



**FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA**

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

MATERIA:

Metodología de la Investigación Científica

TITULAR:

Botinelli, María Marcela

TITULO:

“Rol de la Enfermera de Enlace en la Continuidad de Atención del Binomio Madre – Hijo, en el Sector Privado y de la Seguridad Social, del Sistema de Salud Argentino”

DOCTORANDA

Lic. Sandra Elena Coronel

DNI: 16.878.488

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Isabel Vera

FECHA

28 de Febrero del año 2018



INDICE

	Pag.
Título.....	2
Palabras Claves.....	2
Planteo del Problema.....	2
Justificación.....	4
Hipótesis.....	5
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Marco Teórico.....	6
Tipo de Diseño.....	29
Universo y Muestra.....	30
Estructura de los Datos.....	31
Fuentes e Instrumentos.....	32
Plan de Análisis de los Datos.....	36
Cronograma de Actividades.....	37
Resultados.....	38
Conclusión.....	52
Discusión.....	53
Modificaciones a Pedido de la Comisión Doctoral.....	54
Bibliografía.....	69
Anexos.....	75

TITULO

“Rol de la Enfermera de Enlace en la Continuidad de Atención del Binomio Madre – Hijo, en el Sector Privado y de la Seguridad Social, del Sistema de Salud Argentino”

PALABRAS CLAVES

Continuidad de Atención – Enfermera de Enlace – Maternidad Segura y Centrada en la Familia - Binomio Madre e Hijo – Puerperio – Lactancia Materna

PLANTEO DEL PROBLEMA

El rol de los valores personales y grupales en la comprensión de la enfermedad, es uno de los ejes en la práctica del cuidado de la Salud. Esos valores son los que definen el concepto de salud-enfermedad de cada persona, estableciendo a la vez las funciones sociales tanto del paciente como del equipo de salud, interconectándolos unos con otros

Dentro del equipo de salud, la profesión de enfermería, desarrolla sus propias funciones. Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), ha clasificado las funciones de enfermería en: Promover la salud, Prevenir la enfermedad, Restaurar la salud y aliviar el dolor (ZABALEGUI YÁRNOZ. 2003.-).

Enfermería se ha identificado como una profesión humanística y el objetivo es en beneficio para el paciente, centrando su trabajo en él y debiendo incluir tanto la información y educación sobre la salud como la recuperación ante una enfermedad, de forma tal que pueda elegir la opción posible luego de considerar los riesgos y beneficios de cada una de ellas.

La educación del individuo se ha convertido en una función prioritaria, permitiendo así, que el mismo pueda decidir su propio tratamiento y tipo de cuidado que desea recibir.

Actualmente predominan las enfermedades crónicas entre las patologías que afectan al individuo, reconociéndose como estrategias, la promoción, prevención y recuperación de la salud, ante algún padecimiento. Es en ese contexto que el profesional de enfermería es quien se

identifica como el enlace entre los profesionales de la salud, el individuo y su familia. Enfermería es quien crea las relaciones en base al conocimiento mutuo con el paciente, conociendo sus percepciones de los valores y necesidades, lo que le permite negociar el cuidado con el fin de alcanzar los objetivos propuestos desde un punto de vista holístico. El objetivo de esta función es permitir la integración de los esfuerzos, evitando así la fragmentación relacionada entre la especialización y la atención básica orientada al cuidado de la salud. (ZABALEGUI YÁRNOZ.2003)

La Argentina cuenta con un sistema de salud complejo y fragmentado en subsistemas como los sistemas público, de la seguridad social y el privado. Actualmente el país ha cambiado su perfil epidemiológico, para responder a los nuevos desafíos vinculados con la cronicidad de las enfermedades no transmisibles y los patógenos cada vez más resistentes a los antibióticos. Esta segmentación dificulta la posibilidad de brindar una cobertura más homogénea, que pueda estar dada por la horizontalidad en la asignación de los recursos humanos en salud. (MACEIRA, D, 2010)

Un sistema más integrado permitiría que los individuos y su familia puedan acceder a una atención unificada, desde la consulta hasta la internación, que incluyen su posterior seguimiento hasta la recuperación definitiva, acompañando sus dudas y preparándolo para el alta hospitalaria.

En el caso de la atención posterior o continuidad de atención, al alta del binomio madre e hijo en la Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía, mediante este accionar, permitiría a la madre poder contar con todas las herramientas necesarias para su propio autocuidado en el periodo del puerperio y la correcta atención de su bebe a fin de evitar complicaciones del periodo perinatales prevenibles

¿Cuál es el rol de la enfermera de enlace, en la continuidad de atención del Binomio Madre - Hijo, de la Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía, en la prevención del riesgo de complicaciones relacionados con la lactancia materna, desde el puerperio precoz hasta el puerperio alejado?

JUSTIFICACION

Relevancia Teórica

Si bien en la Argentina, el rol de enfermería en el inicio o continuidad de la atención en el sistema de salud, se contempla como el accionar profesional dentro de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en algunos países del mundo como España se ha tomado como una forma de atención de salud de sus habitantes, donde enfermería cumple un rol fundamental, transformándose en la puerta de entrada al sistema y como una continuidad y coordinación de los distintos niveles de complejidad.

De esta manera la continuidad de la atención está dada por la figura de la “Enfermera de Enlace” quien facilita soluciones para establecer una relación apropiadas a la cultura y organizaciones previas entre niveles asistenciales, definiendo la responsabilidad de la atención primaria y la atención especializada

Este estudio de investigación pretende demostrar el rol de la enfermera de enlace en la continuidad asistencial, del sector privado y de la seguridad social, del sistema de salud argentino, tomando como universo a los binomios madre – hijo que se asistan en la Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía. Continuidad que se ve dificultada en el paciente y su familia, tras un periodo de hospitalización.

Relevancia Práctica:

Los resultados que se obtengan de esta investigación favorecerán la promoción y recuperación de la salud en la población tras un periodo de hospitalización y su inserción a su vida cotidiana, a partir de la atención y educación del individuo, su familia o cuidadores. Además se lo podrá abordar terapéuticamente a través de la detección temprana de signos y síntomas de complicaciones en su recuperación a fin de derivarlo en forma preventiva a la consulta médica.

Es importante saber que todo individuo, familia o comunidad posee factores de riesgo que los hacen más vulnerables en su recuperación, razón por la cual enfermería es el profesional capaz de adaptar los medios técnicos junto con los recursos necesarios a fin de detectarlos, tratarlos a tiempo, haciendo énfasis, en la educación y el autocuidado. Estos aspectos se tendrán presente en la continuidad de atención de los binomios madre – hijo de la Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía

Relevancia Social

El beneficio estará dado en el logro de una mejor calidad de atención y seguimiento de los individuos y su entorno, evitando la fragmentación de la atención.

El ritmo de vida insume un gran porcentaje de tiempo en el cual debe ponerse atención. Detenerse a tiempo para detectar ciertas complicaciones en la recuperación de la salud es totalmente factible, pero en ocasiones se termina consultando cuando las complicaciones posteriores a un periodo de hospitalización dificultan aún más la recuperación del individuo.

En muchas ocasiones el tener un trabajo que brinde cobertura asistencial a través de la sus respectivas coberturas privadas o de la seguridad social, no garantiza de ninguna manera que los individuos pertenecientes a ese estrato social, tengan la continuidad de la atención que necesiten para recuperarse luego de una hospitalización, ya sea por una patología que pueda tener secuelas o no, e incluso por situaciones felices para la familia como es el nacimiento de un bebé, en la atención de binomio Madre e Hijo, filosofía de atención de la Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía

HIPOTESIS

El rol de la enfermera de enlace facilita la continuidad de atención en el binomio madre e hijo, en la prevención de riesgos de complicaciones relacionadas a la lactancia materna, desde el puerperio precoz hasta el puerperio alejado, en la Casa Hospital san Juan de Dios de Ramos Mejía, Provincia de Buenos Aires, desde agosto a noviembre del año 2017.

OBJETIVO GENERAL

Establecer el rol de la “Enfermera de Enlace” en la asistencia del Binomio madre – hijo desde el puerperio precoz hasta el puerperio alejado en la Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Conocer el impacto del rol de la enfermera de enlace en la continuidad de atención desde el puerperio precoz hasta el puerperio alejado, de los binomios madre – hijo, asistidos en el departamento materno infantil de la Casa Hospital San Juan de Dios
- 2) Prevenir potenciales riesgos de complicaciones perinatales relacionados a la lactancia materna, informando a las madres sobre los cuidados de su bebé y su propio autocuidado, en los Binomio madre e Hijo asistidos en la maternidad de la Casa Hospital San Juan de Dios
- 3) Detectar los signos y síntomas de alarma, que se desvían de la fisiología hasta el puerperio alejado, en forma precoz.
- 4) Coordinar las distintas actividades a fin de mantener la continuidad asistencial durante el puerperio, fomentando la asistencia de las actividades grupales que puedan realizarse.

MARCO TEORICO

La Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía, fue fundada en el año 1941, cuando los Hermanos de la Orden Hospitalaria llegaron a la Argentina continuando con la Obra de San Juan de Dios. La valiosa ayuda de numerosos bienhechores, iniciaron posible lo que hoy es uno de los más importantes centros de salud de la zona oeste del Gran Buenos Aires, en la localidad de La Matanza, Argentina.

Originariamente, la Casa Hospital San Juan de Dios estuvo dedicada a la atención de niños que padecían poliomielitis, y afectados por parálisis neurolocomotora, convirtiéndose en un lugar de referencia dentro del ámbito de la rehabilitación. A partir de los años´70 fue

respondiendo a los nuevos desafíos que el entorno solicitaba y que la misma Orden acompañó durante todo su desarrollo. Es así que fue ampliando sus servicios hasta convertirse en lo que es en la actualidad; un Hospital General de Agudos de cuarto nivel de referencia en su zona de influencia.

La Casa Hospital San Juan de Dios es de confesionalidad Católica, con gestión privada sin fines de lucro. Perteneció al IV nivel de complejidad asistencial y cuenta con casi 100 camas de internación. El valor agregado de su atención, se caracteriza por ofrecer, además de sus servicios asistenciales, una contención especial a través del Servicio de Pastoral y Voluntariado, cuya misión es el encuentro con el enfermo, su familia, los profesionales y con las estructuras de salud, para potenciar una cultura sensible frente al dolor y el sufrimiento.

El Hospital Ha sido reconocido como Entidad de Bien Público por el decreto Nro. 437/70 del Municipio de La Matanza, y certificado en Norma ISO 9001 2008 y acreditado por ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de los Establecimientos de Salud).

Por otra parte como Centro Docente, el Hospital está adherido a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en la Carrera de Especialista en Medicina Interna y la Residencia de Clínica Médica. Recientemente se ha incorporado la Residencia en Cirugía. Asimismo es Unidad Académicas de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad del Salvador

En una superficie de 29.000m², distribuidos en un edificio principal de 5 plantas y locales anexos de consultorios, rehabilitación ambulatoria, área de servicios y esparcimiento y estacionamiento, se dedica a cuidar la salud y el bienestar espiritual de los pacientes y sus familiares. Se destaca en el predio el entorno natural rodeado de jardines y espacios verdes que hacen más placentera la visita y permanencia del paciente.

Los Servicios que brinda son los siguientes:

1. Servicio de Internaciones en habitaciones individuales y suites.
2. 7 Quirófanos.
3. Servicio de Hemodinamia.
4. Consultorios externos para la atención de todas las especialidades médicas.

5. Cuidados Intensivos Adultos y Unidad Coronaria.
6. Centro Obstétrico (Atención de Binomio)
7. Terapia Intensiva Neonatal.
8. Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
9. Servicio de Laboratorio y Biología Molecular.
10. Medicina Nuclear.
11. Guardia Adulto, Pediátrica, Neonatal y Obstétrica, las 24 horas los 365 días del año, con apoyo permanente de Servicios de Diagnóstico. (Pag Casa Hospital San Juan de Dios)

Desde diciembre del año 2015, la Casa Hospital San Juan de Dios incluyó la atención en la maternidad, con una concepción de Binomio Madre - Hijo como parte del concepto de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia, promoviendo una atención humanizada centrada en la madre y el niño, optimizando la calidad de atención. Cuenta con 130 nacimientos mensuales.

La atención del Binomio Madre - Hijo, prioriza la internación conjunta de la madre y su hijo/a sano, donde la participación de la familia es fundamental, dando lugar a un vínculo de apego adecuado. Esta modalidad de atención facilita la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, mediante un alojamiento conjunto de la puerpera con su hijo recién nacido sin interferencias, fortaleciendo así la relación inmediata entre ambos, incluso los controles y exámenes físicos programados se deberán efectuar en la cuna del recién nacido o en la cama con su madre, o lo más apegado a ella, con la idea de evitar innecesarias separaciones.

En este concepto asistencial también promueve el vínculo entre el recién nacido con su padre, hermanos, abuelos y otros miembros. La familia es un eje fundamental en el marco de la educación para la salud, como participantes activos en la prevención de enfermedad del binomio madre – hijo, tanto en el puerperio como a lo largo de su vida. El hecho de que la madre este acompañada y contenida es importante, en particular a aquellas a las que se le realizó cesárea, madres adolescentes o aquellas que poseen, situaciones limitantes como por ejemplo,

dificultades visuales o motoras, dándole posibilidad a la madre de que pueda tener libre elección de quien desea que la acompañe.

Tanto enfermería como el resto del equipo de salud tienen la responsabilidad de dar una correcta y completa información sobre lactancia materna, planificación familiar y la concurrencia a los controles programados en el seguimiento durante el puerperio. (LARGUIA, et al. 2011)

Cuando hablamos de puerperio, definimos al espacio de tiempo en el que se producen cambios anatómicos y funcionales que restituyen en forma progresiva las modificaciones gravídicas a su estado pre gravídico. El tiempo se puede delimitar entre los 45 a 60 después de producido el nacimiento. En este periodo se debe brindar a la mujer información oportuna y relevante cada vez que lo solicite o bien que el equipo de salud determine realizar, a fin de pueda brindar sus propios cuidados tanto a su bebe como a ella misma, adquiriendo el papel fundamental que tiene en esta etapa. Si bien la mayor parte de las mujeres cursan esta etapa sin complicación alguna, el cuidado que aquí debe recibir el binomio madre – hijo, tendrá que garantizar una correcta prevención, diagnóstico y tratamiento que permita detectar a tiempo cualquier desvío que impida una satisfactoria recuperación.

Desde el punto de vista clínico, el puerperio tiene diferentes etapas de acuerdo a su evolución:

- a) El puerperio inmediato: Se define así al momento que abarca las primeras 24 horas luego del nacimiento.
- b) El puerperio precoz: Momento que comprende entre el 2do y 10mo día posterior al nacimiento
- c) Puerperio alejado: Es aquel periodo que va desde el día 11 a día 42 luego del parto
- d) Puerperio tardío: Define al momento que abarca a partir del día 43 hasta el día 60 luego del parto

Puerperio Inmediato

Posterior al parto se comenzará con la observación por parte de enfermería tanto de la madre como del recién nacido, teniendo presente que las dos primeras horas es el periodo donde ambos se adaptan a esta nueva etapa

Es muy importante tener presente que la continua permanencia del bebe con la mama en una “Internación Conjunta”, beneficia el comienzo de la lactancia precoz y el refuerzo del vínculo entre ambos.

Los cuidados fundamentales que se deben realizar durante este periodo son aquellos relacionados al control de las hemorragias luego del parto, principalmente a causa de retenciones placentarias, desgarros vaginales o cervicales y atonías uterinas. Se tendrá en cuenta:

- 1) Estado general: Evaluar sensorio, mucosas y conjuntivas coloreadas
- 2) Temperatura axilar: El control de este parámetro es de suma importancia en esta etapa puerperal. Es recomendable que enfermería realice el control y registro de la misma cada 6 u 8 hs, excepto situaciones particulares en las cuales haya que incrementar la frecuencia. Los valores normales oscilan entre $\geq 36^{\circ}\text{C}$ a $\leq 37^{\circ}\text{C}$. Con la “bajada de la leche”, luego de las 48-72 hs de nacido él bebe, puede existir un leve aumento de la temperatura axilar que no supera los 38°C .
- 3) Pulso: En la puérpera normal la frecuencia oscila entre 60 y 70 latidos por minuto. El pulso es regular, lleno y amplio. Asimismo en caso de registrar valores cercanos a 100 latidos por minuto, es importante descartar cuadros infecciosos u otro tipo de patologías que puedan acompañar este cuadro.
- 4) Tensión arterial: También es un parámetro de suma importancia en esta etapa. Se recomienda el control y registro de enfermería cada 6 a 8 hs, excepto situaciones particulares en las cuales se deban aumentar las frecuencias.. Los valores del control tensional durante el puerperio siguen los mismos estándares de normalidad establecidos para el embarazo. (120/80 mm Hg)
- 5) Involución uterina: Mediante palpación abdominal se debe constatar la formación y permanencia del globo de seguridad de Pinard (Masa globulosa formada por el útero contraído después de la expulsión de la placenta, provocando una oclusión de los vasos sanguíneos y el control de la hemorragia postparto), lo que indica un efectiva retracción uterina, el cual se palpará a nivel infraumbilical, de consistencia firme y elástica, con bordes bien definidos. En este periodo la actividad contráctil del

miometrio continua, generando un leve dolor, el cual se trata por si solo o con analgesia.

- 6) Loquios: La secreción vaginal normal durante los dos primeros días después del parto o la cesárea son abundantes, con olor y características sanguinolentos. Al tercer día se vuelven serosanguinolentos, y su cantidad va disminuyendo progresivamente. Cerca del día 10º día ya son serosos y pueden desaparecer a los 15-20 días. En la observación se tendrá en cuenta cualquier cambio que se pueda producir en la cantidad (aumento o disminución), o características (aspecto u olor), De forma tal que se pueda y tratar en forma oportuna cualquier complicación.
- 7) Evacuación de los emuntorios: Se vigilará desde un comienzo la diuresis espontánea y las deposiciones. Estas ocurren habitualmente al tercer día y se ven facilitadas con una adecuada hidratación, alimentos ricos en fibras y deambulación.
- 8) Cuidados locales: La higiene corporal debe ser diaria a través de un baño de ducha, evitando el de inmersión. La higiene de la región perineal será realizada con un lavado externo con jabón neutro o antiséptico y agua tibia, al menos dos veces al día o después de cada deposición. En caso de presentarse episiotomía, esta debe mantenerse limpia y seca. No se recomiendan las duchas vaginales ya que no son de utilidad y no tiene beneficio alguno. Una vez finalizada la higiene se debe colocar un apósito, evitando que se ponga en contacto directamente el algodón en la zona, cambiándolo tantas veces como sea necesario.
- 9) Antiespasmódicos y analgésicos: En el puerperio inmediato, el dolor es un síntoma frecuente, pudiendo ser provocado por la episiotomía en el parto normal. Asimismo puede presentarse también dolores tipo cólicos (también denominados entuertos) en la zona del hipogastrio. El medico puede indicar en estos casos antiespasmódicos o analgésicos del grupo AINE (Ej Paracetamol, Ibuprofeno, Diclofenac).
- 10) Control de las mamas y apoyo a la lactancia materna: Es muy importante controlar la secreción de calostro y leche; también la turgencia de las mamas, observando si hay presencia de grietas o signos de inflamación de las mismas. Algo más que se tendrá presente es la posición que se coloca el bebé para amamantar y como se prende al pecho, fomentando el amamantamiento a libre demanda y la importancia

del mismo, explicando a la madre los beneficios a corto, mediano y largo plazo de la lactancia materna para ambos.

11) Salud Sexual y Salud Reproductiva: Después del nacimiento es común que la mujer disminuya el deseo sexual, es la etapa que coincide con el periodo de loquios. El hecho de comenzar la actividad sexual durante esta etapa, puede elevar el riesgo de infección uterina, por esta causa se debe aconsejar durante esta etapa el abstenerse. Cuando la pareja tome la decisión de reiniciar la actividad sexual, se le debe recordar que es muy importante que se informe sobre planificación familiar responsable. Aunque si bien no es común que la puérpera quede embarazada en los tres primeros meses en que amamanta, esta posibilidad existe. Cabe agregar que la lactancia materna exclusiva, produce con frecuencia anovulación, ya que inhibe el eje hormonal femenino. Más allá de esta situación, la acción de la progesterona en la puérpera, produce un espesamiento en el moco cervical, dificultando el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, haciendo más efectiva la anticoncepción.

12) Vacunación en el puerperio: Las vacunas que deben administrarse a la puérpera serán:

- Antigripal: Esta vacuna será indicada por el médico en caso de no haberla recibido durante el embarazo o bien si pasaron más de un año de la última dosis.
- Doble Viral (Rubeola y Paperas): En caso de no haber recibido nunca la misma.
- Triple Bacteriana Acelular (dTpa): Siempre y cuando la misma no haya sido aplicada en el embarazo según indicación.
- Hepatitis B: Se indicara esta vacuna solo si existiera algún factor de riesgo.

13) Alta Hospitalaria: Será otorgada a las 48 Hs del post parto vaginal y a las 72 Hs posterior a una operación cesárea, siempre y cuando las condiciones físicas y emocionales de la madre lo permitan. .

Es importante que durante el período del puerperio inmediato que transcurre en la internación del binomio, se puedan evacuar todas las dudas que puedan presentar la madre con relación a su propio auto cuidado y el cuidado de su bebe. (GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA. 2014)

Los cuidados que se destacarán en la madre al alta son:

- 1) Transmitir los signos de alerta que debe tener presente.
- 2) Cuidados de la herida, ya sea de la cesárea o de la episiotomía
- 3) Información sobre la lactancia y cuidados de la mama y pezones, acompañando a la madre en una de las tomas a fin de evacuar dudas y corregir posturas no correctas.
- 4) Consejos sobre una correcta alimentación y actividad física adecuada y creciente que permita la recuperación del tono muscular
- 5) Recomendaciones sobre descanso y sueño.
- 6) Establecer la programación de los controles médicos a fin de recibir el asesoramiento adecuado sobre sexualidad, control de la natalidad y los controles propios de salud.

Con relación a los signos de alarma por los cuales debe consultar en forma urgente la mama son:

- 1) Sangrado abundante, hemorragia o loquios con feo olor.
- 2) Presencia de fiebre (Temperatura igual o mayor a 38°)
- 3) Dolores fuertes o aparición de nuevos dolores ya sean uterinos o perianales.
- 4) Presencia de cefaleas, o dolores abdominales o torácicos.
- 5) Disuria
- 6) Enrojecimiento de los pechos, presencia de dolor y calor en los mismos.
- 7) Edema o dolor en los miembros inferiores.

- 8) Alteración en el estado anímico de la madre que le imposibiliten relacionarse con su bebe o con los demás.

Por otra parte se le transmitirán a la madre los principales signos de alarma relacionados con su bebe y por los que debe consultar en forma urgente con el medico:

- 1) Si el bebe presenta fiebre
- 2) Si presenta deposiciones con vestigios de sangre o sangre fresca
- 3) Si presenta constipación. (deposiciones duras o con frecuencias mayores a las 48 hs)
- 4) Si presenta piel amarillenta o de color tipo bronceada.
- 5) Si presenta apneas (suspensión de la respiración), por espacio de más de 20 segundos.
- 6) Si presenta vómitos o regurgitaciones abundantes (GRUPO DE TRABAJO DE LA GUIA. 2014)

Por otra parte antes del egreso del binomio madre - hijo se deberá:

- a) Completar la Historia clínica y el carnet del recién nacido
- b) Constatar que la paciente ha recibido toda la información necesaria sobre lactancia, cuidados y autocuidado previstos
- c) Verificar que se haya realizado la pesquisa neonatal prevista según Ley Nro 26.279 (Es una determinación que se le realiza al recién nacido, para detección y posterior tratamiento de fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinida, retinopatía del prematuro, chagas y sífilis; siendo su realización y seguimiento obligatorios.)
- d) Verificar la aplicación de las vacunas del recién nacido: 1er dosis de Hepatitis B y BCG antes del alta

- e) Constatar que se haya entregado los folletos previstos para el seguimiento del bebé y el de la madre
- f) Construir un espacio donde las madres puedan atender sus dudas y consultar sobre los cuidados del bebé y sus propios cuidados.
- g) Evaluar la existencia de riesgo socio sanitario
- h) Establecer mecanismos de seguimientos

Puerperio Precoz

Este periodo constituye la instalación completa de la lactancia materna y la máxima involución de los órganos genitales.

Es importante que la puérpera tenga un correcto seguimiento posterior alta, teniendo presente en esta etapa:

- 1) Estado general como ser: mucosas, varices, edemas, etc
- 2) Signos vitales: Temperatura, tensión arterial, pulso, respiración. Más allá de valorar el peso.
- 3) Evaluar estado de la mama para la lactancia y posibles problemas que pudieran haber surgido
- 4) Controlar la involución uterina
- 5) Examen de genitales externos, loquios y episiorrafia.
- 6) Valoración de catarsis y diuresis
- 7) Evaluación de la alimentación materna
- 8) Asesoramiento en salud sexual y procreación responsable

Puerperio Alejado

Al término de esta etapa se produce en forma completa la involución genital y en caso de que haya una lactancia eficaz, se comienza con el primer periodo menstrual.

En este periodo se recomienda que la madre realice el segundo control puerperal a fin de que se evalúe su estado de salud y pueda recibir el asesoramiento oportuno sobre salud reproductiva a fin de que logre el intervalo de tiempo adecuado entre un embarazo y otro con el objetivo de evitar complicaciones innecesarias.

Puerperio Tardío

Aquí se deben reforzar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como ser: Prevención del cáncer genitomamario, planificación familiar, continuidad de la lactancia materna.

Patologías puerperales prevalentes

Las patologías que pueden presentarse y afectar el estado de salud de la madre son:

- 1) **ENDOMETRITIS PUERPERAL:** Es una infección polimicrobiana que se manifiesta en la madre a través de: fiebre alta y sostenida en el primer o segundo día posterior al parto. Por otra parte también pueden aparecer síntomas que provocan lo que se denomina Endometritis Tardía entre los 14 a 45 días posterior al parto. Sus síntomas son: Secreciones vaginales purulentas, hemorrágicas o malolientes, fiebre, dolor pelviano y leucocitosis. Cabe destacar que no siempre están todos los síntomas presentes. El examen clínico constará de la visualización del cuello de útero a través de la colocación de un especulo, y la palpación manual de la vagina y la palpación abdominal, con el fin de valorar si la infección ha excedido los límites genitales. Se realizarán, ecografía, laboratorio, cultivos, tomografía de ser necesario como estudios diagnósticos. El tratamiento se basa en el uso de antibióticos con cobertura de Gram (-), estreptococo y anaerobios.
- 2) **TAPONAMIENTO DE CONDUCTOS:** Se manifiestan por zonas dolorosas y endurecidas del pecho. Posteriormente se presente calor y rubor local. Suele manifestarse cuando la madre produce más leche que la que el bebé suele tomar, también cuando solo adopta una única posición para tomar la leche. Es muy importante el tratamiento ante los primeros síntomas a fin de evitar

complicaciones como la mastitis. Se puede prevenir a través de: Favorecer el vaciamiento orientando la barbilla del bebé hacia el lugar de la dureza, cambiarlo de posición cuando se lo amamanta, Es importante aumentar la frecuencia y tener en cuenta la libre demanda, realizar masajes en el lugar afectado antes y después de dar de mamar, colocar paños de agua tibia en el lugar afectado y masajear suavemente en dirección al pezón, extraer leche de forma tal de disminuir la tensión en el lugar afectado, tener presente el uso correcto de corpiños sin aros y cómodos.

- 3) MASTITIS: Fisiológicamente, a partir de las 48 o 72 hs posteriores al parto se produce un proceso de tensión de la mama que representa la lactogenesis o inicio de la secreción de leche en forma copiosa. Esta tensión se resuelve luego de la succión del bebe en la toma de leche o se puede complementar con la extracción manual o mecánica de la misma. Las complicaciones que involucran a la glándula mamaria pueden definirse como: Estasis de leche, inflamación no infecciosa y mastitis infecciosa. La diferencia de esta última es la presencia de leucocitos en una muestra de leche. Por lo general este proceso infeccioso se presenta en las primeras semanas posteriores al parto, y suele presentarse cuando no se resuelve las tumefacciones mamarias y se relacionan con el agregado de complementos en el bebé provocando retención de leche en la madre.

Las medidas de prevención que se deben adoptar están basadas en: Atención de grietas, fisuras en forma temprana, atención de pezones dolorosos, tomar las medidas necesaria a fin de favorecer la lactancia, tener presente los casos de mastitis en embarazos previos. Los síntomas que puede presentar la madre son: Dolor, tumefacción de la mama en el cuadrante afectado, fiebre, malestar general, cefaleas, escalofríos. Estos síntomas pueden aparecer en forma aguda ante la inflamación de la mama. Se diagnostica a través del examen clínico detectando los signos y síntomas detallados precedentemente. El tratamiento se basa en la administración de antibióticos y drenaje de la glándula manualmente, en forma precoz. Normalmente se resuelve en forma adecuada y sin complicaciones.

- 4) **ABSCESO:** Es un proceso infeccioso del tejido mamario, Como complicación de la mastitis. Una forma de comprobar si hay presencia de material purulento junto a la leche, se recomienda colocar unas gotas sobre un algodón; la leche escurrirá en el mismo, mientras que si hay presencia de pus, quedara sobre él. El tratamiento es a base de antibióticos, el drenaje del material purulento a través de punción o en forma quirúrgica. Es importante enviar a cultivar el material y a estudio anátomo-patológico. La lactancia de la mama afectada debe ser suspendida en forma transitoria y su restablecimiento estará dado según indicación médica del profesional tratante. (Ministerio de Salud de la Nación 2013)

Aspectos particulares del cuidado del recién nacido

En el periodo comprendido entre el puerperio inmediato y el tardío, que abarca el nacimiento, pasando por el alta y el primer mes de vida, el recién nacido tiene cuidados particulares acordes a cada momento, los cuales se detallan a continuación.

En la sala de partos, al recibir al bebe en el nacimiento, se debe: Evitar la pérdida del calor, facilitar el contacto piel a piel con la madre, favorecer la lactancia y evaluar el estado de salud del bebe.

En forma inmediata al nacimiento, se debe secar al bebe y colocarlo sobre el abdomen de la mama en forma temprana a fin de favorecer el contacto piel a piel, teniendo presente el estado de salud del mismo. Luego se corta el cordón umbilical, cuando su circulación ha cesado. Aquí el cordón se observa plano y no tiene pulso. Todo esto sucede aproximadamente a los tres minutos posteriores al parto. Este es el momento en el cual baja las medidas de higiene y limpieza necesarias, se pinza y corta el cordón. Se tendrá en cuenta de tomar muestra de sangre del cordón en un tubo a fin de determinar grupo y factor del bebe o bien a los fines de la indicación médica correspondiente.

Se tiene que aplicar al bebe, gotas oftálmicas en los ojos a fin de evitar infecciones. También se debe aplicar Vitamina K en forma intramuscular, a fin de evitar complicaciones en el recién nacido, ya que su hígado es inmaduro por lo tanto sus mecanismos de coagulación no están desarrollados.

Se debe evaluar la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Para ello se utiliza la escala de APGAR (Score que mide la vitalidad del bebe), la cual permite valorar el estado físico del bebe y detectar rápidamente cualquier necesidad de cuidados adicionales del niño. Aquí se evalúan cinco factores que son: Color de la piel, frecuencia cardíaca o pulso, actividad y tono muscular, respuestas a estímulos y por último respiración. El profesional que realiza esta evaluación suma las puntuaciones de estos cinco factores, cuyo valor oscila entre 0 y 10 puntos y donde la máxima es de 10 puntos. La valoración se realiza en tres oportunidades: la primera se realiza un (1) minuto después del nacimiento, la segunda a los cinco (5) minutos después del nacimiento y la tercera a los diez (10) minutos posteriores al nacimiento.

Luego de este procedimiento y al colocar al bebe en el abdomen de la madre, se fomentará la lactancia en forma inmediata. Es recomendable que el bebe permanezca con su mamá y se evite procedimientos que puedan resultar dolorosos o molestos. Es aquí también donde se le debe colocar la triple pulsera numerada de identificación al recién nacido según protocolos propios de la institución, en presencia de la madre o familiar designado por la misma, consignando datos filiatorios del mismo.

Posteriormente se le realiza un examen físico completo y detallado al bebe, el cual se repetirá antes del alta institucional y donde se constatará que la madre reciba toda la información necesaria sobre los cuidados que deberá tener con ella misma y con el recién nacido.

La información necesaria que recibirán los padres estará relacionada con:

1. Alimentación del recién nacido: Es importante hacer hincapié sobre la alimentación del bebe con leche materna. La lactancia materna protege al niño de infecciones y alergias, favorece a la madre en la prevención de patologías mamarias, y por sobre todas las cosas refuerza el contacto afectivo entre la mamá y el bebe. Es importante tener presente que la lactancia es simple, no requiere de esterilización alguna, ni del uso de mamaderas, y por último es gratuita. Se sugiere y recomienda que sea exclusiva en los primeros seis meses. Luego se irá adicionando alimentos complementarios. Existen situaciones de salud materna que implican la suspensión de la lactancia, como ser: cuando la madre padece infecciones como HIV, sarampión, rubeola, paperas, tuberculosis, varicela, etc, o por ejemplo cuando este bajo tratamiento medicamentoso

contra el cáncer. Lo ideal es ofrecer al bebé la lactancia a demanda, teniendo presente que se debe amamantar un total de 8 a 12 veces en el día, con una duración de 10 a 15 minutos en cada mama, y en un lapso no mayor de 2 a 4 horas. En cuanto a la posición para amamantar, es recomendable que la mama tenga la espalda apoyada y sus hombros relajados. La posición adecuada será encontrada entre la mama y el bebé ya sea sentada o acostada, teniendo presente los aspectos antes mencionados. Es importante que antes del alta hospitalaria, la mama pueda comprender todos los aspectos relacionados al amamantamiento y logre evacuar todas sus dudas alcanzando una lactancia efectiva. Cabe destacar que no se recomienda el uso del chupete. (GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA. 2013)

2. Vacunas: El recién nacido debe recibir dentro de las 12 primeras horas de vida la primera dosis de Hepatitis B (normalmente se aplica en la sala de recepción) y la vacuna BCG antes de los 7 primeros días de vida (normalmente se aplica antes del alta Hospitalaria) según plan de vacunación nacional del Ministerio de Salud de la Nación
3. Ictericia Neonatal: La ictericia se denomina al color amarillento en la piel del bebé. Esto se debe al aumento de producción de bilirrubina; la cual es un pigmento de origen biliar y de color amarillento. Es de suma importancia que los padres estén atentos a estos cambios, y de observarlos, consultar inmediatamente con un profesional. No es recomendable la exposición a la luz solar en forma directa ya que puede provocar quemaduras, deshidratación o irritaciones en el bebé. De ser importante requerirá tratamiento específico.
4. Luxación de Cadera: En el recién nacido puede salirse en forma parcial o total la cabeza de fémur del espacio donde encaja dentro de la cadera, esto se conoce como “Luxación”. Si bien las causas no están bien definidas, hay factores predisponentes como ser: presentación podálica del bebé, disminución del nivel del líquido amniótico, antecedentes familiares de la patología. Por todo lo expuesto, es muy importante la evaluación completa del examen físico en busca de signos o síntomas que permitan el hallazgo temprano de esta patología. También es importante complementar el examen con estudios diagnósticos, como Rx o ecografías.

5. Alta Hospitalaria: Es importante destacar que el alta se debe dar 24 hs después del nacimiento y verificando que se cumplan con los criterios clínicos que aseguren el bienestar del binomio. Se debe asegurar que la madre reciba las recomendaciones necesarias sobre el cuidado de su hijo y los signos de alarmas, verificando que la comprenda; como ser: a) El manejo del Ombligo, es decir, este tarda entre dos y tres semanas en caerse, debe estar siempre seco, limpio y fuera del pañal. b) El bebé debe dormir boca arriba, en una superficie plana y firme y con la cabeza descubierta. c) Se evitara en todo momento la exposición al humo del cigarrillo.

Consultas posteriores al alta de Control

El objetivo fundamental de los controles del bebé tienen relación con la observación del profesional en la verificación de la adaptación del neonato a la vida extrauterina a través del paso de los días. En el examen físico se busca detectar los aspectos detallados precedentemente. En esta evaluación se tendrá en cuenta también los cuidados maternos del recién nacido, como por ejemplo las técnicas de lactancia materna. (GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA. 2013)

Como hemos mencionado, es importante la atención conjunta de la madre y el niño desde el mismo momento del nacimiento. Este estilo de asistencia permite que el bebé pueda estar en todo momento con la familia, bajo la responsabilidad de la Enfermera de Atención Conjunta (madre e hijo), dentro de un marco de contención, personalizando la atención en pos de la seguridad de los cuidados brindados. Partiendo del concepto de una Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF) se establece la idea de incorporar a los padres y a la familia como protagonistas, junto con los profesionales de la salud, en la atención tanto de la mujer durante el embarazo, como de la madre y el recién nacido. Esta nueva visión da un lugar prioritario a la seguridad y fomenta la protección y el respeto de los derechos de la mujer y de su hijo, a través de prácticas seguras del equipo de salud que promueven las técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna y donde enfermería cumple un rol fundamental en la continuidad del cuidado, desde el mismo momento del nacimiento. (LARGUÍA, et al. 2011)

Según la Organización Mundial de la Salud la función de enfermería se basa en la atención autónoma y en colaboración que se brinda a las personas de todas las edades, su familia, grupos y comunidad, ya sea enfermos o no y en todas circunstancias. Comprende acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención brindada a enfermos, discapacitados y en situación terminal. (OMS. 2017)

La enfermería surge como profesión en el siglo XIX. Fue Florence Nightingale (1820-1910), quien más allá de establecer sus fundamentos científicos, procuró que se identificara el comportamiento ético en la aplicación de los cuidados. Luego en 1980 la Asociación Americana de Enfermería, establece funciones independientes de la profesión, como el Diagnóstico y Tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales. Asimismo la teorizadora Virginia Henderson (1897-1996), manifestó que la enfermería debe saber que necesita su paciente, colaborando para que pueda identificar sus propias necesidades, ya sean físicas, socioculturales, mentales, emocionales y espirituales; y desde ya, como se irán desarrollando las soluciones.

Todo lo mencionado da a lugar que sea enfermería quien crea lazos, conociendo las percepciones y necesidades de su paciente, negociando los cuidados a fin de alcanzar los objetivos establecidos en el plan de cuidados de enfermería. En el desarrollo de la función en sí de la enfermería, surgen habitualmente dicotomías entre la teoría y la práctica que deben ser solucionadas a fin de alcanzar los objetivos en el cuidado del paciente desde el punto de vista holístico.

Desde sus comienzos, la profesión ha reconocido la importancia de la intervención familiar en el cuidado del paciente para promover la salud. Esta necesidad de intervención debe expandirse a otros grupos, comunidades, organizaciones, colegios, etc., a fin de alcanzar el equilibrio entre la persona y el entorno. Por otra parte debemos reconocer la importancia de los sistemas de apoyo social y los aspectos holísticos del cuidado físico, social, económico, político, espiritual y cultural. En este contexto, la enfermería debe participar en la búsqueda de medios para lograr la potenciación de la salud no solo del individuo, sino también de su entorno y la comunidad donde se relaciona habitualmente.

A fin de alcanzar los objetivos mencionados, es importante que la enfermera pueda:

- a) Conocer aquello que le haga mejor a su paciente.

- b) Responder a las necesidades de su paciente.
- c) Ser competente científica, práctica y técnicamente, con una emoción capaz de afrontar situaciones críticas en el cuidado de la salud de su paciente y controlando sus propias emociones.
- d) Tener capacidad de comunicación, pudiendo explicar la fundamentación de su accionar en la aplicación de los cuidados enfermeros.
- e) Reconocer el momento en que deba solicitar ayuda de otra persona para brindar un cuidado seguro y libre de riesgo a su paciente.
- f) Hacer hincapié en el autocuidado del paciente y el apoyo de su familia, potenciando la dignidad del individuo.

Asimismo la propia profesión determina a la enfermería como una disciplina humanista, que centra su atención en el ser humano y en su relación con el entorno, siendo en todo momento un ser autodeterminante y activo. El objetivo del cuidado enfermero es brindar al paciente las herramientas necesarias que le permitan ser activo en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Es importante tener presente que enfermería debe estar atenta a las preocupaciones y percepciones del paciente y su familia, siendo capaz de escuchar, dialogar y responder ante las diversas situaciones que puedan presentarse. La educación es en la actualidad, una de las funciones más importantes de la enfermería, permitiéndole anticiparse a las situaciones que pueden surgir y prevenir aquellos riesgos para la salud. La educación esta es centrada en el paciente, ya que es él quien debe tomar su propia decisión sobre el tratamiento y cuidado a aplicar. Por otra parte el profesional de enfermería debe ser el enlace o el vínculo entre el equipo de salud y el paciente junto a su familia. El fin de esta función es evitar la fragmentación de los servicios relacionada a la especialización de la atención.(ZABALEGUI YÁRNOZ, A. 2003).

El inicio de la atención en el sistema de salud se da a través de las acciones de promoción y prevención de la salud, mediante la atención primaria inicial, en su papel de puerta de entrada al sistema de salud y de garante de la continuidad de la asistencia, contribuyendo a optimizar la eficiencia de los procesos de atención. El rol de los profesionales, se basa en la relación

enfermero – paciente en forma longitudinal, esto permite la continuidad de los cuidados. El aspecto longitudinal hace referencia al mantenimiento del vínculo profesional con la población a lo largo del tiempo basada en el respeto, la confianza, y la corresponsabilidad, más allá del problema o diagnóstico. Por otra parte la continuidad hace referencia a la relación entre los distintos niveles de actuaciones asistenciales. Es importante destacar que es función de los profesionales del primer nivel garantizar la asistencia integral de sus pacientes y mejorar la coordinación de las actuaciones asistenciales mejorando la efectividad y eficiencia del sistema en su conjunto (MARTIN ZURRO 2001).

La atención hospitalaria o atención especializada, está dada en la estructura del sistema de salud, que brinda atención asistencial completa, preventiva, curativa y de rehabilitación. También tiene como función la formación del personal de salud a través de la docencia, además de los estudios y avances en las técnicas y procedimientos en el tratamiento de enfermedades, a través de la investigación.

A fin de brindar una atención integral al paciente y su familia, es imprescindible una interconexión entre ambos niveles que permita una continuidad eficaz y coordinada entre las organizaciones y los profesionales.

Como antecedente de este modelo de atención, se puede citar al Modelo de Salud Español, el cual a través de la Ley General de Sanidad, estableció los dos niveles interconectados entre sí. Por un lado la Atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud y la Atención Hospitalaria como área de resolución de enfermedades que requieran de procesos complejos para su resolución, además de ser complemento y apoyo de la primera.

Las herramientas que permiten garantizar esa continuidad ante las necesidades de las personas son: Las relaciones interpersonales, la información y la coordinación-gestión. Esta interconexión permite que elementos aislados se conecten, produciendo dicha continuidad. En cambio si algún elemento falla o se destaca sobre otro, puede provocar discontinuidad de la atención por: omisión, interrupción, duplicación, o contradicción, de actuaciones ya iniciadas con anterioridad por profesionales de enfermería o del resto del equipo de salud. Es importante destacar que uno de los aspectos que prevalece en la efectividad de la continuidad del cuidado, es el compromiso e implicación del paciente mediante la toma de decisiones, ya desde la organización como las medidas terapéuticas.

En base a las herramientas mencionadas precedentemente, como elementos que garantizan la continuidad, se establecen estrategias de intervención que están implantadas en los distintos niveles de atención. Cada nivel debe llevarlas a la práctica, revisarlas periódicamente y evaluar sus resultados.

Estas estrategias son:

1. Estrategias centradas en la personas: a. Enfoque interdisciplinar de los cuidados, con enfoque en las personas, b. Modelo de atención familiar en atención primaria, permitiendo la personalización de la atención.
2. Estrategias centradas en la gestión-coordinación: a. Establece la conformación de comisiones a fin de coordinar los cuidados interniveles, b. Asistencia a través de la Gestión de Casos, c. La gestión de la asistencia a través de procesos, d. Establecer centros de coordinación telefónica.
3. Estrategias centradas en la información: a. Realización de informes de continuidad de atención, b. Historias clínicas interniveles, c. Seguimiento telefónico (CORREA CASADO. 2014)

Es importante para garantizar la continuidad de atención, el establecimiento de protocolos de comunicación y derivación de pacientes entre los distintos niveles, estos son realizados por profesionales de enfermería con formación en el área. Este accionar redundará en mejores resultados de salud, disminución de los reingresos hospitalarios por complicaciones, disminución de los costos del proceso de atención.

Uno de los aspectos más importantes para garantizar la continuidad del cuidado, es una correcta planificación del alta individualizada, Este accionar garantiza que el alta se de en el momento oportuno y con el aviso adecuado. Todo lo antes mencionado reduce la estadía hospitalaria, los reingresos hospitalarios que no son planificados y mejora la coordinación entre los servicios en forma óptima. Por otra parte la coordinación interniveles para una correcta atención domiciliaria posterior al alta, evita: fragmentación de la atención, variación en los cuidados, llevando al equipo de salud hacia un objetivo común de atención (RODRÍGUEZ, et al. 2007)

Dentro de este contexto, encontramos la figura de la “Enfermera de Enlace”, cuya función se basa en garantizar la tan importante continuidad de los cuidados, coordinando las actividades necesarias entre el nivel hospitalario y el resto de la estructura asistencial, pero fundamentalmente hace de facilitador al paciente y su familia, cuando este necesite de servicios asistenciales. Su actividad comienza durante la internación hospitalaria, visitando al paciente junto a la supervisora del área, cuando se prevé el alta del paciente. Durante las visitas, la enfermera de enlace realizará la valoración correspondiente y elaborará el “documento del alta de enfermería”, donde describirá, las necesidades alteradas, los diagnósticos enfermeros y el diagnóstico médico establecido. Una vez obtenidos estos datos, realizará el plan de cuidados, con la participación de la enfermera tratante, el médico y de ser posible el propio paciente. Antes del alta hospitalaria, la enfermera de enlace comienza a ejecutar las acciones necesarias a fin de determinar, la adquisición de conocimientos por parte del integrante de la familia o cercano a ella, que realizará los cuidados principales del paciente. El día anterior al alta, la enfermera de enlace se comunica con el “Equipo de Atención Primaria” que corresponde, la valoración de enfermería y el plan de cuidados realizado, a través del “Documento de Alta de Enfermería”. Una vez que el paciente llega a su domicilio luego del alta, recibirá la visita del profesional de enfermería de atención primaria, ya sea acompañado por la enfermera de enlace o solo. (JÓDAR-SOLÀA G, et al. 2005)

La enfermera hospitalaria de enlace desarrolla su actividad a fin de dar una asistencia de mayor calidad, adaptándose a los cambios epidemiológicos que va sufriendo la población. Cuando una parte de esa población padece una incapacidad o algún tipo de disminución en la posibilidad de satisfacer sus necesidades o autocuidado, luego de una estancia hospitalaria, esta situación provoca problemas en el afrontamiento del individuo e incluso de su familia, al volver a su hogar. Es aquí cuando la enfermera de enlace, establece un plan de trabajo a través del cual se favorece al paciente y su familia, al fin de cumplir con los objetivos previstos en el tratamiento, previos al alta. Asimismo moviliza los recursos necesarios y facilita la intervención de distintos servicios y profesionales que fueren necesarios, de forma tal de obtener mejores resultados (RODRÍGUEZ, et al. 2007)

Esa continuidad e interacción entre niveles, en el sistema de salud Argentino, se ve dificultada y se evidencia en un desempeño por debajo de su rendimiento. Uno de los aspectos que caracterizan al sistema de salud es la complejidad, ya que la cobertura de salud está dada por subsistemas (el Público, el de Obra sociales y el Privado) y por un financiamiento dispar

hacia cada uno de ellos y entre ellos mismos. Esta interacción tiene tres formas de subsidios relacionados entre sí, el que brinda el subsector público al de obras sociales y al subsector privado cuando alguno de sus afiliados recibe atención en los servicios de salud públicos, por otro lado cuando un beneficiario de una obra social la utiliza como nexo para acceder a una medicina prepaga, y por último el que existe en los casos en que se da una doble cobertura. Otro de los aspectos en la fragmentación, es decir la dilución de la responsabilidad en la aplicación de los cuidados de salud en la población. Para definir que un sistema es integrado, es necesario que se reconozca un único responsable o a los más importantes, que pondrán en práctica los cuidados a brindar a la población. Si bien la diversidad de la oferta no significa precisamente fragmentación, pero si lo es cuando los responsables son varios y no hay una división de trabajo coordinada y explicita. En estos casos la responsabilidad se diluye.

Como se ha visto, se pudieron identificar dos causas que enferman al correcto funcionamiento del sistema de salud, también se pueden expresar dos consecuencias. Por un lado el incorrecto funcionamiento produce desigualdad en el acceso, la forma de financiamiento y los resultados de la salud. Por otro lado produce un pobre desempeño del sistema, dada la relación entre la salud que se obtiene y los recursos asignados.

Mientras que en la Argentina existan personas que concurren a un financiador para recibir prestaciones de salud y a otras para recibir otras diferentes, no existirá integración, afectando la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención. (TOBAR, et al. 2012)

El presente trabajo de investigación, plantea una estrategia a fin de disminuir la brecha de la fragmentación y complejidad del subsistema privado y de la seguridad social del sistema de salud, ante la dificultad en la identificación de niveles asistenciales de este sector. La propuesta está basada en un nuevo rol de enfermería para nuestro sistema de salud, en la atención del Binomio Madre e Hijo, denominado “Enfermera de enlace”, la cual mediante la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, permite la continuidad y longitudinalidad de la atención, limitando al máximo la segmentación del tratamiento brindado al paciente y su familia.

TIPO DE DISEÑO

El presente estudio de investigación será de tipo:

- **Observacional:** Son diseños que tienen por objetivo la observación y registro de los acontecimientos en el curso de los mismos. (MANTEROLA, et al 2014)
- **Longitudinal:** Implican la toma de medidas repetidas a lo largo de un seguimiento. Es un subtipo de estudio de cohorte ya que posibilita interferencias a nivel individual y permite analizar diferentes variables.(PEREZ , et al 2004)
- **Prospectivo:** Ya que los datos serán recogidos con posterioridad al planteamiento del problema. (HERNANDEZ ZAMPIERI, et al 2004)
- **Cualicuantitativo:** Es una combinación de ambos estudios. El enfoque cualitativo utiliza los datos recolectados sin medición numérica para afirmar la pregunta de investigación. Por otra parte el enfoque cuantitativo una los datos recolectados para probar la hipótesis, a través de una medición numérica y su posterior análisis estadístico. (HERNANDEZ ZAMPIERI, et al . 2004)
- **Investigación de Campo:** En este tipo de estudios los datos son recogidos directamente donde ocurren los hechos, sin manipulación de las variables.(SAVINO, et al, 1999)

UNIVERSO

El universo estará constituido por mujeres que son asistidas por el servicio de obstetricia de la casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía, del conurbano bonaerense.

MUESTRA

Está constituida por todas las mujeres que tengan sus hijos (Binomios madre e hijos), en la maternidad de la casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía durante los meses de agosto a noviembre del año 2017.

Asimismo se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

Inclusión:

- Mujeres y sus hijos (Binomio madre e hijo), que se internen para tener familia en la maternidad de la Casa Hospital San Juan de Dios

Exclusión:

- Mujeres y sus hijos, que se inviten pero no acepten participar del programa.
- Mujeres que tengan feto muerto
- Mujeres que tengan su hijo, pero fallezcan posterior al parto.

Eliminación:

- Aquellos mujeres y sus hijos seleccionados, que durante el desarrollo del estudio, decidan abandonarlo.

ESTRUCTURA DE LOS DATOS

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DIMENSION	VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
Prevención del riesgo de complicaciones de la lactancia materna	Edad de la madre	Cantidad según fecha de nacimiento	Cuantitativo Continuo
	Lugar de Residencia	Localidad	Cualitativo Nominal
	Sexo del bebe	Masculino Femenino	Cuantitativo continuo
	Peso al Nacer	Peso en gramos	Cuantitativo Continuo
Prevención del riesgo de complicaciones de la lactancia materna	Días en el Programa	Cantidad de días desde el ingreso hasta el egreso del programa	Cuantitativo continuo
	Hijos Previos	Si tiene o No tiene	Cualitativo Nominal
	Nivel de estudio	Primaria Secundaria Universitaria	Cualitativo Ordinal
	Actividad laboral	Si trabaja o No trabaja	Cualitativo Nominal

	Lactancia previa	Su tuvo o No tuvo	Cualitativo Nominal
	Conformidad del cumplimiento de cuidado posterior al alta, por parte de la enfermera de enlace relacionado a la prevención de complicaciones relacionadas a la lactancia materna	Si estuvo conforme o No estuvo conforme	Cualitativo Nominal
	Conformidad del cumplimiento de cuidado posterior al alta, por parte de la enfermera de enlace, relacionado a la prevención de otros tipos de complicaciones o dudas que pudieron haber surgido	Si estuvo conforme o No estuvo conforme	Cualitativo Nominal
	Satisfacción con el Taller de Lactancia	Si estuvo conforme o No estuvo conforme	Cualitativo Nominal
	Detección de Complicaciones por parte de la Enfermera de enlace	Si detecta o no detecta complicaciones	Cualitativa Nominal
	Tipo de complicaciones detectadas por parte de la enfermera de enlace	Obstétricas. Neonatales. Relacionadas a la lactancia. Más de una complicación.	Cualitativo Nominal

FUENTES E INSTRUMENTOS

A fin de desarrollar la presente investigación, se efectuará con cada una de las madres que tengan sus hijos en la maternidad del Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía de la Pcia de Bs As, con autorización de la Institución para realizar el estudio y el uso de su logo en los instrumentos; un seguimiento por parte de la “enfermera de enlace”, similar al aplicado en el Hospital General del Parc Sanitari San Juan de Dios de Barcelona, España (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT 2016); desde el alta del binomio Madre – Hijo hasta el puerperio Alejado, a través de las actividades que se mencionan a continuación:

- 1) Ingreso a la maternidad:
 - a) Recibir la binomio al servicio, brindando la bienvenida y la felicitación por la llegada del recién nacido. En caso que su bebe haya sido derivado a neonatología o haya fallecido, se contendrá a la madre y su familia, informando al servicio de pastoral para su apoyo espiritual.
 - b) Cuando ingresa el binomio se debe comprobar la identificación del RN y de su madre, verificando la numeración de la triple pulsera.
 - c) Valorar el estado general del binomio.
 - d) Informar a la madre y su familia sobre las normas del servicio.
 - e) Realizar los registros de enfermería correspondientes

- 2) Cuidados durante el puerperio inmediato, a cargo de la enfermera de Binomio:
 - a) Comenzar dentro de las 2 primeras horas de vida con el apoyo de la lactancia materna.
 - b) Brindar a la madre las primeras consignas sobre educación de salud del binomio y de autocuidado.
 - c) Reforzar las recomendaciones sobre lactancia materna, comenzando precozmente con la misma de acuerdo al protocolo y reforzado por el Folleto de Lactancia (Anexo 1)

Cuidados durante el puerperio Precoz:

- a) Realizar valoración clínica de la madre: Haciendo recomendaciones sobre control de hemorragias vaginales, características de los loquios (olor, color, cantidad), tensión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, involución uterina y estado de la episiotomía si la tuviera o de la herida cesárea. Asimismo se evaluará el estado anímico de la misma.
- b) Establecer los cuidados necesarios, por prioridad y en base a las necesidades particulares de la madre.
- c) Continuar con el apoyo a la lactancia y educación para la salud y el autocuidado del binomio.
- d) Educar e implicar a los padres en el cuidado e higiene del recién nacido durante la internación y mediante demostraciones y prácticas supervisadas por la enfermera
- e) Informar a la madre y el cuidador principal (familiar o allegado que velara sobre la aplicación y seguimiento de los cuidados), sobre el seguimiento posterior de los cuidados a través de la enfermera de enlace, una vez que se retire de alta y hasta los 30 días posteriores al nacimiento verificando la continuidad de atención del bebe con su pediatra de confianza.
- f) Vacunar a con Doble o Triple viral a la madre antes de alta en caso de no contar con esquema completo.(Según plan de Vacunación Nacional del Ministerio de Salud de la Nación)
- g) Coordinar con Obstetricia y neonatología los criterios a seguir para el alta precoz

3) Cuidados a brindar al neonato:

- a) Valoración Clínica del recién nacido
- b) Verificar la aplicación de Vacuna de Hepatitis B, como así también la profilaxis con Vitamina K y de oftalmia gonocócica.

- c) En los casos de madres portadoras de Hepatitis B, se administrara gamma globulina específica, según indicación médica.
- d) Instruir sobre lactancia materna y facilitar las primeras tomas.
- e) Aplicar vacuna BCG antes del alta, entregando el carnet de vacunación a la madre para su posterior control y seguimiento. (Según plan de vacunación nacional del ministerio de salud de la nación)
- f) Realizar pesquisa cardiológica a las 24 horas de vida.
- g) Realización de pesquisa metabólica a las 36 horas desde la primera alimentación. (Ley 26,279)

4) Alta hospitalaria:

- a) El alta será programada entre las 36 o 48 hs posterior al parto o cesárea, de no mediar complicación alguna en el binomio.
- b) Completar la hoja de “continuidad del cuidado” (Anexo 2), con los datos necesarios a fin de mantener la comunicación con la madre hasta el puerperio alejado.
- c) Entregar y verificar la comprensión de “Los signos de alarma y consulta del binomio” (Anexo 3).
- d) Se entregará a la madre la documentación correspondiente al alta como: Epicrisis, carnet de vacunación completo, constancia para retirar pesquisa metabólica, resumen de historia clínica del recién nacido que contiene talla, peso, perímetro cefálico y estudios complementarios
- e) Visita a la madre por parte de la profesional de enfermería que realizara la continuidad de la atención del binomio luego del alta.
- f) Informar sobre las estrategias de continuidad de atención, Nro de teléfono al cual puede comunicarse ante cualquier duda a través de

mensajes de texto, whatsapp o mediante llamada de voz. También la posibilidad de hacerlo a través de un mail destinado para tal fin.

- g) Informar a la madre, sobre la posibilidad de taller de lactancia y la importancia de su participación (Anexo 4). (GARCIA TEROL; CABALLÉ BEL 2013)

5) Continuidad de atención al alta:

- a) Se iniciara la continuidad de atención dentro de la primera semana posterior al alta, realizando la primer llamada a las 24 o 48 hs posterior al alta. Se tendrá especial atención en las pacientes cuyas características están incluidas dentro los “Criterios de prioridad de seguimiento hasta el puerperio alejado” (Anexo 5) .
- b) La función principal de la enfermera de enlace tiene por objeto ser la conexión entre la necesidad del binomio con los especialistas de la Casa Hospital San Juan de Dios, a fin de detectar en forma temprana las complicaciones relacionadas a la lactancia materna. Asimismo orientara otras necesidades de cuidado que pueda tener la madre.
- c) Al realizar los llamados, la conversación debe orientarse hacia la observación de los “Riesgos generales a detectar en la comunicación telefónica” (Anexo 6).
- d) Hacer hincapié en la lactancia materna consultando con mayor profundidad las consultas al respecto.
- e) Determinar situación del estado anímico de la madre y su relación con el recién nacido
- f) Valorar el apoyo del grupo familiar
- g) Confirmar los turnos con el Obstetras de cabecera para la madre y con neonatología para el bebe.

- h) Invitar a la madre a los talleres de lactancia que se desarrollaran en el hospital, explicando la importancia del acompañamiento del padre o familiar asignado por la madre.
- i) Verificar que la madre haya evacuado todas las consultas con su médico tratante sobre planificación familiar.
- j) Las comunicaciones se extenderán durante el primer mes posterior al nacimiento y hasta que él bebe sea derivado al pediatra que realizara el seguimiento del mismo
- k) Registrar los datos Obtenidos en cada acto que realice la enfermera de enlace en la continuidad de atención, en los registros correspondientes.
- l) Al finalizar la atención de la “Enfermera de Enlace”, se realizara una “Encuesta de Satisfacción” (Anexo 7), a fin de evaluar el accionar de la misma, obtener resultados y reprogramar acciones necesarias con el objeto de obtener la mayor satisfacción y cuidado del binomio, previniendo las complicaciones de la lactancia.

PLAN DE ANALISIS DE LOS DATOS

Se realizará el análisis estadístico de los datos para demostrar la veracidad de la hipótesis. Este análisis responderá a un modelo estadístico adecuado a las categorías que se estudian

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El cronograma de actividades se agrega a continuación según gráfico de Gantt que se adjunta

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										
	Oct/16 a Jun/17	Julio/17	Agosto/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dic/17	Enero/18	Febrero/18	Marzo/18
Correcciones del anteproyecto										
Desarrollo de actividades de enfermera de enlace en la internación del Binomio										
Seguimiento de pacientes										
Entrega y recepción de encuesta final										
Análisis										
Resultados										
Conclusión y Discusión										
Informe y entrega										

RESULTADOS

Una vez examinados los datos y teniendo presente lo establecido en la ley 25.326, de protección de datos personales, se obtuvieron los resultados que se detallan.

Durante el desarrollo del estudio de investigación realizado en el servicio de Binomio de la Casa Hospital San Juan de Dios, de Ramos Mejía, Provincia de Buenos Aires, entre los meses de agosto a noviembre del año 2017, se asistieron a 342 mujeres que concurrieron a tener sus hijos (Binomios Madres e Hijos) en dicha Institución. Este tamaño de la muestra no afectó el intervalo de confianza y potenció la prueba en el resultado final.

Variable “Participación en el programa”

El estudio de esta variable fue de elección a fin de determinar la conformación de la muestra. El desvío estándar nos indica que los datos están centralizados, con una mediana de 1. (Tabla I)

<i>Participación en el Programa</i>	
Media	1
Mediana	1
Moda	1
Mínimo	1
Máximo	1
Suma	284
Cuenta	284

Tabla I

Del total de binomios que fueron asistidos en el servicio durante la investigación, 284 (83%) eligieron participar de ésta, mientras que 58 (17%) decidieron no hacerlo. (Grafico 1)

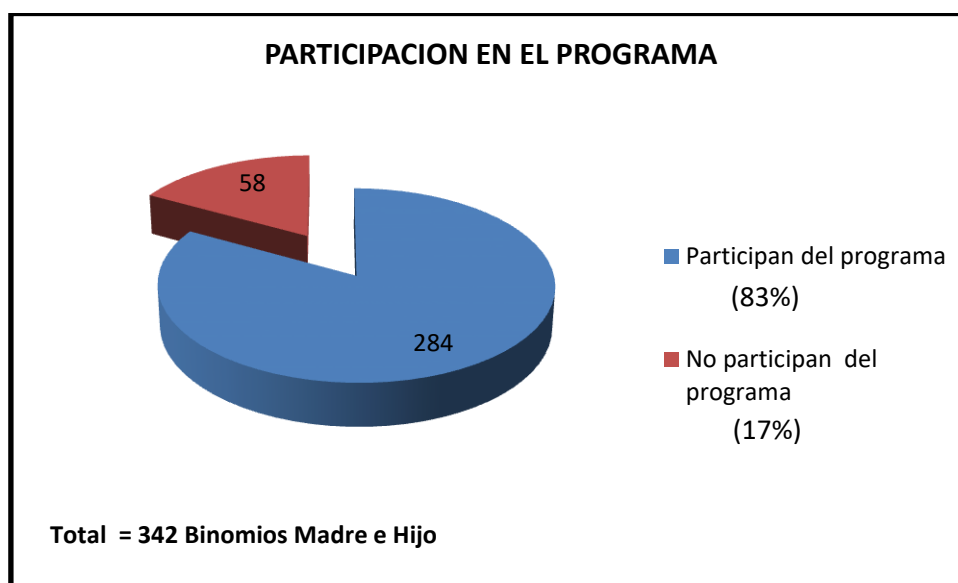


Gráfico 1

Analizando la porción de la muestra que aceptó participar, 235 binomios (87%) quedaron incluidos y finalizaron el programa, mientras que 49 (13%) quedaron eliminados por decisión propia (Gráfico 2).

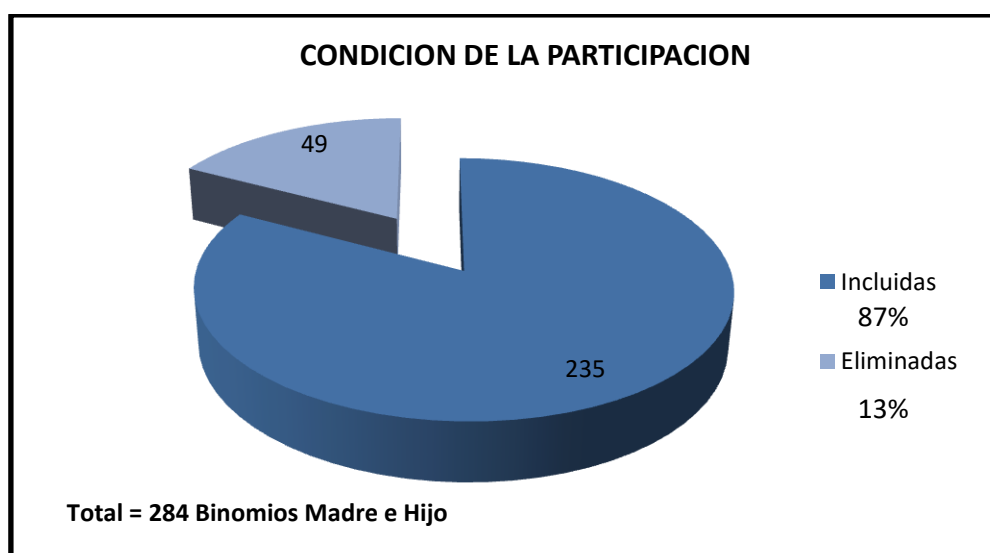


Gráfico 2

Las causas de la decisión de no participar (eliminadas), fueron: 25 (51%) eran múltipara; 18 (37%) continuaban la atención en otra institución; 5 (10%) tenían sus bebés en neonatología y 1 (2%) tenía otros motivos (Gráfico 3).

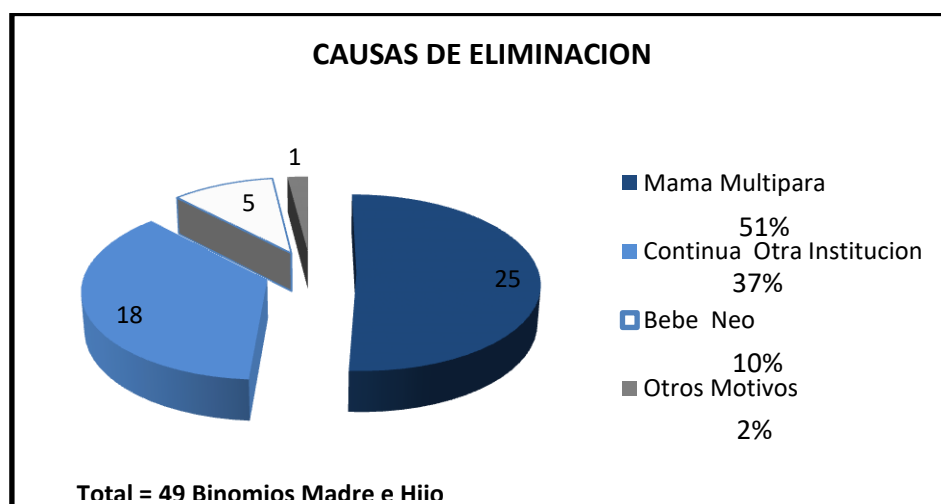


Grafico 3

Variable “Lugar de Residencia”:

Nos pareció importante la operacionalización de esta variable dado que la Casa Hospital San Juan de Dios se encuentra en Ramos Mejía y las mujeres que concurrieron para tener sus hijos provenían de 27 localidades distintas, la mayoría de Ituzaingó, dejando a la zona de Ramos Mejía en sexto lugar.

El desvío estándar nos indica cuan dispersos están los datos alrededor de la media. En este caso arrojó un valor de 6.22, un valor alto, lo que implica una mayor dispersión de los datos. Se obtuvo este dato a los fines de calcular el intervalo de confianza.

El valor de la mediana dio 5 como punto medio respecto del cual la mitad de las observaciones está por encima de este y la otra mitad está por debajo, jerarquizando las observaciones. Tanto la mediana como la media miden la tendencia central.

La varianza es el valor del desvío estándar elevado al cuadrado, cuanto mayor es la varianza mayor es la dispersión de los datos, en nuestro caso es de 38.

Cuando graficamos la curtosis estamos relacionando la distribución de los valores, en esta variable el valor es de 1,8. Un valor de curtosis 0 indica que los datos siguen la distribución normal.

La diferencia entre los valores más grandes y los más pequeños nos dio un resultado de 26, lo que indica una mayor dispersión de los datos. (Tabla II).

LUGAR DE RESIDENCIA	
Media	6,31
Mediana	5
Moda	1
Desviación estándar	6,23
Varianza de la muestra	38,85
Curtosis	1,84
Rango	26
Mínimo	1
Máximo	27
Suma	284
Cuenta	45

Tabla II

Del mismo modo se agruparon los lugares de residencia por partidos, quedando en primer lugar el partido de la Matanza con el 31 % de la muestra. (Grafico 4).

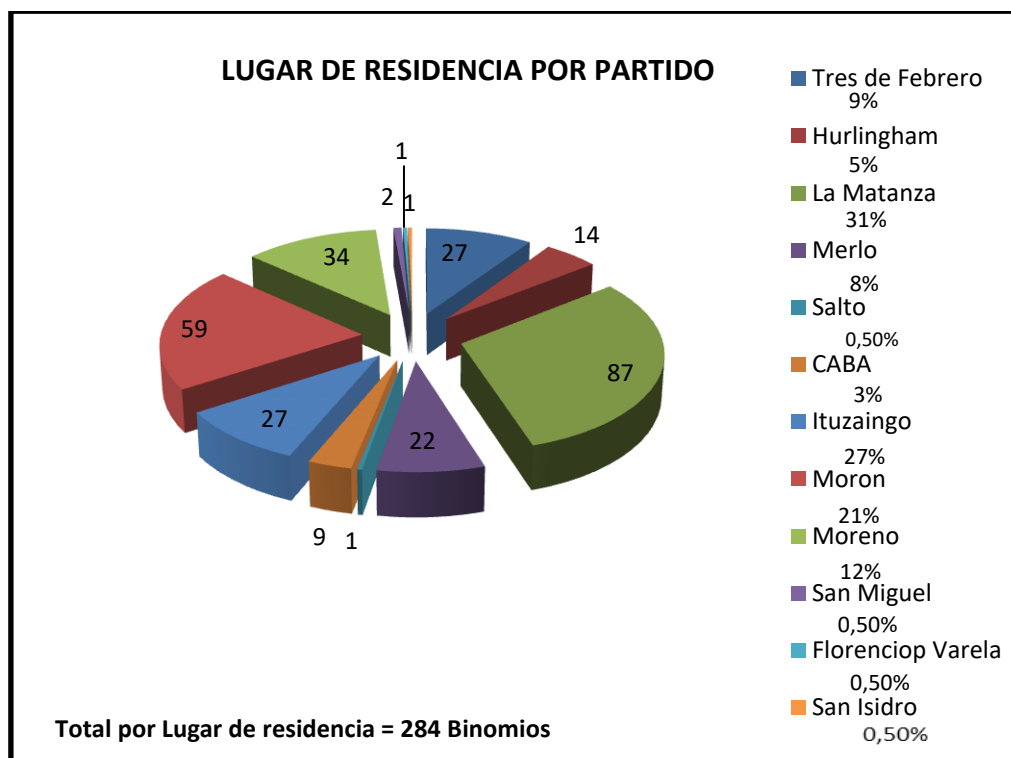


Grafico 4

Variable “Edad de la Madre”

Del análisis de la variable se obtuvo que la media de la edad de la muestra es de 30,8 años. El desvío estándar de 5,2 indica la dispersión de los datos obtenidos, con una edad mínima de 17 y una máxima de 45 años

El valor de la mediana es de 31. La varianza en este caso es de 27 y la curtosis es de -0,22, y la diferencia entre el mayor y el menor valor nos dio un resultado de 28, lo que indica una mayor dispersión de los datos.(Tabla III)

EDAD DE LA MADRE	
Media	30,83
Mediana	31
Moda	32
Desviación estándar	5,21
Varianza de la muestra	27,20
Curtosis	-0,22
Rango	28
Mínimo	17
Máximo	45
Suma	8757
Cuenta	284

Tabla III

Del total de la muestra, el mayor porcentaje de edad se distribuye entre los 31 y 35 años de edad (36%), mientras que el menor porcentaje se da entre los 15 y 20 años de edad (3%). (Gráfico 4)

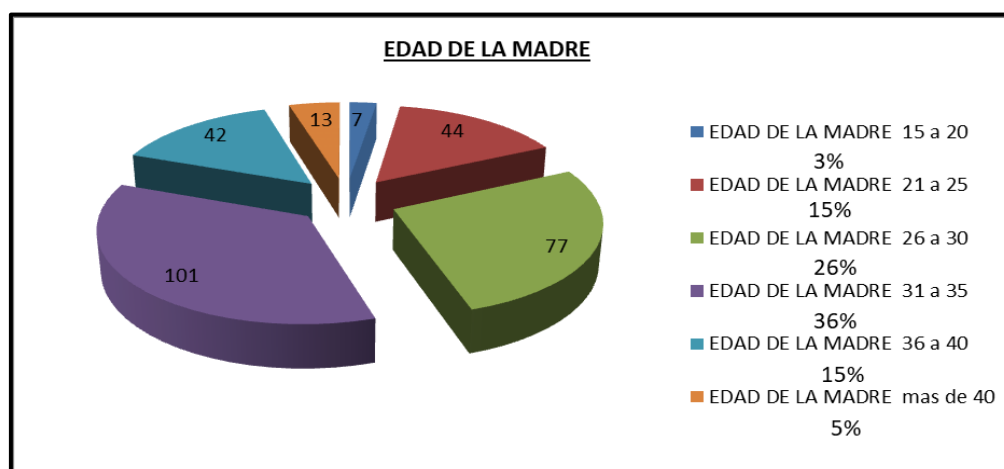


Gráfico 4

Variable “Sexo del Bebe”

Del análisis de esta variable se obtuvo que el 53 % de los bebés (150) fueron de sexo masculino, mientras que el 47% (134), de sexo femenino. (Gráfico 5). Este aspecto es de importancia a los efectos de la información sobre prevención o promoción de la salud que se le transmite a la madre.

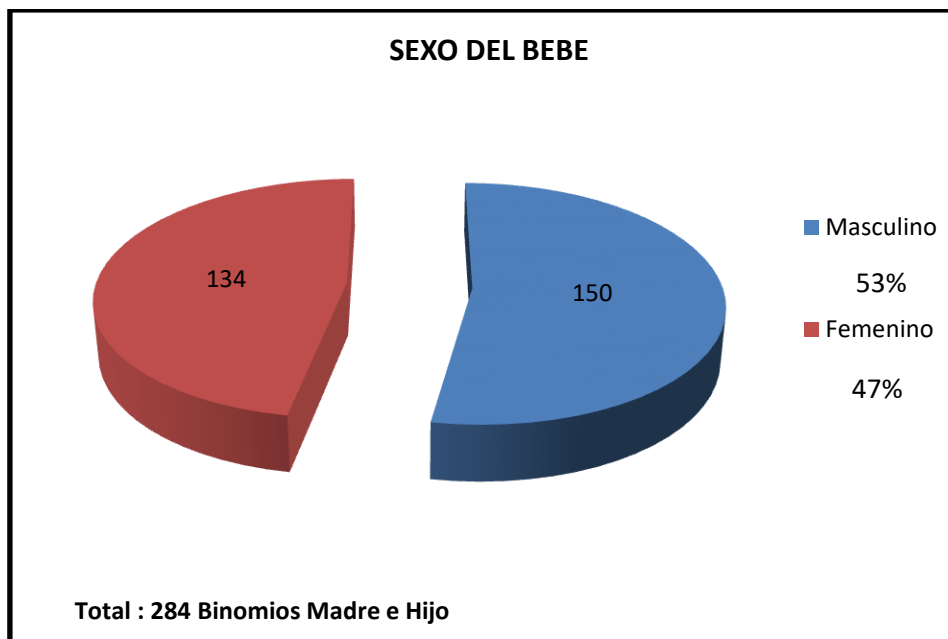


Gráfico 5

Variable “Peso en Gramos”

Se consideró de importancia esta variable ya que un bebé bajo peso representa una continuidad de atención mayor para la enfermera de enlace, a fin de evitar complicaciones. Una vez analizada se observó una media de 3.286grs, lo que representa un peso promedio dentro de los parámetros normales para un recién nacido. Una mediana de 3.325grs y una moda de 3.245grs.

Otro de los valores que se observaron es un rango de 4.470grs, con un valor máximo de 5.500 grs y un valor mínimo de 1.030, siendo estos dos valores extremos, parámetros para orientar el trabajo de la enfermera de enlace.

El desvío estándar es de 493, lo que representa la amplia dispersión de los datos obtenidos. (Tabla IV)

PESO DEL BEBE	
Media	3286,83
Mediana	3325
Moda	3245
Desviación estándar	493,91
Rango	4470
Mínimo	1030
Máximo	5500
Suma	933461
Cuenta	284

Tabla IV

Variable “Días en el Programa”:

La importancia de esta variable está dada en el tiempo de permanencia de los binomios bajo la continuidad de atención de la enfermera de enlace, favoreciendo así al cuidado de la salud, tanto de la madre como del recién nacido. Del análisis resulta un desvío estándar de 5,7, una varianza de 33,5, una Curtosis de 5,4, lo que representa lo disperso que están los datos alrededor de la media, en este caso arrojo un valor de 27,4.

El valor de la mediana dio 30 como punto medio en el cual la mitad de las observaciones está por encima de este valor y la otra mitad por debajo, jerarquizando las observaciones.

La diferencia entre el mayor y el menor valor resulta 39, lo que indica también una mayor dispersión de los datos. (Tabla V).

Tabla V

DIAS EN EL PROGRAMA	
Media	27,48
Mediana	30
Moda	30
Desviación estándar	5,78
Curtosis	5,47
Rango	39
Mínimo	0
Máximo	39
Suma	7806
Cuenta	284

Variable

“Hijos

Previos”:

Esta variable fue considerada de importancia, dado que el ser primeriza hace que la madre no tenga experiencia previa para poder detectar a tiempo cualquier complicación, tanto en ella como en el recién nacido. Aunque el hecho de tener hijos previos no siempre garantiza poder tener la respuesta a todo lo que se presente.

Luego del análisis se puede expresar que en el 46% (131) de los binomios eran madres primerizas, en el 37% (104) de los casos ya habían sido madres anteriormente y en el 17% (49) no se cuentan con datos y coinciden con las que se eliminaron de la investigación ya que decidieron abandonarla. (Grafico 6).

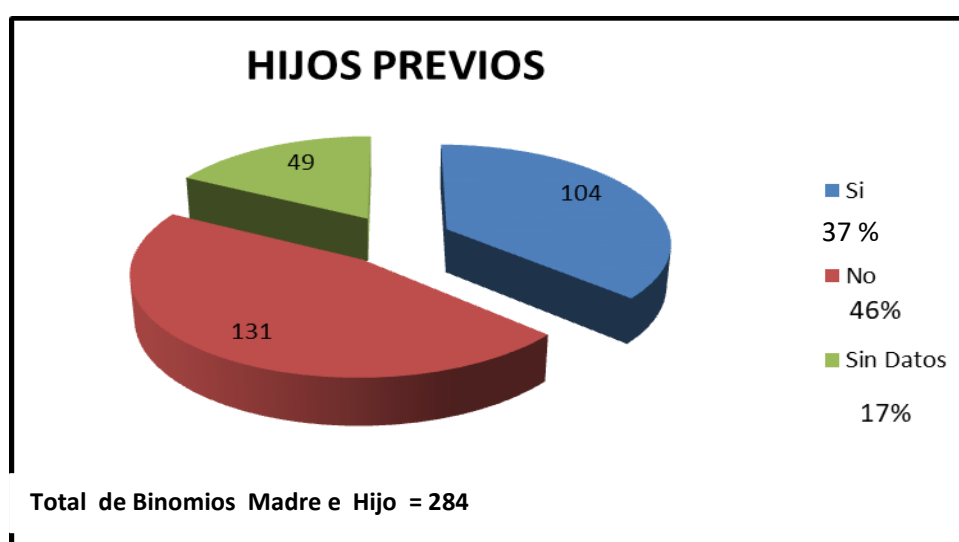


Gráfico 6

Variable “Nivel de estudio”

Se consideró de importancia el estudio de esta variable, a los efectos de poder determinar las estrategias que se llevaron a cabo para la educación de las madres y sus hijos.

Del total de madres en estudio 134 (48%), tenían sus estudios secundarios completos; 100 (35%), estudios universitarios completos, 1 (0,5%) nivel primario y 49 (17%) sin datos. (Gráfico 7)

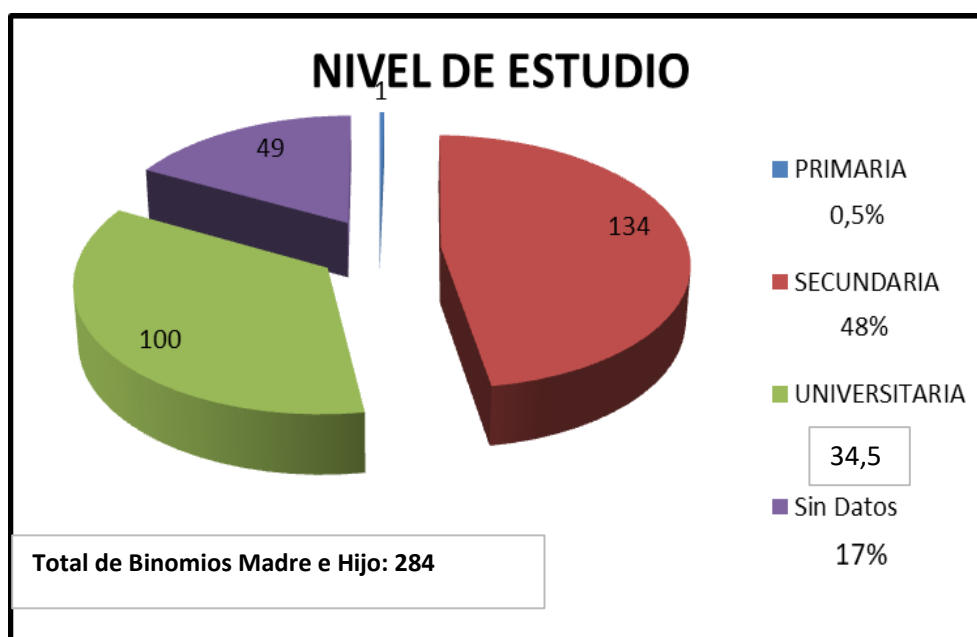


Gráfico 7

Variable “Actividad laboral”:

El hecho de que la madre trabaje es de suma importancia, ya que se debe hacer mayor hincapié en las medidas de prevención y promoción de la salud el recién nacido y de ella misma.

En el 54 % de los binomios (154), las madres trabajan, mientras que el 29% no lo hace (82). Siempre teniendo presente que el 17% (49) de las madres del binomio han quedado eliminadas. (Gráfico 8)

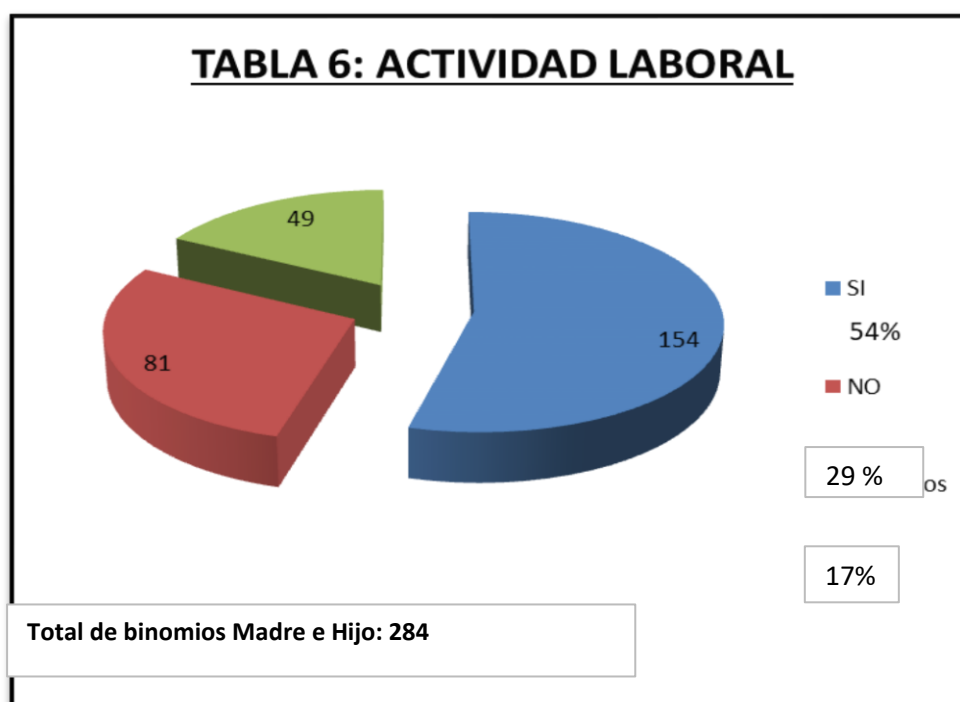


Grafico 8

Variable “Lactancia Previa”

La importancia de esta variable yace en el conocimiento previo que pueda tener la mama en relación a este tema, siendo aquí clave el rol de la enfermera de enlace.

Luego de su estudio se observó que el 46% (131), mujeres de los binomios madre e hijo, no habían tenido lactancia previa, mientras que el 37% (104) si habían tenido. Cabe mencionar que no se contaba con datos del 17% (49) de estas. (Gráfico 9)

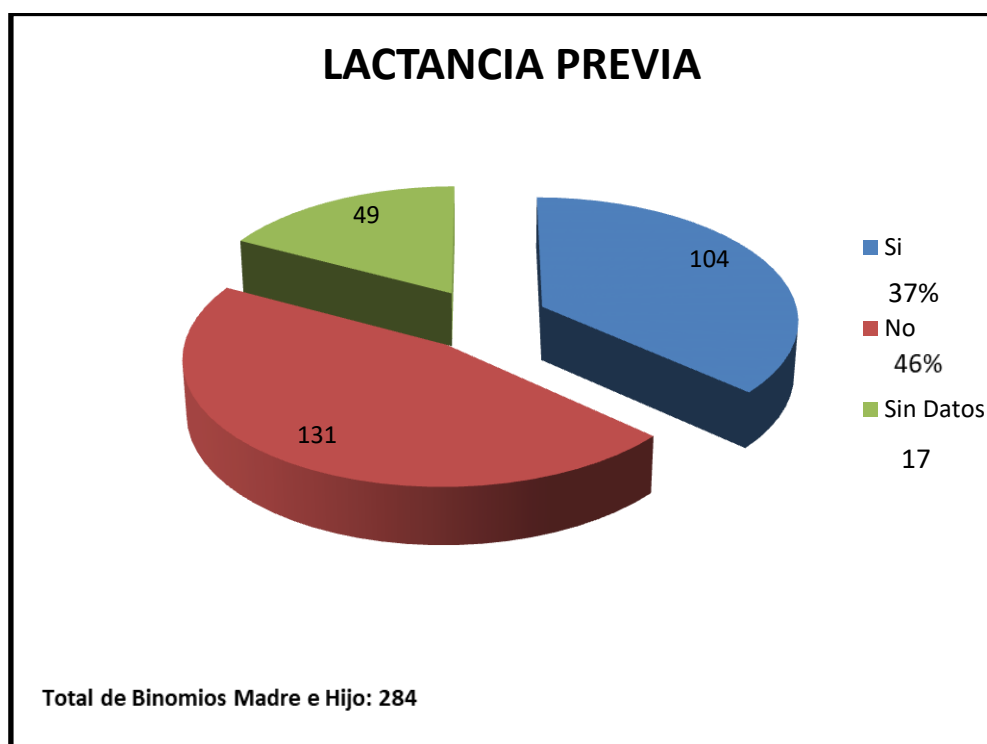


Grafico 9

Variables “Conformidad con los cuidados de la enfermera de enlace en la prevención de complicaciones relacionadas a la lactancia materna y conformidad con los cuidados en la prevención de otras complicaciones.”

Estas variables se consideraron de importancia a los efectos de determinar si las madres estaban conformes con los cuidados brindados, o era necesario hacer algún tipo de modificación en el accionar a los efectos de brindar un cuidado oportuno, que garantice la continuidad de atención del binomio.

En ambas variables y teniendo en cuenta que del 17% (49) de los binomios no se obtuvieron datos, el 83 % (235) restante estuvieron conformes con el accionar de la enfermera de enlace. Es decir que el 100% de los binomios que quedaron incluidos y finalizaron el programa han estado satisfechos con la atención. (Gráficos 10 y 11).

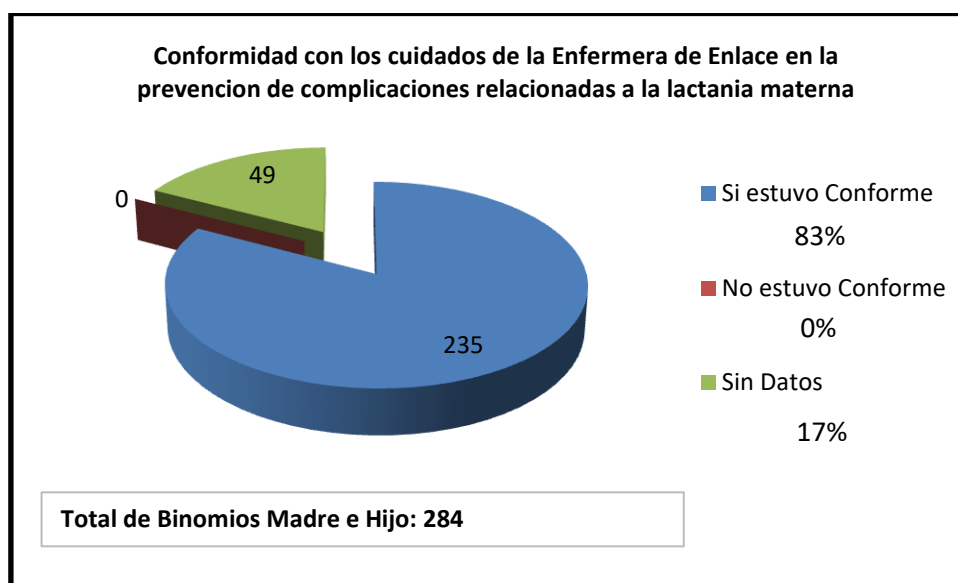


Grafico 10

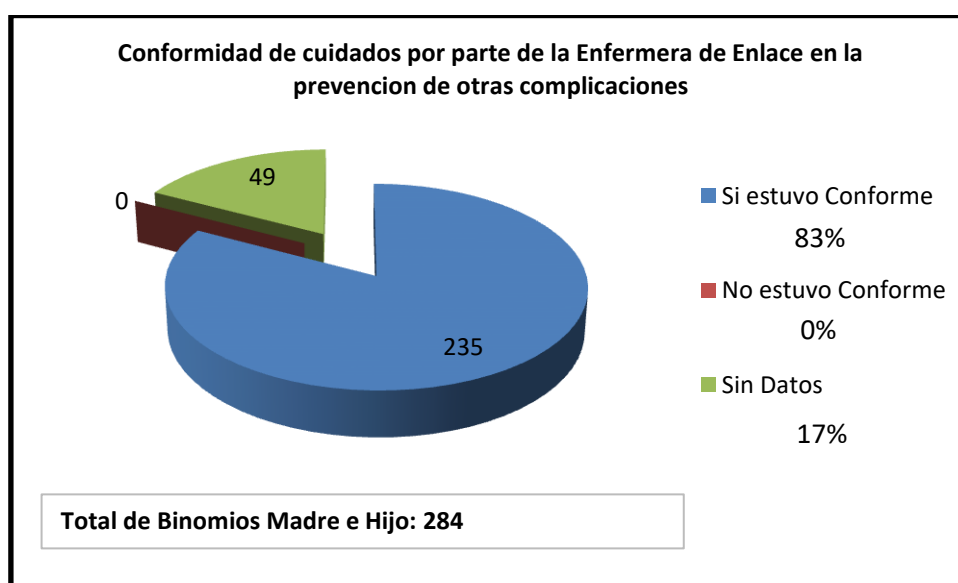


Grafico 11

Variable “Satisfacción del taller de lactancia”

Fue tomada como importante esta variable, dado que la educación que se pudiera brindar en estos encuentros, permitirían un mayor conocimiento de las madres relacionado a la lactancia y sería un momento de consulta ante cualquier duda que pudiera presentarse.

Del total de las madres que participaron y concluyeron el programa, el 100% (235) han estado satisfechas con los talleres. Dentro del contexto de los binomios que aceptaron participar, representan el 83 % (Grafico 12).

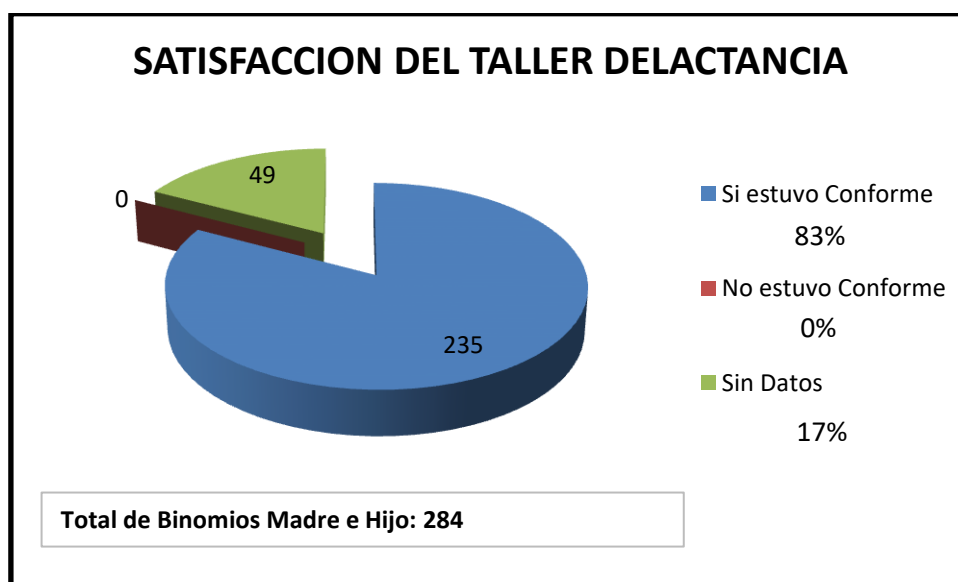


Grafico 12

Variable “Detección de complicaciones por parte de la Enfermera de Enlace”

Esta variable se consideró de suma importancia en el estudio, ya que permitió establecer el accionar del rol de la enfermera de enlace en la promoción y prevención de la salud del binomio madre e hijo.

De la observación se obtuvo que, con el accionar de la enfermera de enlace, se pudo detectar a tiempo complicaciones en el 45% (127), de los binomios, mientras que en el 38% (109) no se detectó complicación alguna y en el 17% (48) de los binomios no se contaba con datos. Es importante destacar que si bien fueron 49 los binomios que no desearon continuar en el programa, en el estudio de esta variable se observó que uno de ellos consultó por una duda sobre lactancia, pese a no desear continuar con la atención. (Grafico 13)

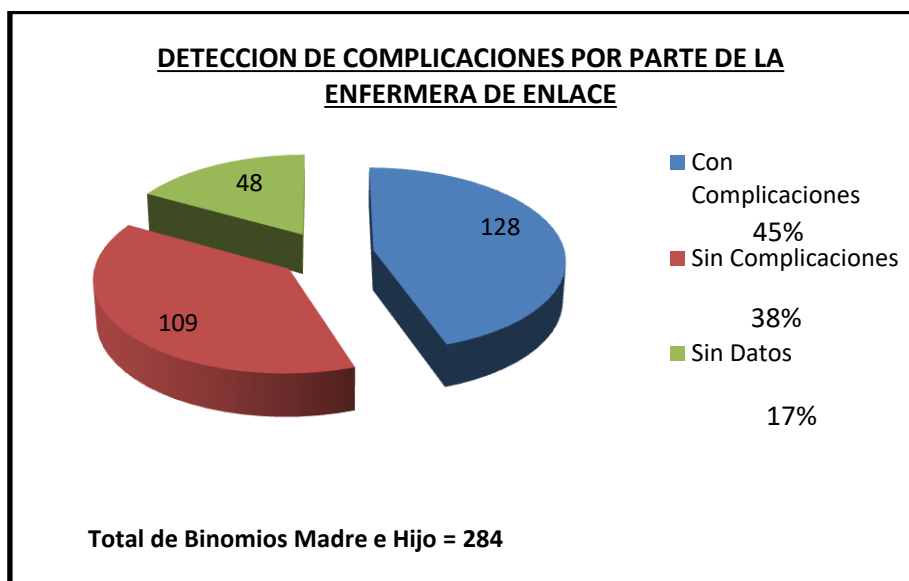


Grafico 13

Variable “Tipo de complicación detectada”

Se consideró determinar el tipo de complicación detectada por la enfermera de enlace a los efectos de un mejor estudio de la variable. En el 8% (10) de los binomios fueron detectadas a tiempo complicaciones obstétricas; en el 13% (17) de los binomios fueron de tipo neonatales; en el 67% (85) de los binomios fueron relacionadas a la lactancia, mientras que en el 12% (16) binomios se detectaron más de un tipo de complicación dentro de las mencionadas. (Grafico 14)

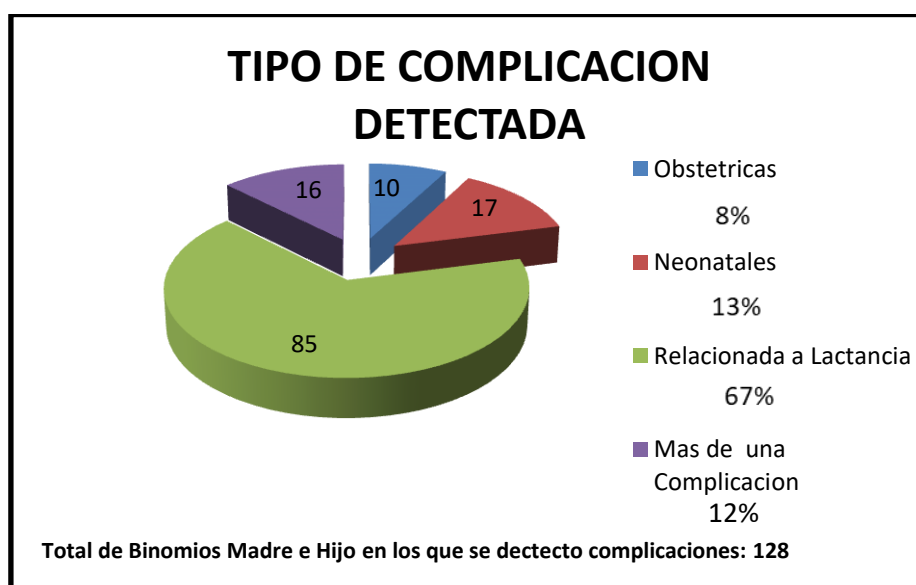


Grafico 14

DISCUSION:

El desarrollo del presente estudio tuvo su punto de partida, en la intención de investigar algunas de las funciones de enfermería que van más allá de la asistencia directa del paciente enfermo, del individuo enfermo.

Como ya se ha citado, según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ha clasificado las funciones de enfermería en: Promover la salud, Prevenir la enfermedad, Restaurar la salud y aliviar el dolor. Promover la salud y Prevenir la enfermedad, es hacia donde se orientó la presente investigación.

Se ha tenido en cuenta también, que esta función de promoción y prevención, se desarrolle al comienzo de la vida, detectando a tiempo complicaciones que puedan afectar el normal desarrollo del bebe, como así también complicaciones evitables en la madre, que le imposibiliten una adecuada atención a su hijo/a. Es así que se desarrolló en el servicio de Binomio, de la Casa Hospital San Juan de Dios, Institución a la cual pertenezco y acepto el desarrollo del estudio, poniendo a disposición los medios necesarios para la investigación.

Para el desarrollo del proyecto se investigó en el estado del arte, sobre el sistema de salud donde enfermería tuviera en amplio accionar de su rol, mas allá de la asistencia hospitalaria del individuo enfermo. España es uno de los países donde enfermería tiene un rol importante, más allá de la recuperación de la salud. Tanto en la prevención como en la promoción de la salud, enfermería tiene un papel predominante.

En este contexto, una de las primeras acciones para el desarrollo de la investigación, fue concurrir al mismo lugar donde se desarrollaba dicho rol, para poder observar directamente el accionar de enfermería. Fue así que a principio del mes de junio del 2017, realice una pasantía en una de las instituciones de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España, el Parc Sanitari del Sant Joan de Deu, en Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Allí se dio especial atención al hacer de la enfermería en la maternidad y la continuidad de atención una vez dada de alta la madre y el niño. Al accionar de la enfermera de enlace, la conexión entre el nivel hospitalario y el nivel primario. En ambos casos destacando el rol de la enfermería en la identificación de complicaciones prevenibles y en el cuidado de la salud.

Uno de los aspectos a tener en cuenta es que este accionar

CONCLUSION

Luego de realizado el estudio de investigación, se concluye que mediante el accionar de la Enfermera de Enlace en la continuidad asistencial del Binomio madre e hijo, ha permitido establecer su rol en la prevención de las complicaciones relacionadas a la lactancia materna desde el puerperio precoz hasta el puerperio alejado, en la Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía, Pcia de Bs As.

Por otra parte, su accionar ha permitido no solo detectar a tiempo complicaciones relacionadas a la lactancia materna, sino también complicaciones de tipos obstétricas, neonatales e incluso una combinación de estas; durante el desarrollo de su rol.

El hecho de realizar un seguimiento tan cercano con el binomio madre e hijo, mediante los contactos establecidos durante el periodo, en los talleres de lactancia e incluso fomentando actividades grupales que pudieran realizarse, le permitió detectar a tiempo, signos y síntomas de alarma e incluso educar a las madres con relación a estos.

Cabe agregar que luego de terminado el estudio de investigación y ante los resultados obtenidos, se pudo incorporar una enfermera que actualmente continua desempeñando el rol de enfermera de enlace del binomio madre e hijo, con muy buena aceptación y predisposición de los pacientes y del equipo de salud, incluyendo los jefes de servicios y autoridades de la Institución.

Por lo expuesto, se puede concluir que se entiende al rol de la enfermera de enlace, según la conceptualización moderna de la salud, como la continuidad de atención de los binomios madre e hijo en la prevención de riesgos de complicaciones relacionadas a la lactancia materna, desde el puerperio precoz hasta el puerperio alejado, en la de la Casa Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía, Provincia de Bs As, durante los meses de agosto a Noviembre del año 2017

MODIFICACIONES A PEDIDO DE LA COMISION DOCTORAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Lactancia Materna se define como la ingesta de leche materna, dejando de lado cualquier otro consumo de alimento que no sea el derivado del pecho materno, recomendando que sean alimentados de esta forma hasta los seis meses de vida. (MORÁN RODRÍGUEZ, J C, et al. 2009).

Están comprobados los beneficios en salud, a corto y largo plazo, que provocan la lactancia materna, tanto en la madre como en el recién nacido. Uno de los más significativos, se traduce en el mayor desarrollo cognitivo en el recién nacido. Más allá de los beneficios relacionados a la salud, también presenta beneficios sociales, como ser la disminución de las tasas de mortalidad infantil, favoreciendo también a la no violencia

Hoy en día no hay discusión sobre la importancia de las charlas de educación maternal, desde los talleres o clases prenatales, como el curso parto, deben incluir el tema de Lactancia Materna, ya sea en forma individual o grupal.

Cuando se habla de “Educación en Lactancia Materna”, no es en el mismo sentido que el concepto del “apoyo a la Lactancia Materna”. Este último concepto comprende la acción dirigida a la persona individual, a medida que van surgiendo las dudas o necesidades de la madre o el niño en este sentido. Dicho apoyo está dado por una persona, un grupo o una organización. Habitualmente este tipo de apoyo a la lactancia materna, comienza en el periodo posnatal, y una vez iniciada la lactancia materna; para resolver las dudas y dificultades que surgen en este periodo y proporcionar apoyo material y emocional (MARTÍNEZ-GALÁN, et al. 2017)

La OMS y UNICEF da las pautas, a través de pasos, para lograr una efectiva lactancia materna y con el fin de asegurar que las maternidades ofrezcan a todos los bebés un correcto punto de partida, facilitando a las madres el apoyo necesario para que puedan dar efectivamente el pecho. Entre los pasos mencionados el último de ellos hace referencia a: “Fomentar el apoyo a la lactancia natural a través de personas o grupos y facilitando a que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica” (OMS. 2010)

Existen factores que se consideran determinantes para lograr una lactancia efectiva, como ser: edad, nivel de educación de la madre, paridad, asesoramiento profesional de salud y redes de apoyo, entre otros. (VALENZUELA GALLEGUILLOS, et al. 2016.-)

Ahora bien, un término importante de destacar es el de “Continuidad de Atención”, ésta se define como la acción de superar las barreras entre los distintos niveles de atención mediante una adecuada coordinación entre los mismos. De esta forma se garantiza dicha continuidad, permitiendo que el sistema de salud pueda afrontar la multiplicidad de necesidades que pueda tener el individuo en sus etapas de su enfermedad, hasta el final de la vida. En forma constante se buscan estrategias tanto institucionales como profesionales con el fin de afrontar los problemas que se suscitan e interfieren en dicha continuidad de atención.

La continuidad asistencial, es una característica fundamental de la atención primaria, que se relaciona con menor intervencionismo, una menor medicalización y menos hospitalizaciones, lo que redundaría en una mejor calidad de vida y una mayor satisfacción de los pacientes, desde el punto de vista de sus necesidades sociosanitarias, logrando así una población más informada y más autónoma.

Es evidente el alto interés actual por la continuidad asistencial, dado la nueva definición de los roles profesionales y las iniciativas de gestión de la enfermedad y gestión de casos. (CORRALES NEVADOS, D, et al.2011)

En los sistemas de salud europeos, dentro de este concepto de continuidad de atención, cada vez se ve con mayor frecuencia, servicios integrales de salud y de atención compartida. Así se observa el concepto de “transmural care” en los Países Bajos y “share care” en el Reino Unido. Aparece también la figura de la “specialist liaison nurses” (enfermera de enlace), cuya misión es garantizar esa tan deseada continuidad en la asistencia, facilitando a la vez la coordinación entre el equipo de salud y los distintos niveles de asistenciales; haciendo básicamente, de agente en caso que el paciente necesite de servicios sanitarios y sociales. (JÓDAR-SOLÀA G, et al. 2005).

La figura de la enfermera de enlace comunitaria o gestora de casos no es una incorporación novedosa en el accionar de enfermería. Se encuentran antecedentes documentados sobre la existencia de este rol y su utilización por algún servicio de salud, incluso en algunos casos de forma puntual, sin que represente la tan importante continuidad de atención y sin incorporarlo a los sistemas sanitarios del país, como un modelo de gestión necesario.

Las primeras referencias encontradas en la literatura sobre “enfermeras de enlace” son en el área de salud mental. Estas aparecen en 1963 y 1964 de la mano de Peplau y Johnson, y en la

década del 70 en el Reino Unido, relacionada a la atención a pacientes psiquiátricos. Es evidente que estos modelos no son los mismos, ni tienen la misma integración ni protagonismo que han adquirido hoy en día en los distintos servicios de salud donde se ha aplicado.

La incorporación de la figura de las enfermeras de enlace comunitarias en España, allá por el año 1994, es tal vez la más importantes experiencia previa, con la que cuenta dicho país, de acuerdo a la incorporación de un rol innovador a fin de mejorar la gestión del servicio. (BATRES SICILIAA, JP, et al, 2009)

Para el sistema sanitario español, ha sido y sigue siendo un desafío, lograr ofrecer a sus ciudadanos, una oferta integrada de servicios. La reforma de la atención primaria (AP), presenta a la misma como un nivel fundamental de la asistencia sanitaria y añade a las actividades curativas, aspectos fundamentales como la prevención, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Otro de los aspectos importante de mejora es la limitación de la fragmentación que percibe el ciudadano entre los diversos niveles del sistema. Esto implica, sin lugar a duda, modelos de gestión que se basan en la calidad y centrados en el paciente; donde no solo quienes lideran, sino también el equipo de profesionales, están dispuestos a gestionar y ver, más allá de la propia organización.

En este concepto de integración de los niveles, con una mirada unificadora, es muy importante destacar que durante una internación y al momento del alta, se debe realizar el plan de cuidados, para su posterior seguimiento; junto con la enfermera hospitalaria, el médico tratante, el cuidador principal y de ser posible, también interviene el propio paciente. Este plan debe incluir las intervenciones relacionadas con la adquisición de conocimientos por parte del paciente y de su futuro cuidador principal. Estas intervenciones las empieza a ejecutar la “enfermera de enlace” desde el hospital, del mismo modo que luego las realizarán en la Atención Primaria. Un día antes que se formalice el alta, “la enfermera de enlace” debe comunicar al equipo de Atención Primaria que corresponda, la valoración de enfermería realizada, como así también el plan de cuidados elaborado, que queda formalizado a través del documento de alta de enfermería.

Una vez es su domicilio, y durante las 24 hs posterior al alta, el paciente recibirá la primera visita del profesional de Atención Primaria, ya sea solo o en compañía de “la enfermera de

enlace”. Aunque también de ser necesario, la enfermera de enlace también puede realizar las visitas de seguimiento que sean necesarias. (JÓDAR-SOLÀ, 2005)

Si bien, como ya hemos visto, el origen del modelo de seguimiento a través de la enfermera de enlace, tuvo su origen en la atención continua de pacientes crónicos con necesidades de cuidados, evitando la fragmentación de la atención; también se presentan antecedentes de seguimiento domiciliario a la madre y su hijo una vez dados de alta.

Esta estrategia de cuidado ha sido implementada como partes de programas de salud pública en países como España, Inglaterra, Uruguay y Chile, donde la visita en el domicilio del recién nacido y la puérpera resulta eficaz, positivo, necesario y aceptada por la población; también en la ciudad de Bogotá (Colombia), el proyecto de seguimiento resultó coherente con la política en salud dentro del programa "Salud a su hogar", dirigido a gestantes sensibilizándolas en la importancia del control prenatal, los derechos de la gestante, las pautas del cuidados del recién nacido, el fomento de la lactancia materna, prevención de enfermedades prevalentes de la infancia y orientación para que se inscriban en el programa de control prenatal

El seguimiento domiciliario a madres y recién nacidos durante el puerperio, es una estrategia de enfermería para dar continuidad al cuidado iniciado en el hospital, ya que en ocasiones al llegar a su hogar no cuentan con acompañamiento profesional y puede ocurrir que no tengan apoyo familiar o social, haciéndolos más vulnerables ante algún tipo de complicación.

Por otra parte, el puerperio es un periodo para la madre que se caracteriza por miedos, dudas y falta de conocimiento de la evolución habitual y el desarrollo normal del niño; así también coexiste este periodo con la vulnerabilidad ante múltiples factores de riesgo que provocan complicaciones que pueden llegar a comprometer la salud y la vida, tanto de la madre como del niño.

Durante el seguimiento que realiza enfermería, es de su responsabilidad ética y profesional, el identificar y enseñar tanto a la madre, como a su familia; a reconocer los factores de riesgo de manera temprana, como así también los signos de alarma y posibles complicaciones que pudieran surgir en ella y su recién nacido, acompañando el proceso de la madre a que logre asumir su rol maternal, ya que aunque no sea primeriza, cada hijo se vive como una experiencia nueva, que implica un proceso interactivo, único y evolutivo, donde la madre de a

poco, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiriendo las competencias en la puesta en práctica de los cuidados asociados a dicho rol y experimentando placer y satisfacción al lograrlo. Es así que el profesional de enfermería es quien acompaña a la puérpera y su familia, de forma tal que ella se sienta madre, al mismo tiempo que fortalece el vínculo madre-hijo-padre. (ONAIKY ALINA BOHÓRQUEZ GAMBA, et al. 2009).

Dentro de este eje y con el objeto de mejorar la coordinación en la continuidad de la atención puerperal, el Hospital Parc Sanitari de San Joan de Deus de San Boi, (Según lo establecido por el Instituto de salud Catalán del año 2016), implementó un programa, con el objeto de mejorar la atención de la madre y el niño durante el puerperio, aumentando el grado de satisfacción de la población atendida mediante la calidad asistencial, teniendo presente la importancia de informar a la mujer de los cuidados del bebé, sus propios cuidados, a la vez de mejorar la de lactancia materna, evitando complicaciones. También se la orientará a la detección de los signos y síntomas de alarma, que se desvían de la fisiología, en forma precoz, sin olvidar de coordinar entre los diferentes niveles asistenciales a fin de mantener la continuidad a la atención durante el puerperio.

El enfoque principal del cuidado del recién nacido durante el puerperio es asegurar la salud de la madre a fin de que esté en condiciones de cuidar de su bebé, equipada fundamentalmente con la información que requiera en cuanto a la lactancia materna, incluyendo también el propio autocuidado, como así también la planificación familiar .

Según el “Protocolo de asistencia al parto, al puerperio y al bebé”, se deben realizar dos visitas a las puérperas. La enfermera (matrona) realizara la primera dentro de los 7 a 10 días a partir del alta hospitalaria y la segunda entre las 4 a 6 semanas. De esta forma, también se asegura un correcto control de: signos vitales, pérdida hemática, características de los loquios, involución uterina, micción, evacuación, periné, mamas, extremidades inferiores, movilización e higiene. Por otra parte evaluará el dolor, la necesidad de analgesia y el estado emocional, es importante destacar que la visita puerperal precoz, reduce la incidencia y mejora la evolución de la depresión pos parto, además de mejorar el grado de autocuidado de la mujer.

También se realizará asesoramiento en la dieta y valoración de la necesidad de suplementación, cuidados del bebé y verificación de la correcta continuidad de la lactancia. Por otra parte es muy importante la prevención y tratamiento de la incontinencia de orina y fecal (mediante entrenamiento de la musculatura pélvica).

En caso de la detección de signos o síntomas que se desvían de la fisiología tanto a la madre cómo al bebé (Por ejemplo en la lactancia: la dificultad en la prendida, los inconvenientes en las mamas, como dolor o anomalías del pezón o de otro tipo que puedan afectarla), la enfermera comadrona derivará al profesional pertinente (ginecólogo o equipo de pediatría) con la urgencia que valore. En ciertos casos, algunas mujeres serán candidatas a un puerperio domiciliario, es decir que la enfermera comadrona realizara el enlace visitando a la madre entre las 24 y 48h posterior al alta hospitalaria, mientras que la segunda visita entre las 4 a 6 semanas, será realizada en el centro de Atención Primaria o en el domicilio según el criterio de la enfermera de enlace (comadrona).

Dentro del concepto de la “Iniciativa por la humanización al nacimiento y la lactancia”, es de suma importancia que las mujeres sean atendidas en las 72h después del alta hospitalaria, para mejorar la continuidad de la lactancia materna.

El programa también contempla que al momento del alta se las matronas de seguimiento, les informan a las madres sobre las pautas de alarmas que deben tener presentes en los cuidados de sus hijos y en sus propios autocuidados. Por otra parte, establece un formato de preguntas preestablecidas, las cuales realizaran las enfermeras de seguimiento a los efectos de detectar a tiempo complicaciones que impliquen una consulta urgente con los especialistas.

Otro aspecto que contempla el programa son las pautas específicas que deben tenerse presente en las visitas domiciliarias, en casos particulares como: cesárea, partos gemelares, episiotomías, hijos prematuros, madres adolescentes, pérdidas familiares cercanas, madres con muertes fetales, con riesgos sociales, que hayan sido dadas de alta en forma temprana, sin apoyo de progenitor o de familia, con trastornos psiquiátricos, con hijos nacidos con malformaciones o discapacitados, con hijos enfermos y con patologías asociadas que se recomienden reposo o aislamiento. En cada caso se tendrá que valorar de forma individual a la madre y su hijo, en función de los recursos humanos disponibles, la organización asistencial con la que se cuenta y por sobre todas las cosas, el deseo de la madre de que la comadrona de seguimiento, vaya a su domicilio. (INSTITUTO CATALAN DE SALUD.2016).

Este accionar de la enfermera (matrona) de enlace, del Parc Sanitari de Barcelona España, es el punto de partida del presente trabajo de investigación, con las correspondientes adaptaciones, de acuerdo a las características de los subsistemas privado y de la seguridad social, de nuestro sistema de salud.

A los efectos de aclarar información sobre el desarrollo de la investigación, se especifican a continuación los siguientes resultados:

1. En cuanto a la variable de “lugar de residencia de las madres”, se las agrupó por partidos, a los efectos de lograr una mejor visualización de los porcentajes obtenidos, quedando en primer lugar el partido de La Matanza con un 30,99% de madres provenientes de distintas localidades del mismo. (Ver Figura A)

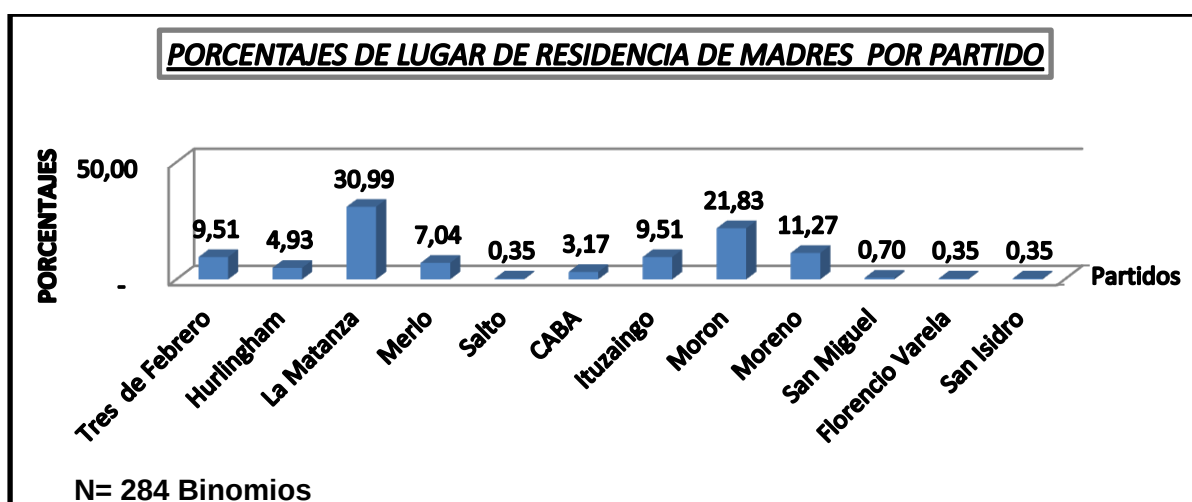


Figura A

2. En relación a la muestra, ésta fue conformada por 284 binomios que aceptaron participar del programa. De este total, el 82,75% quedaron incluidos y finalizaron el mismo, mientras que el 17,25 quedaron eliminados, por decisión de las madres. (Ver Figura B)

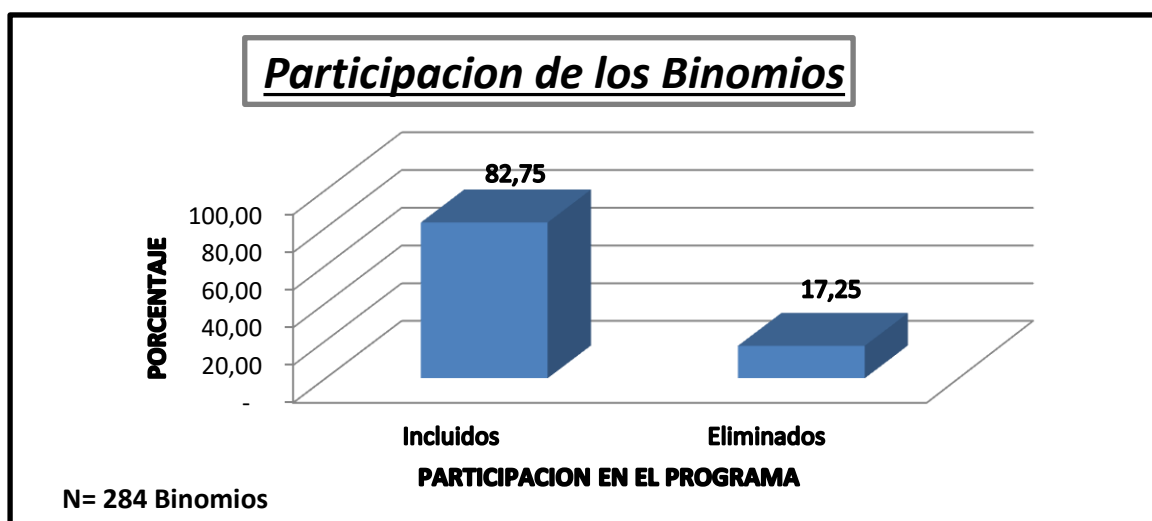
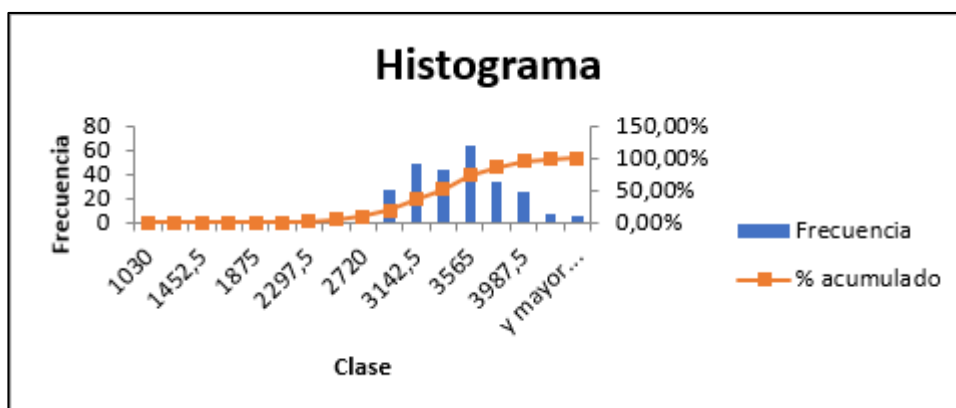


Figura B

3. Al analizar la variables “Peso del recién nacido al nacer”, se obtuvo una media de 3272,26 Gr, una media de 3320 Gr, un rango de 3380 Gr, con un mínimo de 1030 Gr y un máximo de 4410 Gr. Luego de realizar la tabla de frecuencias (Ver Figura C), incluyendo histograma, se determinó la Cantidad de Niños según peso al nacer (Ver figura D)

Clase	Frecuencia	frecuencia relativa	frecuencia acumulada	frecuencia relativa acumulada
1030	1	0,35%	1	0,35%
1241,25	0	0,35%	1	0,70%
1452,5	1	0,70%	2	1,41%
1663,75	1	1,06%	3	2,11%
1875	1	1,41%	4	2,82%
2086,25	1	1,76%	5	3,52%
2297,5	3	2,82%	8	4,23%
2508,75	9	5,99%	17	4,93%
2720	11	9,86%	28	5,63%
2931,25	27	19,37%	55	6,34%
3142,5	49	36,62%	104	7,04%
3353,75	44	52,11%	148	7,75%
3565	63	74,30%	211	8,45%
3776,25	34	86,27%	245	9,15%
3987,5	26	95,42%	271	9,86%
4198,75	7	97,89%	278	10,56%
y mayor...	6	100,00%	284	11,27%
	284			96,13%

Figura C



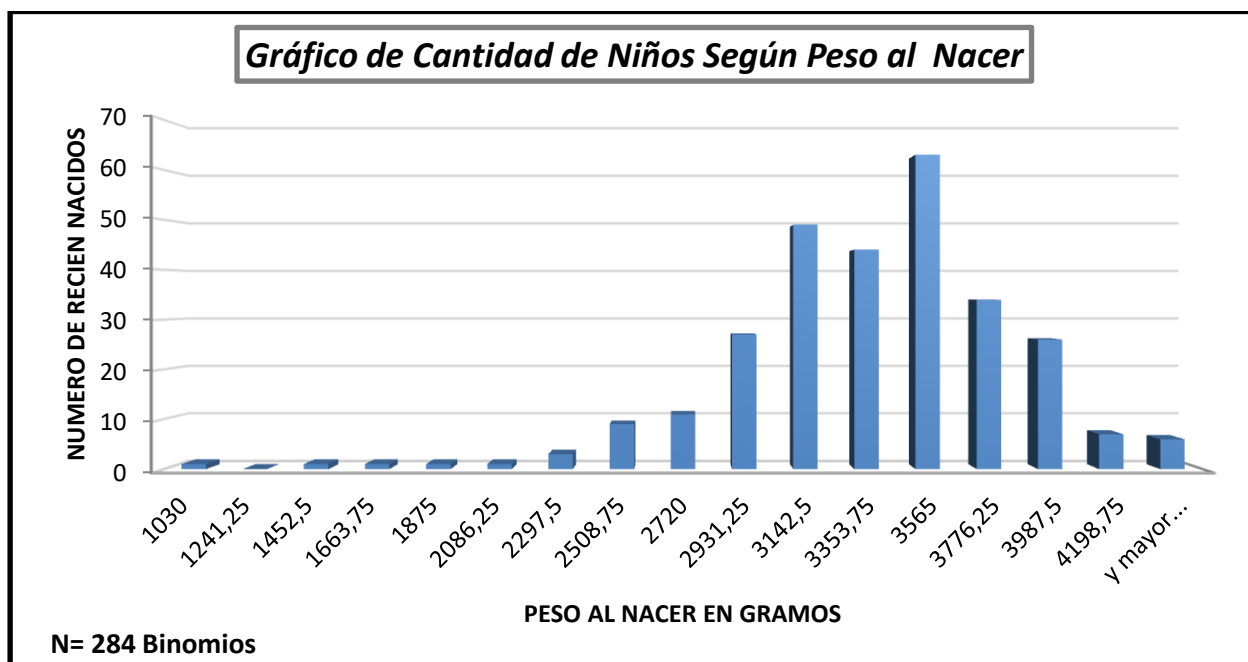
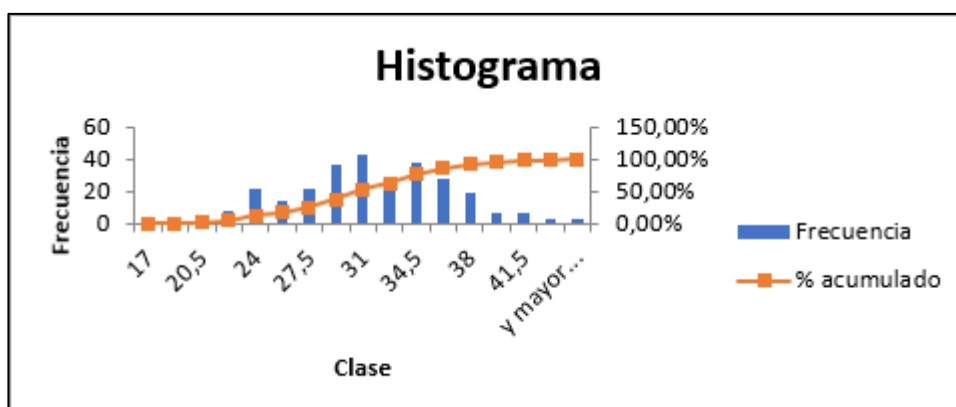


Figura D

4. Otra de las variables consideradas fue la “edad de la madre”. Aquí se obtuvo una media de 30,83 años, una mediana de 31 años, un rango de 28 años con un mínimo de 17 años y un máximo de 45 años. A la vez y luego del análisis de las frecuencias (Ver Figura E), incluyendo histograma, se obtuvo el total de madres por edad (Ver Figura F), frecuencia acumulada según edad (Ver figura G), frecuencia relativa (Ver figura H) y la comparación de frecuencias (Ver figura I)

EDAD	TOTAL PERSONAS	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
17	1	0,35%	1	0,35%
18	2	0,70%	3	1,06%
20	4	1,41%	7	2,46%
21	2	0,70%	9	3,17%
22	6	2,11%	15	5,28%
23	11	3,87%	26	9,15%
24	11	3,87%	37	13,03%
25	14	4,93%	51	17,96%
26	10	3,52%	61	21,48%
27	12	4,23%	73	25,70%
28	18	6,34%	91	32,04%
29	18	6,34%	109	38,38%
30	17	5,99%	126	44,37%
31	26	9,15%	152	53,52%
32	27	9,51%	179	63,03%
33	15	5,28%	194	68,31%
34	23	8,10%	217	76,41%
35	13	4,58%	230	80,99%
36	15	5,28%	245	86,27%
37	15	5,28%	260	91,55%
38	4	1,41%	264	92,96%
39	7	2,46%	271	95,42%
40	5	1,76%	276	97,18%
41	2	0,70%	278	97,89%
42	3	1,06%	281	98,94%
44	2	0,70%	283	99,65%
45	1	0,35%	284	100,00%
	284	100,00%		

Figura E



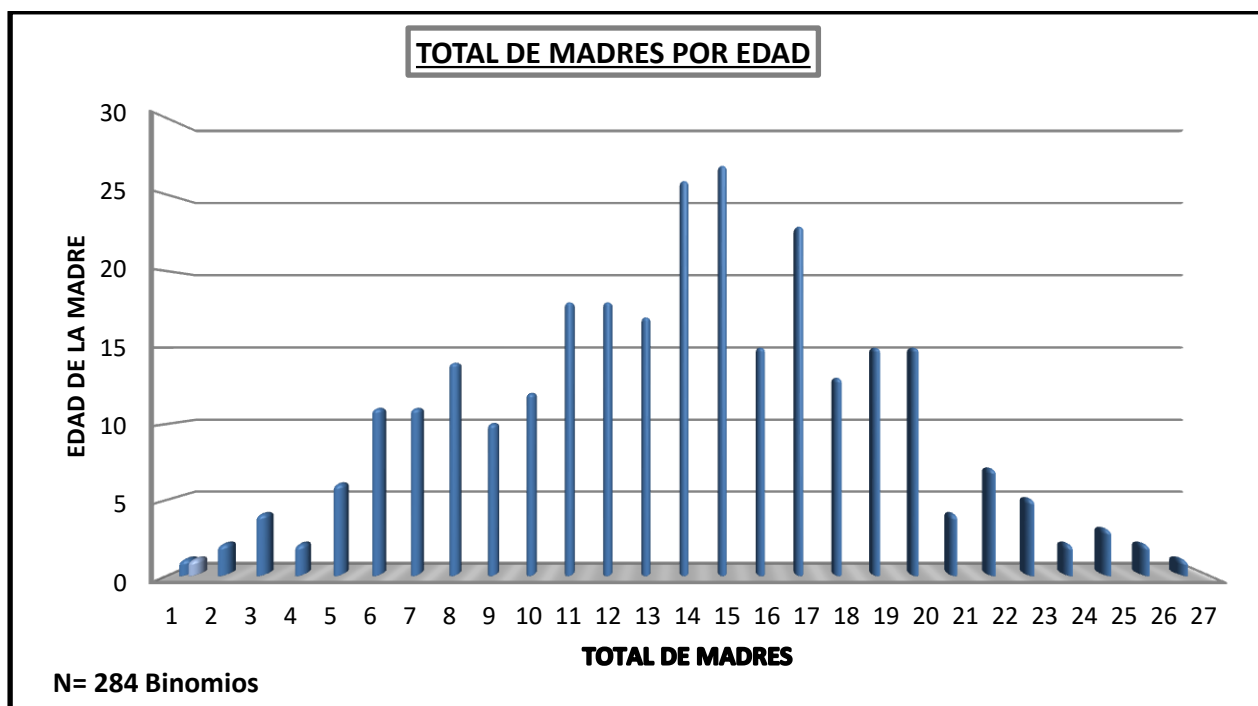


Figura F

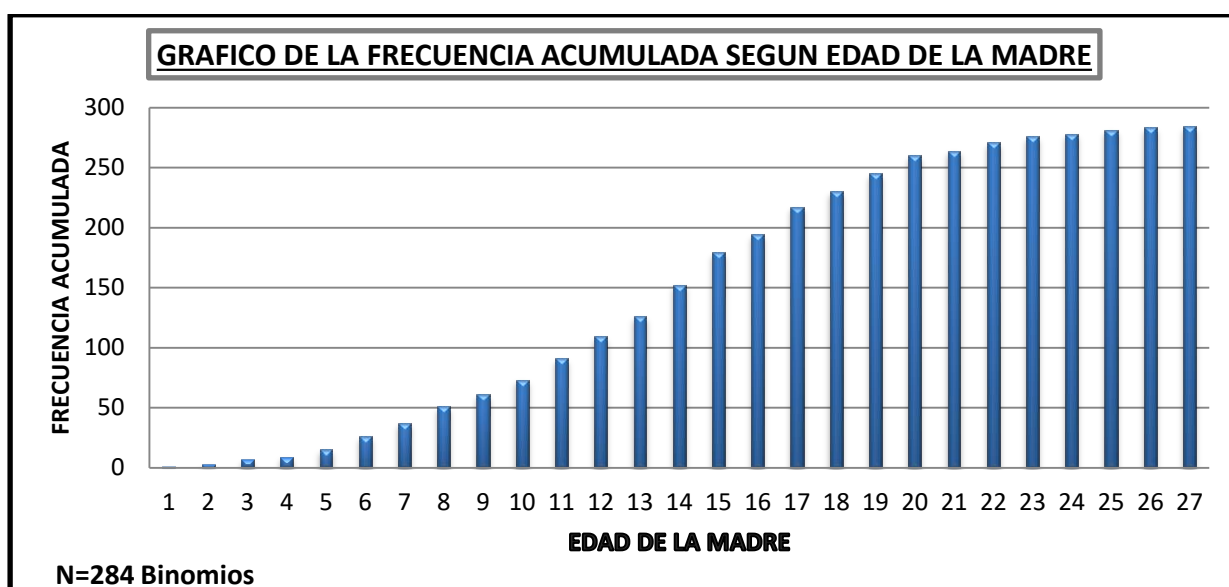


Figura G

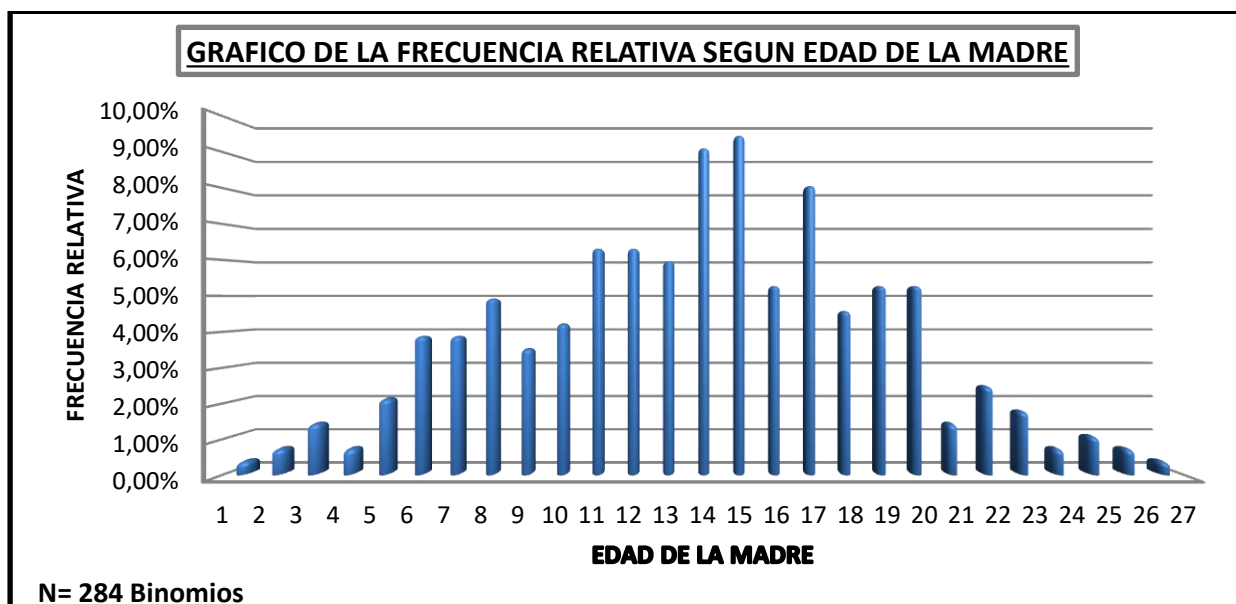


Figura H

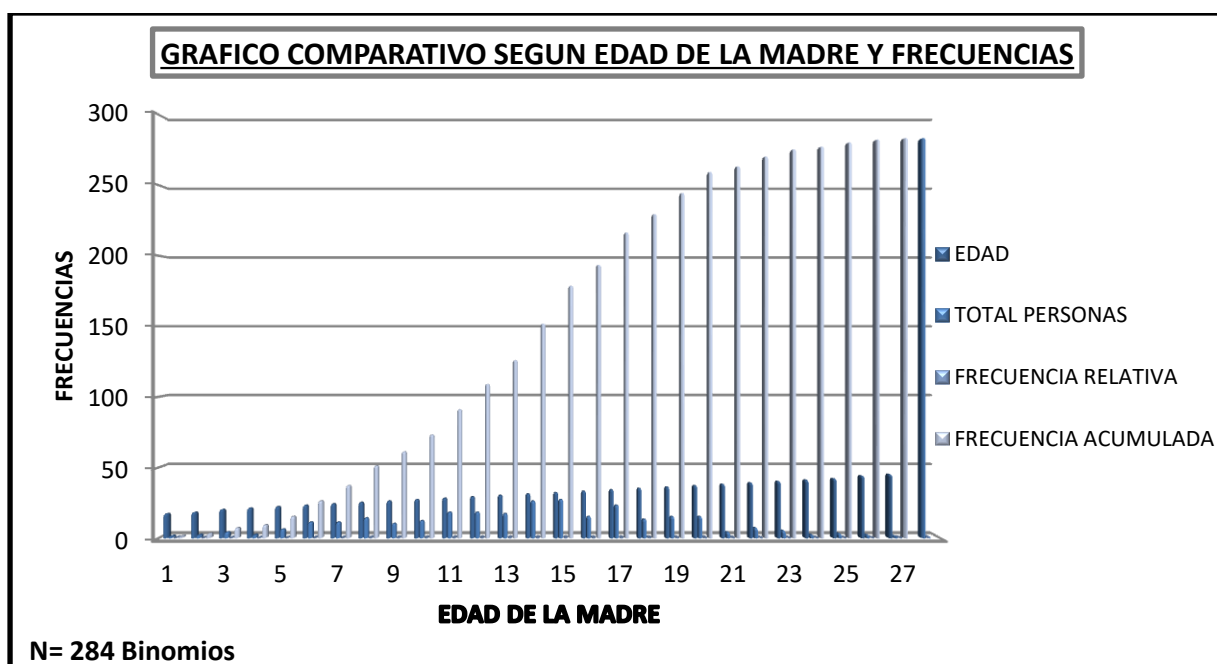


Figura I

5. En el total de los binomios que finalizaron el programa (235), con el accionar de la Enfermera de Enlace se detectaron a tiempo en el 54,4% de los mismos, complicaciones relacionadas a la lactancia, de tipo obstétrica y neonatales. De ese total el 42,54 % tenían hijos previos, mientras que el 57,46% eran primíparas. Se realizó una comparación de estas dos variables, obteniendo que el mayor porcentaje de complicaciones se detectaron en madres sin hijos previos con 34,4%, mientras que el menor porcentaje se dio en madres con hijos previos, con 19,15%. (Ver Figura J)

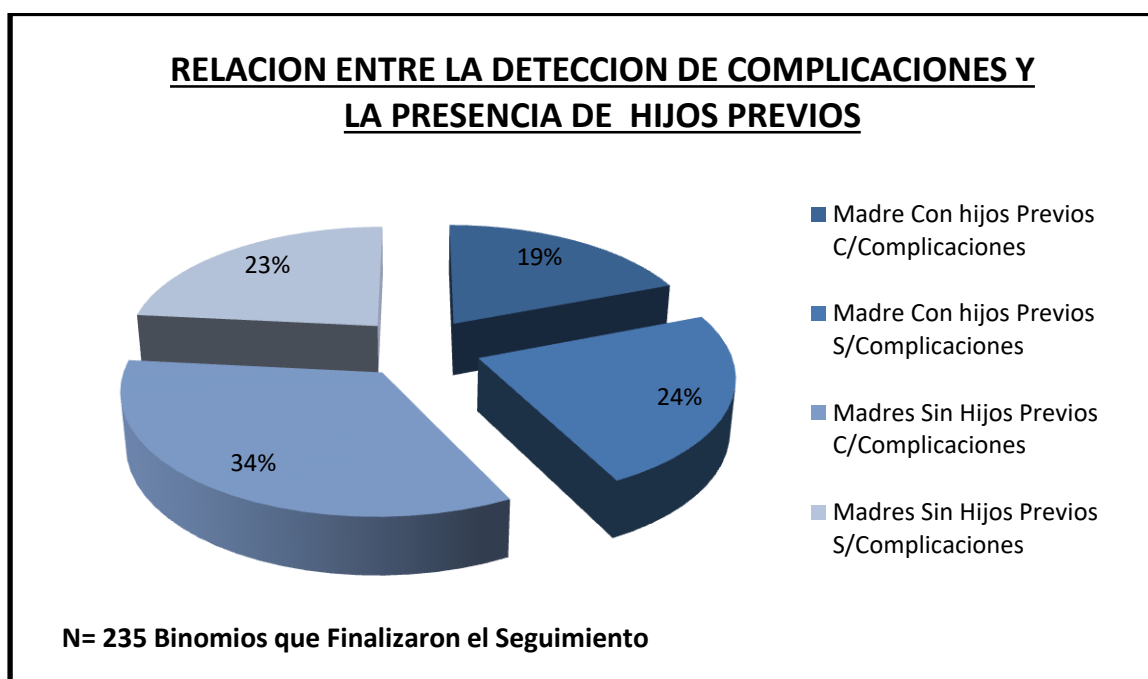


Figura J

6. Al finalizar el trabajo de investigación se logró coordinar las distintas actividades necesarias a fin de lograr finalizar el programa, manteniendo la continuidad asistencial de la madre y el niño durante el puerperio, en el 82,75%, del total de la muestra, con un 100% de satisfacción, tanto en el seguimiento como en los talleres de lactancia. (Ver Figura K)

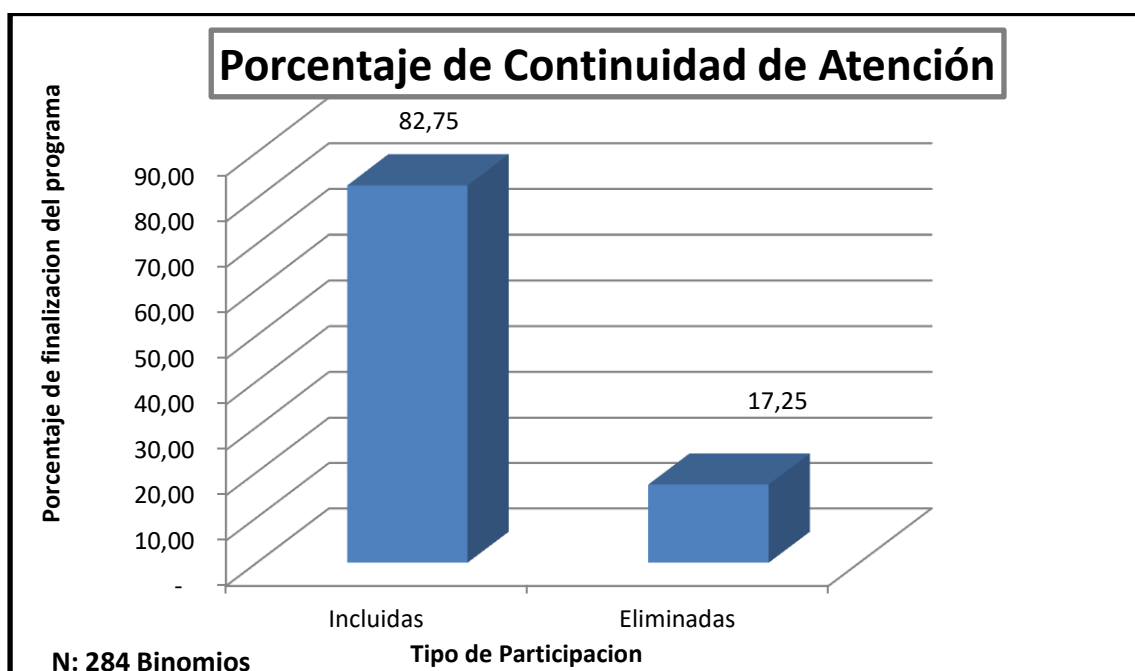


Figura K

7. Se realizó también la relación entre el nivel de educación de la madre y la detección de complicaciones. Se tuvo presente el total de binomios en los que a través del accionar de la enfermera de enlace, se detectaron complicaciones (127). Observándose que en el mayor porcentaje con 57%, tenían educación secundaria, y el 42% educación universitaria. En un porcentaje mucho menor el nivel de educación de la madre era primario (Ver Figura L)

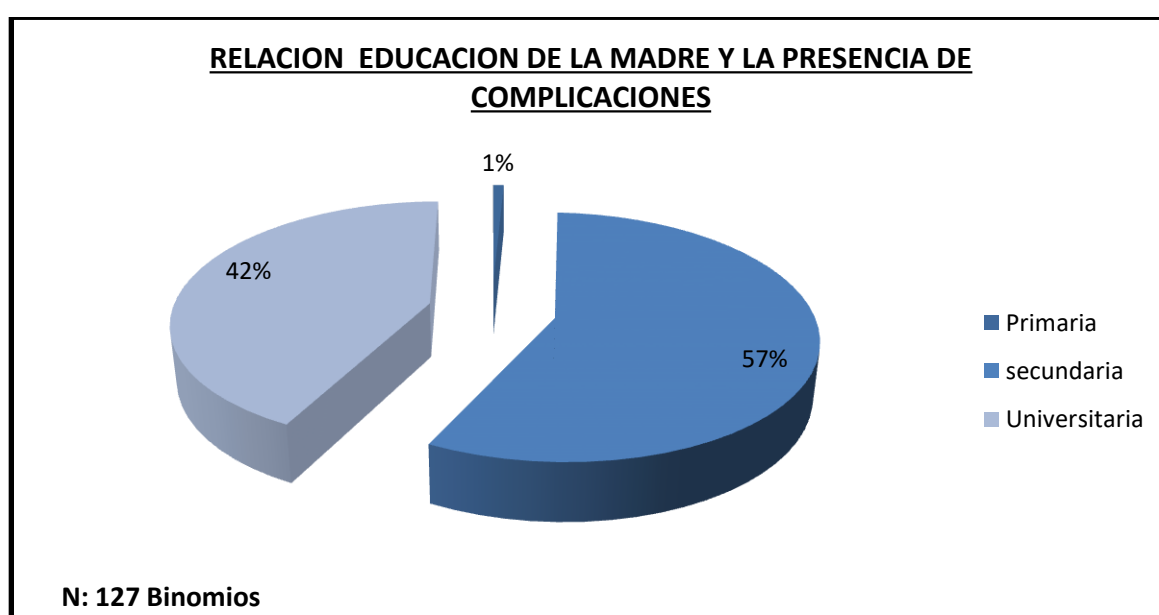


Figura L

8. También se relacionó, la presencia de complicaciones relacionadas a la lactancia materna en los binomios que finalizaron el programa en un total de 85, en los que se observa que en el 67% de los casos no presentaban lactancia previa, mientras que en un 32,94 % si presentaban lactancia previa. (Ver Figura K)

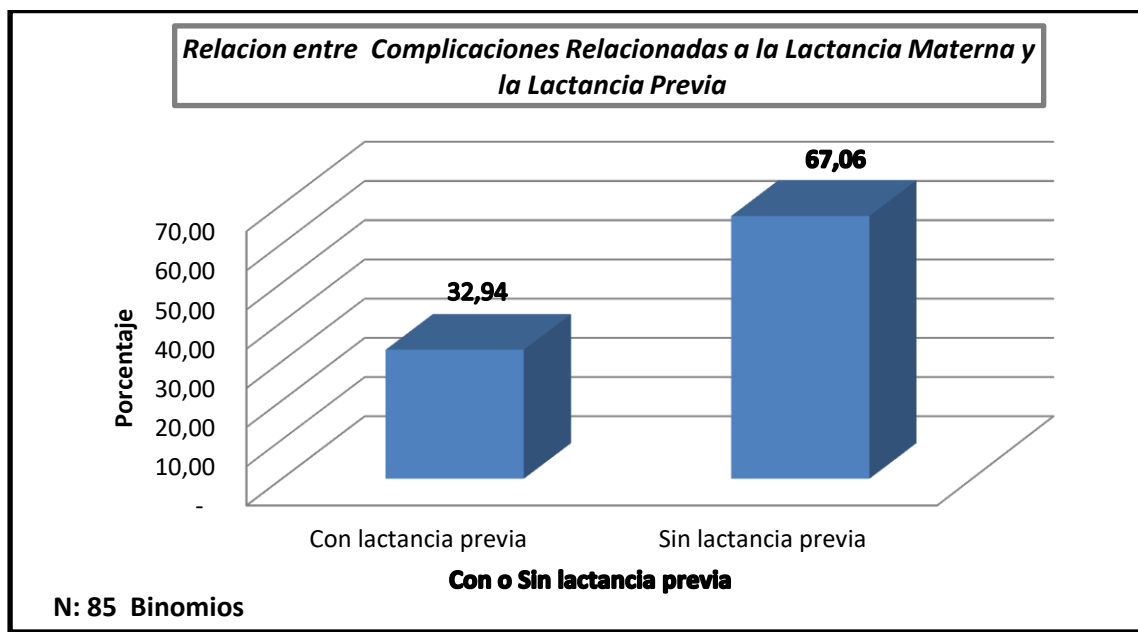


Figura K

9. Un aspecto importante considerado, son las complicaciones relacionadas a la lactancia materna. Las mismas fueron detectadas con el accionar de la enfermera de enlace en el 67% de los binomios, que presentaron complicaciones (127). Dentro de este tipo de complicaciones, se observaron signos y síntomas que pudieran afectar el normal desarrollo de la lactancia, como ser: Dificultad en la prendida del bebe, Dificultan en la mama y pezones, De otros tipo. En el mayor porcentaje (46%), se observó dificultad en la prendida del bebe, que se solucionó con educación y seguimiento. (Ver Figura L)

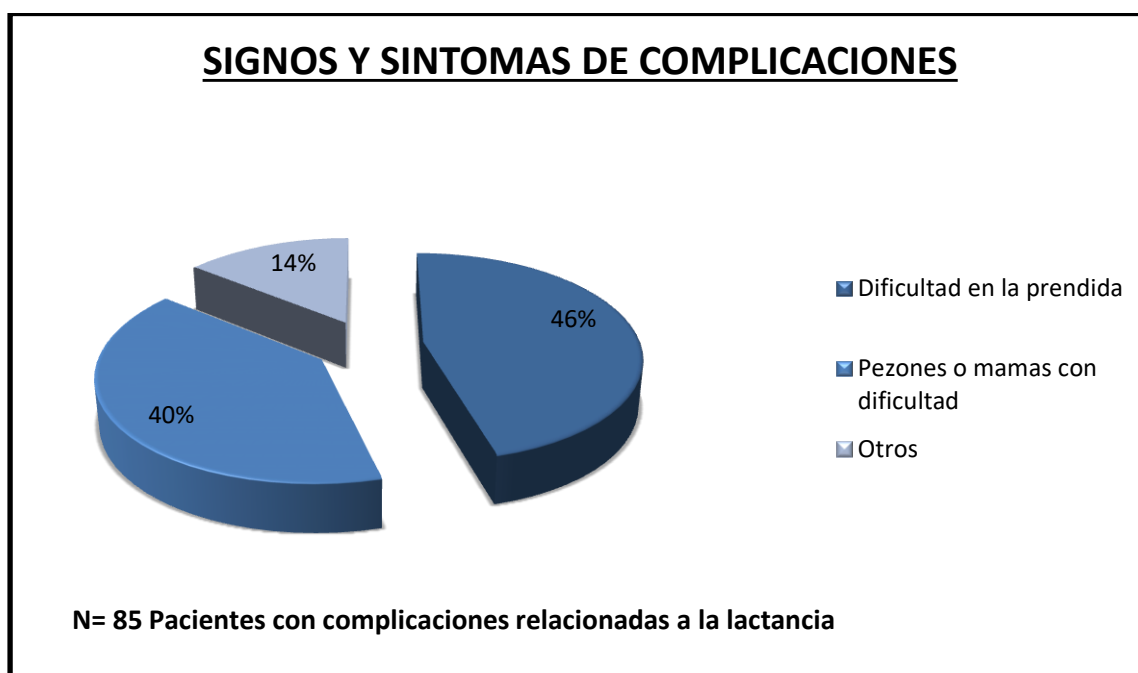


Figura L

Es de destacar como ya se expresó con anterioridad, que la Figura de la Enfermera de Enlace fue incorporada con éxito a la organización del Departamento Enfermería, de la Casa Hospital san Juan de Dios, brindando a la madre y su hijo una atención más personalizada y humanizada, permitiendo fundamentalmente, evitar complicaciones relacionadas la lactancia materna.

BIBLIOGRAFIA

- 1) SICILIAA, Juan Pedro & ÁLVAREZ TELLOB, Margarita & GALLARDO BATRES SANTOS, Pepa (2009). De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. Rev Adm Sanit. Pag 313-22
Disponible en:
http://www.secpal.com/%5Cdocumentos%5Cblog%5Carchivo_289.pdf
Consultado el 30/9/18
- 2) BOHÓRQUEZ GAMBA Onaidy & SANTANA Andrea & PÉREZ Laura & MUNÉVAR Rosa (2009). “Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio: traspasando las barreras hospitalarias”. Revista Avances en Enfermería, Volumen 27, Número 2, p. 139-149, 2009. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500. Colombia.
- 3) CASA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RAMOS MEJIA. Página oficial. Disponible en:
http://www.sanjuandedios.org.ar/quienes_somos.php
Consultado el: 15 de enero del 2017.
- 4) CORRALES-NEVADO, Dolores & ALONSO-BARBARRO, Alberto, & RODRIGUEZ-LOZANO, María Ángeles. (2012) Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS
Disponible en:
https://ac.els-cdn.com/S0213911111003700/1-s2.0-S0213911111003700-main.pdf?_tid=60961cd1-ac88-4922-8d85-03f8c6bec543&acdnat=1538825234_9d2663e76fc143a6e7be505689d8e8ba
Consultado el 01 de Octubre del 2018

- 5) CORREA CASADO, MATIAS. (2014). El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Esp Comun Salud*. 2014;5(2): 102-111 Página 103. *Rev Esp Comun Salud*. 2014;5(2): 102-111 Página 104.
Disponible:
https://www.researchgate.net/publication/311651831_El_informe_de_continuidad_de_cuidados_como_herramienta_de_comunicacion_entre_atencion_hospitalaria_y_atencion_primaria .
Consultado el 3/11/16
- 6) DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA. (2013). Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. (Pag114 a 128)
- 7) GARCIA TEROL, CLARA; CABALLÉ BEL, TERESA (2013). Taller d'al·lelament: “mares del parc”. Protocolo del Àrea materno-infantil hospital general. Parc Sanitari Sant Joan de Deus. Barcelona España
- 8) G. JÓDAR-SOLÀA, A. CADENA-ANDREUA, N. PARELLADA-ESQUIUSA, J. MARTÍNEZ-ROLDÁN (2005). Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *El Prat de Llobregat*. Barcelona. 36(10):558-62
Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-continuidad-asistencial-rol-enfermera-enlace-13082489>
Consultado el: Febrero 2017
- 9) GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA (2013). Guía de práctica clínica del recién nacido sano. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
- 10) GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA. (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.. (Pag 332.423)

- 11) HERNANDEZ ZAMPIERI ROBERTO, FERNANDEZ COLLADO CARLOS, BAPTISTA LUCIO Pilar. (2004). Metodología de la Investigación. IV edición. McGraw-Hili _ Interamericana. México. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/63>.
Consultado el: 01 de octubre del año 2016.
- 12) INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (2016). Millorar la coordinació en els 71referenc transversals amb els Hospitals de 71referencia: Atenció puerperal. Protocolo de trabajo de trabajo de atención Primaria. Parc Sanitari. Sant Joan de Deus. Detla del Llobregat. Barcelona España
- 13) LARGUÍA, A., GONZÁLEZ, M., SOLANA, C., BASUALDO, M., DI PIETRANTONIO, E., BIANCULLI, P., & ESANDI, M. (2011). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), Conceptualización e implementación del modelo. UNICEF. Argentina. Sección 1
- 14) MACEIRA, D., CEJAS, C., & OLAVIAGA, S. (2010). Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino. *Documento de Trabajo*,(49).
Disponible en:
[file:///C:/Users/Sandra/Downloads/49%20DT%20Salud,%20Coordinacion%20e%20integracion,%20Maceira,%20Cejas%20y%20Olaviaga,%202010%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Sandra/Downloads/49%20DT%20Salud,%20Coordinacion%20e%20integracion,%20Maceira,%20Cejas%20y%20Olaviaga,%202010%20(5).pdf)
Consultado el: 12/11/16
- 15) MANTEROLA CARLOS, OTZEM TAMARA. (2014). International Journal of morphology. Vol32 Nro 3. Temuco. Chile. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias. Guía Nro 2
- 16) MARTÍNEZ-GALÁN, P., & MARTÍN-GALLARDO, E., & MACARRO-RUIZ, & D., MARTÍNEZ-MARTÍN, E., & MANRIQUE-TEJEDOR, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería universitaria*, 14(1), 54-66.

Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>

Consultado el 30/9/18

- 17) MORÁN RODRÍGUEZ, J. C. & NAVEIRO RILO, E. & BLANCO FERNÁNDEZ, I. & CABAÑEROS ARIAS, M. & RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ y A. PERAL CASADO. (2009) Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad.

Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n2/original14.pdf>

Consultado el

01 de octubre del 2018

- 18) OMS 2017. Disponible en:

<http://www.who.int/topics/nursing/es/>

Consultado el: 15/1/17

- 19) OMS. (2010) La lactancia materna elemento clave para reducir la mortalidad infantil.

Disponible en:

http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/es/

Consultado el 02/10/18

- 20) PÉREZ ANDRÉS, CRISTINA Y MARTÍN MORENO, JOSÉ MARÍA. SOBRE LOS ESTUDIOS LONGITUDINALES EN EPIDEMIOLOGÍA. (2004). Revista Española de Salud Pública. Vol 78. Nro 2 España.

- 21) RODRÍGUEZ, V. F., VERDUGO, A. M., FERNÁNDEZ, I. P., & MARTÍN, M. G. (2007). Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). Enfermería Global, 6(1). ENFERMERAS HOSPITALARIAS DE ENLACE (GESTORAS DE CASOS) Disponible en:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/202>

Consultado el : 4/2/17

- 22) SAVINO C, REYES J. EL PROYECTO DE INVESTIGACION. (1999) Guía para su elaboración. 3ra Edición. Editorial Episteme. Orial Ediciones. Caracas
- 23) TOBAR, F., OLAVIAGA, S., & SOLANO, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Documento de Políticas Públicas, Analisis (108).
Disponibile en:
[http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012\[1\].pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012[1].pdf) Consultado el 4/2/17
- 24) VALENZUELA GALLEGUILLOS, Salomé & VÁSQUEZ PINTO, Estefany & GÁLVEZ ORTEGA, Pablo. (2106). “factores que influyen en la disminución de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: revisión temática y contexto en chile”. Revista Int. Salud Materno Fetal. Yo Obstetra. P. 14.
- 25) ZABALEGUI YÁRNOZ, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. Aquichan, 3 (1), 16-20
Disponibile en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004
Consultado el 27/11/16
- 26) ZURRO-SOLA. (2011). “Atención familiar y salud comunitaria”. España. Ed Elsevier.

ANEXOS