben al menos tres comidas diarias (desayuno, almuerzo y cena)
- 10.20 Las madres del albergue disponen de una fuente de agua potable
- 10.21 Existe una persona designada por las autoridades del hospital o departamento correspondiente, que acompaña, coordina y supervisa a las madres y familias

11. Al menos el 80% del personal de salud que está involucrado con la atención de los recién nacidos recibe capacitación periódica

- 11.1 Registros de que el 80% del personal de Neonatología está capacitado en Método Canguro
- 11.2 Registros de que el 80% del personal de Neonatología está capacitado en el Programa Atención Neonatal Integral (ANI)
- 11.3 Planillas y registros de que el 80% del personal de neonatología en el Curso Clínico de Lactancia
- 11.4 Planillas y registros de que el 100% del personal de neonatología ha participado de un curso de capacitación en Reanimación Neonatal