

MATERNIDAD Segura y Centrada en la Familia [MSCF]

CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

PRIMERA EDICIÓN



MATERNIDAD

Segura y Centrada en la Familia [MSCF]

CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

PRIMERA EDICIÓN



Dirección editorial

Zulma Ortiz, Especialista en Salud de UNICEF

Autoría

A. Miguel Larguía, María Aurelia González, Claudio Solana, María Natalia Basualdo, Evangelina Di Pietrantonio, Pablo Bianculli y María Eugenia Esandi

Agradecimientos

Por sus valiosos aportes en la revisión final del contenido agradecemos a Elsa Andina, directora de la Maternidad Ramón Sardá; Guillermo Carroli, director del Centro Rosarino de Estudios Perinatales; y Ana Speranza, directora de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), marzo de 2011

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF):
conceptualización e implementación del modelo
140 p, 15 cm x 21 cm

ISBN: 978-92-806-4581-1

Impreso en Argentina
Primera edición, marzo de 2011
2.600 ejemplares

Edición y corrección: Dolores Giménez

Diseño y diagramación: www.fernandarodriguez.com.ar

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

buenosaires@unicef.org

www.unicef.org.ar

ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Este documento contiene dos secciones:

SECCIÓN 1 | Conceptualización del modelo MSCF

Describe los ejes conceptuales sobre los cuales se estructura el modelo MSCF, los principios que se agrupan dentro de cada eje, así como los resultados esperados a partir de su implementación.



SECCIÓN 2 | Pasos para la implementación del componente MCF en el marco del modelo MSCF

Describe la estrategia para la implementación del componente MCF en el marco del modelo MSCF.



TABLA DE CONTENIDOS

SECCIÓN 1 Conceptualización del modelo	
Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF).....	7
Antecedentes.....	9
Ejes conceptuales y principios del modelo MSCF.....	10
Descripción de los ejes y principios del modelo.....	13
SECCIÓN 2 Pasos para la implementación del componente	
MSCF en el marco del modelo MSCF.....	25
Los 10 pasos hacia una MCF.....	27
Actividades para la implementación de cada paso.....	32
ANEXOS	113
Anexo 1: Resumen de pasos, objetivos y actividades.....	113
Anexo 2: Conceptos y herramientas básicas para gestionar el cambio.....	123
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	133
LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS	139
PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA	141



SECCIÓN 1

Conceptualización
del modelo Maternidades
Seguras y Centradas
en la Familia (MSCF)

ANTECEDENTES

El modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF) constituye un paradigma de atención perinatal; fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires. La construcción de este modelo se realizó de manera progresiva, aunque no planificada o anticipatoria. En sus inicios, la maternidad incorporó diferentes intervenciones a un conjunto de prácticas innovadoras; poco a poco, estas prácticas fueron articulándose como piezas de un proceso complejo y en evolución continua (Uriburu et al., 2008). En los últimos años se comenzó a estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo, mejorarlo y replicarlo. Inspirada en la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN), creada por OMS-UNICEF en 1991 para promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina desde 1994, se propuso la iniciativa Maternidades Centradas en la Familia.

En 2007 se publicó la *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia* (Larguía et al., 2007), en la que se explicita el marco legal internacional y de la Argentina que sustenta el concepto de MCF y se detallan las acciones que pueden ser llevadas a cabo por las maternidades en su camino para ser “Centradas en la Familia”. A fines de 2008, la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) editó *El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas*, que describe la implementación de la iniciativa MCF en el Servicio de Terapia Intensiva de dicho hospital, se identifican factores críticos positivos y negativos, y se comunican las lecciones aprendidas. Ambas publicaciones ponen énfasis en cómo pueden realizarse acciones para lograr el cambio hacia una MCF, pero no proponen mecanismos de evaluación de las actividades desarrolladas.

Durante el último trimestre de 2009, UNICEF y Fundación Neonatológica (FUN) realizaron un trabajo conjunto con el fin de establecer un diagnóstico de situación en ocho maternidades situadas en diferentes regiones del país, que,

de acuerdo con la información provista por el Ministerio de Salud de la Nación, se encontrarían entre los principales 100 centros de atención perinatal. A su vez, durante ese mismo período, UNICEF trabajó, en cooperación con el Ministerio de Salud de la Nación, en un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura.

Con la intención de integrar la iniciativa MCF en toda su dimensión o, al menos, en sus aspectos esenciales, y la iniciativa Maternidad Segura, se conceptualizó un nuevo modelo integrado: Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), que define los criterios mínimos que debería reunir una maternidad para ser considerada MSCF.

EJES CONCEPTUALES Y PRINCIPIOS DEL MODELO MSCF

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna.

El modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 15 principios (Tabla 1). A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país. Para el logro de este propósito se pretende que:

las autoridades y el equipo de salud de la maternidad estén convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establezcan como una de sus prioridades;

el equipo de salud sea capaz de conocer e informar a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija;

los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado del hijo;

las autoridades de la maternidad se comprometan a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo y convoquen a miembros de la comunidad a involucrarse y participar en actividades de voluntariado;

el equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño;

la institución cuente con un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna mediante su participación en la iniciativa IHAMN.

Los ejes conceptuales y principios delimitan el alcance del modelo MSCF y definen los aspectos esenciales de la atención de la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio (Tabla 1).

TABLA 1. Ejes conceptuales, principios y resultados esperados del modelo MSCF

EJE CONCEPTUAL	PRINCIPIOS	RESULTADO ESPERADO
1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Es coherente con el pensamiento universal vigente: medicina centrada en el paciente (y su familia) y seguridad del paciente.</i> 2. <i>Es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.</i> 3. <i>Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.</i> 4. <i>No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de "derechos humanos".</i> 5. <i>Enfrenta la inequidad y la discriminación.</i> 6. <i>Admite publicidad en el marco de la ética.</i> 	Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades.
2. Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija.	<ol style="list-style-type: none"> 7. <i>Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.</i> 8. <i>Es gratificante para todos los agentes de salud.</i> 9. <i>Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.</i> 	El equipo de salud conoce e informa a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija.
3. Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.	<ol style="list-style-type: none"> 10. <i>Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.</i> 11. <i>Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.</i> 12. <i>Es costo-beneficiosa y replicable.</i> 13. <i>Participa en el cumplimiento de los objetivos del milenio.</i> 14. <i>Sus resultados pueden ser cuantificados.</i> 	La familia asume un papel protagónico en el cuidado de su hijo; las autoridades de la maternidad se comprometen a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo, y los miembros de la comunidad son convocados a involucrarse y a participar en actividades de voluntariado.
4. Uso de prácticas efectivas y seguras.	<ol style="list-style-type: none"> 15. <i>Es abarcativa e incluyente de todas las propuestas complementarias y específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa.</i> 	El equipo de salud adopta prácticas efectivas y seguras y desalienta el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño.
5. Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular, la iniciativa HAMN.		La institución elabora un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna por medio de su participación en el HAMN, y propone estrategias de promoción y asistencia conforme al contexto sociocultural en el que está inserta.

DESCRIPCIÓN DE LOS EJES Y PRINCIPIOS DEL MODELO

EJE CONCEPTUAL 1

Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención

Toda MSCF considera la atención centrada en la familia y segura como una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso por parte de sus autoridades y de los miembros del equipo de salud. El modelo MSCF, para promover un cambio en la cultura organizacional hacia un modelo centrado en la familia y la seguridad de la atención, se sustenta en tres principios.

PRINCIPIO 1 | El modelo MSCF es coherente con el pensamiento universal vigente: medicina centrada en el paciente (y su familia) y seguridad del paciente.

Las actuales prioridades reconocidas universalmente en relación con el futuro de la medicina se refieren, fundamentalmente, a dos aspectos: la medicina centrada en el paciente y la seguridad del paciente. En este sentido, el modelo MSCF es coherente con ambas prioridades. El paciente es la mujer embarazada, su hijo antes y después de nacer, y su familia, entendiendo como tal toda configuración vincular en la cual exista al menos un adulto responsable a cargo de los menores del grupo. Las familias presentan en la actualidad formas dinámicas y variadas a partir de las cuales son capaces de cumplir con su función. Representan, así, la unidad mínima funcional del tejido social.

PRINCIPIO 2 | El modelo MSCF es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.

Los avances científicos, y el consecuente mayor conocimiento diagnóstico y terapéutico en la asistencia obstétrica, permiten la atención adecuada de las patologías previas y concomitantes del embarazo y de las complicaciones del mismo. Esto se traduce en que la gran mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad severa materna y fetal sean evitables. Asimismo, las tecnologías cada vez más precisas (como el diagnóstico por imágenes) permiten realizar el diagnóstico temprano de situaciones y decidir la mejor alternativa para garantizar la salud materna en condiciones que antes comprometían gravemente su vida y la de su hijo en gestación (como, por ejemplo, el acretismo placentario y, el desprendimiento de placenta); además permite un diagnóstico precoz de anomalías en el desarrollo fetal, con un mejor abordaje para el futuro del bebé y para la contención familiar.

Por otra parte, estos progresos tecnológicos y del conocimiento científico se han visto reflejados muy especialmente en los resultados de sobrevida neonatal. Lo impensable hasta hace no mucho tiempo es ahora una realidad. Recién nacidos con peso inferior a mil gramos (g), por ejemplo entre 750 y 1.000 g, alcanzan porcentajes de sobrevida superiores al 80% en centros de alta complejidad asistencial. Aquellos con peso de nacimiento superiores a 1.000 g sobreviven prácticamente el 100% (excluyendo malformaciones letales). Por su parte, el uso de tecnologías más precisas en la asistencia obstétrica garantiza la salud materna en condiciones que antes comprometían gravemente su vida y la de su hijo en gestación.

Este progreso indiscutible debe ahora acompañarse con acciones que incluyan la participación de la familia y devuelvan el protagonismo a la mujer embarazada, luego puérpera, en el contexto de su grupo familiar. En resumen, sumar lo humanístico a lo tecnológico.

PRINCIPIO 3 | Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.

Hasta el momento el modelo MSCF, desarrollado en la *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, ha recibido el aval del Ministerio de Salud de la Nación, de la Dirección de Maternidad e Infancia, de la Academia Nacional de Medicina, de la Sociedad Argentina de Pediatría y de la Sociedad Argentina de Perinatología. A nivel internacional, consiguió el aval de la Organización Panamericana de la Salud y de UNICEF.

EJE CONCEPTUAL 2

Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija

El modelo MSCF protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo o hija. La protección de los derechos humanos es un aspecto esencial del modelo, que se sustenta en los siguientes principios básicos.

PRINCIPIO 4 | No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de “derechos humanos”.

Un número importante de propuestas asistenciales es motivo de discusión e incluso de controversia. El reconocimiento de madres, hijos y familia como *verdaderos dueños de casa* en las maternidades no debe ser considerado motivo de discusión o controversia, ya que se alinea con el concepto de “derechos humanos”. Los agentes de salud no deben sentirse desplazados por la familia, ya que su rol asistencial será por demás valorado puesto que es inherente a la posibilidad de las personas de ejercer el derecho a la vida, condición que resulta exclusivamente de una adecuada y comprometida asistencia integral en salud. El reconocimiento de estas acciones por parte de los

grupos familiares es altamente gratificante para todos los agentes involucrados en la asistencia perinatal.

■ PRINCIPIO 5 | Enfrenta la inequidad y la discriminación.

En nuestro país nacen más de 700.000 personas por año. Es importante señalar que el 60% de ellas lo hace en el sistema público, que ha sido el más postergado históricamente.

Este principio, se basa en el derecho de todas las madres y sus hijos a recibir atención adecuada, independientemente de su raza, su condición socioeconómica o su edad. La atención se sustenta en prácticas basadas en la evidencia científica, y respeta la privacidad, la autonomía y la capacidad de los padres de tomar decisiones informadas. El modelo promueve fuertemente el respeto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de las pacientes, su situación familiar y estilo de vida; se esfuerza por garantizar el derecho de los niños y las niñas a nacer en un ambiente de confianza y seguridad y por lograr que las relaciones entre las autoridades de la institución, el equipo de salud, los padres y las familias sean respetuosas, cálidas, efectivas y coordinadas.

Es un cambio de la cultura organizacional centrado en la mujer, en la familia y en el recién nacido, enfocado en la seguridad y prevención del error, orientado a las buenas prácticas e intervenciones basadas en la evidencia científica, apoyado en el desarrollo de habilidades técnicas y en la capacitación continua y afirmada en la responsabilidad, compromiso, comunicación y valores del equipo de salud.

■ PRINCIPIO 6 | Admite publicidad en el marco de la ética.

Las comunicaciones son esenciales para el progreso del conocimiento y para la información de la comunidad. En este sentido, el progreso ha sido constante y dinámico. Los medios de comunicación son diversos: gráficos, audiovisuales y, más recientemente, Internet, que permite un acceso universal.

La comunicación de aspectos de salud a la comunidad presenta dificultades para su comprensión y difusión, así como problemas éticos y la necesaria reserva relacionada con el secreto médico. En este sentido, los objetivos y las acciones del modelo MSCF no tienen ninguna de estas limitaciones. Por el contrario, la sociedad y sus integrantes deben conocer este programa para reclamarlo como un derecho inherente a todas las personas. La capacidad de “apropiarse” de la intervención acelerará los tiempos para su replicación.

EJE CONCEPTUAL 3

Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio

El modelo MSCF promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. También, estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de su hijo o hija. Los siguientes principios sustentan esta propuesta.

■ PRINCIPIO 7 | Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.

El modelo MSCF estimula la participación de la pareja y de la familia para satisfacer las necesidades de la mujer en cada etapa del embarazo y luego del nacimiento del bebé, promoviendo en todo momento su ayuda y colaboración.

El equipo de salud brinda información a la mujer y a su pareja de manera clara y comprensible, incluyendo aspectos como la evolución del embarazo, lo esperable dentro de la normalidad, los signos y síntomas que ameritan una consulta inmediata al médico, la aparición de situaciones que requieren

tratamientos o intervenciones: se informa a los padres para hacerlos partícipes de la toma de decisiones ante cada situación.

Una de las intervenciones más importantes relacionadas con mortalidad neonatal en el marco del modelo MSCF consiste en permitir el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología. Esta acción promueve su permanencia continua y, sobre la base de una capacitación progresiva, su participación activa en el cuidado de sus hijos. La permanencia de las madres se ve facilitada por la posibilidad de acceder a una residencia/hogar con oferta de cama y comida, al cuidado de un servicio solidario de voluntarias y voluntarios de la comunidad.

Los principales responsables de la mortalidad neonatal son la prematuridad y sus patologías asociadas. Téngase en cuenta, por ejemplo, que los recién nacidos (RN) de muy bajo peso (< 1.500 g), que representan solamente el 1% de los RN, contribuyen en más del 30% a la mortalidad neonatal global. La participación activa de los padres en los servicios de neonatología tiene múltiples beneficios potenciales que resumimos a continuación.

Ahorra horas de enfermería neonatal, que es un recurso humano crítico pero siempre insuficiente en número: al asumir tareas de fácil aprendizaje y que requieren poco tiempo, como por ejemplo, la alimentación por *gavage* con sonda naso u orogástrica. Los RN prematuros deben ser alimentados mediante esta técnica habitualmente cada dos horas, es decir doce veces por día, hasta que son capaces de alimentarse por succión; los tiempos invertidos son de 15 a 20 minutos en cada toma. Si las enfermeras se liberan de esta tarea pueden ocuparse más eficientemente de asistir a los pacientes críticos.

Disminuye el riesgo de infección intrahospitalaria (IIH) por la asistencia individualizada de madres y padres respecto de sus hijos: luego del síndrome de dificultad respiratoria, la IIH, es decir sepsis tardía, es la principal causa de morbilidad neonatal en los prematuros. Su etiología es, fundamentalmente, la utilización de técnicas invasivas y un inadecuado lavado de manos por parte de los agentes de salud. Si únicamente las

madres y los padres se hacen cargo de la higiene y alimentación de sus hijos o hijas, reducen las posibilidades de transmisión de patógenos por médicos y enfermeras.

Incrementa el porcentaje de alimentación a pecho al alta en RN prematuros: las madres con permanencia continua extraen su leche varias veces por día en sectores especiales acondicionados para tal fin. Al momento del alta mantienen la lactancia y, por ello, más del 80% de los RN de muy bajo peso egresan con alimentación a pecho, una de las más reconocidas medidas para disminuir la mortalidad infantil. La provisión de leche humana (LH) tiene reconocidas propiedades antiinfecciosas, antiinflamatorias e inmunomoduladoras para la alimentación (fortificada) de hijos prematuros: la utilización de LH (a veces fortificada) está contemplada en la iniciativa HAMN, la cual es fuertemente respaldada por el modelo MSCF. La lactancia materna se asocia a una significativa reducción de las infecciones y de la enterocolitis necrotizante en RN internados.

Implementa el “monitoreo *multiparamétrico*” de los hijos que permite la detección precoz de apneas, respiración periódica, cambios de coloración, de tono, de llanto y de la tolerancia a la alimentación, y no requiere mantenimiento preventivo ni insumos. Además, no está expuesto a desconexión eléctrica o de alarmas: los padres, por su permanencia continua, conocen rápidamente el estado de sus hijos y detectan todos los cambios, aun los más sutiles, de ahí la denominación *multiparamétrico*. Este entrenamiento es esencial para una población tan vulnerable como la que constituyen los prematuros, y de gran ayuda para los padres una vez que el RN es dado de alta.

Contribuye a identificar problemas en el funcionamiento del servicio cuya solución mejoraría la calidad y la seguridad de la atención: la presencia continua de los padres permite identificar dificultades relacionadas, por ejemplo, con una insuficiente cantidad de agentes de salud en relación a la demanda del servicio o, también, la inadecuada respuesta a las alarmas de los equipos. Los padres con ingreso irrestricto se convierten en los principales garantes del trabajo de los agentes de salud.

Facilita el acceso a la planificación familiar: todas las madres de prematuros presentan el factor de riesgo más alto de tener un nuevo prematuro en su próximo embarazo. La presencia de los padres de RN prematuros en la sala incrementa las oportunidades de encuentro con los miembros del equipo de salud, que pueden aprovechar para informarlos sobre la importancia de realizar estudios fuera del embarazo, y asesorarlos sobre cómo decidir el momento para una nueva gestación y mejorar, de esta manera, las condiciones de embarazos futuros. Facilitar la accesibilidad a métodos de anticoncepción es importante para conseguir intervalos intergenésicos recomendados.

Facilita la detección de adicciones, conductas de riesgo, violencia familiar y riesgo social sanitario: los tiempos prolongados de internación de prematuros y RN enfermos facilitan la intervención oportuna de los agentes de salud mental y del área de servicio social.

Incrementa la adherencia a los programas de seguimiento en consultorios externos: los mayores tiempos de internación permiten a los padres reconocer el marco protector de la institución, y de esta manera se asegura la permanencia en los programas de seguimiento.

■ PRINCIPIO 8 | Es gratificante para todos los agentes de salud.

La salud pública enfrenta desde siempre una situación de crisis, de la cual los agentes de salud no están exentos. Déficit presupuestario, programas que pierden continuidad, deterioro de la planta física de las instituciones, obsolescencia del equipamiento, interrupciones en la provisión de insumos, recurso humano insuficiente y con fuertes postergaciones en la retribución económica, etc. El modelo MSCF, por sí solo, no puede corregir esta realidad, pero sí ofrece la posibilidad de que los agentes de salud comprometidos con ella se sientan gratificados por el reconocimiento de las familias beneficiadas.

PRINCIPIO 9 | Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.

La comunidad, ahora informada sobre el modelo MSCF, tiene la posibilidad de participar activamente con propuestas inherentes a su idiosincrasia y cultura. Este aporte enriquece el modelo al incluir características históricas y poblacionales, así como experiencias locales de vida.

EJE CONCEPTUAL 4

Uso de prácticas efectivas y seguras

El modelo MSCF promueve la efectividad y la seguridad de la atención de la mujer y de su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.

PRINCIPIO 10 | Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.

La comunidad científica pretende, con razón, que las intervenciones sean objeto de evaluación con metodología de investigación acorde, para ser consideradas beneficiosas o, por el contrario, perjudiciales. Como resultado de revisiones sistemáticas, metaanálisis y otros enfoques más actuales, la medicina incursiona en el concepto de *basada en la evidencia*. A pesar de que existen limitaciones en esta concepción, su validez es reconocida y, en este sentido, nuevamente, el modelo MSCF cumple ampliamente con esta exigencia.

PRINCIPIO 11 | Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.

La medicina moderna está centrada en el paciente (y su familia) y cuida su seguridad. El objetivo siguiente es alcanzar calidad continua, para lo que el modelo MSCF es un excelente marcador, porque implementa acciones de calidad.

PRINCIPIO 12 | Busca promover intervenciones costo-efectivas y replicables.

Los planes sociales, y especialmente los que se aplican en salud, tienen como prerrequisito que sean de impacto social, innovadores, eficientes (realizados con bajo costo), eficaces (replicables con idénticos resultados), en resumen: costo-efectivos. El modelo MSCF pretende alcanzar este objetivo mediante la promoción de intervenciones de relativo bajo costo y de probada efectividad clínica, para una población vulnerable como es la materno-infantil.

PRINCIPIO 13 | Participa en el cumplimiento de los objetivos del milenio.

La reducción de la mortalidad de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio así como la reducción de la mortalidad infantil se encuentran entre las metas establecidas por dos de los 10 objetivos del milenio. El modelo MSCF es una estrategia que contribuye al logro de ambos objetivos.

PRINCIPIO 14 | Sus resultados pueden ser cuantificados.

Toda iniciativa necesita ser evaluada periódicamente para confirmar el impacto social deseado y modificar los aspectos no alcanzados. El modelo MSCF tiene la posibilidad de ser monitoreado con una guía que cuantifica el cumplimiento de los pasos e identifica fortalezas y barreras.

EJE CONCEPTUAL 5

Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular, la iniciativa HAMN

El modelo MSCF promueve fuertemente la lactancia materna y el involucramiento y la participación de las maternidades en la iniciativa HAMN.

PRINCIPIO 15 | El modelo MSCF es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias.

El modelo MSCF puede ser interpretado erróneamente, como restringido a los derechos de las familias en relación con la gestación y el nacimiento de sus hijos. Sin embargo, esto no es así. Para posibilitar su verdadero protagonismo, es necesario que las maternidades cumplan con todas las actividades asistenciales, incluyendo las preventivas, vinculadas con la salud de los pacientes. Son ejemplos de ello su correlato “maternidades seguras” y propuestas tales como la promoción de la consulta preconcepcional, el cuidado de la salud de la mujer fuera del embarazo, la decisión del momento del embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos, las condiciones de los servicios que garanticen una adecuada atención de los embarazos y partos normales, como así también de las complicaciones que puedan surgir y poner en riesgo la vida de la madre, el bebe intraútero o el recién nacido, la prevención de infecciones intrahospitalarias, la capacitación en reanimación cardiopulmonar, el uso de tecnologías apropiadas y costo-efectivas, la promoción de la lactancia materna, los monitoreos no invasivos y la prevención de la retinopatía del prematuro de la desnutrición posnatal del recién nacido de muy bajo peso. Además, en todas las áreas (desde control prenatal e internación conjunta hasta cuidados intensivos) se jerarquiza la pesquisa de determinantes sociales de impacto desfavorable para su enfoque correspondiente.



SECCIÓN 2

Pasos para la implementación
del componente MCF
en el marco del modelo
MSCF



La implementación del componente MCF en el marco del modelo MSCF requiere una intervención compleja¹ y se sustenta en la realización de 10 pasos.

El cambio de modelo de una maternidad tradicional a una MSCF presenta complejidades de distintas dimensiones:

Incluye distintos componentes que actúan a lo largo del proceso de atención de la embarazada, desde su primer contacto con la maternidad hasta que su hijo o hija es dado/a de alta en el seguimiento ambulatorio.

El logro de los resultados depende de cambios que deben alcanzarse a distintos niveles del sistema: en la cultura, la estructura y el funcionamiento de la organización; en la conducta de los miembros del equipo de salud e, incluso, en la de las madres y sus familiares.

Los resultados son de distinta índole: algunos están relacionados con la efectividad del proceso de atención, otros con la protección de los derechos de los padres y del recién nacido, otros con el fortalecimiento de otras iniciativas, como el HAMN.

LOS 10 PASOS HACIA UNA MSCF

La estrategia para la implementación del componente MCF en el marco del modelo MSCF abarca 10 pasos, que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del recién nacido en el seguimiento ambulatorio. Algunos de estos pasos, como 2, 3, 4, 5 y 7, son atravesados transversalmente por los ejes conceptuales; otros, como el 6 y 9, se alinean con los ejes a lo largo del continuo de la atención. Los pasos 1 y 10 establecen el contexto cultural necesario para la implementación del modelo, y su transferencia hacia adentro y hacia afuera de la institución, respectivamente (Figura 1).

¹ Pueden ser descritas como intervenciones que contienen múltiples componentes que interactúan entre sí. La complejidad puede estar dada por distintos aspectos de la intervención, como, por ejemplo, a diferentes poblaciones objetivo, diferente tipo de resultados.

<http://www.mrc.ac.uk/Fundingopportunities/Highlightnotices/MRPmethodsresearch/index.htm>.

PASO 1 | Reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución.

Hay consenso institucional para desarrollar acciones de MSCF, presupuestado destinado para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario que lidera las acciones necesarias.

PASO 2 | Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal (CPN).

Se facilita la asistencia al CPN con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se promueve la articulación entre las distintas áreas de la Maternidad, de manera de facilitar la realización de los procedimientos diagnósticos indicados en el CPN en los días de consulta de la embarazada. Se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, lactancia materna, procreación responsable y acerca del curso de preparación para la maternidad.

PASO 3 | Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y en el parto.

Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y en el parto, tanto normal como patológico. Se alienta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos, posiciones en el parto, etc. Se estimula la lactancia materna precoz y el vínculo temprano madre-hijo.

PASO 4 | Priorizar la internación conjunta madre- hijo sanos con la participación de la familia.

Se evita la separación del binomio madre-hijo sanos o con patologías leves. Se facilita el acompañamiento durante la internación y la visita de los padres y demás familiares.



PASO 5 | Facilitar la inclusión de madre y padre y del resto de la familia en la Internación Neonatal.

Padre y madres tienen ingreso irrestricto en la Internación Neonatal y se facilita la visita de hermanos y abuelos del recién nacido internado. Se promueven el contacto piel a piel (COPAP) y la lactancia materna.

PASO 6 | Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita permanencia junto con los recién nacidos internados.

La RM permite la permanencia de la mayoría de las madres de los niños internados, en un ambiente confortable, coordinado por voluntariado hospitalario.

PASO 7 | Contar con un servicio de voluntariado hospitalario.

El voluntariado hospitalario debe realizar acciones de apoyo a las embarazadas/madres y a sus familias en todas las áreas de la maternidad y en la Residencia para Madres RM.

PASO 8 | Organizar el seguimiento del recién nacido sano, y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

Antes del alta, el equipo de salud coordina con los padres el seguimiento alejado de los recién nacidos sanos y, especialmente, de aquellos de riesgo. En las consultas de control, se facilita la participación de la familia.

PASO 9 | Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN.

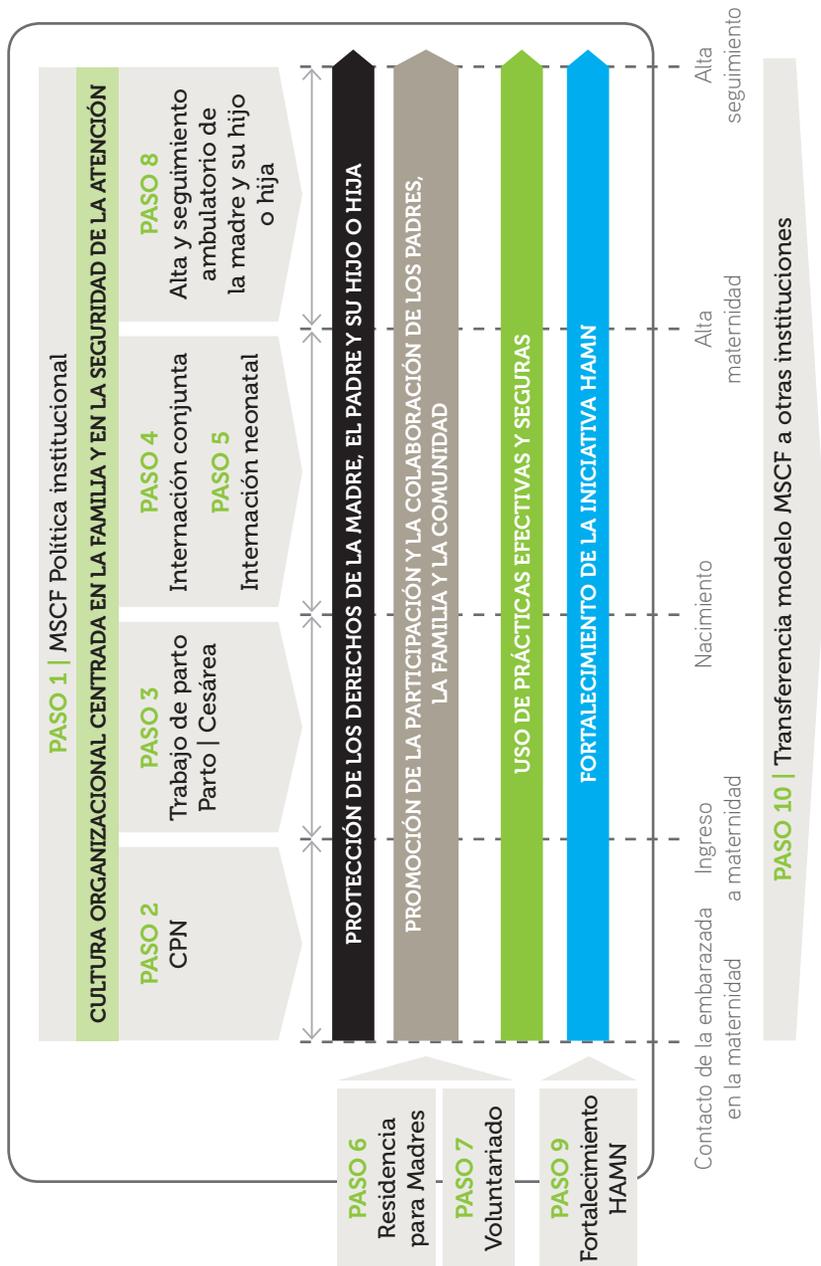
La maternidad trabaja activamente en la promoción de la lactancia materna para lograr la acreditación de HAMN (OMS-UNICEF-Ministerio de Salud) o bien para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa iniciativa.

PASO 10 | Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación en MSCF.

La institución y sus equipos de salud reciben asesoramiento y apoyo de otras instituciones (ONG, otras maternidades, gobierno, etc.) y, a su vez, brindan el mismo apoyo a otras maternidades, de manera de constituir una red de MSCF.

La implementación de cada paso supone la realización de distintos tipos de actividades que deberían facilitar el logro de los objetivos propuestos por el modelo MSCF. En el Anexo 1 se describen una serie de aspectos y conceptos básicos que deberían ser considerados al momento de implementar las actividades de cada paso y que, en líneas generales, contribuirían a gestionar el proceso de transformación de la Maternidad en una MSCF.

FIGURA 1. Ejes y pasos para la implementación



ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CADA PASO

PASO 1

Reconocer el concepto Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la institución.

La implementación de este paso se alinea con el eje conceptual 1, Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención. Es un paso clave para el resto de las actividades de implementación del componente MCF en el marco del modelo MSCF.

El cambio de la cultura de una organización supone un proceso lento, gradual y de progresiva aceptación por parte de todos los miembros del equipo de salud y, en particular, de los líderes formales (autoridades de la institución) e informales (profesionales sin autoridad formal pero ampliamente reconocidos por la mayoría de sus pares y colegas).

PASO 1 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.

1. La implementación de este paso busca que tanto las autoridades como el equipo de salud reconozcan el concepto MSCF como una política institucional.

Se considera que una institución adopta el concepto MSCF como política institucional cuando existe convencimiento y compromiso explícito de sus autoridades para la implementación del modelo, el cual se traduce en la existencia de consenso y la asignación de los recursos humanos, financieros y edificios necesarios para la transformación de la maternidad en una MSCF.



■ PASO 1 | Actividades para el logro del objetivo propuesto

EJE CONCEPTUAL | Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.

OBJETIVO 1 | Tanto las autoridades como el equipo de salud reconocen el concepto MSCF como una política institucional.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 1

Para el desarrollo de actividades que contribuyan a la modificación de la cultura organizacional y la adopción del concepto MSCF como política institucional, es necesario considerar las barreras que operan en cada maternidad.

Las experiencias previas muestran que una de las principales barreras para alcanzar este objetivo resulta del desconocimiento de la iniciativa por parte del personal de la institución, así como de la necesidad de involucramiento de *todos* los miembros del equipo de salud. Debe señalarse que la adopción del modelo MSCF no es propiedad intelectual de ninguna persona o grupo de trabajo, pero sí, necesariamente, compromete a todo el hospital. No involucra solo a los profesionales, sino a todos los integrantes de la institución.

Si bien cada maternidad deberá considerar las barreras propias que operan en la adopción del concepto MSCF como política institucional, existe una serie de actividades que se consideran de cumplimiento necesario para el logro de los objetivos del paso 1.

Estas actividades se relacionan con cada uno de los aspectos que definen la existencia de una política institucional mencionados con anterioridad.

1.1. Creación del consenso entre las principales autoridades de la institución respecto de la importancia de implementar el modelo y adherir al marco legal que rige la atención perinatal.

1.1.1. Realización de **actividades de difusión y diseminación** de los ejes conceptuales y de los principios del modelo MSCF dirigida a los responsables de conducción y al Consejo Técnico Ampliado con representantes de todas las áreas, que serán brindadas por profesionales con experiencia en su implementación en maternidades con probada trayectoria en MSCF.

Estas actividades incluyen la realización de talleres con el equipo de salud, en los cuales se explicará la fundamentación legal nacional e internacional del modelo² y se distribuirán materiales relevantes, como la versión resumida de la *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia* y este manual.

1.1.2. Preparación de un acta de compromiso de posible cumplimiento, que incluya los objetivos que se plantea la institución para su transformación y para la adopción del modelo MSCF, y que avale las reivindicaciones postergadas, propias de nuestros hospitales (obras edilicias, nombramientos, equipamiento...).

1.2. Asignación de recursos humanos para que la institución pueda liderar y llevar adelante el proceso de transformación.

Supone la designación *formal* de un equipo de trabajo multidisciplinario capaz de liderar el proceso de transformación y con un *fuerte aval* por parte de las autoridades de la institución y de los servicios involucrados.

La implementación del modelo MSCF solo es posible mediante la coordinación de las acciones por los profesionales pertenecientes a los distintos servicios, en especial, quienes están directamente involucrados con la implementación de la iniciativa (neonatología, ginecología y obstetricia) y otros, como enfermería, obstétricas, salud mental, asistencia social. Este equipo debe estar *formalmente constituido*, lo que implica que los miembros del equipo han sido designados por los jefes del servicio y que se reconocen las actividades que realizan (cuentan con tiempo asignado específicamente a las actividades para la implementación del modelo o tienen reconocimiento monetario).

2 Largaia et al., ob. cit., págs. 30-32. www.funlargaia.org.ar, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles.



Las actividades del equipo deberán estar lideradas y organizadas por un coordinador, quien deberá contar con experiencia y capacidad para el manejo del trabajo grupal. Tendrá un conocimiento profundo del modelo MSCF y de los pasos e intervenciones necesarias para la implementación del componente MCF, así como del perfil y de las habilidades de cada uno de los integrantes del grupo.

El coordinador será responsable de *interactuar* con las autoridades de la institución y de informarles acerca de los avances y necesidades del proyecto; gestionar los recursos para su implementación, y *difundir* y *diseminar* el modelo a los jefes de los principales servicios involucrados.

Para facilitar el proceso de trabajo grupal, el coordinador deberá pautar con los restantes integrantes las reglas operativas que permitirán un funcionamiento más adecuado del equipo MSCF.

Durante todo el proyecto, el coordinador deberá: a) interactuar con los miembros individuales del equipo; b) asegurarse de que el grupo tenga la información relevante y los recursos requeridos; c) proporcionar a todos los miembros la oportunidad de contribuir; d) gestionar los tiempos pautados para el cumplimiento de las consignas.

A su vez, en las reuniones del grupo, deberá: a) moderar las discusiones según la agenda; b) mantener el debate focalizado y evitar la interrupción por conversaciones secundarias así como la dominancia de algunos miembros; c) animar una discusión constructiva, sin forzar acuerdos; d) facilitar el consenso; e) resumir los puntos y las decisiones principales del debate.

Para conformar el equipo, se propone:

1.2.1. Constitución del equipo MSCF: selección, por parte de las autoridades de la institución, de un grupo de personas *motivadas* provenientes de distintas disciplinas, cuya participación es necesaria para la implementación del modelo, sin exclusiones de origen y avaladas por las respectivas jefaturas.

1.2.2. Presentación de la propuesta por parte del equipo MSCF a otros comités y profesionales de la institución: una vez conformado el equipo, este deberá presentar el modelo y solicitar la colaboración del Comité de

Docencia e Investigación, del Comité de Ética, del Comité de Calidad, del Comité de Seguridad, de la Asociación de Profesionales y de otros representantes relevantes.

1.3. Asignación de recursos financieros y edilicios para que sea posible la implementación de las actividades necesarias para el proceso de transformación.

Las autoridades y el equipo MSCF que liderará la transformación de la maternidad deberán realizar una evaluación y una propuesta respecto de los recursos financieros y edilicios que requerirá la implementación de las actividades.

Esta propuesta debe contener aspectos como la reasignación de recursos preexistentes, con un plan “maestro” que defina prioridades (mejoras edilicias, RM, espacios para educación para la salud, etc.). Debe comprometerse la participación de la comunidad local³.

El principio rector es : *El área materno-infantil debe parecerse lo menos posible a un hospital.*

Asimismo, deberán revisarse las reformas edilicias en virtud de las necesidades planteadas por el modelo y considerando los resultados de la evaluación basal realizada con los instrumentos contenidos en la Grilla de Observación del Manual para la aplicación del instrumento de evaluación del componente MCF en el marco del modelo MSCF.

■ PASO 1 | Resultados esperados

Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades.

³ Larguía et al., ob. cit., cap. “Gestión de recursos financieros” (Esnaola, F), págs. 66-71. www.funlarguia.org.ar, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles.

PASO 2

Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el CPN.

Toda MSCF facilita la asistencia al CPN mediante diversas estrategias que priorizan la participación de la embarazada y su familia, la educación para la salud, así como la protección de los derechos de la embarazada, tanto durante la consulta como en su preparación para la maternidad.

La inclusión de la comunidad es esencial para facilitar a las mujeres y a sus familias la comprensión y la articulación de sus necesidades de salud. En este sentido, la educación comunitaria debe alentar a las familias y a los individuos a la búsqueda de servicios de salud con confianza y sin demora.

Durante el embarazo y especialmente en el momento del nacimiento, cualquier mujer puede desarrollar complicaciones con compromiso vital que requieran tratamiento por personal altamente calificado. Dado que no hay manera confiable de predecir qué mujeres desarrollarán estas complicaciones, es esencial que todas tengan acceso a atención obstétrica de alta calidad durante el embarazo, y muy especialmente durante e inmediatamente después del parto.

Ser asistidas en una maternidad que cumpla las condiciones obstétricas y neonatales esenciales es un derecho de las madres, sus familias y la comunidad a la que pertenecen.

La disponibilidad de servicios de calidad no producirá las mejoras de salud deseadas si las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades no tienen posibilidades de mantenerse sanos, de tomar decisiones saludables y de actuar en consecuencia.



PASO 2 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

1. Facilitar el acceso de la embarazada al CPN.
2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del CPN, que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo.

Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

3. Empoderar a las mujeres y a sus familias sobre el valor del nacimiento seguro y centrado en la familia.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

4. Fortalecer el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable de la realización de los controles prenatales.

Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

5. Fortalecer la implementación de prácticas para la preparación de la lactancia materna promovidas por la iniciativa HAMN.

■ PASO 2 | Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL | Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

OBJETIVO 1 | Facilitar el acceso de la embarazada al CPN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 1

A fin de facilitar el acceso de la embarazada al CPN, se recomienda:

1.1. Implementación de un sistema de turnos programados: la posibilidad de concertar una cita, con mínima espera, aumenta la chance de concurrencia oportuna al CPN dado que es más probable poder combinarlo con las obligaciones familiares y/o laborales de las mujeres.



1.2. Realización de la evaluación de riesgo inicial y citación por parte de una obstétrica: la entrevista de admisión debería ser realizada por una obstétrica, quien, sobre la base de la guía de práctica clínica vigente en el centro, evaluará las características de la mujer y su familia y establecerá el riesgo basal. Teniendo en cuenta este riesgo y a partir de los datos del SIP (Sistema Informático Perinatal), la obstétrica citará a la mujer, de manera de evitar tiempos de espera prolongados, en particular, en embarazadas de alto y/o moderado riesgo.

1.3. Ampliación de la franja horaria de atención en caso de que hubiera horarios restringidos: la posibilidad de asistir a la consulta a la mañana y a la tarde facilita que la embarazada acceda al CPN.

1.4. Creación o mantenimiento de un Hospital de Día: el manejo del embarazo de alto riesgo en un área especializada en cuidados ambulatorios permite la evaluación integral, exhaustiva y en el mínimo tiempo posible de la mujer, del estado de su embarazo y las probables patologías, y del bienestar fetal.

Para los servicios de maternidad de alta complejidad y elevado número de partos, es deseable que existan áreas de Hospital de Día para embarazadas, con el fin de concentrar estudios de diagnóstico y/o tratamiento. Esta modalidad de atención evita internaciones innecesarias, facilita la permanencia de las mujeres con sus familias y minimiza el discomfort vinculado con la separación de la mujer de su entorno más cercano; por otra parte, el contacto más estrecho con el núcleo familiar de la embarazada aumenta su aceptación de las características especiales y del riesgo del embarazo en curso.

El Hospital de Día constituye una alternativa en el seguimiento de las siguientes patologías: restricción de crecimiento, hipertensión, diabetes, síndrome antifosfolipídico y toda patología que a consideración del equipo no requiera finalización electiva inmediata, sino evaluación cuidada.

La permanencia de la mujer en el Hospital de Día representa un tiempo valioso para la educación orientada a los cuidados de salud requeridos especialmente en estos grupos de pacientes. Es claro, asimismo, el beneficio del empoderamiento de las mujeres y sus familias a fin de conseguir un cuidado seguro del embarazo de alto riesgo; ellos son los mejores monitores de los cambios no fisiológicos del embarazo que aumentan el riesgo. En la Tabla 2 se presentan las características básicas que debe reunir el Hospital de Día.

TABLA 2. Características básicas que debe reunir el Hospital de Día

Se postula que la paciente concurra en forma programada por la mañana, se realice los estudios complementarios, reciba educación sobre la patología y se retire con la evaluación completa en el transcurso de la tarde.

Las plazas serán de 0,5 a 1 cada 1.000 partos. Estas plazas pueden ser camas o sillones confortables, ubicados dentro del servicio de obstetricia.

Debe contar con acceso a sanitarios y garantizar un servicio de comida a las embarazadas que asisten para control.

No requiere equipamiento especial pero debe tener asignado personal médico y de enfermería que, entre otras tareas, controle a las embarazadas y acceda a los estudios de laboratorios, entre otros.

1.5. Adecuación de los espacios dentro de la maternidad de manera de facilitar y hacer más confortable la espera de la embarazada.

1.5.1. Salas de espera confortables: implica contar con asientos suficientes para las mujeres y sus acompañantes, baños para hombres y mujeres en número adecuado y con limpieza frecuente, temperatura ambiente acondicionada según la época del año, televisores que transmitan mensajes de Educación para la Salud y actividades programadas para minimizar la espera.



1.5.2. Áreas de juego para niños y guardería: un número importante de mujeres no tienen con quién dejar a sus otros hijos y, por ese motivo, o no concurren al CPN, o los llevan consigo dificultando su atención.

1.5.3. Consultorios adecuados: deben ser amplios, no compartidos, con sillas para la mujer y su acompañante. Deben resguardar la privacidad y la dignidad de la mujer que se asiste evitando que quede a la vista de otras personas mientras es revisada. Se debe contar con sanitarios dentro del área de la consulta.

1.5.4. Otros servicios: es importante brindar acceso a otros servicios, como, por ejemplo, la cafetería o la biblioteca.

EJE CONCEPTUAL | Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

OBJETIVO 2 | Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del CPN, que garanticen el respeto a los derechos de la embarazada y de su hijo.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 2

El equipo MSCF de la institución debe realizar actividades (talleres, generación de espacios de reflexión, observación y devolución) con los miembros del equipo de salud responsables del CPN, que contribuyan a la adopción de conductas fundadas en el respeto a los derechos de la embarazada y de su hijo. Debe darse especial importancia al trato amable y respetuoso, al derecho a la privacidad y al acompañamiento de la embarazada en sus controles, así como en el momento de ser admitida en el hospital para el nacimiento de su hijo (Anexo 1).

2.1. Adopción de conductas, por parte del equipo de salud, sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y de su hijo: en estas actividades debe enfatizarse la importancia de que la atención sea personalizada, recordando que los verdaderos protagonistas de cada encuentro son las mujeres y sus familias. Toda interacción con las familias

debe comenzar con la presentación del proveedor sanitario que la lleva a cabo, el lugar que ocupa en el cuidado de la salud de esa mujer, y si no es la persona que habitualmente desarrolla esa tarea, se debe dar a conocer el motivo (por ejemplo: “Hoy la atiendo yo porque el doctor López está en otro lugar del hospital”).

La información debe ser clara y adecuada en contenido para la familia. Toda indicación debe ser provista en forma verbal y escrita, para facilitar su comprensión y su cumplimiento. Debe repreguntarse sobre la comprensión, especialmente en el caso de que se estuviera indicando medicación (droga, dosis, vía de administración, periodicidad y duración del tratamiento).

Proveer atención de manera impersonal, no presentarse por el nombre, conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos, no respetar la privacidad de la mujer que puede estar a la vista de otras mujeres o acompañantes, son situaciones cotidianas que deben evitarse. No se debe gritar a las mujeres o acompañantes, se deben respetar sus pautas culturales o sus dificultades idiomáticas. Se debe indagar sobre problemas personales o sobre los sentimientos de la mujer.

2.2. Implementación del acompañamiento durante el CPN: se ha investigado muy poco acerca del valor de una compañía en el CPN, por lo que es escasa la evidencia disponible en este aspecto.

Sin embargo, es claro el beneficio en prevención de los errores latentes del sistema cuando hay un tercer participante en el momento en que se explican los pasos a seguir, la forma de prescripción, la dosis y los requerimientos especiales de la medicación indicada. El mensaje recibido por dos personas minimiza la posibilidad de eventos adversos vinculados con la medicación, el bienestar fetal y la oportunidad de concurrencia a los servicios de emergencia.

La mujer y sus familias sin duda tienen interés en reducir el riesgo para sí mismas y para sus niños. El hecho de estimular (sin forzar) la presencia de quien la mujer elija, para que la acompañe durante los procedimientos obstétricos o ginecológicos habituales en el CPN, seguramente reducirá sus miedos.



Existen a menudo largas esperas para obtener un turno para que la embarazada sea atendida o para realizar un estudio, lo que contribuye de manera significativa a la ansiedad de las mujeres. La frustración y la sensación de desamparo son inevitables, sumadas al enojo contra los servicios de salud. Estas dificultades pueden reducirse al permitir la presencia de un acompañante.

2.3. Desarrollo de una estrategia de apoyo a padres adolescentes: las embarazadas y sus parejas adolescentes merecen una atención especial, por parte de un equipo multidisciplinario.

2.4. Desarrollo de una estrategia de apoyo a padres de recién nacidos especiales (que presenten anomalías genéticas y congénitas): de especial importancia por el impacto psicosocial que puede tener en la pareja.

EJE CONCEPTUAL | Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

OBJETIVO 3 | Empoderar a las mujeres y a sus familias sobre el valor del nacimiento seguro y centrado en la familia.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 3

3.1. Realización de actividades de Educación para la Salud durante la espera de la embarazada: tanto en la consulta como en la sala de espera (por ejemplo, mediante videos, personal entrenado, folletos) se debe ofrecer información acerca de los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo, sobre los signos que deben motivar una consulta no programada y sobre aquellos que ameritan una consulta de guardia.

Además, el CPN es una excelente oportunidad para brindar información específica sobre lactancia materna, asesoramiento en procreación responsable y prevención de infecciones de transmisión sexual (en especial, VIH/SIDA) y sobre violencia familiar.

En numerosas ocasiones el CPN es el único contacto de las mujeres en edad fértil; por ello, esta oportunidad educativa debe ser aprovechada al máximo.

3.2. Realización de actividades de Educación para la Salud durante la entrevista de CPN: en esta ocasión, la embarazada debe recibir información específica sobre prácticas que previenen la aparición de enfermedades que ponen en riesgo su salud y la de su hijo, la procreación responsable y la preparación para la maternidad.

En particular, toda embarazada debe ser aconsejada sobre:

La prevención de infecciones de transmisión sexual y los riesgos asociados al uso de tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo.

La importancia y los métodos de procreación responsable: todas las embarazadas deben ser informadas sobre la importancia de la consulta preconcepcional, el derecho a decidir el momento de un nuevo embarazo y las alternativas de anticoncepción que mejor se ajusten a sus condiciones clínicas, personales y culturales.

La preparación para la maternidad/paternidad: todas las embarazadas y sus parejas deberían poder acceder a los cursos para la preparación para la maternidad/paternidad. Los miembros del equipo de salud deberían recomendarles fuertemente la necesidad de su realización e informarlos respecto de los lugares y los horarios disponibles.

Estos cursos deberían dictarse en horarios razonables, amplios y accesibles, incluyendo —en la medida de las posibilidades de cada centro— un horario disponible en un día sábado. Durante los cursos se deberá brindar, a la embarazada y su acompañante, información clara, suficiente y adecuada sobre el embarazo, el parto y el puerperio, y entrenarlos en la detección de los signos de alarma. Esto aumentaría su satisfacción a lo largo de todo el proceso, e incrementaría su conocimiento de los motivos de consulta urgente a la guardia, disminuyendo el miedo a lo desconocido.

La duración del curso debe ser definida por el equipo, aunque la recomendación para Latinoamérica es de alrededor de 3 o 4 horas.

EJE CONCEPTUAL | Uso de prácticas efectivas y seguras.

OBJETIVO 4 | Fortalecer el uso de prácticas efectivas y seguras por parte del equipo responsable del CPN en la maternidad.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 4

4.1. Implementación de prácticas efectivas, basadas en la evidencia, durante el CPN: el equipo MSCF debe fortalecer la adopción de prácticas efectivas sustentadas en la evidencia científica por parte del equipo de salud a cargo del CPN; por ejemplo, el consejo a la embarazada acerca de la alimentación adecuada, los riesgos según el tipo de actividad laboral, la prevención de enfermedades sistémicas (HTA, diabetes), la prevención de anemia e infecciones de transmisión sexual, y los riesgos que conlleva el uso de tabaco, alcohol o drogas. Existe clara evidencia sobre el riesgo que representa el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales para la salud de la madre y de su hijo. La consejería a la embarazada es una parte esencial del CPN. En la tabla 3 se presentan las prácticas del CPN y el momento en el que se recomienda su realización.

4.2. Promoción de la atención del embarazo de bajo riesgo a cargo de obstétricas: otra de las prácticas que promueve la MSCF es la realización de controles prenatales por parte de las obstétricas. Estas profesionales son las más idóneas para la atención del embarazo normal y estarían capacitadas para diagnosticar desviaciones de la normalidad que requieran asistencia médica especializada.

Según una Revisión Sistemática Cochrane, las mujeres se muestran más satisfechas con la atención proporcionada por una partera o por un médico generalista que con la atención conjunta por tocoginecólogos, aunque en ambos casos la efectividad clínica es similar.



El CPN tiene contenidos específicos a diferentes edades gestacionales para detectar precozmente desvíos de la normalidad durante el embarazo que permitan la intervención oportuna, así como contenidos de prevención y educación para la salud y el cuidado de la embarazada y del bebé antes y luego de nacer.

TABLA 3. Contenidos del CPN en el embarazo normal.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE EL CONTROL PRENATAL					
	1º VISITA 1º TRIMESTRE	22-24 SEMANAS	27-29 SEMANAS	33-35 SEMANAS	38-40 SEMANAS
Historia clínica. Confirmación del embarazo	•				
Evaluación de riesgo	•	•	•	•	•
Detección de conductas de riesgo (tabaco, drogas, violencia) y asesoramiento	•	•	•	•	•
Examen clínico completo	•				
Examen odontológico	•				
Grupo sanguíneo y factor RH	•				
Indicación de cuidados y nutrición	•	•	•	•	•
Cálculo de amenorrea	•	•	•	•	•
Peso corporal	•	•	•	•	•
Talla	•				
Examen ginecológico. Pap y Colpo	•				
Suplementación de hierro y ácido fólico	•	•	•	•	•
VDRL	•		•		•
Chagas	•				
VIH	•			•	
Hepatitis B	•			•	
Toxoplasmosis (muestras pareadas). Si es negativa, indicar profilaxis. Si es (+) no repite Si ant (-) para ver seroconv.	•		•		•

	1º VISITA 1º TRIMESTRE	22-24 SEMANAS	27-29 SEMANAS	33-35 SEMANAS	38-40 SEMANAS
Estudio para detección de estreptococos grupo B (screening para EgB)				35-37 semanas	
Detección de vaginosis	•		•		
Hemoglobina	•			•	
Orina completa	•				
Urocultivo	•		•		
Glucemia en ayunas	•				
Detección de diabetes gestacional		•		•	
Altura uterina	•	•	•	•	•
Frecuencia cardíaca fetal	•	•	•	•	•
Control de tensión arterial	•	•	•	•	•
Vacunación antitetánica		•		•	
Vacunación antigripal		En cualquier trimestre			
Ecografía	•		•		•
Educación para detectar signos y síntomas de alarma	•	•	•	•	•
Detectar embarazo múltiple	•			•	
Diagnosticar presentación pelviana					•
Examen de mamas y preparación para la lactancia	•	•	•	•	•
Preparación para la maternidad		•	•	•	•
Evaluar capacidad pelviana y proporción céfalo-pélvica					•
Electrocardiograma y evaluación prequirúrgica					•
Asesoramiento en salud sexual y reproductiva. Anticoncepción		•	•	•	•



EJE CONCEPTUAL | Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

OBJETIVO 5 | Fortalecer la implementación de prácticas para la preparación de la lactancia materna promovida por el HAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 5

5.1. Capacitación al equipo de salud responsable del CPN sobre los beneficios de la lactancia materna, de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN. El equipo MSCF debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que informen a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN. Estas actividades pueden ser delegadas en los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MSCF deberá apoyar la realización de estas actividades así como supervisar su adopción por parte de los profesionales a cargo del CPN.

Durante la espera y la entrevista de CPN, la embarazada debe recibir información específica sobre la lactancia materna, de manera de favorecer su apropiada preparación y prevenir complicaciones que pudieran surgir por desconocimiento de la madre de las técnicas adecuadas de amamantamiento. Si bien otras intervenciones complementarán la información que reciba la madre en el CPN, estos encuentros representan oportunidades para reforzar el mensaje, o para aclarar las dudas o inquietudes que pudieran tener las madres, en particular, las primerizas.

■ PASO 2 | Resultados esperados

Aumento de la concurrencia al CPN en los centros de atención primaria del área programática correspondiente a la maternidad.

Inicio precoz (primer trimestre) del CPN.

Mejora en la satisfacción de las mujeres y sus familias, en lo que respecta al cuidado recibido durante el CPN.

Mejora de la satisfacción de los proveedores, que valorizan el propio trabajo, al reconocerse como partícipes importantes en la vida de cada una de las familias que asisten. Se evita o se modera, de esta forma, el desgaste emocional, mejorando la seguridad del sistema.

Participación de la comunidad, al empoderar a cada uno de sus miembros. Esto permite que cada familia difunda la información y que, al conocer sus derechos, pueda defenderlos y reclamarlos si fuera necesario. Se incrementa la frecuencia del uso de prácticas recomendadas durante el CPN.

PASO 3

Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y en el parto.

La atención del parto normal en MSCF presupone un proceso de empoderamiento de parte de las madres y su familia durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, en el que se tienen en cuenta no solo los aspectos médicos y biológicos sino también los factores sociales, familiares y culturales que determinan su evolución.

PASO 3 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

1. Adecuar las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo con el modelo MSCF y la adopción de conductas por parte del equipo de salud que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y su hijo durante el trabajo de parto y el parto o la cesárea.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

2. Adecuar los ambientes hospitalarios de manera de garantizar condiciones mínimas de atención de las emergencias obstétricas.

3. Promover, en los miembros del equipo de salud de la maternidad, la atención del parto de manera segura y centrada en la familia.

Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

4. Fortalecer la implementación de prácticas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna promovida por el HAMN.



■ PASO 3 | Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL | Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

OBJETIVO 1 | Adecuar las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo con el modelo MSCF y la adopción de conductas por parte del equipo de salud que garanticen el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo durante el trabajo de parto y el parto o la cesárea.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 1

1.1. Adecuación de las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo con el modelo MSCF: para poder dar cumplimiento al paso 3 del modelo MSCF, la estructura edilicia de la maternidad debe reunir ciertas características. Las salas TPR (trabajo de parto, parto y recuperación) son una alternativa a las salas de trabajo de parto convencionales, ya que admiten el ingreso de la familia sin riesgos de contaminación; además, en ellas es posible la utilización de tecnología de apoyo en el momento requerido. Son salas de internación individuales que permiten la atención durante el trabajo de parto, el parto y la recuperación luego del nacimiento, lo que garantiza intervenciones mínimas durante el trabajo de parto en mujeres consideradas de bajo riesgo.

1.2. Adopción por parte del equipo de salud de comportamientos y prácticas durante el trabajo de parto y el parto/la cesárea, sustentadas en el respeto de los derechos de la embarazada y su hijo.

En particular, en esta etapa de la atención el equipo MSCF debe promover que el equipo de salud garantice:

El trato respetuoso y amable hacia la madre y el respeto de su privacidad.

El respeto al derecho de la madre a elegir la posición en la que desea permanecer durante el trabajo de parto y el parto: se debe incentivar que las mujeres adopten la posición que les resulte más cómoda durante el trabajo de parto y el parto, ya que esta medida reduce el dolor generando más satisfacción para la madre.



El acompañamiento de la madre durante el trabajo de parto y el parto por un familiar o por la persona de su elección (considerando eventualmente la participación del voluntariado).

La permanencia de la madre junto a su hijo.

La contención emocional de la madre y la comunicación de información sobre el estado de su hijo de manera precisa y oportuna.

EJE CONCEPTUAL | Uso de prácticas efectivas y seguras.

OBJETIVO 2 | Adecuar los ambientes hospitalarios de manera de garantizar condiciones mínimas de atención de las emergencias obstétricas.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 2

2.1. Adecuación de los ambientes de la maternidad de manera de garantizar la atención de las emergencias obstétricas: todas las instituciones donde se produzcan nacimientos deben ser capaces de resolver las emergencias que puedan producirse tanto en partos normales como en partos patológicos, de manera de garantizar el cumplimiento de las condiciones obstétricas y neonatales básicas. En la Tabla 4 se detallan las características esenciales de cada servicio y/o aspecto de la atención (OMS, 2010).

Tabla 4. Características básicas de los servicios y/o aspectos de la atención del parto

Área quirúrgica y centro obstétrico: tener capacidad para la realización de cesáreas, reparación de desgarros vaginales y cervicales, reparación de roturas uterinas, histerectomías, parto instrumental, legrados uterinos.

Anestesiología: contar con especialistas en anestesiología con capacidad para realizar anestesia general y regional.

Transfusión de sangre segura: contar con banco de sangre y con la posibilidad de realizar grupo y factor RH.

Tratamiento de emergencia obstétrica: tratamiento de shock, sepsis y eclampsia.

Asistencia neonatal inmediata: recepción y reanimación cardiopulmonar neonatal.

Evaluación del riesgo materno y neonatal con derivación oportuna en el nivel de complejidad adecuada.

OBJETIVO 3 | Promover, en los miembros del equipo de salud de la maternidad, la atención del trabajo de parto y el parto de manera segura y centrada en la familia.

3.1. Capacitación al equipo de salud para que puedan brindar apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto, evitar la medicalización del parto y emplear intervenciones de probada efectividad y seguridad: el parto normal se define como aquel que inicia espontáneamente, de bajo riesgo, donde nace un niño de forma espontánea, con una edad gestacional entre las 37 y las 41.6 semanas. Luego de él, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. La participación de las madres y sus familias en la toma de decisiones respecto de temas vinculados con el nacimiento y el cuidado de sus hijos, respetando su privacidad y confidencialidad, debe ser considerada una prioridad por parte de todos los miembros del equipo de salud que participan en la atención.

Se considera que una institución promueve un parto seguro y centrado en la familia cuando el equipo de salud responsable de su realización practica el parto: **no medicalizado, basado en el uso de intervenciones beneficiosas** —avaladas por la mejor evidencia disponible— e **integral**, teniendo en cuenta no solo las necesidades biológicas, sino también las necesidades sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias.



A fin de promover el parto seguro y centrado en la familia, el equipo MSCF debe evaluar las prácticas para la atención del trabajo de parto y del parto prevalentes en su institución, de manera de determinar la brecha entre lo que se realiza y lo que se plantea como parto seguro y centrado en la familia, evaluar factores que facilitan la adopción de estas prácticas por parte del equipo de salud así como aquellos que la obstaculizan, y sobre la base de esta situación, planificar, implementar y evaluar la estrategia de cambio.

A continuación se detallan las 14 prácticas recomendadas para el manejo del trabajo de parto y del parto de acuerdo con el modelo MSCF.

3.1.1. Adecuado diagnóstico y evaluación inicial de la mujer en trabajo

de parto: se define como trabajo de parto la presencia de contractilidad uterina con una frecuencia de 3 contracciones en 10 minutos, con una duración de 30 a 90 segundos aproximadamente, acompañada de un borramiento en el cuello uterino mayor al 50% y una dilatación de este mayor a 2 a 4 cm. Debe verificarse la integridad de las membranas ovulares, y en caso de ruptura, las características del líquido amniótico. Debe también auscultarse la frecuencia cardíaca fetal para constatar la vitalidad del niño. Durante la recepción de la embarazada debe estimularse el ingreso de un familiar, para otorgar información acerca del estado de la madre y favorecer el acompañamiento en esta instancia. Al ingreso de la mujer debe confirmarse la edad gestacional en caso de que no hubiera una fecha de última menstruación (FUM) confiable y/o ecografía precoz (antes de las 20 semanas). Al ingreso debe controlarse la tensión arterial, la temperatura axilar y el pulso cada 4 horas; también se debe confeccionar la historia clínica perinatal con la información aportada por el CPN y chequear la presencia de los resultados de serologías solicitadas durante el embarazo (VIH-VDRL-CHAGAS-Ags HB), a fin de aplicar medidas preventivas que eviten una posible transmisión congénita y neonatal.

3.1.2. Apoyo continuo durante el trabajo de parto: históricamente, las mujeres han recibido acompañamiento y apoyo de otras mujeres durante el trabajo de parto. Sin embargo, debido a que la mayoría de las mujeres tienen a sus hijos en el hospital, el apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto se ha convertido en una excepción en lugar de ser una práctica de rutina. Esto incluye el apoyo emocional, la información sobre el progreso del trabajo de parto, las técnicas acerca del control del dolor, la interlocución con el resto del equipo de salud. Dada su efectividad para mejorar el manejo del trabajo de parto y el parto, el apoyo continuo debería ser adoptado como una práctica de rutina. En la Tabla 5 se sintetizan los elementos clave que el equipo MSCF debe considerar para promover y sustentar el apoyo continuo de la mujer durante el trabajo de parto y el parto.

Tabla 5. Elementos clave para brindar apoyo durante el trabajo de parto y el parto

Tener una política institucional que favorezca el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto.

Brindar información a las mujeres durante el CPN, acerca del derecho a ser acompañadas durante el trabajo de parto y el parto.

Respetar los deseos de la mujer, incluidas las posturas preferidas durante el trabajo de parto y el parto.

Mantener una actitud positiva y respetuosa desde el equipo de salud hacia el acompañante.

3.1.3. Permitir la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto: no debe restringirse la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto si la mujer lo deseara, ya que la aspiración de contenido gástrico durante la anestesia general es un evento muy infrecuente. La restricción de la ingesta de líquidos no tiene utilidad, además de que genera disconfort en las mujeres.



3.1.4. Evitar la venoclisis, los enemas y el rasurado perineal de manera rutinaria: no existe indicación de colocación en forma rutinaria de venoclisis a las mujeres durante el trabajo de parto de bajo riesgo; esta práctica no aporta beneficios, interfiere el proceso natural y limita la posibilidad de caminar o de adoptar posturas libremente.

3.1.5. Promover el uso de métodos analgésicos no farmacológicos: las mujeres en trabajo de parto experimentan un rango variado de dolor y diferentes respuestas a él. La reacción individual al dolor puede verse influenciada por las circunstancias del trabajo de parto, por el contexto en que se encuentre la mujer, y por la preparación y el apoyo que reciba. El dolor también está condicionado por el tipo de inicio del trabajo de parto (espontáneo o inducido) y por las intervenciones médicas, como episiotomía o parto instrumental. Existen estudios que demuestran que el apoyo continuo intraparto reduce la probabilidad de necesitar alivio del dolor durante él. Algunas medidas, como la respiración, los masajes y la acupuntura, mostraron ser útiles para la reducción del dolor (Hodnett, E. D., et al., 2006; Smith, C. A., et al., 2006). Los métodos farmacológicos, como los opioides y la analgesia regional, son utilizados con gran efectividad para la reducción del dolor durante el trabajo de parto. La revisión sistemática que evaluó los efectos de la analgesia de parto en las madres y en los recién nacidos concluyó que la utilización de analgesia epidural presenta un mejor alivio del dolor y mayor riesgo de parto instrumental. La analgesia epidural no tuvo una repercusión estadísticamente significativa en el riesgo de cesárea, en la satisfacción materna con el alivio del dolor y en la lumbalgia a largo plazo, y no pareció tener un efecto inmediato en el estado neonatal, según la puntuación de Apgar. Por lo tanto, el empleo de analgesia para el alivio del dolor debe ser una práctica indicada en el contexto individual de la mujer durante su trabajo de parto (Anim-Somuah, M., et al., 2010).

3.1.6. Controlar la vitalidad fetal durante el trabajo de parto: el control de la vitalidad fetal siempre está indicado, lo que puede cambiar es la forma. Se debe efectuar auscultación fetal intermitente en todos los partos, ya que detecta alteraciones que pueden ser sugestivas de alteración de la vitalidad fetal. El

monitoreo fetal electrónico continuo ha sido una técnica ampliamente utilizada para el control de la vitalidad fetal durante el trabajo de parto, tanto en los embarazos de alto como en los de bajo riesgo. Numerosos estudios han evaluado la utilidad de monitoreo fetal intraparto en términos de resultados perinatales, tanto maternos como fetales. Los resultados indican que el monitoreo electrónico continuo no disminuyó la mortalidad perinatal, pero aumentó la tasa de cesáreas y de partos instrumentales en relación con la auscultación intermitente. Por lo tanto, el control de la vitalidad fetal en embarazos de bajo riesgo debe realizarse con auscultación intermitente, ya que el monitoreo electrónico en este grupo de mujeres aumentaría el riesgo de intervenciones innecesarias y no existe evidencia disponible que fundamente su utilización. La auscultación debe realizarse durante un minuto, cada 15 minutos, durante el primer estadio del trabajo de parto, y luego de cada contracción durante el período expulsivo.

3.1.7. Evitar el uso rutinario de amniotomía: no existe evidencia que demuestre que la amniotomía temprana tenga beneficios durante el trabajo de parto en cuanto a su acortamiento; además, la rotura artificial precoz de las membranas puede producir la aparición de desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal, aumento de la tasa de infecciones y disconfort materno por aumento del dolor en presencia de las contracciones.

3.1.8. Evaluación del progreso del trabajo de parto por medio del partograma: el control de la evolución del trabajo de parto es importante para el diagnóstico de su progresión adecuada, ya que esto tiene implicancias en los resultados perinatales. En general se sostiene que el trabajo de parto se encuentra detenido cuando, luego de una hora en mujeres nulíparas y tres horas en mujeres multíparas, en presencia de contracciones uterinas efectivas y en ausencia de desproporción fetopélvica, la dilatación permanece estacionaria y la cabeza fetal no ha descendido en el canal de parto. La forma de evaluar la progresión del trabajo de parto es por medio de la utilización del partograma, con sus curvas de alerta desarrolladas por el CLAP/OPS/OMS. El partograma marca el límite de evolución, y permite alertar en casos de enlentecimiento o falta de progresión del parto. Los estudios demuestran que el uso del



partograma reduce el trabajo de parto prolongado, el número de cesáreas y las complicaciones intraparto. Por lo tanto, el partograma es un recurso técnico necesario para detectar desviaciones anormales en la evolución del trabajo de parto y es adecuado para justificar intervenciones durante su progresión. Recientemente se ha publicado una revisión sistemática que cuestiona su utilidad por cuanto se recomienda evaluar, en el contexto local, su efectividad y mantenerse actualizado para continuar o no con su uso (Lavender et al., 2009).

3.1.9. Promover una adecuada evaluación de la mujer en período expulsivo: en el segundo estadio del trabajo de parto las contracciones son más intensas y, en general, están acompañadas por la necesidad de pujar por parte de la madre. Estos dos fenómenos activos del trabajo de parto (pujos y contracciones) son necesarios para el descenso y la rotación de la cabeza fetal en el canal del parto. Durante este período debe controlarse la frecuencia cardíaca fetal luego de cada contracción. En cuanto a la posición materna, un gran número de estudios sugiere que la posición semisentada o en decúbito lateral es más confortable para la madre, ya que refieren menos dolor y menor trauma perineal.

Debe estimularse la presencia de la familia en este momento, ya que en los primeros minutos de vida el bebé permanece vigil y conectado con su entorno, lo que permite el primer contacto afectivo con sus seres queridos.

3.1.10. Evitar el uso rutinario de la episiotomía: la episiotomía es una incisión que se efectúa en el periné para ampliar el canal del parto durante el último período ; se realiza con tijera o con bisturí, y debe ser reparada con sutura. La tasa de episiotomía ha aumentado en relación con la institucionalización del parto y su medicalización, aun sin evidencia de su efectividad. La episiotomía realizada en forma restrictiva presenta beneficios, como menor riesgo de trauma perineal posterior, menor necesidad de suturas y menores complicaciones en la cicatrización del periné. Sin embargo, el uso restrictivo se asoció con un riesgo mayor de trauma perineal anterior y no se encontraron diferencias en el riesgo de dispareunia e incontinencia de orina.

TABLA 6. Técnicas de reparación perineal

Las técnicas para la sutura de desgarros perineales de primero y segundo grado y para la episiotomía pueden ser dos: la sutura continua y la sutura interrumpida. La sutura continua sería la técnica más apropiada, ya que permitiría una distribución uniforme de la tensión en toda la línea de sutura y se asociaría con menor dolor en los 10 días posparto. En el caso de la sutura interrumpida, los puntos ajustados producirían mayor tensión y edema y se asociaría con mayor dolor local.

3.1.11. Promover el clampeo tardío del cordón: el clampeo tardío del cordón umbilical luego del parto tiene efectos beneficiosos en los recién nacidos, que han sido evaluados por estudios realizados con calidad metodológica (incremento de los niveles de ferritina sérica, sin evidencia de un mayor riesgo de hemorragia posparto para la madre). Luego del nacimiento, el retraso del clampeo del cordón umbilical de 3 minutos o hasta que deje de latir permite el pasaje de sangre desde la placenta hacia el recién nacido; durante esta espera, el niño puede ser colocado en el pecho materno, lo cual favorece el primer contacto temprano, piel a piel, entre madre e hijo, junto con la presencia del padre o de otro familiar presente en la sala de parto. Este contacto estimula también el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna.

Existen situaciones en las que el clampeo tardío no está indicado:

Madres RH negativas con prueba de Coombs indirecta positiva.

Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizarla.

3.1.12. Promover el manejo activo del tercer período del trabajo de parto: en el tercer período del trabajo de parto se produce la salida de la placenta y de las membranas ovulares. Luego del nacimiento se reduce el tamaño uterino gracias a la presencia de contracciones. Esto genera el plano de clivaje entre la placenta y el útero, que permite la separación entre ellos y facilita la



salida placentaria. Durante este proceso se da el sangrado proveniente del útero, con potencial riesgo de hemorragia para la madre, siendo esta una de las principales causas de mortalidad materna (Deis, 2009).

La hemorragia posparto se presenta con mayor frecuencia luego de un embarazo múltiple, polihidramnios, multiparidad, trabajo de parto prolongado y parto instrumental; sin embargo, la hemorragia en este período puede ocurrir también en mujeres con embarazos completamente normales.

Se recomienda el *manejo activo* del tercer estadio del trabajo de parto como medida profiláctica y universal para la prevención de hemorragia posparto, ya que reduciría a la mitad el riesgo de hemorragia posparto. En la Tabla 7 se describen las intervenciones y maniobras básicas del manejo activo.

TABLA 7. Características básicas del manejo activo

Administración de ocitocina (10 UI de ocitocina inmediatamente después de la salida del hombro anterior o luego del nacimiento).

La ocitocina se administra por vía endovenosa o intramuscular (IM).

Esta es una práctica recomendada con el mejor nivel de evidencia y que reduce la hemorragia posparto, importante causa de mortalidad materna en nuestra región. Tracción suave del cordón umbilical.

Masaje del fondo uterino.

Luego del nacimiento se inicia la adaptación de la madre y del recién nacido, debiéndose observar la adecuada retracción uterina, las características de las pérdidas y la evolución del periné.

3.1.13. Fortalecer el COPAP temprano con la madre: este contacto favorece el vínculo natural madre-hijo y facilita la iniciación de la lactancia materna antes de la primera hora de vida.

3.1.14. Asistencia inmediata del recién nacido: de acuerdo con la condición clínica del recién nacido puede ser necesario realizar acciones especiales luego del nacimiento, como técnicas de reanimación cardiopulmonar o control de la adaptación posnatal en los niños prematuros, que pueden requerir internación en áreas de cuidados especiales neonatales. Si nada de esto ocurre, el recién nacido puede continuar con su madre hasta su traslado al sector de internación conjunta, luego de que se hayan realizado los procedimientos de rutina recomendados, tales como vacunación contra hepatitis B, administración de vitamina K, higiene del cordón umbilical u otros, según situaciones o antecedentes maternos especiales.

EJE CONCEPTUAL | Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

OBJETIVO 4 | Fortalecer la implementación de prácticas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna promovidas por el HAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 4

4.1. Capacitación del equipo de salud que brinda asistencia a la madre y al recién nacido, sobre técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN: el equipo MSCF debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que puedan comunicar a las madres las técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN. Estas actividades de capacitación pueden ser desarrolladas por el propio equipo MSCF o bien pueden ser delegadas en los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MSCF deberá apoyar la realización de estas actividades así como supervisar su adopción por parte de los profesionales a cargo del CPN.



■ PASO 3 | Resultados esperados

Sala de trabajo de parto y sala de partos, ambientadas de manera que faciliten el respeto de los derechos de las madres y sus hijos y, a la vez, garanticen las condiciones mínimas de atención de las emergencias obstétricas. Las madres perciben que el equipo de salud respeta sus derechos esenciales durante el trabajo de parto, el parto y/o la cesárea.

Se reduce la frecuencia del uso de prácticas no recomendadas durante el trabajo de parto y el parto: episiotomía rutinaria, enemas y rasurado perineal, venoclisis y administración de ocitocina para la conducción del trabajo de parto en forma rutinaria, amniotomía precoz; así como la frecuencia de complicaciones asociadas. Se incrementa la frecuencia del uso de prácticas recomendadas: acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, clampeo tardío del cordón umbilical, episiotomía restrictiva, manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto; contacto piel a piel temprano con la madre y asistencia inmediata del recién nacido.

Las actividades de promoción y mantenimiento de la lactancia materna se instituyen como prácticas de rutina y son llevadas a cabo por personal específicamente entrenado para la tarea.

PASO 4

Priorizar la internación conjunta madre-hijo o hija sanos, con la participación de la familia.

La internación conjunta de las madres con sus hijos recién nacidos sanos en salas grupales⁴ es la primera acción necesaria para la implementación del modelo MSCF, por tratarse de la población internada más numerosa.

La interacción precoz y continua en el período crítico que sucede al nacimiento de las personas condiciona pautas de comportamiento recíproco

⁴ Entiéndase que las salas grupales se recomiendan en hospitales públicos o en instituciones que no pueden ofrecer habitaciones individuales con el necesario apoyo de los agentes de salud durante las 24 horas.

favorables. El RN tiene mecanismos de comunicación esenciales para el establecimiento del necesario vínculo y apego entre padres e hijos. La internación conjunta madre-hijo sano, además de dar lugar a un vínculo-apego adecuado, permite la integración en comunidad con otros binomios para generar mecanismos de comunicación comprensibles por los códigos de lenguaje utilizados.

Esta propuesta de alojamiento conjunto posibilita las acciones de Educación para la Salud y la implementación de intervenciones como la promoción de la lactancia materna en el marco del HAMN. El hecho de transmitir contenidos docentes en forma grupal tiene mayor impacto, justamente por ser compartido, y un efecto multiplicador, por los aportes individuales o las preguntas que surgen de la audiencia.

PASO 4 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

1. Facilitar la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, mediante un alojamiento conjunto de la puérpera con su hijo recién nacido sin interferencias, fortaleciendo así el vínculo y el apego entre ambos.

Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

2. Promover el vínculo entre el recién nacido y su padre, así como con otros miembros de la familia, como hermanos y abuelos.

3. Ofrecer información a la familia en el marco de la Educación para la Salud, con un enfoque anticipatorio y preventivo.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

4. Detectar situaciones de riesgo social sanitario, conductas adictivas, violencia familiar, deserción escolar, e iniciar las intervenciones que correspondan (salud mental y servicio social).

Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

5. Establecer y lograr una lactancia materna exitosa de acuerdo con la iniciativa HAMN.

■ PASO 4 | Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL | Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

OBJETIVO 1 | Facilitar la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, mediante un alojamiento conjunto de la puérpera con su hijo recién nacido sin interferencias, fortaleciendo así el vínculo y el apego entre ambos.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 1

1.1 Adecuación de las salas de internación conjunta de acuerdo con el modelo MSCF: para la internación conjunta, las instituciones deben ofrecer una planta física con ambientación hogareña y con la infraestructura necesaria para garantizar el confort de quienes la utilicen, incluyendo baños y áreas de recepción.

Las comidas deben ofrecerse en la habitación o en las salas grupales, para no separar a las madres de sus hijos. Los exámenes médicos y los controles programados se efectuarán en la cuna del recién nacido o en la cama de la madre, nuevamente con la idea de evitar innecesarias separaciones.

Cuando la internación conjunta se efectúe en salas grupales, se debe garantizar una atención respetuosa y continente de las necesidades afectivas de las madres, preservando su intimidad en el momento del examen físico. Cuando se deba realizar un examen genital, se deberá efectuar en un lugar físico anexo (consultorio) que garantice la privacidad. La condición de internación grupal no debe transgredir el derecho a la privacidad de las personas. Asimismo, se debe estar atento a los estados de ansiedad, angustia, o estrés de la mujer en las horas posteriores al nacimiento de su bebé, evaluando si traducen situaciones o procesos mentales complejos que requieren la atención de especialistas (psicosis puerperal).



1.2. Adopción por parte del equipo de salud de comportamientos y prácticas durante la internación conjunta sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y de su hijo: mientras la mujer se encuentre en internación conjunta, el equipo MSCF de la institución debe promover la adopción de comportamientos y prácticas sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y de su hijo. En particular, en esta etapa de la atención el equipo MSCF debe promover que el equipo de salud garantice:

El trato respetuoso y amable hacia la madre y el respeto de su privacidad.

La permanencia de la madre junto a su hijo.

La contención emocional de la madre y la comunicación de información sobre el estado de su hijo, de manera precisa y oportuna.

El acompañamiento de la madre, en especial de aquellas a las que se les practicó cesárea, madres adolescentes y aquellas que poseen, por alguna razón, necesidad de ayuda constante, como por ejemplo, dificultades visuales o motoras. En estos casos, se les debe ofrecer la posibilidad de que cuenten con un acompañante femenino de su elección con derecho a permanencia continua, para que colabore en el cuidado de la púérpera y de su hijo.

EJE CONCEPTUAL | Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

OBJETIVO 2 | Promover el vínculo entre el recién nacido y su padre, así como con otros miembros de la familia, como hermanos y abuelos.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 2

Ver paso 5, actividades propuestas para el logro del objetivo 3.

OBJETIVO 3 | Ofrecer información a la familia en el marco de la Educación para la Salud, con un enfoque anticipatorio y preventivo.



ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 3

3.1. Entrenamiento del equipo de salud de la maternidad para que sea capaz de educar a la familia: luego de efectuado el examen del recién nacido y de su madre y confirmada la normalidad de ambos, los agentes de salud responsables de esta tarea ofrecerán información sobre lactancia materna, planificación familiar y concurrencia programada (alta conjunta) a los consultorios externos.

EJE CONCEPTUAL | Uso de prácticas efectivas y seguras.

OBJETIVO 4 | Detectar situaciones de riesgo social sanitario, conductas adictivas, violencia familiar, deserción escolar, e iniciar las intervenciones que correspondan (salud mental y servicio social).

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 4

4.1. Elaboración e implementación de una estrategia para la identificación y la derivación oportuna de situaciones de riesgo social que requieran contención: diseñar, junto a los miembros del equipo de salud, una herramienta que permita la identificación y la derivación temprana de situaciones de riesgo social. Por ejemplo, elaborar un listado de preguntas destinadas a detectar dichas situaciones, de acuerdo con las características de la institución y de la población asistida. Esta tarea deberá ser efectuada por miembros del servicio social y de salud mental.

OBJETIVO 5 | Incrementar la detección temprana de patologías en recién nacidos y madres que permanecen en internación conjunta.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 5

5.1. Realización de actividades que favorezcan la adopción de prácticas/conductas recomendadas por parte del equipo de salud a cargo de la internación conjunta: entre las prácticas/conductas recomendadas en internación conjunta, el equipo MSCF debe fortalecer la adopción de las siguientes:

Confirmar la normalidad del RN y de su madre, mediante una evaluación integral y normatizada.

Planificar el seguimiento de la evolución ponderal del RN, la lactancia materna y la presencia de hiperbilirrubinemia.

Control materno integral y exhaustivo, incluyendo control estricto de temperatura, tensión arterial, pulso, diuresis, catarsis, miembros inferiores (edemas, dolor, flogosis, etc.), loquios, retracción uterina y mamas.

Confirmar la negatividad de las pesquisas infectológicas realizadas a la madre durante su embarazo o indicarla antes del alta conjunta si no fueron oportunamente efectuadas.

Realizar las pesquisas endocrinas y metabólicas, auditiva (otoemisiones acústicas) y visual (reflejo rojo) al recién nacido, según la legislación vigente.

Monitorear la evolución de la bilirrubina, con TcBi (Transcutaneous Bilirubin Index o Medición Transcutánea de Bi) y curvas de riesgo.

Recomendar y facilitar el acceso a la planificación familiar, siendo optativa la dación de un método anticonceptivo elegido por la familia, en el momento del alta. En el caso de que se imponga la anticoncepción por un riesgo evidente de vida en futuras gestaciones (cesáreas iterativas, patologías clínicas, etc.), es conveniente consensuar con la mujer la implementación de la anticoncepción antes del alta y su control posterior por el consultorio de salud sexual y reproductiva.

Confirmar la identificación del RN al ingreso y al egreso de la internación conjunta (clamp numerado y pulseras). También, corroborar los datos del domicilio materno y la posibilidad de comunicarse adecuadamente.

Completar el SIP y los datos relevantes en la historia clínica, para las líneas trazadoras del Plan Nacer.

Implementar una lista de cotejo al ingreso y al egreso de la madre y su hijo: esto permite que se realicen todos los pasos previstos, evitando olvidos y asegurando una atención de la mayor calidad posible.

SEGURIDAD EN LA INTERNACIÓN CONJUNTA

Las recomendaciones generales en seguridad comienzan con la higiene de manos según técnica y el uso discrecional de antibióticos. El listado de otras acciones es extenso, pero a continuación se enumeran las relacionadas más específicamente con la internación conjunta.

Fijar pautas para evitar el cambio accidental del RN o el robo.

Organizar las visitas de familiares con una rutina de ingreso y egreso, por la vigilancia del hospital (tarjetas de identificación según áreas, etc.).

Recomendar que mientras las madres puérperas duermen, los hijos RN sean colocados en sus cunas para evitar su caída.

EJE CONCEPTUAL | Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

OBJETIVO 6 | Establecer y lograr una lactancia materna exitosa de acuerdo con la iniciativa HAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 6

6.1. Capacitación del equipo de salud que brinda asistencia a la madre y al recién nacido, sobre técnicas apropiadas para el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN: el equipo MSCF debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que puedan comunicar a las madres las técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN, resaltando la importancia de su mantenimiento. Estas actividades de capacitación pueden ser desarrolladas por el propio equipo MSCF o bien pueden ser delegadas en los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MSCF deberá apoyar la realización de estas actividades así como supervisar su adopción por parte de los profesionales a cargo de la atención de la madre y su bebé, durante la internación conjunta.



■ PASO 4 | Resultados esperados

Se logra ambientar la maternidad de manera de facilitar la internación conjunta de acuerdo con el modelo MSCF.

Las madres puérperas y sus hijos sanos acceden a la internación conjunta, excluyendo a aquellas madres o RN que, por patología actual o potencial, requieren internación en sectores asistenciales específicos.

Las madres perciben que el equipo de salud respeta sus derechos esenciales durante la internación conjunta.

La institución implementa un programa de visitas adecuadamente organizado y lo suficientemente flexible como para facilitar el ingreso de los padres y de otros familiares y su contacto con el recién nacido.

Las madres en internación conjunta son informadas, asesoradas y reciben apoyo para el mantenimiento de la lactancia materna.

Las madres son dadas de alta con la modalidad de alta conjunta.

PASO 5

Facilitar la inclusión de la madre, del padre y del resto de la familia en la internación neonatal.

Debido a prematuridad o a la presencia de alguna enfermedad, entre el 10 y el 20% de los RN requieren internación en diferentes áreas de los servicios de neonatología. Habitualmente, este grupo numeroso de personas RN son separadas de sus padres y de otros familiares. Sin embargo, su condición de prematuridad y de enfermedad las hace especialmente vulnerables, por lo que la institución dificulta con esta práctica el tan necesario vínculo/apoyo precoz con sus madres.

Su derecho a vivir justifica su internación; no obstante, la inclusión de padres y familias se convierte en una acción prioritaria. Para ello, las instituciones deben instrumentar los mecanismos que hagan posible el cuidado de los hijos internados por parte de sus padres, atendiendo al objetivo marco de este

modelo, que es la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al RN internado y a su familia.

La inclusión de abuelos y hermanos, durante el tiempo de internación de los RN en neonatología, favorece la interacción entre los padres y el resto de la familia, a la que el niño pasará a integrarse una vez obtenida el alta médica. Esta participación ofrece un modelo de soporte afectivo para los padres que atraviesan esta situación de crisis, según el cual el niño pasa a ser cuidado y esperado en familia.

PASO 5 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

1. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo de la atención neonatal, que garanticen el respeto de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

1. Implementar el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, incluyendo la posibilidad de su permanencia continua y de su participación activa en el cuidado de sus hijos.

2. Organizar e implementar el ingreso programado de los hermanos y abuelos a los sectores de internación neonatal.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

1. Asistir a los RN prematuros o con patología, utilizando la tecnología más eficiente y el recurso humano más capacitado, en virtud del derecho a la vida para todas las personas.

Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

1. Capacitar al equipo de salud para la implementación de prácticas de promoción de la lactancia materna de acuerdo con el modelo iniciativa HAMN.



■ PASO 5 | Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL | Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

OBJETIVO 1 | Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo de la atención neonatal, que garanticen el respeto de los derechos de la madre, el padre y su hijo.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 1

Ver CPN, punto 2.1. Además de estas actividades, en el caso de los profesionales de internación neonatal, el equipo MSCF debe también priorizar las relacionadas con la adquisición de habilidades por parte de los profesionales de este sector, para la contención de los padres y la familia de los niños internados y, en particular, de aquellos que atraviesan situaciones críticas.

1.1. Fortalecimiento de la comunicación y abordaje de los padres de RN en cuidados intensivos: en cuanto a estas actividades, el equipo MSCF debe promover la reflexión y el debate entre los profesionales del sector acerca de la significación de la llegada de un hijo para los padres y la manera en que esto impacta en la constitución familiar. En la Tabla 8 se detallan los mensajes más importantes.

TABLA 8. Mensajes clave al equipo de salud del área de internación neonatal

La llegada de un hijo implica una valoración social muy importante, en la que su espera y su integración a familias numerosas son bienes sumamente preciados.

El nacimiento de un niño prematuro o gravemente enfermo es un hecho muy perturbador, que sacude el ideal familiar y social y transforma las expectativas de celebración en preocupación, debido a las inciertas posibilidades de sobrevida.

Los padres enfrentan una importante crisis personal, la situación de urgencia obliga a separarlos del RN y los sume en una espera inquietante y “pasiva”, en la cual la ayuda proviene de la medicina y de la tecnología.

El equipo MSCF debe también estimular la autoevaluación por parte de los demás profesionales intervinientes respecto de la manera en que se recibe al recién nacido en la institución, así como sobre el modo y el momento en que se informa a la familia, a fin de identificar oportunidades de mejora.

En la Tabla 9 se describe la modalidad esperada para la recepción y la comunicación a los padres de acuerdo con el modelo MSCF.

TABLA 8. Modalidad esperada para la recepción del RN y la comunicación a los padres

RECEPCIÓN

Se recomienda recibir a la madre y/o al padre en su ingreso al sector por primera vez y acompañarlos hasta el lugar donde se encuentra el RN internado. Esta recepción inicial puede acontecer en cualquier horario y podría ser asumida por cualquiera de los miembros del equipo de salud (enfermeros, médicos, voluntarios, otros profesionales) que detecten la situación, delegando en el personal médico del área la información médica que los padres requieran.

Durante el primer encuentro, se recomienda brindar explicaciones simples y dar a conocer los derechos inherentes a los padres: ingreso irrestricto, disponibilidad de una residencia hospitalaria para madres, visitas programadas para familiares (días y horarios).

COMUNICACIÓN

La información debería ser brindada de manera oportuna. El acto médico debe ser informado previamente a los padres, en tanto la práctica asistencial se dirige a un paciente que carece de autonomía.



La información sobre diagnóstico y pronóstico debe ser un proceso **continuo** y **progresivo**, desde el comienzo de la internación hasta el alta.

En todo momento, los profesionales deben mostrarse receptivos a las preguntas, dudas y comentarios de los padres, y deben esforzarse por aclarar la situación.

Se recomienda explicitar y promover todas las acciones en las que los padres puedan participar, como acariciar a su hijo, hablarle, alzarlo, alimentarlo y colaborar en algunos cuidados.

Siempre que sea posible, brindar la información en presencia de ambos padres. En los casos en que la madre no pudiera movilizarse hasta la unidad por sus condiciones clínicas, el médico de cabecera debería ser el encargado de contactarse con ella en su área de internación para proveerle la información necesaria sobre el estado de salud y la evolución del hijo.

Se recomienda identificar precozmente y abordar, mediante los servicios especializados, en forma integral y multidisciplinaria, a las familias que presenten manifestaciones de exagerado stress, ansiedad o angustia, que comprometan sus roles funcionales en el cuidado del niño.

1.2. Fortalecimiento de la comunicación con los padres de RN en

riesgo de morir: una situación especial se presenta cuando el RN está en riesgo de morir. El ensamble entre ciencia y tecnología ha permitido a la perinatología asistir exitosamente a recién nacidos muy pequeños o gravemente enfermos. Las unidades de terapia intensiva responden a desafíos cada vez mayores, dirigiendo todos los esfuerzos para impedir que la muerte se produzca. Sin embargo, enfermar gravemente o morir ocurren inexorablemente en los servicios de urgencia, ya que estas posibilidades son inherentes a la condición humana.

Los médicos, las enfermeras y el resto del equipo de salud, en contacto con las familias de los pacientes, son privilegiados agentes para detectar dificultades en el proceso de vinculación con el niño, así como crisis de ansiedad,

cuadros depresivos o de angustia de los padres, producto de internaciones neonatales cada vez más prolongadas.

La muerte de un niño y/o de su madre resulta particularmente impactante, en tanto el niño es el paradigma de lo vital e imagen antitética del fin de la vida. La muerte no marca el fin de las responsabilidades de los agentes de salud. Existe toda una serie de acciones de gran implicancia y responsabilidad, no deslindables.

A continuación se detallan los principios generales de la comunicación en situaciones críticas.

TABLA 10. Principios generales de la comunicación en situaciones críticas

Ser respetuoso y comprensivo. Escuchar las inquietudes de los padres y familiares alentándolos a que efectúen preguntas y expresen sus emociones.

Usar un lenguaje sencillo y claro y comprobar que lo transmitido ha sido comprendido.

Referirse al niño por su nombre y aceptar que sus familiares hablen sobre él cuando haya fallecido.

Proponer que reciban en brazos a su hijo, retirándolo de la incubadora si allí estuviera.

Respetar las creencias y las costumbres culturales y religiosas de la familia.

Adecuar el pronóstico a la realidad del paciente y a los resultados del Servicio en casos comparables.

Facilitar un lugar privado (una habitación, un pequeño sector) donde los padres puedan recibir a su grupo familiar, dando lugar así al inicio de los rituales funerarios, antes de que el cuerpo del niño sea trasladado a la morgue. Es preciso acompañarlos si lo desean o necesitan, y también facilitarles todos los complejos trámites institucionales y extrainstitucionales para la inhumación del hijo en la forma en que lo deseen.



Las maternidades deben contar con responsables a cargo de solicitar siempre los estudios anatomopatológicos que faciliten la información ulterior, para el seguimiento posterior de los padres, y de compartir los resultados con la familia y efectuar las recomendaciones que correspondieran.

Ligar a la familia con los servicios de salud mental, servicio social, genética, planificación familiar, entre otros, en virtud de las posteriores consultas que pudieran realizar.

Las intervenciones descritas se basan en una actitud de respeto y acompañamiento que favorece el inicio del duelo en los padres, fundado en la relación institucional.

LA MUERTE DE UN RECIÉN NACIDO

Este tema merece un capítulo y un desarrollo muy especial, por la magnitud y la repercusión del problema enunciado. Por las características de este Manual, se describen solamente principios o enunciados básicos y se referirá al lector a los tratados que existen sobre el tema, ya que no es el objetivo de este texto abordar en extenso dicha problemática, que admite muchas y diferentes opiniones y propuestas. Cada cultura tiene un modo particular de procesar esta situación, que, además, ha ido variando a lo largo de la historia.

La muerte representa la característica de finitud del hombre, pertenece a la categoría de lo innumerable, lo profundamente irrepresentable. Los arduos intentos en esta dirección pueden llevar a una forma de asistencia incorrecta y por lo tanto innecesaria, conocida como “encarnizamiento terapéutico”, práctica que es preciso reconocer y evitar. Esta definición implica continuar con tratamientos invasivos, frecuentemente dolorosos y siempre asociados al uso de compleja tecnología, cuando las posibilidades de sobrevida son racionalmente nulas.



Aun aceptando que, reunidos todos los estudios diagnósticos de situación, la medicina y, por lo tanto, los agentes de salud pueden no estar en condiciones de asegurar con infalibilidad la posibilidad de morir, siempre se puede asumir que no existen condiciones para mejorar y/o volver a una situación mejor que la actual. En estos casos, en consenso, los médicos a cargo y los responsables de conducción deben proponerse continuar con un tratamiento “compasivo”. Se entiende como tal el que, sin retirar los recursos asistenciales vigentes, los minimiza, discontinuando los procedimientos dolorosos y utilizando analgésicos.

Cuando las condiciones emocionales de los padres lo hacen posible (aceptación de la realidad y confianza en la información recibida), pueden apagarse las alarmas manteniendo los accesos endovasculares y la asistencia respiratoria mecánica aunque sea con parámetros mínimos, con el único objetivo de que los padres no perciban un cese completo en la asistencia. Este procedimiento, que impresiona como contrario al juramento hipocrático o a los intereses del paciente, no es tal cuando se entiende que la muerte, cuando es inevitable, también debe ser respetada en su dignidad.

Los padres expuestos a esta intervención, casi siempre final, participan con dolor pero recuperan su rol protagónico de padres. Posibilitar la muerte de estos hijos en brazos de sus padres es comparable a la propuesta para los adultos de “morir en casa”.

EJE CONCEPTUAL | Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.

OBJETIVO 2 | Garantizar el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, incluyendo la posibilidad de su permanencia continua y de su participación activa en el cuidado de sus hijos.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 2

2.1. Organización y puesta en marcha del “ingreso irrestricto de los padres al servicio de neonatología”: mientras la madre permanece internada en el servicio de obstetricia, en la medida en que le sea posible la

deambulaci3n, el acceso al servicio de neonatolog3a no ofrece mayores dificultades. Sin embargo, no ocurre lo mismo una vez producida su alta. En esta nueva situaci3n, la madre, ahora en su domicilio, para estar junto a su hijo debe utilizar medios de transporte y disponer de los recursos materiales para el viaje de ida y de regreso. Para ello, el modelo MSCF propone el acceso a una RM, como se describe en el paso 6.

El servicio de neonatolog3a debe garantizar el ingreso irrestricto de las madres, es decir, sin horarios, todos los d3as, a todos los sectores de internaci3n, incluyendo los de cuidados intensivos.

2.1.1. Actividades a realizar con las madres antes del ingreso a la sala.

Entrenamiento en t3cnicas de higiene de manos: las madres deben ser entrenadas en las t3cnicas de higiene de manos al ingreso al servicio y, luego, al acceder al sector correspondiente. Esta tarea ser3 responsabilidad del equipo de enfermer3a. Peri3dicamente se efectuar3 por observaci3n el cumplimiento de esta t3cnica, esencial para la seguridad del paciente.

Entrenamiento en la realizaci3n de procedimientos de baja complejidad: las madres pueden ser capacitadas para realizar procedimientos de baja complejidad, como, por ejemplo, la alimentaci3n por *gavage*, por sonda naso u orog3strica. Nuevamente, esta tarea ser3 responsabilidad de las enfermeras a cargo de la atenci3n del paciente. Las enfermeras jefas de cada turno efectuar3n la supervisi3n del correcto cumplimiento de la t3cnica de alimentaci3n por *gavage*.

2.1.2. Organizaci3n de la recepci3n a las madres y a los padres que ingresan por primera vez.

Se debe organizar la recepci3n de las madres y los padres que ingresan por primera vez, acompa3n3ndolos hasta el lugar de internaci3n.

Es recomendable que exista la figura de una recepcionista, para reforzar las rutinas de ingreso y para ubicar los cambiantes lugares de internaci3n de los reci3n nacidos seg3n su evoluci3n. Esta recepcionista puede ser una enfermera con tareas de las llamadas "livianas" por

razones médicas, una voluntaria de la comunidad o la secretaria del servicio en un horario a definir.

Se debe brindar la información sobre los derechos de ingreso irrestricto que les asisten y los cuidados que deben cumplir, como la mencionada higiene de manos.

Las madres podrán ingresar con su ropa particular sin necesidad de vestir camisolines o portar gorros y barbijos, ya que no representan ventaja alguna.

El padre también tiene derecho al ingreso irrestricto al servicio con las mismas características que enumeramos para la madre. En maternidades con gran número de partos, altos censos ocupacionales y un sistema de vigilancia imperfecto, puede ser aconsejable limitar el acceso y la permanencia de los padres en el horario de 24.00 a 6.00, por los problemas que se pudieran generar durante la noche.

Debe entenderse que por razones de organización y planta física de la RM, los padres no pueden ingresar a ella, por lo que resulta recomendable ofrecer una sala de estar para las familias próxima al servicio de neonatología.

2.1.3. Aspectos a tener en cuenta durante el ingreso de las madres y los padres.

Todos los miembros del equipo de salud siempre deberán estimular a las madres y a los padres para que acaricien a sus hijos, sin perjuicio para ellos y para las intervenciones asistenciales.

En todo momento, se los informará acerca de la condición de sus hijos, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza.

2.1.4. Barreras habitualmente encontradas durante el ingreso de las madres y los padres.

El argumento más frecuentemente declamado por médicos y enfermeras para no permitir el ingreso irrestricto de los padres es el ya señalado “mayor riesgo de infecciones”, que, como se aclaró, no es tal. Este argumento, en realidad, encubre el temor a ser auditados y, por ende, cuestionados.



Todos los agentes de salud tienen la obligación moral y ética que su profesión les impone de asistir de la mejor manera y en el marco de sus posibilidades a los RN entregados a su cuidado. La posibilidad de que las enfermedades se agraven o de que las personas mueran es inherente a la condición humana y sería una actitud omnipotente y soberbia no aceptarla. Los agentes de salud también deben comprender que los procedimientos invasivos y dolorosos, cuando están bien indicados, son necesarios para ejercer el derecho a la vida. Estos enunciados deben resultar suficientes para superar los cuestionamientos al ingreso irrestricto de los padres. Estos, al integrarse a una comunidad en la que la condición común es la enfermedad o la prematuridad, rápidamente adecuan sus expectativas a la cambiante realidad de sus hijos.

OBJETIVO 3 | Organizar e implementar el ingreso programado de los hermanos y abuelos a los sectores de internación neonatal.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 3

3.1. Organización y puesta en marcha de la “visita de familiares” al servicio de neonatología: el equipo MSCF debe organizar, junto a los miembros del servicio de neonatología, la visita de familiares, en particular, de abuelos y hermanos. Debe nombrarse a una persona responsable de esta actividad, que programe la frecuencia, los horarios y el lugar de las visitas, teniendo en cuenta las otras actividades del servicio, y supervise su implementación.

3.1.1. Programación de las visitas.

Se deben planificar los días y horarios de encuentro, los cuales deben ser comunicados a los padres en los primeros contactos con el equipo de salud. Asimismo, se recomienda difundir la realización de estas visitas por medio de carteles fuera del sector de cuidados especiales, en lugares accesibles para los padres.

La programación de las visitas debe realizarse en función de las actividades del equipo de salud de neonatología, para evitar que coincidan

con la realización de prácticas invasivas, interconsultas programadas, traslados o limpieza del sector, siempre que las condiciones de salud del RN no lo exijan.

3.1.2. Actividades previas al ingreso de familiares.

Se deben establecer la frecuencia (como mínimo, una vez por semana), horarios y lugar de realización de las actividades grupales previas al ingreso de los familiares a las unidades de cuidados especiales.

En estas actividades se deberán comunicar las reglas de asepsia que permiten el ingreso a la unidad: doble higiene de manos y uso de camisolines limpios.

Antes del ingreso, verificar la existencia de familiares que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y/o contacto con terceros con enfermedades infectocontagiosas. En dicho caso se informará al médico de guardia, quien autorizará o indicará la necesidad de suspender la visita a la unidad de internación.

3.1.3. Aspectos a tener en cuenta durante el ingreso.

Los coordinadores de la actividad estarán presentes en los sectores de internación todo el tiempo que dure la visita.

Prestarán particular atención al modo de relación entre los hermanos y abuelos y el niño, y entre los niños y sus padres. Observarán la reacción frente a la tecnología y la interacción con el equipo de salud.

Supervisarán que cada familia se mantenga al lado de la incubadora o cuna del RN, sin desplazarse hacia otras cunas, tocar áreas limpias o hacer preguntas sobre el estado del resto de los pacientes.

Alentarán la comunicación con el RN, dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para él: hablarle, cantarle, tomarle fotografías sin flash, detectar avances respecto de la visita anterior, parecidos físicos con otros miembros de la familia, así como evitar despertarlo cuando el RN tuviera indicaciones de no ser estimulado. Deberán estar atentos a cualquier indicación de médicos o enfermeras que se produzca durante ese lapso.



Cuando los familiares soliciten información sobre evolución y pronóstico del RN, los médicos tratantes deberán notificar a los padres sobre el pedido y efectuar cualquier comunicación que fuera pertinente en presencia de ambos padres o al menos de uno de ellos, incluso cuando sean menores de edad.

3.1.4. Connotaciones particulares de las visitas de hermanos.

Programación de las visitas

Cada institución fijará el tiempo de duración de las visitas, aunque se aconseja que en Terapia Intensiva, y en particular la primera vez, sean más breves que en el resto de las áreas.

Actividades previas al ingreso

Recepción de los hermanos, agrupamiento por edades y promoción del intercambio de conocimientos y de experiencias acerca de la situación de internación de un RN (dinámica grupal que requiere capacitación específica del área de Salud Mental).

Presentación de las características básicas de los pacientes RN que exigen internación en dicho sector, por medio de la dramatización con muñecos, juegos y el uso de materiales afines (sondas, gasas, desinfectante, etc.)

Aspectos a tener en cuenta durante la visita

El ingreso a la unidad debe realizarse en grupos pequeños de 2 a 3 hermanos por vez, para no obstaculizar la rutina del sector, comenzando por las áreas de baja complejidad.

Se los acompaña durante la primera y la segunda higiene de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el RN junto a sus padres.

Se recomienda presentar en esa oportunidad a las/los enfermeras/os y al médico tratante del RN, de ser posible con nombre y apellido.

Es condición indispensable que esté presente alguno de los padres durante la visita; ningún hermano puede permanecer solo en el sector.

Los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, dirán a sus hijos cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el RN (ej., alimentación por *gavage*, cambio de pañales).

Actividades al finalizar la visita

Este tercer momento es muy importante y se les debe explicar a los padres su relevancia. El reencuentro con los hermanos permite detectar cuadros de angustia o ansiedad, al igual que otras consultas que requieran ser canalizadas hacia el equipo de salud mental.

En la sala de reunión, mientras cada familiar se quita el camisolín, los responsables de la actividad tienen la posibilidad de monitorear la visita: en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, cuál es la evolución percibida respecto del RN y cuál fue la participación en los cuidados.

Se puede solicitar que hagan un dibujo para dejárselo como regalo al hermano. Todas las producciones serán expuestas en un pizarrón o panel de corcho a la vista, y al momento del alta, si lo desean, las llevarán con ellos.

En el caso de hermanos adolescentes o mayores, se los puede invitar a escribir una carta o a conversar sobre las preguntas que les hubieran surgido luego de la visita.

No debe presionarse a ningún hermano a realizar la visita cuando este diera señales, explícitas o indirectas, de su resistencia. Si esta situación se presenta, es conveniente invitar al niño a que permanezca en el lugar jugando o dibujando y postergar el ingreso para más tarde o para otro día. Es importante explicar a los padres la necesidad de no forzar los tiempos personales de cada niño.

3.1.5. Connotaciones particulares de la visita de abuelos.

Aun en los casos de difícil pronóstico, el intercambio y el sostén afectivo provisto por sus familiares directos refuerzan la capacidad de los padres de cuidar y acompañar a sus propios hijos. La inclusión deliberada de los abuelos durante esta crítica etapa se basa en la función de transmisión de una generación a la siguiente, y sus efectos inciden en el establecimiento de la identidad.



Los abuelos concurren a las unidades de cuidados intensivos neonatales no en términos de una visita social, sino como sostén calificado de sus propios hijos, ahora en función de padres y afrontando una experiencia límite.

Las familias, sin embargo, no presentan una estructura uniforme. Es posible encontrar grupos cuyos abuelos fallecieron o residen en el extranjero. De igual modo, las nuevas configuraciones familiares incluyen familias ensambladas, monoparentales, padres de crianza, a la vez que padres biológicos. Atendiendo a la idiosincrasia de su comunidad, cada institución deberá implementar el programa de visitas de acuerdo con estas características, para enfrentar con flexibilidad las diversas situaciones familiares.

Programación de las visitas

El tiempo de duración de las visitas debe ser establecido y comunicado por la institución, antes del ingreso.

Aspectos a tener en cuenta durante las visitas de los abuelos

El ingreso debe realizarse en grupos pequeños, de 3 o 4 familiares por vez, a fin de no obstaculizar la rutina del sector.

Se los acompaña durante la primera y la segunda higiene de manos, y se los guía hasta la incubadora o cuna donde se encuentra el RN.

Se recomienda presentar en esa oportunidad a las/los enfermeras/os y al médico tratante del RN, de ser posible con nombre y apellido.

Coordinar el ingreso de abuelos a los sectores de baja complejidad en primer término. Una vez concluido el desplazamiento del primer grupo, acompañar a los abuelos de los sectores de mayor complejidad. Se recomienda, siempre que la institución lo permita en función de su disponibilidad física, no agrupar a los familiares de los niños en condiciones de pre alta con los que se encuentran internados en cuidados intensivos.

Recibir a los familiares y ubicarlos según el lazo familiar con el RN internado, explicar el funcionamiento del sector y las características básicas de los RN que exigen internación en dicha área.

Comunicar las normas vigentes, como el ingreso irrestricto para los padres del RN, y la existencia y los modos de utilización de la RM.



En los casos de internación de alta complejidad, introducir una referencia básica a la utilización de tecnología en el cuidado del RN.

En todos los casos se debe indagar cuál es la información que los padres les han provisto a los abuelos sobre el motivo de internación del RN.

Promover el intercambio de conocimientos y de experiencias entre los familiares acerca de la situación de internación de un RN (dinámica grupal que requiere capacitación específica del área de Salud Mental).

Uno de los padres debe estar presente durante la visita, salvo en caso de internación de la madre. Los padres, siguiendo las indicaciones del equipo de salud, señalarán a sus familiares cuándo es posible tocar, alzar o participar de alguna otra actividad con el RN (ej., alimentación por *gavage*).

En caso de que los familiares evidencien la necesidad de acompañamiento específico, tanto para ellos como para los padres del RN, por parte de profesionales de salud mental o de servicio social, se les indicará, al término de la visita, el modo de contacto con el servicio pertinente. No debe facilitarse el despliegue de demandas personales durante la reunión grupal.

Aspectos a tener en cuenta al finalizar las visitas de los abuelos

En la sala de reunión, mientras cada familiar se quita el camisolín, los responsables de la actividad tienen la posibilidad de monitorear la visita: comparar las condiciones en que llegaron y cómo se retiran, si se comprendió la evolución del RN, cuál ha sido la participación en los cuidados, consultas de orientación sobre la familia, así como cuadros de angustia o ansiedad que deben ser canalizados hacia el equipo de salud mental.

La información médica se brinda solo a los padres del paciente internado, por razones legales y de derecho a la privacidad. En caso de que los padres soliciten información en presencia de sus familiares, se combinará con los médicos tratantes día y hora de reunión, si ello no fuera posible durante el transcurso de la visita.

Los agentes de salud a cargo del Programa de Ingreso de Familiares deben evitar comunicarles información médica. En caso de que detectaran dificultades en el proceso de información, tendrán como función hacer de nexo entre los padres, los familiares y el equipo tratante.

EJE CONCEPTUAL | Uso de prácticas efectivas y seguras.

OBJETIVO 4 | Asistir a los RN prematuros o con patología, utilizando la tecnología más eficiente y el recurso humano más capacitado, en virtud del derecho a la vida para todas las personas.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 4

4.1. Implementación de prácticas efectivas.

Existen múltiples intervenciones de efectividad demostrada en neonatología. El modelo MSCF hace un especial énfasis en el **COPAP Madre/Padre/Hijo**. El equipo MSCF debe promover su implementación, considerando las barreras en el servicio que podrían obstaculizar su adopción, y emplear estrategias que faciliten su adopción por parte de todos los miembros del servicio.

4.1.1. COPAP Madre/Padre/Hijo.

Salida transitoria de la incubadora para el COPAP Madre/Padre/Hijo.

La asistencia de RN prematuros en los sectores de cuidados intensivos e intermedios exige la utilización de incubadoras para cumplir sus requerimientos térmicos. Inevitablemente se convierten en barreras para los padres, ya que, si bien pueden introducir sus manos para acariciar al hijo, el contacto físico es parcial y puede resultar no enteramente satisfactorio.

Existe, sin embargo, la posibilidad de la salida transitoria de la incubadora. Colocados en COPAP y cubiertos por la propia ropa de su madre o padre, los RN en condiciones de estabilidad clínica logran mantener su temperatura corporal. Este contacto, ahora ampliado, tiene reconocidos beneficios: la madre recupera su rol protagónico



de asistente primario, mejora su autoestima y las estrategias para afrontar las condiciones siempre estresantes de la terapia intensiva. Por el estímulo del COPAP, la madre aumenta su producción de leche, en respuesta a la secreción de prolactina y ocitocina. El RN, con esta tecnología, protege su imperfecto sistema nervioso autónomo y mantiene con mayor normalidad su respiración y su frecuencia cardíaca. La técnica del COPAP es de muy fácil implementación y constituye un objetivo prioritario del modelo MSCF para los pacientes internados, al favorecer la organización emocional tanto materna como familiar.

Se coloca al RN en posición simétrica y en flexión sobre el tórax de su madre/padre, en contacto directo con su piel y sostenido con el antebrazo, durante una hora como mínimo, vestido solamente con pañal y gorro de algodón.

Antes, durante y posteriormente, se registrará la temperatura axilar, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de O₂. Si durante el COPAP el RN presenta alteración de los parámetros fisiológicos (FC >180 x' y/o saturación < 85 %), se suspenderá la intervención hasta el día siguiente.

Es importante brindarle confort a la madre o al padre. La intervención se realizará en sillones o reposeras con apoyabrazos. El COPAP no debe imponerse como una norma estricta, con día y horarios fijos; debe contemplar las necesidades y el deseo de la madre, para lograr que se relacione con su hijo en forma satisfactoria. Puede realizarse diariamente y varias veces al día, siempre que las condiciones clínicas del recién nacido lo permitan.

Los servicios de neonatología deberán elaborar una normativa que incluya la información de la técnica y su fundamentación a los padres, y los demás detalles para su efectiva implementación dirigidos al equipo de salud⁵.

⁵ Al respecto, se sugiere consultar el capítulo "Contacto Piel a Piel", de la Dra. Mónica Brundi, que presenta un desarrollo abarcativo de dicho ítem. En Largaia et al., ob. cit., www.funlargaia.org.ar, www.msal.gov.ar/programas/materno-infantiles/, publicaciones.

4.2. Implementación de prácticas seguras.

Existen en la literatura médica extensos informes sobre las condiciones de seguridad que deben ofrecerse en las unidades de internación neonatal y que pueden ser consultados. En la tabla 11 se listan aquellas que se consideran prioritarias.

TABLA 11. Prácticas seguras en la atención neonatal

Correcta y segura identificación del RN desde su ingreso hasta su egreso. Riguroso control de la identificación del RN y su madre/padre por el personal de vigilancia, incluyendo cuando dejan las unidades de internación. También del personal del equipo de salud cuando salen del hospital con el RN, ya sea para derivación a otro hospital o para interconsultas. Estrictas medidas de prevención de infecciones intranosocomiales, siendo el cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal de salud y de los padres la más destacable.

Implementación de prácticas de probada eficacia para la prevención y el tratamiento de las patologías más frecuentes en los RN enfermos: la prevención de la injuria por frío y la reducción de las pérdidas insensibles de agua en los RN prematuros extremos. También, el uso precoz y adecuado de surfactante pulmonar exógeno, el empleo temprano de presión positiva continua por vía nasal (CPAP) en RN inmaduros, la nutrición parenteral y enteral precoz y progresiva para evitar la desnutrición posnatal, y la vigilancia estricta de los niveles de saturación de oxígeno según recomendaciones, para prevenir la retinopatía del prematuro junto con la pesquisa en tiempo y forma de esta, entre otras prácticas.

Asegurar la implementación de tratamientos y procedimientos probablemente efectivos, como las nuevas modalidades ventilatorias y de monitoreo de la función pulmonar, uso de óxido nítrico en pacientes con hipertensión pulmonar grave, técnicas de neuroprotección, como,

por ejemplo, la hipotermia corporal controlada en RN de término con encefalopatía hipóxico-isquémica, etc.

Evitar el estrés del RN asegurando un ambiente tranquilo y silencioso, respetando los períodos de sueño y alimentación, proveyendo analgesia para los procedimientos dolorosos, ya sea farmacológica u otra, como succión al pecho, soluciones azucaradas o COPAP.

Prevención y manejo del error en la prescripción, la preparación y la administración de medicaciones. Uso de sistemas computarizados de prescripción (por ej., Neocálculo®).

EJE CONCEPTUAL | Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

OBJETIVO 4 | Capacitar al equipo de salud para la implementación de prácticas de promoción de la lactancia materna de acuerdo con el modelo HAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 5

5.1. Entrenamiento del equipo de salud de la maternidad para el mantenimiento de una lactancia materna exitosa: el equipo MSCF, de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN, debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que entrenen a las madres en las técnicas apropiadas de amamantamiento y extracción manual. En este último caso, esta podrá utilizarse como parte de la alimentación de sus propios hijos y/o de otros RN, si existiera un banco de LH.

Estas actividades de capacitación pueden ser desarrolladas por el propio equipo MSCF o bien pueden ser delegadas en los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MSCF deberá apoyar la realización de estas actividades, así como supervisar su adopción por parte de los miembros del equipo de salud a cargo de la atención neonatal y/o de la asistencia y la organización de la RM.



■ PASO 5 | Resultados esperados

Los miembros del equipo de salud del servicio de neonatología:

Conocen y respetan los derechos de la madre, el padre y su hijo.

Son capacitados para comunicarse adecuadamente con los padres y familiares de RN internados en la unidad o servicio neonatal.

Son capacitados para la realización del COPAP y la implementación de prácticas seguras.

El servicio de neonatología:

Cuenta con un programa o una estrategia definida para la contención de RN graves o en riesgo de morir.

Implementa un programa de ingreso irrestricto de los padres, que incluye su participación activa en el cuidado del RN.

Lleva a cabo un programa de visitas programadas de familiares, que incluye, en particular, a los hermanos y abuelos.

Utiliza el COPAP como práctica de rutina del servicio.

Implementa prácticas seguras para la atención neonatal.

Realiza actividades para la promoción y el fortalecimiento de la lactancia materna de acuerdo con el modelo propuesto por la iniciativa HAMN.

PASO 6

Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita su permanencia junto con los recién nacidos internados.

La creación de una RM tiene como propósito evitar la separación madre-hijo en momentos críticos para binomios vulnerables como los que ellos representan. De esta manera se busca facilitar el establecimiento de un vínculo sólido, necesario para enfrentar experiencias traumáticas, como, por ejemplo, las que determinan la internación del RN.

La incorporación a los equipos de salud de las madres que presentaron un parto prematuro o con hijos que padecen enfermedades que requieren

internación, y su activa participación en el cuidado de sus hijos supervisada por los miembros del equipo, fortalece su autoestima.

La presencia continua de la madre favorece, también, el mantenimiento de la lactancia materna, pues facilita el acceso a métodos de extracción de leche humana para la alimentación de sus hijos cuando es necesario.

Asimismo, ofrece la oportunidad de brindar intervenciones preventivas y anticipatorias en la forma de educación para la salud (por ej., aspectos vinculados a su salud reproductiva o a la lactancia materna), así como de asistencia psicológica para padres en crisis.

PASO 6 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre y de su hijo o hija.

Promoción de la participación y colaboración de los padres, la familia y la comunidad.

1. Crear o mejorar (en caso de que ya exista) una RM que permita brindar alojamiento a *embarazadas de moderado o alto riesgo* que, por situaciones de vulnerabilidad social, tienen limitaciones en el acceso oportuno a la atención médica que ponen en riesgo su vida o la de su hijo, así como a *madres con alta obstétrica* cuyos hijos permanecen internados en el servicio de neonatología, por prematuridad y/o enfermedad.

■ PASO 6 | Actividades para el logro de los objetivos propuestos

1.1. Búsqueda de apoyo institucional para la creación de la RM: para la creación y el óptimo funcionamiento de los hogares o residencias de embarazadas/madres en maternidades o centros perinatológicos es exigencia básica el cumplimiento de los siguientes prerequisites o condiciones:

Acuerdo de la Dirección del hospital y de su Consejo Técnico Asesor, y asignación de una planta física adecuada.



Compromiso de apoyo de los jefes de división o departamento de pediatría, neonatología y obstetricia.

Reaseguro por parte de la conducción y administración del hospital de los recursos e insumos y del presupuesto necesario para:

Provisión y lavado de la ropa de cama.

Alimentación diaria (desayuno, almuerzo, merienda y cena) de las embarazadas/madres alojadas.

Limpieza de las áreas comunes (pasillos, baños, sala de usos múltiples).

Vigilancia y seguridad de la RM.

Autorización para el funcionamiento de un servicio de voluntarias organizadas para el cuidado de las embarazadas/madres (ver paso 7).

La búsqueda de apoyo institucional debe realizarse paralelamente a las actividades de sensibilización del paso 1.

1.2. Planificación, diseño y creación de la RM: aspectos

a tener en cuenta:

Aspectos más relevantes

La RM tiene que ser ubicada *dentro de la maternidad*, si se dispone de la superficie necesaria, y *próxima* al servicio de neonatología. En caso de que no fuera posible, debe construirse en un terreno muy cercano al Centro Perinatológico, que permita la comunicación para ingresar a él.

La RM debe ofrecer dormitorios para las embarazadas y las madres con sus hijos internados. Debe asegurar plazas para alojar al 80% del censo promedio ocupacional del servicio de neonatología, a las que deben sumarse las que se estimen necesarias para las embarazadas. Se pueden obtener camas extras con la modalidad de camas superpuestas.

El control e identificación del acceso a la RM debe realizarse mediante una tarjeta que contenga los datos personales de cada madre, emitida por el servicio de voluntarias.

Otros aspectos complementarios⁶

La infraestructura de la RM debe incluir baños, duchas, lavadero, salón de usos múltiples y sala de estar para familiares.

El servicio de voluntarias puede ubicarse dentro de la RM, con dos oficinas y baño.

La RM debe reproducir una ambientación hogareña y caracterizarse por el bajo costo de mantenimiento, fácil limpieza y confort para sus habitantes.

La RM no puede tener otro destino que el de su objetivo: un hogar dentro de la maternidad, para las embarazadas y las madres con sus hijos internados en el servicio de neonatología.

La supervisión y el cuidado de las embarazadas/madres en la RM dependerán del servicio de voluntarias y para ello existirá un reglamento que deberá ser cumplido.

1.3. Organización del funcionamiento de la RM: aspectos a considerar.

El equipo MSCF debe contribuir a organizar la RM, nombrando a una persona responsable. Habitualmente, esta persona pertenece al voluntariado (ver paso 9).

El coordinador deberá organizar las actividades en el ámbito de la RM, establecer los criterios para el acceso a ella así como las pautas de mantenimiento y orden, y supervisar su cumplimiento por parte de las embarazadas o madres alojadas.

El coordinador y los miembros del equipo de salud que se desempeñan en el ámbito de la RM deberán dar, en todo momento, un trato respetuoso y amable a las madres y embarazadas alojadas, y brindarles contención y apoyo, en particular, a las madres con RN en grave estado.

Siempre que sea posible, aprovechando el encuentro de las madres y su estancia en la institución, realizar actividades de educación, como reuniones

⁶ El Programa Arquitectónico de una Residencia para Madres, con plano tipo, está disponible en: <http://www.funlargaia.org.ar/Herramientas/Guia-para-transformar-maternidades-tradicionales-en-maternidades-centradas-en-la-familia> (ver Anexo 3 en la Guía cit.).



de padres, y asesorar a las madres y a las embarazadas sobre la conveniencia, los beneficios y las técnicas de la lactancia materna.

■ PASO 6 | Resultados esperados

Apoyo institucional y/o creación de una RM con niños internados y/o embarazadas de moderado y alto riesgo.

Acceso a sectores de extracción de leche (que favorece el mantenimiento de la lactancia materna), en particular, en RN de muy bajo peso (< 1.500 g).

Reducción de la deserción en los seguimientos especializados, por consultorios externos, para RN prematuros, como consecuencia de la “fidelización” de las madres hacia la institución.

PASO 7

Servicio de voluntarias y voluntarios de la comunidad.

La iniciativa MSCF exige la participación activa y solidaria de la comunidad. Esta puede expresarse en forma organizada por medio de los servicios de voluntarios. Sus integrantes presentan la cualidad principal de brindar su tiempo y su entusiasmo para ayudar al prójimo y para ofrecer contención emocional sin prejuicios ni egoísmo. Se trata de una concepción solidaria.

PASO 7 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.

1. Crear o fortalecer (en caso de que ya exista) un servicio de voluntarios capaz de brindar apoyo y comprensión a las madres para que ellas puedan cuidar a sus hijos, y a las embarazadas, para que logren llevar un embarazo saludable y arriben a un parto seguro.

■ PASO 7 | Actividades para el logro de los objetivos propuestos

1.1. Búsqueda de apoyo institucional para la creación o el fortalecimiento del servicio de voluntarias y voluntarios.

Ver punto 1.1. del paso 6.

1.2. Planificación, diseño y creación del voluntariado: aspectos a tener en cuenta.

La dirección de cada hospital y los demás responsables de la conducción deben solicitar a la comunidad la oferta de un servicio de voluntariado. Este puede preexistir como ONG y replicar una filial, o se lo deberá crear para satisfacer esta nueva demanda.

El servicio de voluntariado deberá ajustar sus funciones a un reglamento que incluya los objetivos de la iniciativa. Este reglamento deberá ser aprobado por la dirección del hospital, la cual se compromete, a la vez, a brindar apoyo para su cumplimiento.

Se recomienda que el servicio de voluntariado funcione todos los días de la semana, aunque puede contar con una dotación menor para fines de semana y feriados.

1.3. Organización del funcionamiento del voluntariado: aspectos a considerar.

Entre las posibles actividades a desarrollar, pueden mencionarse las siguientes:

Organizar y supervisar el funcionamiento de la RM, según el reglamento establecido para ella: identificación de las madres, asignación de camas, entrega de vales para las comidas, rutinas de ingreso y egreso, reglas generales de uso de las instalaciones.

Orientar e informar a las embarazadas/madres.

Derivarlas oportunamente a los equipos de salud interdisciplinarios.



Entregar ropa y pañales para los niños, y ropa y elementos de higiene para las mujeres.

Facilitar viáticos para viajes al hogar o para asistir a las consultas ambulatorias.

Organizar reuniones de laborterapia, talleres de costura, etc.

Organizar reuniones de educación para la salud con los profesionales responsables, para la promoción de temas como la lactancia materna y la anticoncepción, entre otros.

Colaborar en el control posterior al alta para mejorar la asistencia y prevenir la deserción en los seguimientos por consultorios externos.

Gestionar recursos extras para las actividades del voluntariado, así como cunas, cochecitos y otros elementos necesarios para las familias.

Organizar y alentar la participación en festejos representativos, como el Día de la Madre, del Padre o del Niño y las fiestas de Navidad y Año Nuevo.

■ PASO 7 | Resultados esperados

Apoyo institucional y/o creación de un servicio de voluntariado capaz de cubrir las distintas actividades de la institución relacionadas con la iniciativa MSCF, pero que mínimamente garantice la cobertura de las siguientes actividades:

Recepción organizada de madres e hijos, en consultorios externos de obstetricia y pediatría.

Supervisión y organización de la RM.

Gestión de donaciones de empresas, ONG o particulares, para obtener recursos extra que contribuyan a solventar las actividades del voluntariado.

PASO 8

Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo luego del alta, en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

El alta conjunta de los RN sanos y de sus madres puérperas de los sectores de internación conjunta, así como el alta de los RN de los sectores de internación neonatal no constituyen el final de la responsabilidad asistencial de la institución sino el comienzo de una nueva etapa.

El seguimiento integral de ambos grupos de pacientes representa el inicio de las acciones preventivas y anticipatorias y la corrección de los desvíos de la normalidad, que complementan las intervenciones que precedieron y sucedieron al nacimiento de las personas.

PASO 8 | EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre y el niño.

1. Facilitar el acceso de los padres al seguimiento ambulatorio de sus hijos.
2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del seguimiento ambulatorio, que garanticen el respeto de los derechos de los padres y su hijo.

Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.

3. Empoderar a las mujeres y a sus familias en el cuidado de sus hijos y en la detección oportuna de problemas.

Uso de prácticas efectivas y seguras.

4. Estimular el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable del alta y del seguimiento ambulatorio.



5. Fortalecer el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo con el modelo de la iniciativa HAMN.

■ PASO 8 | Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL | Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo.

OBJETIVO 1 | Facilitar el acceso de los padres al seguimiento ambulatorio de sus hijos.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 1

1.1. Derivación al alta del RN sano: los RN sanos, una vez cumplidos los objetivos para el alta conjunta, deberán ser derivados, con su historia clínica completa y las recomendaciones que correspondieran, al centro de atención primaria más próximo a su domicilio en el área programática.

Al momento del alta, SIEMPRE deben aclararse los siguientes aspectos:

Lugar adonde la madre deberá concurrir para hacer su primer control y el de su hijo (siempre se debe indicar el día y el horario del control).

La necesidad de realizar el primer control dentro de las 48 horas.

1.2. Derivación al alta de RN de alto riesgo: los RN egresados de los sectores de internación por prematuridad y/o enfermedades requieren seguimientos especializados en la propia institución, con eventuales referencias a y contrarreferencias desde los centros de atención primaria. Ejemplos de poblaciones vulnerables que exigen seguimientos especializados son los *RN de muy bajo peso, los pacientes con displasia broncopulmonar y los hijos de madres adolescentes.*

En los RN de alto riesgo el enfoque asistencial debe ser multidisciplinario, con énfasis en el neurodesarrollo y en la recuperación nutricional. Debe priorizarse la estimulación oportuna y prevenir la deserción durante

el seguimiento. Cuando corresponda, deben efectuarse las consultas e intervenciones de especialidades pediátricas.

1.3. Implementación de una franja horaria de atención apropiada:

se recomienda un horario de atención extendido, de 8 a 16 horas. Este horario puede modificarse según las características de la población asistida en cada institución y la disponibilidad del recurso humano necesario.

1.4. Adecuación de los espacios dentro de la maternidad para facilitar y hacer más confortable la espera durante el seguimiento ambulatorio.

Ver puntos 1.4.1. a 1.4.4. del paso 2.

OBJETIVO 2 | Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del seguimiento ambulatorio, que garanticen el respeto de los derechos de los padres y de su hijo.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 2

El equipo MSCF de la institución debe realizar actividades (talleres, generación de espacios de reflexión, observación y devolución), junto con los miembros del equipo de salud responsables del seguimiento, que contribuyan a la adopción de conductas fundadas en el respeto de los derechos de los padres y de su hijo.

Debe darse especial importancia al trato amable y respetuoso, al derecho a la privacidad y al acompañamiento de la madre en los controles de su hijo.

2.1. Adopción de conductas, por parte del equipo de salud, sustentadas en el respeto de los derechos de la mujer y de su hijo: el trato amable y respetuoso y el respeto a la privacidad: en estas



actividades debe enfatizarse la importancia de que la atención sea personalizada, recordando que los verdaderos protagonistas de cada encuentro son las mujeres, sus hijos y sus familias. Toda interacción con las familias debe comenzar con la presentación del proveedor sanitario que la lleva a cabo, el lugar que ocupa en el cuidado de la salud de esa mujer, y si no fuera la persona que habitualmente desarrolla esa tarea, se debe dar a conocer el motivo (ej.: “Hoy la atiendo yo porque la Dra. Pérez está en otro lugar del hospital”).

La información debe ser clara y adecuada en contenido para la familia. Toda indicación debe ser provista en forma verbal y escrita para facilitar su comprensión y su cumplimiento. Debe repreguntarse para verificar la comprensión, especialmente respecto de la medicación (droga, dosis, vía de administración, periodicidad y duración del tratamiento).

Proveer atención de manera impersonal, no presentarse por el nombre, conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos, no respetar la privacidad del binomio madre-hijo, son situaciones cotidianas que deben evitarse. Se deben respetar sus pautas culturales y sus dificultades idiomáticas. Se debe indagar sobre situaciones de riesgo social sanitario para la familia.

EJE CONCEPTUAL | Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.

OBJETIVO 3 | Empoderar a las mujeres y a sus familias en el cuidado de sus hijos y la detección oportuna de problemas.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 3

3.1. Actividades a realizar al momento del alta: en esta instancia, el/los profesional/es a cargo de su realización deben **verificar** que la mujer haya sido adecuadamente asesorada sobre aspectos relacionados con la

planificación familiar según su situación, y **asesorarla adecuadamente**⁷ en caso de que no hubiera recibido información. Si la Maternidad dispone de métodos anticonceptivos, estos podrán ser entregados a la madre; cuando no sea así, debería planificarse su entrega.

En el caso de los RN de alto riesgo se debe convocar a reuniones de padres, informándoles con claridad el día y el horario en que se realizan así como su propósito.

3.2. Actividades a realizar luego del alta. *Asesoramiento sobre la salud del RN:* se debe comunicar a los padres el calendario de inmunizaciones así como todo cambio y las nuevas inmunizaciones que se requieran. Se prestará especial atención al progreso ponderal, de manera de evitar déficits nutricionales y sobrepeso. Se debe asesorar a los padres sobre los cuidados y las formas de prevención de accidentes e intoxicaciones. En estos centros de referencia se enfatizará el seguimiento de la bilirrubina, para eventuales indicaciones de luminoterapia.

En el caso de los RN de alto riesgo se debe estimular fuertemente la participación en las reuniones de padres, en las que reciben asesoramiento especializado sobre el cuidado de este grupo con más riesgo de padecer determinados tipos de enfermedades o patologías.

Asesoramiento sobre planificación familiar: en el seguimiento ambulatorio se deben abordar estos temas con los padres y verificar que estos hayan sido asesorados en algún momento durante la internación y/o el alta. En caso de no haber existido este asesoramiento, los encuentros durante el seguimiento ambulatorio constituyen una nueva oportunidad para su realización.

⁷ Asesorar implica una actitud activa de intercambio con la madre por parte del profesional, y no solo la acción de dar información.



EJE CONCEPTUAL | Uso de prácticas efectivas y seguras.

OBJETIVO 4 | Fortalecer el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable del alta y del seguimiento ambulatorio.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 4

4.1. Desarrollo e implementación del alta conjunta: entre las prácticas recomendadas, en este paso se hace especial énfasis en la implementación del sistema de alta conjunta, la cual implica que el alta es realizada por profesionales pertenecientes a los servicios de obstetricia y de neonatología, quienes, en una única entrevista con los padres, dan el alta a la madre y a su hijo, y los asesoran sobre cuándo y dónde realizar el seguimiento ambulatorio, los cuidados a tener en cuenta para la madre y el hijo, aspectos relacionados con la planificación familiar (ver punto 3.1), entre otros temas. Idealmente, la maternidad debería contar con una sistemática escrita de alta hospitalaria elaborada conjuntamente por ambos servicios, de manera de establecer las prácticas recomendadas durante el momento del alta.

EJE CONCEPTUAL | Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo.

OBJETIVO 5 | Fortalecer el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo con la iniciativa HAMN.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO PROPUESTO

5.1 Entrenamiento del equipo de salud de consultorios externos para el mantenimiento de una lactancia materna exitosa: los consultorios externos de pediatría deben ofrecer un sector especializado en lactancia materna para la resolución de los problemas que las madres planteen. Será responsabilidad de las puericultoras pertenecientes al departamento de enfermería.

■ PASO 8 | Resultados esperados

Los padres perciben que el equipo de salud respeta sus derechos esenciales durante el alta y el seguimiento ambulatorio.

Las madres son derivadas de manera clara y oportuna (dentro de las 48 horas posteriores al alta) para la realización de su primera consulta en seguimiento ambulatorio.

Se logran ambientar los espacios en la Maternidad, para facilitar el alta y el seguimiento ambulatorio de acuerdo con el modelo MSCF.

Se empodera a los padres en la planificación familiar así como en el cuidado de sus hijos, por medio de actividades de educación realizadas tanto en el momento del alta como en el seguimiento ambulatorio.

Se establece el alta conjunta como una práctica de rutina de la Maternidad.

Se implementa el asesoramiento sobre lactancia materna, tanto en el momento del alta como en el seguimiento ambulatorio.

PASO 9

Fortalecimiento de la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

Toda MSCF debe trabajar activamente en el fortalecimiento de la lactancia materna, con el fin de lograr la acreditación de HAMN (OMS-UNICEF-Ministerio de Salud) o para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa iniciativa. La iniciativa HAMN fue lanzada por la OMS y UNICEF en diciembre de 1991. Cuenta con una sistemática de implementación, autoevaluación, monitoreo y acreditación externa de la estrategia de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna en distintos niveles: mundial, nacional e institucional. Desde su lanzamiento, 156 países evaluaron y nominaron en algún momento por lo menos un establecimiento como Amigo del Niño. En la Argentina, actualmente habría 56 hospitales acreditados, 5 hospitales con compromiso de acreditación y 2 identificados.



La iniciativa MSCF se alinea con el propósito y los objetivos de la iniciativa HAMN, profundizando sus esfuerzos para que las maternidades se propongan alcanzar los estándares establecidos para el fortalecimiento de las políticas de promoción de la lactancia materna. Para esto, incorpora como uno de sus ejes de acción el trabajo activo en la institución de acuerdo con las pautas de la iniciativa HAMN.

■ PASO 9 | Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL | Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.

OBJETIVO 1 | Promover las actividades propuestas por la iniciativa HAMN para lograr la certificación y la acreditación como Hospital Amigo.

ACTIVIDADES PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO 1

El fortalecimiento de las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna se realizará a partir de tres estrategias:

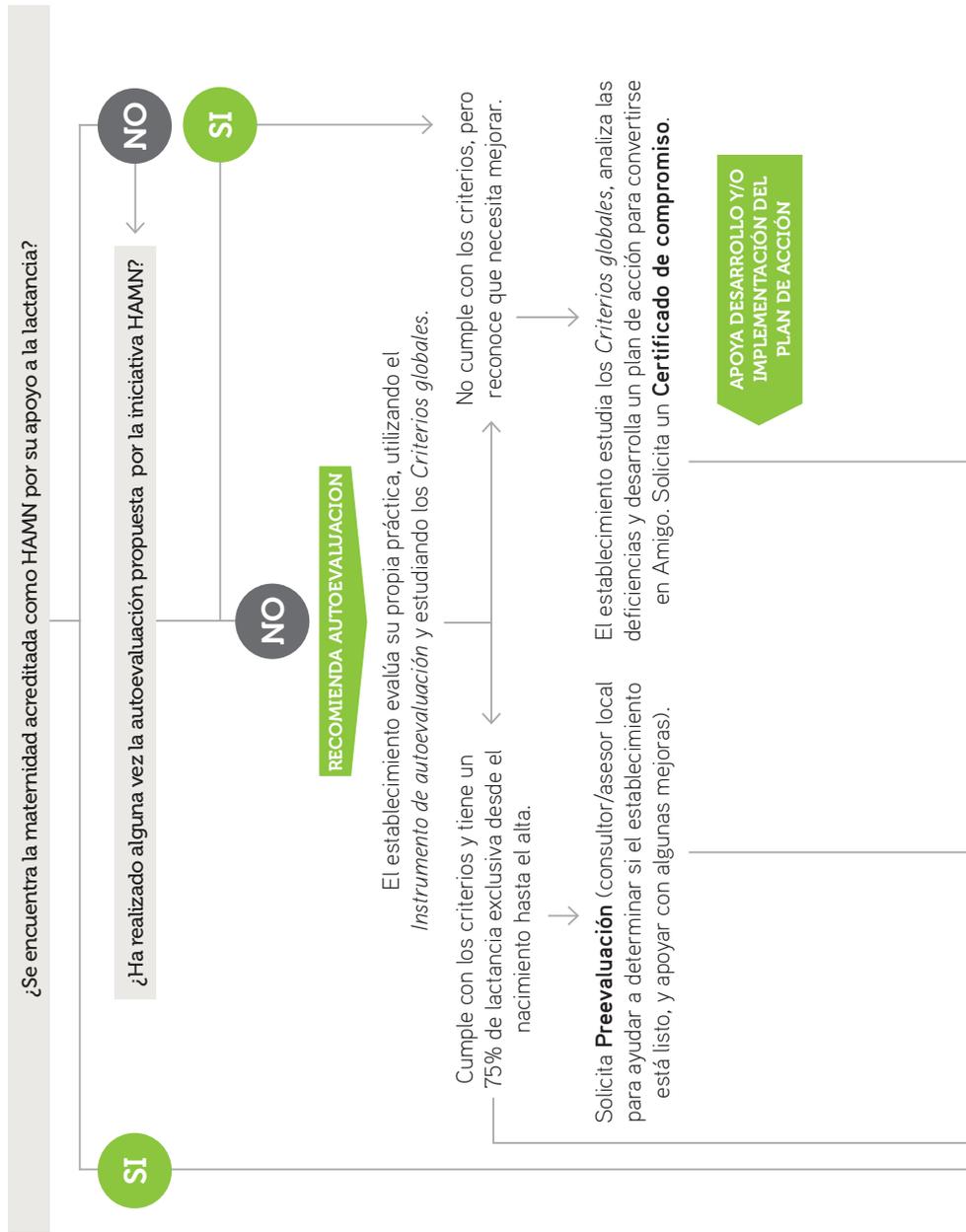
- 1. Evaluación del estado actual de la maternidad respecto de la iniciativa HAMN:** el equipo coordinador MSCF evaluará, sobre la base de la lectura de los documentos y materiales de la iniciativa HAMN, el estado actual de la maternidad de acuerdo con el algoritmo que se presenta en la Figura 2.
- 2. Evaluación diagnóstica:** independientemente del estado actual de la acreditación, el equipo coordinador MSCF evaluará el estado actual de las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna en la maternidad, así como las barreras y los facilitadores que obstaculizan o favorecen estas prácticas.
- 3. Devolución a los miembros del equipo de salud:** los resultados de esta evaluación serán devueltos e informados a los responsables de la promoción y el mantenimiento de la lactancia materna en la institución, con el fin de orientarlos en el diseño de un plan de mejora.

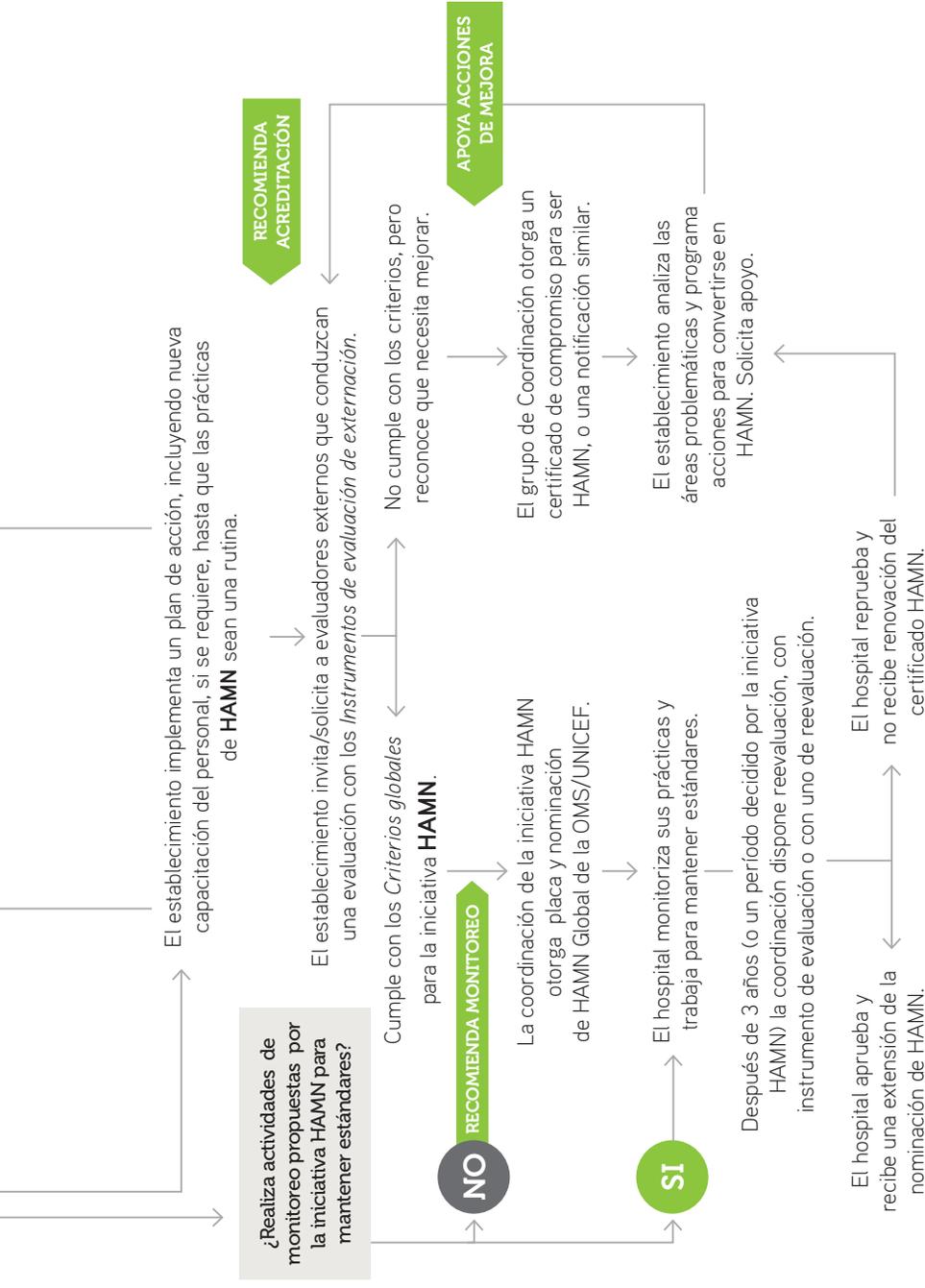
■ PASO 9 | Resultados esperados

La institución elabora un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna por medio de su participación en la iniciativa HAMN.



FIGURA 2. Integración de las acciones MSCF en la iniciativa HAMN





PASO 10

Recibir y brindar cooperación de y para instituciones, para la transformación en MSCF.

El modelo MSCF es, como ya lo hemos definido, un cambio de paradigma. Como tal, es necesario que se instale en la sociedad toda. Si bien las etapas iniciales del programa pretenden la replicación progresiva del modelo en un número limitado de maternidades, necesariamente su concepción ética, filosófica y existencial debe extenderse a todas las maternidades, es decir, a la comunidad.

EJE CONCEPTUAL | Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.

PASO 10: EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

1. Fortalecer el involucramiento y la participación progresiva de los miembros del equipo de salud de la maternidad, así como de sus autoridades, en la diseminación e implementación efectiva del modelo MSCF tanto dentro de la propia institución como en otros establecimientos.

■ PASO 10 | Actividades para el logro del objetivo propuesto

La transformación de una institución en MSCF está directamente relacionada con la adquisición y la comprensión de los principios, conocimientos y habilidades que requieren los miembros del equipo de salud para la implementación efectiva del modelo. Ellos son los protagonistas del cambio, por lo que su entrenamiento en las habilidades específicas para la implementación de la iniciativa es un elemento clave de la transformación. Asimismo, la medida en la que la maternidad o las personas que en ella trabajan contribuyen a la replicación del modelo en otras instituciones es expresión del compromiso asumido por la institución o por sus miembros con el modelo.

La FUN, con el apoyo de UNICEF, trabaja actualmente para la multiplicación del modelo en las maternidades públicas de nuestro país. Por medio de la iniciativa se busca fortalecer y sostener los procesos de cambio y transformación de las maternidades, así como ampliar el alcance del modelo a otras maternidades o a centros periféricos que trabajan en red con la maternidad.

Las maternidades que efectivamente se incorporen a la comunidad MSCF deberían extender el modelo a los lugares de influencia que, por razones geográficas o de regionalización, les correspondan. Estas acciones deben ajustarse a las características de los centros asistenciales de su responsabilidad. Podrán ser de asistencia primaria, intermedia o de mayor complejidad. Precisamente, de acuerdo con estas características, se priorizará uno u otro paso (por ejemplo, en los centros de asistencia primaria se priorizarán los pasos 1, 2 y 8, relacionados con el compromiso con la iniciativa, el CPN y el seguimiento ambulatorio del RN sano). Para estas acciones de involucramiento de los centros periféricos, el equipo MSCF de la institución debe contar con el apoyo institucional que facilite su concurrencia y/o la realización de actividades de capacitación y de transferencia e intercambio con los agentes de salud de estos centros. También puede implementarse un sistema de rotación de estos últimos por los distintos servicios de la maternidad, conforme a las necesidades de capacitación que se identifiquen. Es importante fortalecer, en particular, los sistemas de referencia y contrarreferencia, ya que constituyen un elemento clave para la detección oportuna de enfermedades que ponen en riesgo la salud del RN o de la madre.

Las actividades para el logro del objetivo del paso 10 comprenden acciones crecientes de involucramiento y capacitación.

Estas acciones pueden desarrollarse en tres planos: individual, intrainstitucional e interinstitucional.



El **plano individual** se refiere a las acciones que realiza cada individuo, por iniciativa propia, para la transformación y la consolidación del modelo MSCF; el **plano institucional** abarca las acciones que se llevan a cabo *desde la institución* para contribuir a la consolidación del modelo dentro de la institución (**plano intrainstitucional**) y fuera de la institución (**interinstitucional**).

Plano individual: es el relativo a las acciones para la consolidación del modelo MSCF que **resultan de la iniciativa de los individuos**. Cada miembro del equipo de salud puede, individualmente: 1) informarse, por ejemplo, al participar en una conferencia, ver un video o leer artículos; 2) formarse al intervenir en actividades de capacitación y/o de entrenamiento (por ejemplo, participando en talleres con expertos); 3) dar a conocer el modelo, por ejemplo, brindando conferencias o escribiendo algún artículo sobre el modelo; 4) entrenar a miembros del equipo de salud de su institución, y 5) entrenar a miembros del equipo de salud de otras instituciones.

Plano institucional: pueden reconocerse, a su vez, dos planos: el *intra-institucional* (acciones dentro de la propia institución) y el *interinstitucional* (entre instituciones). El primer paso del involucramiento a nivel institucional es el apoyo desde otras instituciones para la transformación de la institución en una MSCF⁸. La institución y sus equipos de salud reciben asesoramiento y apoyo de otras instituciones (ONG, otras maternidades, gobierno, etc.) para sensibilizar a su personal respecto de la necesidad y de los beneficios de implementar el modelo MSCF. La implementación y la consolidación del modelo dentro de la institución son realizadas por el equipo MSCF (ver paso 1), constituido por profesionales de la institución, formalmente asignados a esta tarea.

⁸ La excepción la constituyen la maternidad que creó el modelo (Sardá) o las que lo implementen de manera independiente, sin ayuda externa.

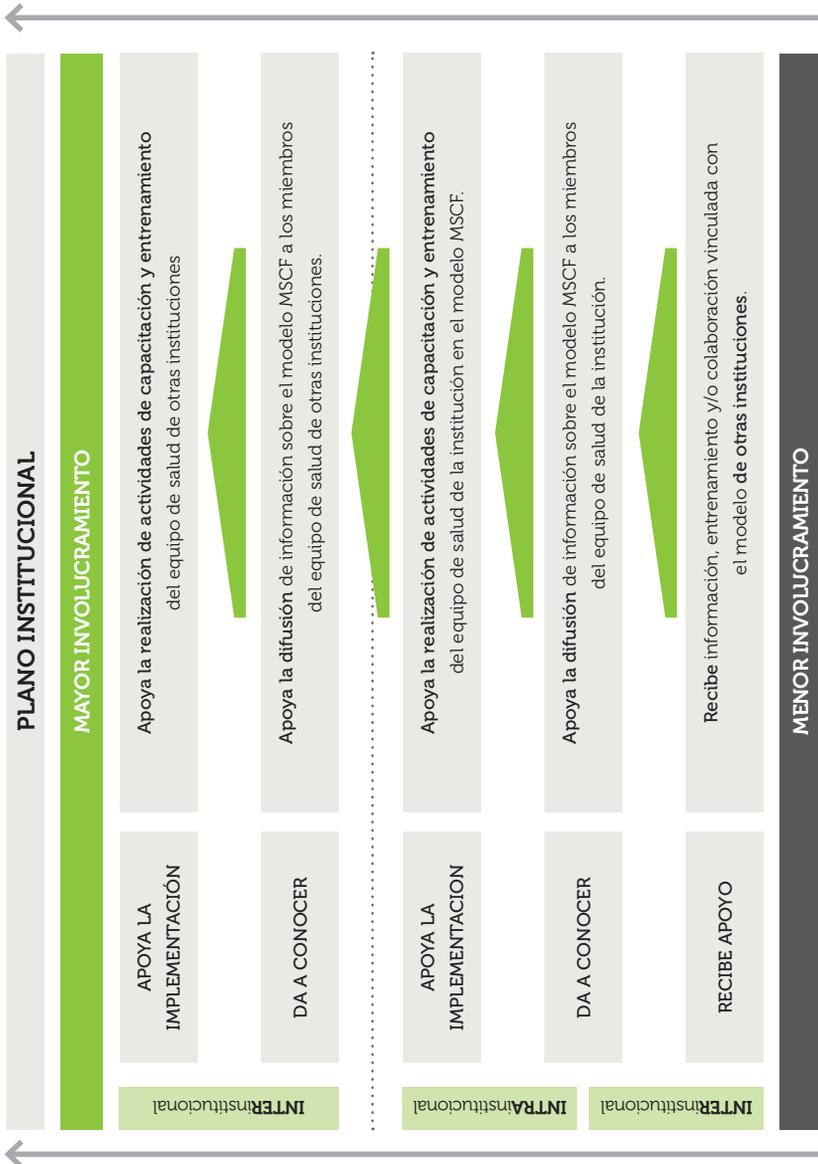
Las maternidades que ya iniciaron el proceso de transformación pueden brindar, a su vez, el mismo apoyo a otras maternidades, manera fin de constituir una red de MSCF (plano interinstitucional). Una institución que da a conocer y ayuda a implementar el modelo en otras instituciones es un agente multiplicador del modelo MSCF.

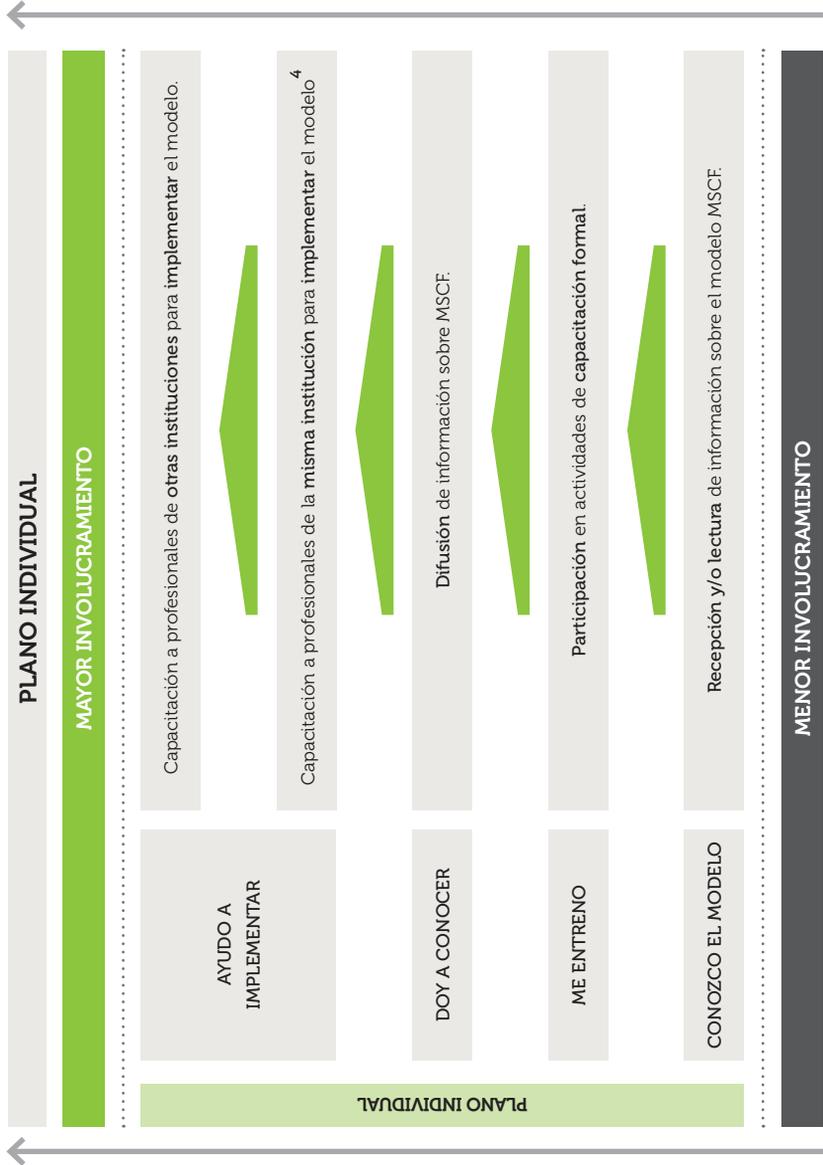
■ PASO 10 | Resultados esperados

La maternidad inicia el proceso de transformación en los planos individual, intrainstitucional e interinstitucional.



FIGURA 3. Acciones de involucramiento y transformación del modelo MSCF por parte de los profesionales y de las instituciones en las que se desempeñan







ANEXOS

1. Resumen de pasos, objetivos y actividades
2. Conceptos y herramientas para la gestión del cambio

ANEXO 1. RESUMEN DE PASOS, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

PASO 1. | RECONOCER EL CONCEPTO DE MATERNIDADES CENTRADAS EN LA FAMILIA COMO UNA POLÍTICA DE LA INSTITUCIÓN.

EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	DEFINICIÓN OPERATIVA	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<p><i>Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.</i></p>	<p>1. La implementación de este paso busca que, tanto las autoridades, como el equipo de salud, reconozcan el concepto de MSCF como una política institucional.</p>	<p>1.1. Consenso entre las principales autoridades de la institución respecto de la importancia de implementar el modelo y adherir al marco legal que rige la atención perinatal.</p> <p>1.2. Asignación de recursos humanos para que lidere y lleve adelante el proceso de transformación.</p> <p>1.3. Asignación de recursos financieros y edilicios para que sea posible la implementación de las actividades necesarias para el proceso de transformación.</p>	<p>1.1.1. Realización de actividades de difusión y diseminación de los ejes conceptuales y de los principios del modelo MSCF, dirigidas a los responsables de conducción y al Consejo Técnico Ampliado, con representantes de todas las áreas, por parte de profesionales con experiencia en su implementación en maternidades con probada trayectoria en MSCF.</p> <p>1.1.2. Preparación de un acta de compromiso.</p> <p>1.2.1. Selección, por parte de las autoridades, de un grupo de personas motivadas para la constitución del equipo, pertenecientes a distintas disciplinas y cuya participación es necesaria para la implementación del modelo, sin exclusiones de origen y avaladas por jefaturas.</p> <p>1.2.2. Presentación de la propuesta por parte del equipo a otros comités y profesionales de la institución.</p> <p>1.3.1. Las autoridades y el equipo que liderará la transformación de la maternidad deberán realizar una evaluación y una propuesta de los recursos financieros y edilicios que requerirá la implementación de las actividades.</p>

PASO 2 BRINDAR APOYO A LA EMBARAZADA Y A SU FAMILIA DURANTE EL CPN.		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija.</i>	1. Facilitar el acceso de la embarazada al CPN.	<p>1.1. Implementación de un sistema de turnos programados.</p> <p>1.2. Realización de la evaluación de riesgo inicial y citación por parte de una obstétrica.</p> <p>1.3. Ampliación de la franja horaria de atención en caso de disponer de horarios restringidos.</p> <p>1.4. Creación o mantenimiento de un Hospital de Día.</p> <p>1.5. Adecuación de los espacios para facilitar la espera de la embarazada (salas de espera confortables, áreas de juego para niños, consultorios adecuados).</p>
	2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud, que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y su hijo o hija.	<p>2.1. Adopción de conductas sustentadas en el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija: el trato amable y respetuoso y el respeto a la privacidad.</p> <p>2.2. Implementación del acompañamiento durante el CPN.</p> <p>2.3. Desarrollo de una estrategia de apoyo a padres adolescentes.</p>
<i>Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.</i>	3. Empoderar a las mujeres y a sus familias sobre el valor del nacimiento seguro y centrado en la familia.	<p>3.1. Realización de actividades de Educación para la Salud durante la espera de la embarazada.</p> <p>3.2. Realización de actividades de Educación para la Salud durante la entrevista de CPN.</p>
	4. Fortalecer el uso de prácticas efectivas y seguras por parte del equipo responsable del CPN en la maternidad.	<p>4.1. Implementación de prácticas efectivas, basadas en la evidencia, durante el CPN sobre conductas de riesgo y su salud sexual y reproductiva.</p> <p>4.2. Promoción de la atención prenatal del embarazo de bajo riesgo a cargo de obstétricas.</p>
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	5. Estimular la implementación de prácticas para la preparación y el fortalecimiento de la lactancia materna promovida por el HAMN.	<p>5.1. Capacitación al equipo de salud responsable del CPN sobre los beneficios de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN.</p>

PASO 3 RESPETAR LAS DECISIONES DE LAS EMBARAZADAS Y DE SU FAMILIA EN EL TRABAJO DE PARTO Y EN EL PARTO		ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	
<i>Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija.</i>	<p>1. Adecuar las salas de trabajo de parto y de parto de acuerdo con el modelo MSCF y la adopción de conductas por parte del equipo de salud que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija durante el trabajo de parto y el parto o cesárea.</p>	<p>1.1. Adecuación de las salas de trabajo de parto y de parto de acuerdo con el modelo MSCF.</p> <p>1.2. Adopción por parte del equipo de salud de comportamientos y prácticas durante el trabajo de parto y el parto/la cesárea, sustentadas en el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija.</p>
<i>Uso de prácticas efectivas y seguras.</i>	<p>2. Adecuar los ambientes hospitalarios de manera de garantizar condiciones mínimas de atención de las emergencias obstétricas.</p>	<p>2.1. Adecuación de los ambientes de la maternidad a fin de garantizar la atención de las emergencias obstétricas.</p>
	<p>3. Promover, en los miembros del equipo de salud, la atención del trabajo de parto y el parto de manera segura y centrada en la familia.</p>	<p>3.1. Capacitación al equipo de salud para que puedan brindar apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto, evitar la medicalización del parto, y emplear intervenciones de probada efectividad y seguridad.</p>
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	<p>4. Fortalecer la implementación de prácticas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna promovidas por la iniciativa HAMN.</p>	<p>4.1. Capacitación al equipo de salud que brinda asistencia a la madre y al RN sobre técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN.</p>

PASO 4 PRIORIZAR LA INTERNACIÓN CONJUNTA MADRE-HIJO O HIJA SANOS CON LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija.</i>	<p>1. Facilitar la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, mediante un alojamiento conjunto de la puérpera y su hijo o hija recién nacido sin interferencias, a fin de fortalecer el vínculo y el apego entre ambos.</p>	<p>1.1. Adecuación de las salas de internación conjunta de acuerdo con el modelo MSCF.</p> <p>1.2. Adopción por parte del equipo de salud de comportamientos y prácticas durante el trabajo de parto y el parto/la cesárea, sustentadas en el respeto de los derechos de la embarazada y de su hijo o hija.</p>
<i>Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.</i>	<p>2. Promover el vínculo entre el recién nacido y su padre, así como con otros miembros de la familia, como hermanos y abuelos.</p>	<p>2.1. Organización y puesta en marcha de la “visita de familiares” al servicio de obstetricia.</p>
	<p>3. Ofrecer información a la familia en el marco de la Educación para la Salud, con un enfoque anticipatorio y preventivo.</p>	<p>3.1. Entrenamiento del equipo de salud de la maternidad para que sea capaz de educar a la familia.</p>
<i>Uso de prácticas efectivas y seguras.</i>	<p>4. Detectar situaciones de riesgo social sanitario, conductas adictivas, violencia familiar, deserción escolar, e iniciar las intervenciones que correspondan (salud mental y servicio social).</p>	<p>4.1. Elaborar e implementar una estrategia para la identificación y la derivación oportuna de situaciones de riesgo social que requieran contención.</p>
	<p>5. Incrementar la detección temprana de patologías en recién nacidos y en madres que permanecen en internación conjunta.</p>	<p>5.1. Realización de actividades que favorezcan la adopción de prácticas/conductas recomendadas por parte del equipo de salud a cargo de la internación conjunta.</p>
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	<p>6. Establecer y lograr una lactancia materna exitosa de acuerdo con la iniciativa HAMN.</p>	<p>6.1. Capacitación al equipo de salud que brinda asistencia a la madre y al recién nacido, sobre técnicas apropiadas para el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo con los lineamientos de la iniciativa HAMN.</p>

PASO 5 FACILITAR LA INCLUSIÓN DE LA MADRE, EL PADRE Y EL RESTO DE LA FAMILIA EN LA INTERNACIÓN NEONATAL		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija.</i>	<p>1. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo de la atención neonatal, que garanticen el respeto de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija.</p>	<p>1.1. Fortalecimiento de la comunicación y abordaje de los padres de RN en cuidados intensivos.</p> <p>1.2. Fortalecimiento de la comunicación con los padres de RN en riesgo de morir.</p>
<i>Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.</i>	<p>2. Implementar el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología, incluyendo la posibilidad de su permanencia continua y de su participación activa en el cuidado de sus hijos.</p>	2.1. Organización y puesta en marcha del “ingreso irrestricto de los padres” al servicio de neonatología.
	3. Organizar e implementar el ingreso programado de los hermanos y abuelos a los sectores de internación neonatal.	3.1. Organización y puesta en marcha de la “visita de familiares” al servicio de neonatología.
<i>Uso de prácticas efectivas y seguras.</i>	4. Asistir a los RN prematuros o con patología, utilizando la tecnología más eficiente y el recurso humano más capacitado, en virtud del derecho a la vida para todas las personas.	<p>4.1. Implementación de prácticas efectivas.</p> <p>4.2. Implementación de prácticas seguras.</p>
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	5. Capacitar al equipo de salud para la implementación de prácticas de promoción de la lactancia materna de acuerdo con el modelo iniciativa HAMN.	5.1. Entrenamiento del equipo de salud de la maternidad para el mantenimiento de una lactancia materna exitosa.

PASO 6 CONTAR CON UNA RESIDENCIA DE MADRES (RM) QUE PERMITA SU PERMANENCIA JUNTO CON SUS RECÉN NACIDOS INTERNADOS		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija.</i>	<p>1. Crear o mejorar (en caso de que ya exista) una RM que permita brindar alojamiento a embarazadas de moderado o alto riesgo, que, por situaciones de vulnerabilidad social, tengan limitaciones en el acceso oportuno a la atención médica que pongan en riesgo su vida o la de su hijo o hija, así como a madres con alta obstétrica, cuyos hijos permanezcan internados en el servicio de neonatología, por prematuridad y/o enfermedad.</p>	<p>1.1. Búsqueda de apoyo institucional para la creación de la RM.</p> <p>1.2. Planificación, diseño y creación de la RM: aspectos a tener en cuenta.</p> <p>1.3. Organización del funcionamiento de la RM: aspectos a tener en cuenta.</p>
<i>Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad.</i>		
PASO 7 SERVICIO DE VOLUNTARIAS Y VOLUNTARIOS DE LA COMUNIDAD		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
<i>Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.</i>	<p>1. Crear o fortalecer (en caso de que ya exista) un servicio de voluntarios capaz de brindar apoyo y comprensión a las madres para que ellas puedan cuidar a sus hijos, y a las embarazadas, para que logren un embarazo saludable y arriben a un parto seguro.</p>	<p>1.1. Búsqueda de apoyo institucional para la creación o el fortalecimiento del servicio de voluntarios.</p> <p>1.2. Planificación, diseño y creación del voluntariado: aspectos a tener en cuenta.</p> <p>1.3. Organización del funcionamiento del voluntariado: aspectos a tener en cuenta.</p>

PASO 8 ORGANIZAR EL SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO SANO Y, ESPECIALMENTE DEL DE RIESGO, LUEGO DEL ALTA EN CONSULTORIOS EXTERNOS ESPECIALIZADOS QUE PRIORICEN LA INCLUSIÓN FAMILIAR		ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	
<i>Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Facilitar el acceso de los padres al seguimiento ambulatorio de sus hijos. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del seguimiento ambulatorio, que garanticen el respeto de los derechos de los padres y de su hijo o hija. 	<ol style="list-style-type: none"> Derivación al alta del RN sano. Derivación al alta del RN de alto riesgo. Implementación de una franja horaria de atención apropiada.
<i>Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Empoderar a las mujeres y a sus familias en el cuidado de sus hijos y en la detección oportuna de problemas. 	<ol style="list-style-type: none"> Adopción de conductas, por parte del equipo de salud, sustentadas en el respeto de los derechos de la mujer y de su hijo o hija: el trato amable y respetuoso y el respeto a la privacidad. Actividades a realizar al momento del alta. Actividades a realizar luego del alta.
<i>Uso de prácticas efectivas y seguras.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecer el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable del alta y del seguimiento ambulatorio. 	<ol style="list-style-type: none"> Desarrollo e implementación del alta conjunta.
<i>Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.</i>	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecer el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo con el modelo de la iniciativa HAMN. 	<ol style="list-style-type: none"> Entrenamiento del equipo de salud de consultorios externos para el mantenimiento de una lactancia materna exitosa.

PASO 9 FORTALECIMIENTO DE LA INICIATIVA HAMN		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
Fortalecimiento de la iniciativa HAMN.	1. Promover las actividades propuestas por la iniciativa HAMN para lograr la certificación y la acreditación como "Hospital Amigo".	1.1. Evaluación del estado actual de la maternidad respecto de la iniciativa HAMN.
		1.2. Evaluación diagnóstica.
		1.3. Devolución a los miembros del equipo de salud.
PASO 10 RECIBIR Y BRINDAR COOPERACIÓN DE Y PARA INSTITUCIONES PARA LA TRANSFORMACIÓN EN MSCF		
EJE CONCEPTUAL	OBJETIVO	ACTIVIDADES FUERTEMENTE RECOMENDADAS
Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.	1. Fortalecer el involucramiento y la participación progresiva de los miembros del equipo de salud de la maternidad así como de sus autoridades en la diseminación e implementación efectiva del modelo MSCF, tanto dentro de la institución como en otras instituciones.	1.1. Implementación de acciones en el plano institucional.
		1.2. Implementación de acciones en el plano individual.

ANEXO 2. CONCEPTOS Y HERRAMIENTAS BÁSICAS PARA GESTIONAR EL CAMBIO

La adopción del modelo MSCF supone iniciar un proceso de transformación de la maternidad, que implica, entre otros cambios, la modificación de la cultura de la organización. Este proceso de cambio podrá requerir un abordaje *global* (en todos sus espacios) o circunscribirse a un *grupo* de actores determinados (ej., servicios de neonatología u obstetricia, salud mental, voluntariado, etc.), dependiendo de las prioridades que establezcan el equipo MSCF y las autoridades de la institución.

El *alcance* determinará quiénes serán los responsables de *gestionar el proceso de cambio* (ej., autoridades generales, jefes de unidades o servicios, líderes formales y/o informales de grupos de trabajo, etc.).

Se pueden describir tres grandes *momentos* en este *proceso de transformación*:

■ 1 | Diagnóstico inicial

Permite caracterizar la situación basal de la maternidad con respecto a cada uno de los pasos del modelo. Este diagnóstico puede ser realizado por un equipo externo, por medio de la metodología de evaluación propuesta por la FUN (evaluación externa), o bien, por el propio equipo MSCF de la maternidad (autoevaluación). La evaluación del estado inicial incluye:

La valoración del grado de cumplimiento de cada una de las actividades propuestas para el logro de los objetivos de cada paso. Esta valoración permitirá establecer, para cada paso, la brecha entre lo que se realiza en la Maternidad y lo que se propone o espera de acuerdo con los lineamientos del manual de implementación.

La identificación de los factores que facilitan (*facilitadores*) o, por el contrario, obstaculizan (*barreras*) en cada servicio la implementación de las actividades necesarias para el logro de los objetivos de cada paso. La valoración de estos factores debe incluir, no solo el **grado de conocimiento** de

los miembros del equipo de salud con relación al modelo MSCF, sino también sus capacidades o competencias para adoptar el modelo e implementar las actividades planteadas, su alineamiento con la propuesta, el grado de convencimiento por parte del equipo de la necesidad de implementar el cambio y la motivación para iniciarlo, entre otros aspectos. En la Tabla 1 se listan distintos tipos de factores que inciden en cualquier proceso de cambio, sea favoreciéndolo u obstaculizándolo. El equipo MSCF debe evaluar la manera en que cada uno de estos factores opera en el/los servicio/s o incluso en la institución: este análisis permitirá diseñar una intervención que considere los principales obstáculos y resistencias (por ejemplo, talleres de capacitación, cuando la principal barrera sea la falta de conocimiento; influencia de líderes de opinión, cuando la barrera sea la falta de confianza en el modelo; entrenamiento específico, cuando la barrera sea la falta de competencias o habilidades para el desarrollo de las actividades propuestas por el modelo).

En otras palabras, el tipo de intervención que se implementará para facilitar el proceso de transformación en la maternidad y los distintos servicios debe considerar las barreras y los facilitadores propios de la organización.

¿CÓMO ANALIZAR EL ESTADO ACTUAL Y LAS BARRERAS/FACILITADORES QUE INCIDEN EN CADA PASO?

De acuerdo con la idiosincrasia de cada organización, el equipo MSCF puede realizar distintos tipos de actividades, como, por ejemplo, talleres y/o jornadas de reflexión, entrevistas grupales y/o individuales, grupos focales de pres-tadores y/o de usuarios, observación directa, relevamientos programados.

Los productos esperados de este *subproceso* deberán apuntar a determinar las prácticas y los actores habituales, los *factores facilitadores* (internos: fortalezas; externos: oportunidades) y *barreras* (internas: debilidades; externas: amenazas), globales y/o parciales, etc.

■ 2. Determinación de la “visión” (“hacia dónde ir”)

El primer paso para el inicio del proceso de transformación es la definición de la **visión** por parte de las autoridades de la institución y de los jefes de los servicios involucrados, así como su comunicación a todos los miembros del equipo de salud. Esta acción expresaría la adhesión y el compromiso de las autoridades para con el modelo y su decisión de iniciar el cambio.

■ 3. Diseño e implementación de las estrategias de cambio

Una vez establecido hacia dónde dirigirá la organización sus esfuerzos y acciones, el equipo MSCF, junto con las autoridades, debe decidir, sobre la base del diagnóstico inicial, las actividades que priorizará para dar cumplimiento a este propósito. Es importante que al momento de planificar las actividades el equipo MSCF involucre a las autoridades y profesionales de los servicios cuya participación es clave en la implementación del cambio.

La estrategia de cambio puede ser implementada por eje conceptual del modelo o por paso, dependiendo de lo que el equipo MSCF considere más apropiado.

Ejemplo 1. Estrategia de cambio sustentada en los ejes conceptuales del modelo MSCF

El equipo MSCF de una institución X puede identificar en su diagnóstico inicial problemas muy graves relacionados con la falta de respeto y valoración, por parte de los miembros del equipo de salud, de los derechos esenciales de la madre, del padre y de sus hijos. Por tanto, una vez identificados los factores que inciden en este problema (ver Tabla 1), decide implementar una estrategia de cambio sustentada en el eje conceptual 2 del modelo MSCF (Protección de los Derechos de la Madre, del Padre y del Niño), dirigida a los miembros del equipo de salud de TODOS los servicios involucrados con el modelo MSCF.

Ejemplo 2. Estrategia de cambio sustentada en los pasos del modelo MSCF

El equipo MSCF de una institución Y identifica falencias severas en las prácticas asociadas al trabajo de parto y al parto (paso 3). El equipo analiza los

factores que inciden en la implementación de este paso y diseña una estrategia de cambio cuya población objetivo está determinada, principalmente, por los agentes de salud que participan en la asistencia de la madre durante el trabajo de parto y el parto.

PASOS BÁSICOS PARA EL DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE CAMBIO

1. Analice los resultados del diagnóstico inicial.
2. Priorice los ejes conceptuales o pasos del modelo sobre los cuales actuará.
3. Identifique los profesionales que participan o están vinculados con los procesos de atención a los cuales se dirigirá la intervención.
4. Identifique las barreras o los facilitadores que inciden en el aspecto/paso/ actividades priorizadas (ver Tabla 1).
5. Convoque a los profesionales de los servicios involucrados y diseñe una estrategia de intervención que facilite el cambio o la realización de las actividades necesarias para el logro de los objetivos propuestos.
6. *Defina, sobre la base del consenso con los profesionales involucrados, un **plan de acción**: este plan debe establecer QUÉ se realizará, QUIÉN lo realizará, QUÉ MIEMBROS O SERVICIOS estarán involucrados, CUÁNDO se implementarán las acciones de mejora, CÓMO se evaluará (indicador o indicadores que permitirán evaluar el logro de los objetivos propuestos)- (Tabla 2).*

IMPORTANTE

Al momento de proponer e implementar un cambio, el equipo MSCF debe guiar y estimular a los propios profesionales de los servicios involucrados a participar en el proceso de transformación.

El plan de acción debe ser el resultado de una propuesta que:

Esté orientada a las brechas entre la práctica observada y la práctica esperada (de acuerdo con los lineamientos del manual de implementación del modelo MSCF).

Considere las barreras y los facilitadores que inciden en el proceso o en las actividades que se pretende modificar.

Sea el resultado de la reflexión, la participación y el consenso de los profesionales involucrados en los procesos de atención que se deseen modificar.

Sea realizado de manera sistemática, identificando claramente quiénes, qué, cuándo, dónde se dará la intervención para el cambio, así como los resultados que se espera alcanzar.

■ 4. Evaluación de las estrategias de cambio

Es importante que el equipo MSCF evalúe la medida en la que sus acciones fueron implementadas.

Cuando sea posible, será de suma utilidad el contar con recolección, monitoreo y evaluación sistemática de indicadores de resultado vinculados, por ejemplo, con la salud materna o del recién nacido.

Memoria y atención	La medida en que las acciones que propone el modelo resultan conocidas (MEMORIA Y ATENCIÓN) para el equipo de salud, sea porque están incorporadas en la rutina diaria o porque las realizan con frecuencia, facilita la implementación del modelo. Si las acciones son nuevas, nunca antes realizadas por el equipo, entonces este factor puede actuar como una BARRERA para la implementación del modelo; por el contrario, el hecho de que sean conocidas o formen parte de la rutina constituye un FACTOR FACILITADOR.																	
Disponibilidad de recursos	El CONTEXTO Y LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS son factores esenciales para la implementación del modelo. La FALTA DE RECURSOS constituye una BARRERA muy importante en numerosas iniciativas, mientras que la situación contraria es un FACTOR FACILITADOR.																	
Influencia social	La INFLUENCIA SOCIAL es uno de los factores críticos a considerar al momento de implementar las acciones para transformar la maternidad en una MSCF. La influencia que ejercen los distintos actores dentro y fuera del sistema de salud puede limitar (BARRERA) o favorecer positivamente (FACTOR FACILITADOR) la implementación del modelo. Este factor incluye en ciertos aspectos, como características de la organización y funcionamiento del equipo de salud. Estos distintos actores pueden encontrarse dentro de la ORGANIZACIÓN, pueden corresponder a miembros particulares del EQUIPO DE SALUD, y en ocasiones, puede tratarse de los propios PACIENTES O GRUPOS DE PACIENTES.																	
Sentimientos/emociones	Algunas iniciativas afectan positiva o negativamente los SENTIMIENTOS O EMOCIONES de los miembros del equipo de salud o, también, de las embarazadas o de sus familias. Es importante identificar estos aspectos sensibles que pueden favorecer la implementación del modelo o, por el contrario, obstaculizarlo cuando se despiertan sentimientos negativos.																	

NOTA: Estos mismos factores pueden ser analizados también por ejes conceptuales del modelo, en caso de que el equipo MSCF decida implementar una estrategia de cambio destinada a fortalecer uno de los ejes conceptuales del modelo MSCF en todos los servicios involucrados.

TABLA 2. Plan de acción para la implementación de la estrategia de cambio

PASO O EJE CONCEPTUAL EN EL QUE SE FOCALIZARÁ EL CAMBIO	ACTIVIDADES SOBRE LAS QUE SE FOCALIZARÁ EL CAMBIO	ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

ACTORES DEL EQUIPO DE SALUD INVOLUCRADOS	RESPONSABLE DE IMPLEMENTAR LA/S ACCIÓN/ES	FECHA LÍMITE	MEDIDA DE EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACCIÓN



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

PASO 1

1. Datos del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/htm/perin_hospital.htm
2. Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., *Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia*, Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Ed. FUN, Buenos Aires, 2006, www.funlarguia.org.ar, www.msal.gov.ar, programas materno-infantiles/publicaciones.
3. OPS/OMS, Representación argentina, "El Modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudios de buenas prácticas", 2008, Buenos Aires, www.ops.org.ar, publicaciones, n° 63.
4. Hotelling, B. A., "Is your Perinatal Practice Mother-Friendly? A Strategy for Improving Maternity Care", *Birth*, 2004; 31: 143-147.
5. UNICEF, *Salud materna y neonatal. Estado Mundial de la Infancia*, 2009.
6. Martínez Escoriza, J. C., "Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital?", *Evidencias en Pediatría*, septiembre 2010, 6: 3.
7. Wax, J. R.; Lucas, F.L.; Lamont, M.; Pinette, M.G.; Cartin, A.; Blackstone, J., "Maternal and Newborn Outcomes in Planned Home Birth vs Planned Hospital Births: A Metaanalysis", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2010, 203: 1e1-8. www.AJOG.org
8. Ob. cit . en nota anterior.
9. Uriburu, Graciela, "Mortalidad materna en Bolivia. ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?", en *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de*

la salud y crítica intercultural, Dr. Gerardo Fernández Juárez (coord.), Ediciones Abya Yala (Quito, Ecuador) y Universidad de Castilla-La Mancha (España), 2006, 173-186.

10. UNICEF, "Los derechos de los pueblos indígenas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas", agosto 2008, 85-86 y 117-129.

PASO 2

11. Larguía et al., *Guía...* cit.
12. "National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Antenatal Care Routine Care for the Healthy Pregnant Woman" (NICE), 2008. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>.
13. Fescina, R. H.; De Mucio, B.; Díaz Rossello, J.L.; Martínez, G.; Serruya, S., *Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*, 2ª edición: guía para la práctica básica, Montevideo: CLAP/SMR, 2010 (publicación CLAP/SMR, 1573).
14. Burrow-Ferris, *Complicaciones médicas del embarazo*, Ed. Médica Panamericana, 4ª ed. Buenos Aires, 1996; *Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Sexual Transmitted Diseases: Treatment Guidelines*, 2002.
15. Organización Mundial de la Salud, *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. 2ª ed., Ginebra, 2005.
16. Organización Mundial de la Salud, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Una guía esencial de la OMS sobre Planificación Familiar*, 3ª ed., Ginebra, 2005.
17. Organización Panamericana de la Salud. Imán Servicios, *Normas de atención de*

salud sexual y reproductiva de adolescentes, Washington D.C., OPS, 2005.

18. Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C., *Obstetricia*, Ed. El Ateneo, 6ª ed., Buenos Aires, 2005.
19. World Health Organization. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice*, Ginebra, 2003.

PASO 3

20. Anim-Somuah, M.; Smyth, R.; Howell, C., "Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, n° 4, Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de *The Cochrane Library*, 2008, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.),
21. Carroli, G.; Belizán, J.: "Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit. Issue 3.
22. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. "Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub2.
23. Ministerio de Salud de la Nación, *Guía para la atención de parto normal en maternidades centradas en la familia*, 2005.
24. Hodnett, E.D.; Downe, S.; Edwards, N.; Walsh, D., "Centros de obstetricia con características familiares versus centros de obstetricia institucionales convencionales (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit, Issue 3.
25. Belizan, J. M.; Cafferata, M. L.; Belizan, M.; Tomasso, G.; Chalmers, B., "Goals in Maternal and Perinatal Care in Latin America and the Caribbean", *Birth*, 2005, 32 (3): 210-8.
26. Kettle, C.; Hills, R. K.; Ismail, K. M. K., "Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarrros de segundo grado (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit. Issue 2.
27. Largaúa et al., *Guía...* cit.
28. Prendiville, W.J.; Elbourne, D.; McDonald, S., "Tratamiento activo versus manejo expectante de la etapa expulsiva del parto (Revisión Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit., 2009, n° 4 (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009, Issue 3, Art. CD000007).
29. Rebecca, M. D.; Smyth; S.; Alldred, K.; Markham, C., "Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revision Cochrane traducida)", en *La Biblioteca Cochrane Plus* cit., 2009, n° 3 (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007, Issue 4, Art CD006167).

PASOS 4 Y 5

30. Largaúa, A. M.; Enríquez, D., *Manejos integrales en neonatología*, 2ª ed., año 2006, Buenos Aires, www.funlargaúa.org.ar, Herramientas; www.sarda.org.ar, sección profesionales.
31. Largaúa et al., *Guía...* cit.
32. Fava Vizziello, G., et al., *Los hijos de las máquinas*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1992, cap. 3.3.2.
33. Helman, V.; Villavella, N., *Niños prematuros. Psicoanálisis y neonatología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.
34. Druon, C., *A l'ecoute du bébé prématuré*, París, Ed. Aubier, 1996.
35. Ministerio de Salud, *Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios*

- de Maternidad. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres348_2003.pdf.
36. Larguía et al., *Guía...* cit.
 37. González, M. A., "Intervenciones psicoterapéuticas en neonatología", en IV Congreso Internacional de Psicoterapia, Buenos Aires, septiembre 2005, <http://www.depsicoterapias.com>, Interdisciplina.
 38. González, M. A.; Naddeo, S., "Niños hospitalizados desde el comienzo de la vida", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Buenos Aires, 2007, 26 (4): 156-161.
 39. Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), *Primera guía argentina de Perinatología*, Buenos Aires, 1994.
 40. Brundi, M.; González, M. A.; Enríquez, D.; Larguía, A. M., "Contacto piel a piel madre-hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Buenos Aires, 2006, 25 (4): 160-168.
 41. Brundi, M., "Contacto piel a piel", en Larguía et al., *Guía...* cit.
 42. Freud, S., "Introducción al narcisismo", en *Obras completas*, tomo XIV, Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1984.
 43. Martínez, J. C., *Los primeros días en la Unidad de Terapia Intensiva. El bebé prematuro y sus padres: medicina y amor*, Buenos Aires, Ed. Lidium, 1993.
 44. Ruiz, A., *El bebé prematuro y sus padres*, Buenos Aires, Ed. Miño y Dávila, 2004.
 45. Freud, S., "Duelo y melancolía", en *Obras completas* cit., tomo XIV.
 46. Klaus, M.; Kennell, J., *La relación madre-hijo*, Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1988; Ed. Lidium, 1993.
 47. Mathelin, C., *Clínica psicoanalítica con niños*, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 2001.
 48. CLAP : Defey, D. ; Díaz Rossello, J. L. et al., *Duelo por un niño que muere antes de nacer*, Ed. Roca Viva, Montevideo, 1992.
 49. WHO, UNFPA, UNICEF, *Tratamiento de los problemas del recién Nacido: guía para médicos, enfermeras y obstétricas*, 2003.
 50. Sarubbi, M. A., y Red Neonatológica de la Ciudad de Buenos Aires, "Recomendaciones para el control de infecciones intrahospitalarias", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, año 2005, 24 (4).
- ## PASOS 6 Y 7
51. Larguía et al., *Guía...* cit., capítulo 3, págs. 63-71; Anexo 3, pág. 89; Anexo 4, págs. 103-104.
 52. Larguía, A. M.; Lomuto, C.; Tortosa, G.; González, M. A.; Naddeo, S., "Detección de interferencias y evaluación cualicuantitativa de actividades para transformar el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá en una maternidad centrada en la familia", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2003, 22 (2).
- ## PASO 8
53. Schapira, I.; Aspres, N., capítulo 2, en Larguía et al., *Guía...* cit., pág. 60; Anexo 2, págs. 85-88.
 54. Larguía, A. M.; Schapira, I.; Aspres, N., *Guía para padres de prematuros*, Ed. FUN, 2008, Buenos Aires, www.sarda.org.ar, Sección para padres; www.funlarguia.org.ar, Herramientas, Lectura para padres.
- ## PASO 9
55. Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Mundial de la Salud «UNICEF/OMS. Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada,

actualizada y ampliada para la atención integral, Sección 1. Antecedentes e implementación, 2009», Washington D.C., OPS © 2008. Disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3041&Itemid=2347&lang=es (último acceso: septiembre 2010).

ANEXO 2

1. Michie, S., et al., "Making Psychological Theory Useful for Implementing Evidence Based Practice: A Consensus Approach", *Qual. Saf. Health Care*, 2005, 14: 26-33.
2. Croteau, R. J., *Designing and Implementing an Action Plan for Improvement. In Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques. Joint Comission Resources and Joint Comission International*, 4ª ed., 2010.
3. Sousa Campos, G. W., "Gestión en salud. El anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso", *Cadernos de Saúde Pública*, 1998, 14 (4): 863-870.
4. Van Bokhoven, M. A.; Kok, G.; Van der Weijden, T., "Designing a Quality Improvement Intervention: A Systematic Approach", *Qual. Saf. Health Care*, 2003, 12: 215-220.

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

- CLAP:** Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
- Colpo:** colposcopia
- COPAP:** contacto piel a piel
- CPAP:** presión positiva continua por vía nasal
- CPN:** control prenatal
- FUM:** fecha de última menstruación
- FUN:** Fundación Neonatológica A. Miguel Larguía
- HAMN:** Hospital Amigo de la Madre y el Niño
- VIH/SIDA:** Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- HMIRS:** Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
- HTA:** hipertensión arterial
- IIH:** infección intrahospitalaria
- LH:** leche humana
- MCF:** Maternidad Centrada en la Familia
- MSCF:** Maternidad Segura y Centrada en la Familia
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONG:** Organización no Gubernamental
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- Pap:** papanicolau
- RM:** Residencia para Madres
- RN:** recién nacido
- SIP:** sistema informático perinatal
- TcBi:** transcutaneous bilirubin index - Medición transcutánea de Bi
- TPR:** trabajo de parto, parto y recuperación
- UNICEF:** Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
- VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory – Búsqueda de enfermedades venéreas

PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA

Larguía, A. Miguel

Académico de Número Academia Nacional de Medicina
Médico pediatra neonatólogo
Jefe de División Neonatología
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Presidente de la Fundación Neonatológica (FUN)

González, María Aurelia

Psicóloga clínica
Servicio de Salud Mental
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Directora de Programas Integrales de FUN

Solana, Claudio

Médico pediatra neonatólogo
Jefe de Unidad Terapia Intensiva Neonatal
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Director de Investigaciones Clínicas de FUN

Basualdo, María Natalia

Médica tocoginecóloga
Unidad de Alto Riesgo Obstétrico
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Equipo FUN

Di Pietrantonio, Evangelina

Médica tocoginecóloga
Consultorios Externos – Área Urgencias
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Equipo FUN

Bianculli, Pablo

Médico pediatra y de adolescentes
Magíster en Administración de Negocios (MBA)
Director Ejecutivo

Esandi, María Eugenia

Consultora UNICEF
Médica epidemióloga
Magíster en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Gestión de Servicios de Salud

PRIMERA EDICIÓN.

Este libro se terminó de imprimir en el mes de marzo de 2011,
en Buenos Aires, Argentina.



Fundación Neonatológica A. Miguel Larguía
secretaria@funlargaui.org.ar
www.funlargaui.org.ar



Hospital Materno Infantil
Ramón Sardá
www.sarda.org.ar



Ministerio de Salud
consultas@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar



Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF)
buenosaires@unicef.org
www.unicef.org.ar

