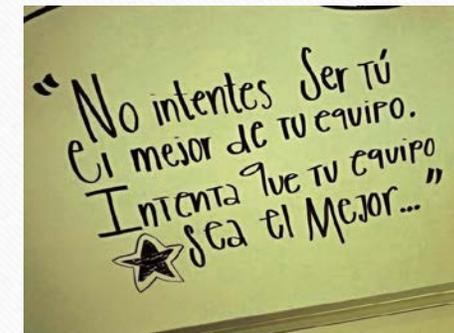




Reunión Clínica Servicio Neonatología Hospital Puerto Montt, 29/08/2022





Historia de la Neonatología

- No fue sino hasta la década de los años 60 del siglo XX que los términos “neonatología” y “neonatólogo” fueron aceptados, y se inició la neonatología moderna y el cuidado intensivo de recién nacidos prematuros, impulsado por desarrollos fundamentales como son la ventilación asistida y la nutrición por vía venosa. A inicios de los años 70 existían centros de neonatología en países desarrollados como EE.UU. y algunos países de Europa, con unidades de cuidados intensivos neonatales en los cuales, gracias a incubadoras, ventiladores mecánicos, al manejo de enfermería más especializado y a la nutrición parenteral se lograba sacar adelante a niños cada vez más prematuros. Así mismo se estaba empezando a desarrollar en la neonatología como consecuencia una incipiente preocupación por la prevención de complicaciones y secuelas neurológicas invalidantes



Historia de la Neonatología en Chile

- En los años 70 algunos pediatras chilenos se interesaron en especializarse en el tema y partieron a hacer estadías en el extranjero. Entre ellos estaban los Dres. Sergio Vaisman y Mario Ferreiro quienes fueron a formarse a EE.WUU., y el Dr. Juan Pablo Beca que fue a formarse a Inglaterra. A su regreso a Chile el contraste de la situación de la atención neonatal del país en relación a lo que habían vivido y aprendido fue crudo y chocante. Si bien el primer y único centro de prematuros de Chile se había ya formado y desarrollado en el Hospital Luis Calvo Mackenna en el año 1956, por los Dres. Jorge Howard, Clara Román e Inés Ebersperger, y la enfermera Grace Thompson, con el apoyo de UNICEF, la Oficina Sanitaria Panamericana y la OMS, aun no existía en el país ninguna unidad de cuidados intensivos propiamente tal y el cuidado de los pequeños prematuros en la mayor parte de Chile se encontraba a su vez muy atrasado respecto a este centro de referencia⁴. A modo de ejemplo, en muchos centros las muestras de sangre para exámenes se tomaban por punción en la fontanela posterior, lo cual producía ocasionalmente hemorragias sub-aracnoideas.

Revista Médica Clínica Las Condes

Volume 32, Issue 6, November–December 2021, Pages 633-639



Historia de la Neonatología en Chile

- A partir de conversaciones informales en un curso de neonatología patrocinado por la Sociedad Chilena de Pediatría, diez médicos de distintos hospitales comenzaron a reunirse para encontrar una forma de desarrollar la neonatología en Chile, el grupo se redujo a un pequeño comité conformado por los Dres. Juan Pablo Beca, Sergio Vaisman, Mario Ferreiro y Rubén Maler.
- Paralelamente varios se las ingeniaron para continuar el desarrollo en sus respectivos centros donde se iniciaban las primeras UCI neonatales. El Dr. Juan Pablo Beca fue el primero, en el Hospital Luis Calvo Mackenna, quien consiguió financiamiento para formar junto a la Dra. Clara Román la primera unidad de cuidado intensivo neonatal nacional en 1975, luego vendrían el Dr. Sergio Vaisman en el Hospital Barros Luco, el Dr. Jorge Torres Pereira en el Hospital Sótero del Río, y el Dr. Patricio Ventura-Juncá en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica.

Revista Médica Clínica Las Condes

Volume 32, Issue 6, November–December 2021, Pages 633-639

Hospital Puerto Montt

HISTORIA HOSPITAL DE PUERTO MONTT



Hospital de Puerto Montt Año 1950

La historia del Hospital de Puerto Montt se remonta al año 1853, en los comienzos de la colonización alemana en el sur de Chile, en esos años se levanta una barraca destinada a la atención y cuidados de los enfermos, ésta se ubicaba en las actuales calles Benavente con Pedro Montt. Años más tarde en 1875 comienza a funcionar el Hospital de la Caridad, que disponía de 50 camas, los enfermos eran atendidos por las religiosas de la Inmaculada Concepción. Estaba ubicado en la calle Egaña con diagonal Germania. Posteriormente en el año 1882 es llamado Hospital Santa María en honor al Presidente Domingo Santa María.

En el año 1938 es inaugurado el Hospital Regional, una moderna construcción con capacidad para 200 camas, ubicada en el área de la actual Intendencia Regional.



Hospital Base de Puerto Montt

Ubicado en Calle Seminario data de febrero de 1972, construcción con capacidad para 440 camas; en 1980 se construye un edificio anexo de un piso que actualmente alberga al Pabellón de especialidades. En 1995 se construye un edificio de tres pisos con 5.600 m², en el que se encuentran servicios y unidades de gran demanda y complejidad tecnológica como son: Unidad de Emergencia; Pabellones Quirúrgicos; Unidad de Paciente Crítico Adulto; Unidad de Neonatología para cuidados básicos, intermedios e intensivos; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; Pabellón de Partos y Unidad de Esterilización.



Desde el año 2014.
Ubicado en Los Aromos 65

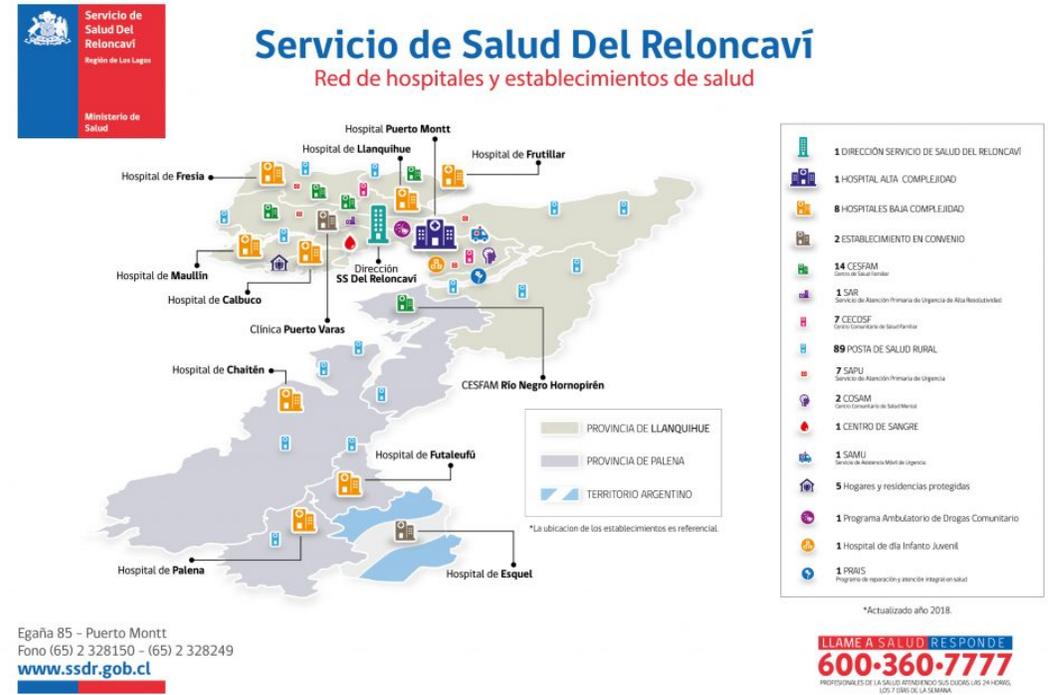
Historia de la Neo en el HPM

- Se inicia entre fines de los 70' y comienzos de los 80', impulsada por (entre otros) médicos como los Drs. Bruno Silva, Claudio Martinez, Gerardo Flores, Virginia Berríos y matronas como Ana María Tapia, Ximena Moreno y Erika Ortiz, se comienzan capacitaciones en intensivo, reanimación, etc., se forma técnicos paramédicos y poco a poco se van incorporando nuevos integrantes...



Acerca del HPM

- Hospital Autogestionado en Red (EAR): órgano desconcentrado adscrito a un Servicio de **Salud (Reloncaví)**, el cual tiene atribuciones para organizarse internamente para favorecer el trabajo en red.



Misión y Visión del HPM

Misión

“Somos un Hospital de alta complejidad, asistencial- docente, autogestionado en red. Contamos con un equipo comprometido, en constante perfeccionamiento y con tecnología de primer nivel. Estamos al servicio de nuestra comunidad brindando atención integral, oportuna y de calidad; en un marco de buen trato y participación social.”

Visión

“Ser el mejor Hospital Clínico del Sur de Chile, acreditado en calidad, con énfasis en el desarrollo de su equipo humano, integrado a la comunidad y comprometido con el medio ambiente.”

Valores del HPM

Valores

Compromiso: Sentir como propios los objetivos de la organización, previniendo y superando obstáculos que interfieren con el logro de los objetivos organizacionales. Facilitar y controlar la puesta en marcha de las acciones acordadas, cumpliendo con sus compromisos, tanto los personales como los profesionales.

Calidad: Excelencia en el trabajo a realizar, con amplios conocimientos en los temas del área del cual se es responsable. Poseer la capacidad de comprender la esencia de los aspectos complejos para transformarlos en soluciones prácticas y operativas para la organización y el beneficio de los usuarios, compartiendo el conocimiento profesional y la experiencia.

Respeto: Considerar la dignidad, la valía, la igualdad, la diversidad y la intimidad de los usuarios, pares y colaboradores.

Responsabilidad: Capacidad de comportarse con sensatez, sentido común, de acuerdo a las normas y tareas encomendadas por su experticia, con el fin de cuidar a las personas que se tienen a cargo (usuarios y funcionarios).

Transparencia: Implementar en la institución una gestión en salud pública objetiva, clara y verificable, permitiendo el acceso a la información en el ejercicio de ella, a través de los medios y procedimientos existentes en todos los niveles.



Organización actual HPM



**Dr. Jorge Ignacio
Cerda Cabrera**

Director (s)



Dra. Viviana Rivera Saba

Subdirectora de
Gestión Clínica



Nicolás Baeza Verdugo

Subdirector
Administrativo



**María Elena Flores
Lüttecke**

Subdirectora de la
Gestión del Cuidado



Jaime Toledo Carnot

Subdirector de las
Personas

Organización actual HPM



Dra. Viviana Rivera Saba

Subdirectora de
Gestión Clínica



Dra. Marcela Gonzalez P.
Coordinadora Centro de Responsabilidad Materno Infantil



Tatiana Mass
Administradora Cuidado de Matronería



Dra. Miriam Muñoz B.
Jefa UPC Pediátrica



Dr. Rodrigo Donoso M.
Jefe Servicio Neonatología



Dra. Loreto Twele M.
Jefa Servicio Pediatría



Dr. Carlos Millán V.
Jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia

Organización Servicio Neonatología



Dr. Rodrigo Donoso M.
Jefe Servicio Neonatología



Dr. Mauricio Marín R.
1er Subrogante



Dra. Patricia Álvarez C.
2da Subrogante



Dr. Jaime García
3er Subrogante

Secretario



Bárbara Oelckers
Matrona Supervisora

Matronas(es)

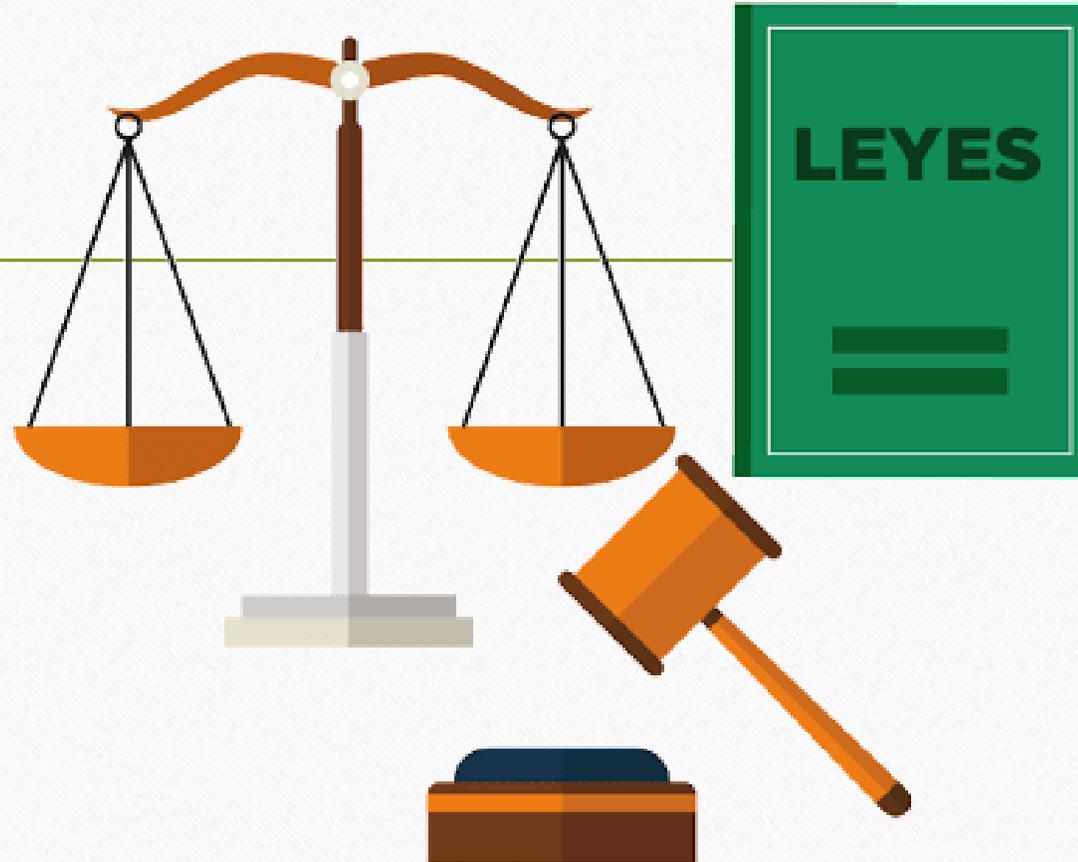
TENS

Auxiliares
de Servicio

Psicóloga

Médicos

Otros Profesionales dependientes de Otros Servicios: Nutricionista, Asistente Social, Kinesiólog(o), Fonoaudiólogo(a), Fisiatra
Químicos farmacéuticos y otros(as).



Leyes a Revisar

- Ley de derechos y deberes de los pacientes (ley 20.584)
- Ley IVE (ley 21.030)
- Ley Dominga (ley 21.371)
- Ley Acompañamiento de los pacientes (ley 21.372)
- Próximamente: “Ley Adriana” **busca terminar con los episodios de “violencia obstétrica”**. Concepto que engloba a las agresiones físicas o verbales que viven las mujeres durante el proceso de atención de su embarazo, parto y postparto, y que es considerada una violación a los derechos humanos.

Ley de derechos y deberes de los pacientes (ley 20.584)

Exige tus derechos



<p>Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.</p>	<p>Recibir un trato digno, respetando su privacidad.</p>	<p>Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.</p>	<p>Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.</p>
<p>Ser informado de los costos de su atención de salud.</p>	<p>No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.</p>	<p>Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.</p>	<p>Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.</p>
<p>Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual.</p>	<p>Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.</p>	<p>A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza.</p>	<p>Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.</p>
<p>Que el personal de salud porte una identificación.</p>	<p>Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.</p>	<p>Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.</p>	<p>Toda persona mayor de 60 años y/o con discapacidad tendrá derecho a Atención Preferente.</p>

y cumple tus deberes

<p>Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.</p>	<p>Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.</p>	<p>Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.</p>	<p>Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.</p>	<p>Tratar respetuosamente al personal de salud.</p>	<p>Informarse acerca de los procedimientos de reclamo.</p>	<p>Dar prioridad a personas con derecho a Atención Preferente.</p>
---	--	---	--	---	--	--

TODA PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFATORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

Ley IVE (ley 21.030)

- El Estado chileno, mediante la dictación de la Ley N° 21.030 reguló la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales:
- Primera causal: riesgo de vida de la mujer embarazada.
- Segunda causal: que el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.
- Tercera causal: embarazos que son resultado de una violación

Norma Técnica de ley IVE

- Norma contribuirá al ejercicio del derecho de acompañamiento y atención integral de las mujeres -adolescentes y adultas- que se encuentran en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el periodo siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo según sea el caso Esta Norma Técnica rige para todos aquellos prestadores de salud que realicen Interrupción Voluntaria del Embarazo, de acuerdo con la Ley N° 21.030. Esto incluye: 1) Prestadores de salud públicos y/o privados que suscriban convenio con los Servicios de Salud. 2) Prestadores de salud de Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública. 3) Prestadores de salud privados. Lo anterior, en armonía con las disposiciones de la Ley N°20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, sus reglamentos y toda otra norma que resulte aplicable.

Ley Dominga (ley 21.371)

- La Ley Dominga, promulgada el 21 de septiembre 2021, establece un estándar especial en relación con el manejo clínico y acompañamiento a madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal de un hijo o hija.
- El objetivo es que todas las instituciones de salud cuenten con un **protocolo en caso de muerte perinatal**, con manejo clínico y acompañamiento psico-emocional para contener a la madre, al padre y al núcleo más cercano.

Ley Dominga (ley 21.371)

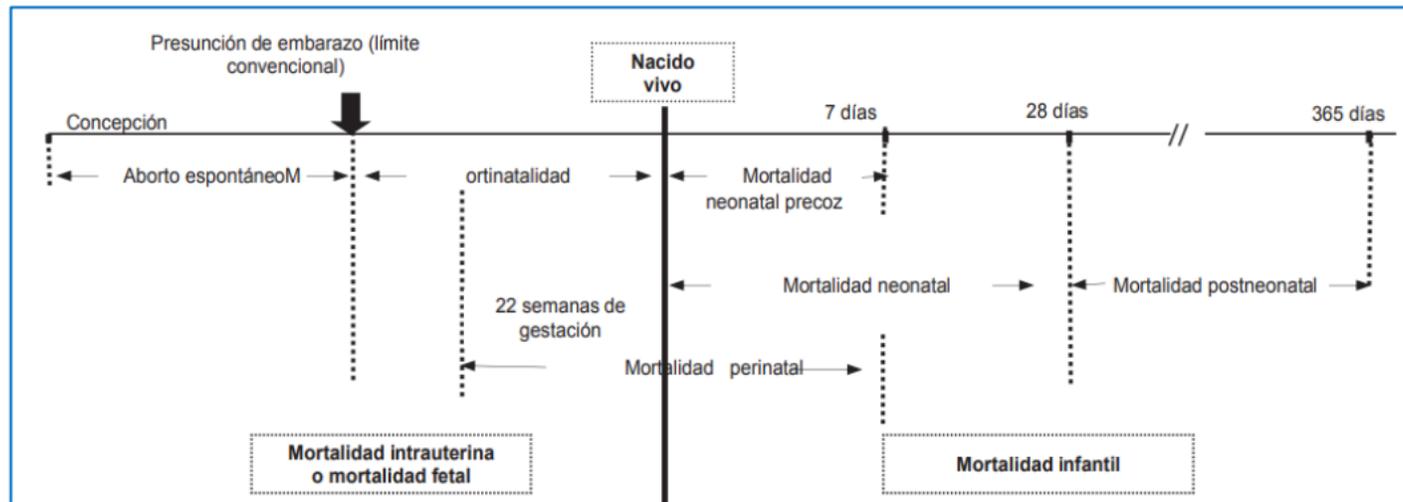
- Qué incluye la ley:
- Los profesionales de la salud deberán explicar de forma adecuada al padre, madre y personas significativas sobre el fallecimiento de su hijo o hija, y los procedimientos a realizar.
- Contar con asistencia inmediata y seguimiento multidisciplinario (matrona, psicólogo y psiquiatra).
- Toda pérdida de un hijo o hija, independiente de las semanas de gestación u horas de vida, debe ser reconocida; identificando datos del nonato o neonato, como nombre, peso, estatura, sexo y hora de nacimiento.
- Velar para que pacientes que viven este proceso no sean hospitalizadas en las áreas de maternidad de los centros de salud, evitando tener contacto con recién nacidos.
- Autorizar a al menos un acompañante durante procedimientos de legrado, ameu, inducción de parto o cesárea. Si el recinto lo permite, los controles posteriores se realizarán en salas aisladas y/o en horarios en los que no haya mujeres embarazadas o madres con sus recién nacidos.
- Brindar espacios de contacto digno y apropiado con la hija o hijo fallecido para iniciar el proceso de duelo. Permitir mirarlos, acunarlos o tomar registros de foto o video. En caso de muertes en el tercer trimestre de gestación, ofrecer la opción de disponer de los restos ovulares.
- Aumentar a siete días el permiso laboral en caso de muerte gestacional y a 10 días ante la muerte neonatal de un hijo.
- Asegurar que las mujeres o personas gestantes con antecedentes de muertes perinatales tengan acceso a acompañamiento de un equipo de duelo perinatal en las siguientes gestaciones.

Ley Dominga (ley 21.371)

- Definiciones importantes:
- Aborto: Interrupción del embarazo, antes de viabilidad fetal o antes de las 22 semanas de gestación y/o un peso menor a 500 gramos, espontáneo o inducido (El peso solo se considerará cuando no exista edad gestacional segura). Considera los siguientes diagnósticos: aborto completo, aborto incompleto, aborto inevitable y aborto retenido (incluido el huevo anembrionado).

Ley Dominga (ley 21.371)

Figura 1: Componentes de mortalidad según OMS



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Ley Dominga (ley 21.371)

- El duelo puede ser definido como una reacción normal ante la pérdida, ya sea la pérdida de una persona querida, etapa o evento significativo. Al ser una reacción, éste no constituye una enfermedad o patología, pero si resulta ser un acontecimiento altamente estresante de una relevancia enorme para la vida de las personas, y en el caso del duelo gestacional o perinatal lo es independientemente de la edad gestacional del hijo o hija

Ley Dominga (ley 21.371)

- El acompañamiento inadecuado o insuficiente del duelo gestacional y/o perinatal y la falta de información anticipatoria sobre los procesos fisiológicos post parto o post aborto puede ser una fuente de estrés significativa para los padres y para la familia, exacerbando el dolor emocional del duelo

Ley Dominga (ley 21.371)

Figura 2: Factores de riesgo de duelo gestacional y perinatal complicado

Factores de riesgo de duelo gestacional y perinatal complicado

- Antecedentes de enfermedad de salud mental
- Historia actual de episodio depresivo
- Duelo en el primer embarazo (primer hijo(a))
- Escasa información acerca de pérdidas durante la gestación y perinatales
- Mal manejo en la comunicación de la muerte gestacional o perinatal
- No contar con información acerca de lo sucedido o espacios para resolver estos aspectos con el equipo de atención
- Pérdidas o muertes recurrentes
- Escaso apoyo de pareja o acompañante significativo, familia, entorno familiar y/o ambiente laboral
- Duelo coincide con otras crisis vitales

Extraído y adaptado de López García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio.

Ley Dominga (ley 21.371)

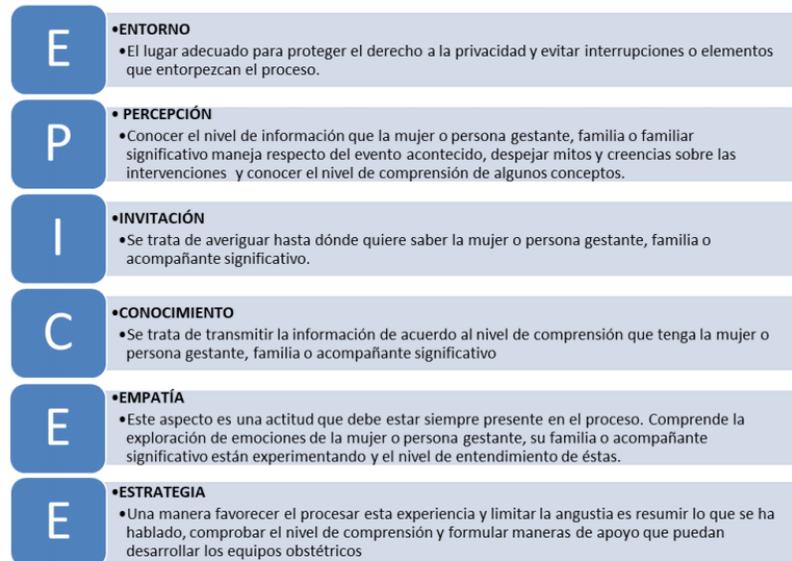
Figura 4: Componentes del acompañamiento integral al duelo gestacional y perinatal



Elaboración propia. Programa de Salud de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. 2022

Ley Dominga (ley 21.371)

Figura 5: Proceso de entrega de malas noticias para una comunicación humanizada.



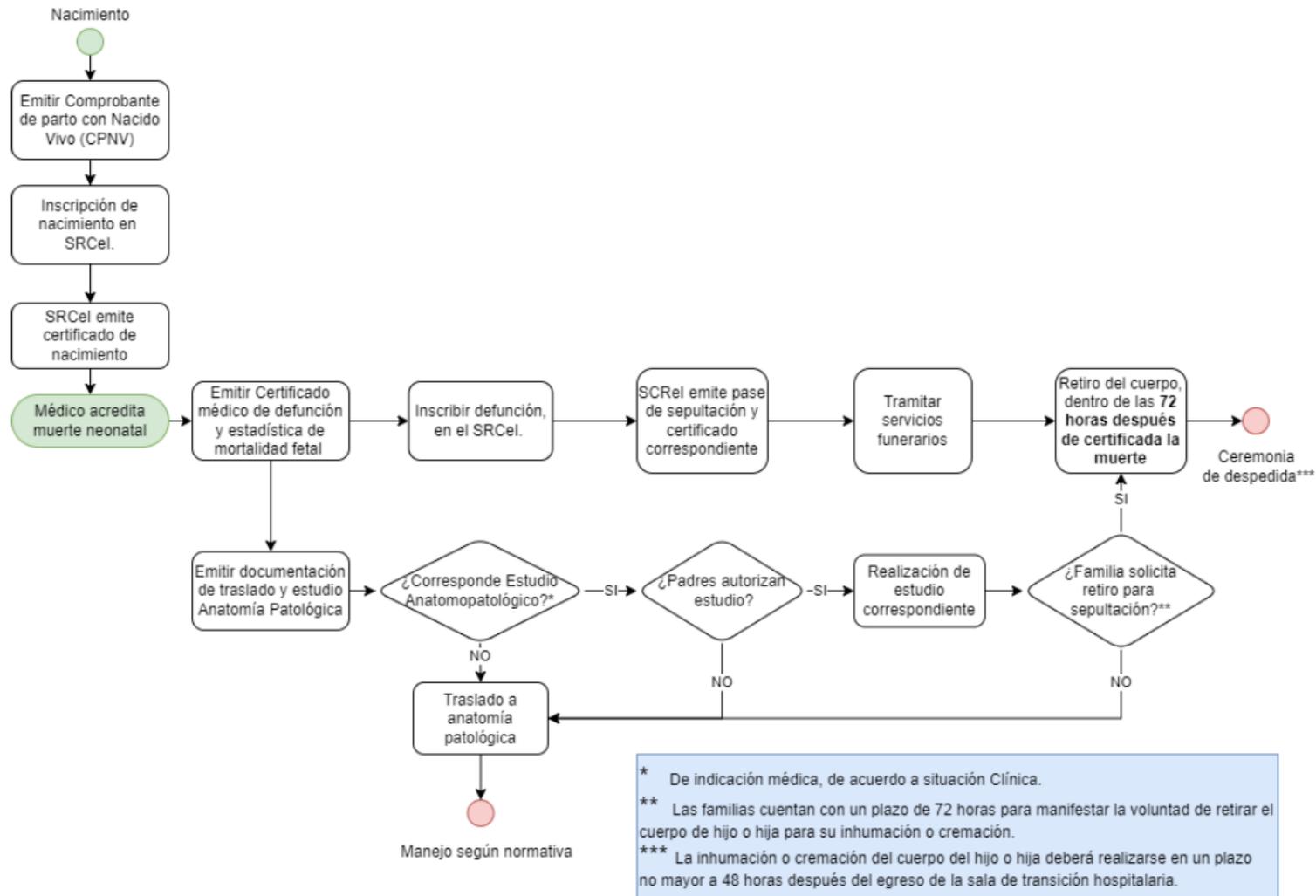
Extraído y adaptado por Programa de Salud Mental desde la Guía Práctica de Comunicación de Malas Noticias Propuestas para una comunicación humanizada. 2017

Ley Dominga (ley 21.371)

¿Qué decir?	¿Qué no decir?
<i>Frases que validen lo que siente la familia, ofrecer apoyo, mostrarse disponible.</i>	<i>Evitar cualquier frase que invalide o minimice lo que está sintiendo la persona afectada y su familia.</i>
<ul style="list-style-type: none">• “Siento lo que les ha pasado”• “Me imagino cuánto querían/esperaban a ese hijo(a)”• “Como equipo estamos aquí para apoyarlos”	<ul style="list-style-type: none">• “Sé fuerte”• “Es la voluntad de Dios”• “Todo pasa por alguna razón, es el destino”• “No es el fin del mundo”• “Ahora tienes un angelito”• “Ahora está en un lugar mejor”• “Al menos no llegaste a conocerle bien”• “Eres joven, ya tendrás más hijos”• “Debes ser fuerte por tus hijos/ esposo/ familia, etc.”• “El tiempo lo cura todo”• “No llores”

Elaboración Propia. Chile Crece Contigo. Piloto de Fortalecimiento de la atención del duelo perinatal - primera respuesta en hospitales de la red pública de salud.

Flujograma 2: Ruta administrativa ante muerte neonatal



Fuente. Elaboración propia. Programa Nacional de Salud de la Mujer. DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. 2022.

Figura 13: Permisos laborales y licencias médicas dirigidas a trabajadores que viven una muerte gestacional o perinatal*.

CASOS	CONSIDERA	PROGENITOR	DERECHO A	DOCUMENTOS A PRESENTAR
Por muerte de un hijo en periodo gestacional	Considera muertes gestacionales < 22 semanas o 500 gramos	Madre o persona puérpera	7 días hábiles pagados.	Certificado de defunción (emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (emitido por SRCel), según corresponda
		Padre o pareja	7 días hábiles pagados.	
	Considera muertes gestacionales > 22 semanas o 500 gramos (óbitos fetales)	Madre o persona puérpera	Licencia de reposo postnatal de 84 días	Licencia médica emitida por equipo de salud, de acuerdo a lo indicado en la Ley.
		Padre o pareja	10 días corridos de permiso pagado.	Certificado de defunción (emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (emitido por SRCel), según corresponda
Por muerte de un hijo nacido vivo (Mortineonato)	Considera muertes < 22 semanas o 500 gramos	Madre o persona puérpera	7 días hábiles pagados.	Certificado de defunción (emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (emitido por SRCel), según corresponda
		Padre o pareja	7 días hábiles pagados.	
	Considera muertes > 22 semanas o 500 gramos	Madre o persona puérpera	Licencia de reposo postnatal de 84 días	Licencia médica emitida por equipo de salud, de acuerdo a lo indicado en la Ley.
		Padre o pareja	10 días corridos de permiso pagado.	Certificado de defunción (emitido por médico) o certificado de registro de mortinato (emitido por SRCel), según corresponda
<i>En ambos casos, el permiso será adicional al feriado anual, independientemente del tiempo de servicio.</i>				
Cuando corresponda hacer uso del reposo postnatal, este prevalece por sobre el permiso laboral				
LICENCIAS MÉDICAS EN EL MARCO DE LA MUERTE GESTACIONAL O PERINATAL				
Además de los permisos mencionados anteriormente, los padres podrían requerir una licencia médica, posterior al término de su permiso laboral, para completar su recuperación física y mental. Esta licencia médica debe ser emitida por el médico tratante, a contar del término de sus días de permiso, en los casos que corresponda conforme a la evaluación clínica.				

Elaboración propia. Departamento de Ciclo Vital – DIPRECE y Departamento de Gestión Clínica y Procesos Hospitalarios – DIGERA. Ministerio de Salud, con asesoría de Dirección del Trabajo. 2022.

*Estos beneficios son de responsabilidad de la Dirección del Trabajo y SUSESO.

Ley Dominga (ley 21.371)

Ley Acompañamiento de los pacientes (ley 21.372)

- La presente ley modifica la ley N° 20.584, sobre los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en el sentido de agregar en su Art. 6°,

que trata del derecho a que los prestadores faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante los procesos de hospitalización y prestaciones ambulatorias, nuevos incisos segundo, tercero y cuarto, con el fin de regular el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes.

De acuerdo con estas nuevas disposiciones, los reglamentos internos de los establecimientos deben permitir, en todo momento, el acompañamiento de su padre, madre, de quien lo tenga a su cuidado, u otra persona significativa para el niño, niña o adolescente, con la excepción que ello constituya un peligro para él o ella u otros pacientes.

En el caso de mujeres en trabajo de parto, los establecimientos permitirán en todo momento la compañía de la persona que ella determine, con la única excepción de que se derive de ello un peligro para el niño o niña, o para la mujer.

Ley Acompañamiento de los pacientes (ley 21.372)

- La ley establece además que las personas que brinden acompañamiento a los pacientes durante su hospitalización o con ocasión de prestaciones ambulatorias deberán recibir siempre un trato digno y respetuoso, lo que debe materializarse en buen trato verbal, entrega de información, como también en el otorgamiento de condiciones para que ese acompañamiento sea adecuado para velar por la integridad física y psíquica del niño, niña o adolescente, atendido su interés superior.

Ley Acompañamiento de los pacientes (ley 21.372)

- La infraestructura y el equipamiento requerido para cada nivel de atención neonatal están definidos, en general, en la versión vigente del documento Norma Técnica Básica (NTB) del Ministerio de Salud de Chile. En lo que respecta al diseño de la planta física de las Unidades de Neonatología de nivel de complejidad II, III y IV se recomienda, al igual que para las unidades pediátricas, el modelo de habitación individual, ya que es el que la evidencia muestra como el diseño que mejor se adapta a las necesidades de un modelo de atención centrado en la familia, además de favorecer el neurodesarrollo, disminuir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud y asegurar el cumplimiento con los estándares de privacidad. La superficie asignada a cada cupo debe tener el espacio suficiente para dar cabida a la cuna o incubadora del recién nacido, a los equipos de monitorización y tratamiento, permitir el desplazamiento de equipos de radiología y ecografía y asegurar suficiente espacio para la permanencia prolongada de la familia con mobiliario cómodo (sillones reclinables) que permitan y faciliten la lactancia, la aplicación de método madre canguro y la interacción de los padres con el recién nacido.

Ley Acompañamiento de los pacientes (ley 21.372)

- 3.3 Consideraciones especiales Siempre se deberá garantizar el acompañamiento en servicios de hospitalización que albergan niños, niñas y adolescentes (hasta los 19 años) (44). No obstante, en las siguientes condiciones el equipo deberá promover y estimular el contar con personas que puedan acompañar las 24 horas a NNA:
- Neonatos y lactantes (primeros mil días), donde el vínculo con el cuidador significativo incide directamente en el neurodesarrollo y seguridad.

Ley Acompañamiento de los pacientes (ley 21.372)

- Restricciones por causas sanitarias: Padre, madre o la persona que esté realizando el acompañamiento, o pretenda hacerlo, no podrá cursar ningún cuadro infeccioso transmisible que no pueda ser contenido por algún medio (no farmacológico -como elementos de protección personal- o farmacológicos), durante el período de transmisibilidad. Esto rige para cuando el NNA se encuentre en sala común o individual.

Ley Acompañamiento de los pacientes (ley 21.372)

- Restricciones por causas no sanitarias:
- El equipo de salud podrá limitar el ingreso del acompañante en caso de que se encuentre en estado de crisis de salud mental, agitación psicomotora, encontrarse bajo los efectos del alcohol u otras drogas, alguna enfermedad contagiosa, o cualquier otra situación que ponga en riesgo la salud física y mental del NNA, durante la ocurrencia de la misma. □ Restricción legal o judicial que prohíba la visita del NNA hospitalizado. □ Tratándose de que el acompañamiento sea realizado por un adolescente menor de 18 años, éste debe ser facilitado en todo momento; no obstante, en horario nocturno, quedará sujeto al reglamento interno de cada establecimiento.

3.5 Medidas para la implementación

A continuación, se establecen las medidas a realizar por los establecimientos de salud para la implementación en servicios de hospitalización, tanto pediátricos como adultos, de baja, mediana y alta complejidad que atiendan a niños, niñas y adolescentes (0 a 19 años de edad).

Medidas inmediatas	Medidas a mediano plazo	Medidas a largo plazo
<ul style="list-style-type: none">- Establecer horarios diferenciados para visita y acompañante/s.- Hacer difusión sobre el derecho al acompañamiento.- Incorporar declaración y consentimiento o asentimiento respecto del acompañamiento al proceso de atención.- Incluir en reglamento interno lineamiento para el acompañamiento.- Sensibilizar y difundir a los equipos de salud la Norma Técnica y Administrativa.	<ul style="list-style-type: none">- Elaborar un diagnóstico sobre la implementación del acompañamiento.- Realizar un plan para el Establecimiento Hospitalario.- Elaborar indicadores de proceso y de impacto.- Evaluación anual del Plan de cierre de brechas.- Establecer estrategia de sensibilización y capacitación del personal.- Evaluar satisfacción usuaria de buen trato.	<ul style="list-style-type: none">- Establecer plan de cierre de brechas, como medida de mejora continua según plan.- Mejorar infraestructura y los recursos humanos necesarios.

Ley Acompañamiento de los pacientes (ley 21.372)



Proyectos en Curso del Servicio

- **NIRS:** en etapa de licitación, se adjudica el 13/09/22
- **Equipo de Rayos X:** Se solicitó compra de placa (chasis digital neonatal)
- **Monitores y Central de Monitoreo** nuevos para UPC: pendiente por presupuesto
- **Proyecto Ampliación Lactario:** En revisión y discusión

Otros

- **Vacunación Hepatitis B**, traspaso a personal de Obstetricia
- **Relación con internos – becados** (recordar rol docente asistencial del HPM)
- **Reuniones Clínicas:** se retomarán a partir de septiembre (cada 15 días), se solicitará auditorio del hospital 1 vez al mes
- **Proyecto Revista de Neonatología (SAVAL)**
- **Próximo Curso de Reanimación:** primeros días de octubre

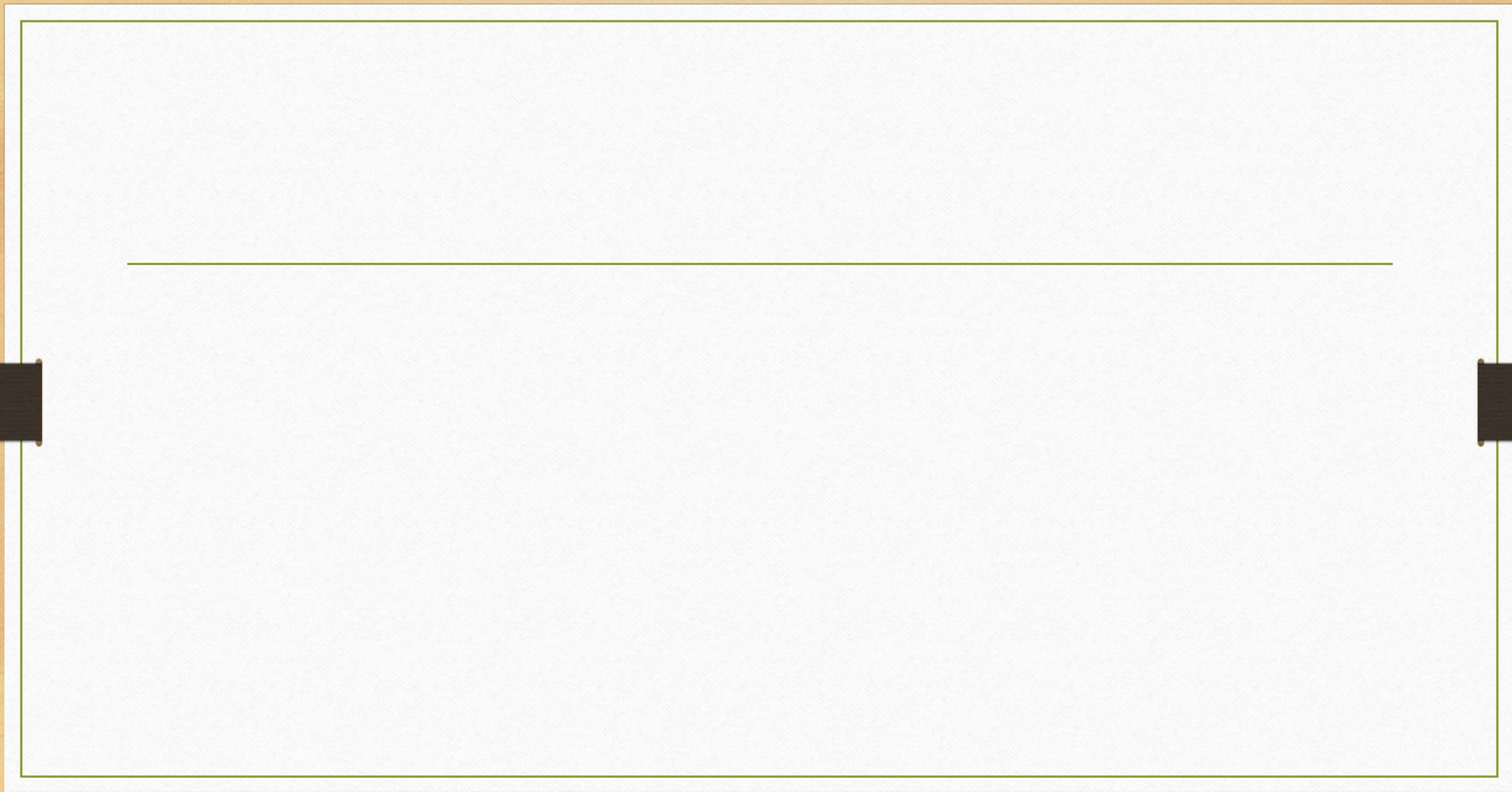
Otros

- **Feridos Legales y Administrativos:** Importante: El que solicita feriado es el responsable de firmar su solicitud, si no lo hace no se puede generar contrato al reemplazante y por consiguiente no le pagan. Fecha de corte: 22 de cada mes. Se plantea a los médicos generar calendario de vacaciones anual, como lo hacen los otros estamentos.
- **Permisos y Congresos:** la intención de esta jefatura será priorizar estímulos positivos, por consiguiente se priorizará permiso a estas actividades a quienes demuestren actitudes de cooperación y compromiso con el Servicio (además se revisará los históricos para tratar de ser justos)



Sociales

- Es intención de esta jefatura promover instancias de encuentro y recreación, como paseos, cenas del Servicio u otros similares. Se propone crear “comité de eventos sociales”
- Y lo más importante para el final...





Muchas



Gracias



Por



Su atención

www.frasesparami.com