

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo.

**Fundación Neonatológica “A. Miguel Larguía”,
con el apoyo de Unicef Argentina**

- 2010 -

Autoridades de la Fundación Neonatológica

A. Miguel Larguía

Presidente

Académico A. Miguel Larguía

Director del Área de Investigación Clínica

Dr. Claudio Solana

Directora de Programas Integrales

Lic. María Aurelia González

Director Ejecutivo

Dr. Pablo Bianculli

Autoridades UNICEF Argentina

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 del
Hospital Materno Infantil Ramón Sarda
Presidente de la Fundación Neonatológica (FUN)

González, María Aurelia
Psicóloga Clínica
Servicio de Salud Mental del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda
Directora de Programas Integrales de FUN

Solana, Claudio
Médico Pediatra Neonatólogo
Jefe de Unidad Terapia Intensiva Neonatal Hospital Materno Infantil Ramón Sarda
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 Fundación Neonatológica

Esandi, María Eugenia
Consultora UNICEF
Médica Clínica
Epidemióloga

Esta propuesta ha sido desarrollada mediante subsidio otorgado por **Unicef Argentina**, dentro del Convenio Marco de Cooperación Técnica

Fundación Neonatológica A. Miguel Larguía
Larrea 1474 – 1º “A”
(1117) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel-fax: (011) 48067493
Email: secretaria@funlarguia.org.ar
<http://www.funlarguia.org.ar/>

Organización del documento

Este documento contiene dos secciones:

- **Sección 1: Conceptualización del modelo MSyCF**

Describe los ejes conceptuales sobre los cuales se estructura el modelo MSyCF, 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 MSyCF**

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

Tabla de contenidos

Sección 1: Conceptualización del modelo MSyCF	
Antecedentes	
Ejes conceptuales y principios del Modelo MSyCF	
Descripción de los ejes y principios del Modelo	
Sección 2: Pasos para la implementación del componente MCF en el marco del modelo MSyCF	
Los 10 PASOS hacia una MCF	
Anexos	
Anexo 1: Conceptos y herramientas básicas para gestionar el cambio	

Sección 1:

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

Antecedentes

El modelo 'Maternidades Centradas en la Familia' (MCF) constituye un paradigma de atención perinatal que 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. Inspirados en la "Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño", creada por OMS-UNICEF en el año 1991 para promover la Lactancia Materna en las Maternidades e implementada en Argentina desde 1994, se propuso la Iniciativa Maternidades Centradas en la Familia (MCF).

En el año 2007 se publicó la *"Guía para transformar Maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia"* (Larguía et al. 2007) donde se explicita el marco legal internacional y de 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 del año 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Representación Argentina, edita el libro *"El modelo de Maternidad Centrada en la familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Estudio de buenas prácticas"* donde se describe la implementación de la Iniciativa MCF en el Servicio de Terapia Intensiva de ese Hospital, se identifican factores críticos positivos y negativos y se comunican las lecciones aprendidas. Ambas publicaciones ponen énfasis en qué y 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 FUN realizaron un trabajo conjunto con el fin de establecer un diagnóstico de situación en ocho maternidades situadas en diferentes regiones del País y que, de acuerdo a 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, con la Iniciativa Maternidad Segura, se realizó una conceptualización de un nuevo modelo integrado: Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF), que define **los criterios mínimos que debería reunir una maternidad para ser considerada MSyCF**.

El presente documento describe la conceptualización del modelo, sus ejes conceptuales y principios, los pasos esenciales para su implementación y una propuesta para la evaluación de su grado de cumplimiento por parte de las maternidades, con especial énfasis en el **componente MCF**. Estos contenidos serán luego integrados y articulados con los referidos a la Seguridad de la atención.

Ejes conceptuales y principios del Modelo MSyCF

Una MSyCF posee una **cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia como protagonistas de la atención del recién nacido** junto al equipo de salud y define a la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los **derechos de la madre y su hijo o hija** por parte de los miembros del equipo de salud, promueve la **participación y colaboración del padre, la familia y la comunidad** en la protección y cuidado del embarazo y el recién nacido, implementa **prácticas seguras y de probada efectividad** y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la **Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño**, que promueve fuertemente la lactancia materna.

El modelo MSyCF 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 reducir la morbilidad y 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 MSyCF 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 de su 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 ser efectivas 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 a través de su participación en la IHAMN.

Los ejes conceptuales y principios delimitan el alcance del modelo MSyCF 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 MSyCF

Eje conceptual	Principios	Resultado esperado
1. Cultura organizacional centrada en la familia y la seguridad de la atención	<p>1. <i>“Es coherente con el pensamiento universal vigente Medicina Centrada en el Paciente (y su familia) y Seguridad del paciente.”</i></p> <p>2. <i>“Es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.”</i></p> <p>3. <i>“Tiene avales nacionales y de organismos internacionales”.</i></p>	<p>Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSyCF y lo establecen como una de sus prioridades.</p>
2. Protección de los derechos de la madre y su hijo o hija	<p>4. <i>“No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos.”</i></p> <p>5. <i>“Enfrenta la inequidad y la discriminación.”</i></p> <p>6. <i>“Admite publicidad en el marco de la ética.”</i></p>	<p>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.</p>
3. Promoción de la participación y colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y cuidado del embarazo y el recién nacido	<p>7. <i>“Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.”</i></p> <p>8. <i>“Es gratificante para todos los agentes de salud.”</i></p> <p>9. <i>“Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.”</i></p>	<p>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 miembros de la comunidad son convocados a involucrarse y participar en actividades de voluntariado.</p>
4. Uso de prácticas efectivas y seguras	<p>10. <i>Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.”</i></p> <p>11. <i>Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.”</i></p> <p>12. <i>“Es costo beneficiosa y replicable.”</i></p> <p>13. <i>“Participa en el cumplimiento de los objetivos del milenio.”</i></p> <p>14. <i>“Sus resultados pueden ser cuantificados.”</i></p>	<p>El equipo de salud adopta prácticas efectivas y seguras y desalienta el uso de aquellas que no mostraron ser efectivas o son riesgosas para la madre o el niño</p>
5. Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño	<p>15. <i>“Es abarcativo e incluyente para todas las propuestas complementarias y específico al contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa.”</i></p>	<p>La institución elabora un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna a través de su participación en la IHAMN. La institución elabora estrategias de promoción y asistencia de acuerdo al contexto sociocultural donde esté inserta.</p>

Descripción de los ejes y principios del Modelo

Eje Conceptual 1

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

Toda MSyCF 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 miembros del equipo de salud. Los fundamentos MSyCF para promover un cambio en la cultura organizacional hacia un modelo centrado en la familia y la seguridad de la atención se sustentan en tres principios.

Principio 1

“El modelo MSyCF 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 al 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 MSyCF 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.

La sobrevivencia cada vez mayor de los recién nacidos exige, por su parte, máximo énfasis en su seguridad. Uno de los objetivos del milenio, es la reducción de la mortalidad de mujeres en relación a su embarazo, parto y puerperio y de los niños, en particular durante la primera semana de vida. Nuevamente, la seguridad exige ser jerarquizada.

Principio 2

“El modelo MCF es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.”

El progreso tecnológico y del conocimiento científico ha sido enorme en las últimas décadas, y se ha visto reflejado muy especialmente en los resultados de sobrevivencia neonatal. Lo impensable hasta hace no mucho tiempo, es ahora una realidad. Recién nacidos con peso inferior a mil gramos (grs.), por ejemplo entre 750 y 1000 grs., alcanzan porcentajes de sobrevivencia superiores al 80 % en centros de alta complejidad asistencial. Aquellos con peso de nacimiento superiores a 1000 grs., sobreviven prácticamente el 100 % (excluyendo malformaciones letales). Por su parte, la asistencia obstétrica también en base a tecnologías cada vez más precisas, tales como el diagnóstico por imágenes por

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

ejemplo, garantiza la salud materna en condiciones que antes comprometían gravemente su vida y la de su hijo en gestación.

Sin embargo, este progreso indiscutible y tan necesario no se acompañó de acciones previamente tan valoradas como, la participación de la familia de origen junto a la “familia mecánica”. El modelo MSyCF devuelve el protagonismo a la mujer embarazada, luego puérpera, en el contexto de su grupo familiar. En resumen, suma lo humanístico a lo tecnológico.

Principio 3

“Tiene avales nacionales y de organismos internacionales”

El modelo MSyCF desarrollado en la Guía para la Transformación de maternidades convencionales en Maternidades Centradas en la Familia, ha recibido los avales nacionales del Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Maternidad e Infancia, de la Academia Nacional de Medicina, de la Sociedad Argentina de Pediatría y de la Sociedad Argentina de Perinatología. También avales internacionales de la Organización Panamericana de la Salud y de UNICEF.

Eje Conceptual 2

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

El modelo MSyCF protege y garantiza los derechos de la madre y 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 son 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 como motivo de discusión o controversia, ya que se alinea con el concepto de derechos humanos. Los agentes de salud no deben considerarse 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 vivir, condición solamente resultante 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 y lo importante de señalar, es que el 60 % de ellas lo hacen en el sistema público, precisamente el más postergado históricamente.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

El cumplimiento de del modelo MSyCF posibilita que esta condición ejemplo de inequidad, se corrija devolviendo la dignidad y la calidad en la atención de madres e hijos. Es un claro ejemplo de cómo se puede revertir la discriminación, en este caso por condición económica.

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, con un acceso universal.

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

Asimismo, la difusión del programa, al no reconocer un único autor, no implica promoción personal alguna.

Eje Conceptual 3

Promoción de la participación y colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y cuidado del embarazo y el recién nacido

El modelo MSyCF promueve el empoderamiento de la mujer y su pareja para el cuidado de su hijo/a antes y después del nacimiento. También 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 participación de miembros de la comunidad en la atención y cuidado de la mujer y su hijo. Los siguientes principios sustentan esta propuesta.

Principio 7: “Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.”

Sirve de ejemplo de esta afirmación, los potenciales beneficios del ingreso irrestricto de los padres con permanencia continua y participación activa en los servicios de neonatología (con acceso a residencia de madres y cuidado por servicio de voluntarias).

Una de las intervenciones más importantes relacionadas con mortalidad neonatal el marco del Modelo MSyCF, es permitir el ingreso irrestricto de los padres a los servicios de neonatología. Esta acción promueve su permanencia continua y en base a una capacitación progresiva, su participación activa en el cuidado de sus hijos. La permanencia de las madres se facilita con la posibilidad de un acceso a una Residencia/Hogar con

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

oferta de cama y comida al cuidado de un servicio solidario de voluntarias/os de la comunidad.

El principal responsable de la mortalidad neonatal es la prematurez y sus patologías asociadas. Téngase en cuenta, por ejemplo, que los Recién Nacidos (RN) de muy bajo peso (< 1500grs.) que representan solamente el 1 % de los RN contribuyen a más del 30 % de la mortalidad neonatal global. La participación activa de los padres en los servicios de neonatología tiene múltiples beneficios potenciales que resumimos a continuación.

- *Ahorro de horas de enfermería, recurso humano crítico (insuficiente en número) al asumir tareas de fácil aprendizaje y tiempo demandante 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 poder ser capaces de alimentarse por succión. Los tiempos invertidos son de 15 a 20 minutos cada toma. Liberadas las enfermeras de esta tarea, pueden ocuparse más eficientemente de asistir a los pacientes críticos.
- *Disminución de la infección intrahospitalaria (IIH) por la asistencia individualizada de madres y padres con sus hijos.* IIH es decir sepsis tardía, es luego del síndrome de dificultad respiratoria, la principal causa de morbimortalidad neonatal en los prematuros. Su etiología es fundamentalmente, la utilización de técnicas invasivas y las brechas en el lavado de manos por los agentes de salud. Madres y padres, asisten únicamente a sus hijos y al hacerse cargo de su higiene y de su alimentación, reducen las posibilidades de transmisión de patógenos por médicos y enfermeras.
- *Provisión de leche humana (LH) de reconocidas propiedades anti-infecciosas, anti-inflamatorias e inmunomoduladoras para la alimentación (fortificada) de hijos prematuros.* La utilización de LH (a veces fortificada) está contemplada en la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre, la cual es fuertemente respaldada por el MSyCF. La lactancia materna se asocia a una significativa reducción de infecciones y de enterocolitis necrotizante en RN internados.
- *Alto porcentaje de alimentación a pecho al alta en RN Prematuros.* Las madres con permanencia continua se extraen su leche varias veces por día en sectores especiales 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 intervenciones para disminuir la mortalidad infantil.
- *“Monitoreo multiparamétrico” de los hijos que permitiría la detección precoz de apneas, respiración periódica, cambios de coloración, del tono, del llanto y de la tolerancia a la alimentación, no requiere mantenimiento preventivo ni insumos. No está expuesto a desconexión eléctrica o de alarmas.* Los padres por su permanencia continua adquieren rápidamente el conocimiento actual de sus hijos y detectan todos los cambios, aún los más sutiles: de ahí la calificación de monitores multiparamétricos.
- *Auditoria implícita de falta de cobertura de los agentes de salud en internación y falta de respuesta a las alarmas de los equipos.* Nuevamente los padres con ingreso irrestricto se convierten en los principales garantes del trabajo de los agentes de salud.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- *Este entrenamiento es esencial para una población tan vulnerable como la que constituyen los prematuros. Poder asistirlos en el hogar de ser necesario, es esencial.*
- *Acceso facilitado a planificación familiar.* Todas las madres de prematuros tienen el factor de riesgo más alto de tener un nuevo prematuro en su próximo embarazo. Acceder a métodos de anticoncepción es importante para conseguir intervalos intergenésicos recomendados.
- *Detección de adicciones, conductas de riesgo, violencia familiar y riesgo social sanitario.* Los tiempos prolongados de internación de prematuros y RN enfermos permiten la intervención oportuna de los agentes de salud mental y del área de servicio social.
- *Mayor adherencia a los programas de seguimiento por consultorios externos.* Los mayores tiempos de internación permiten a los padres reconocer un marco protector de la institución y de esta manera se asegura una mejor adherencia a 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 su 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 MSyCF por sí sola no puede corregir esta realidad pero sí ofrece la posibilidad de que los agentes de salud comprometidos con la misma se sientan gratificados por el reconocimiento de las familias beneficiadas.

Principio 9: “Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.”

La comunidad, ahora informada del modelo MSyCF, tiene la posibilidad de participar activamente con propuestas que hagan 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 MSyCF promueve la efectividad y seguridad de la atención de la mujer y su hijo/a durante el embarazo, parto y 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, meta-análisis 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 MSyCF cumple ampliamente con esta exigencia.

Principio 11: “Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.”

La medicina moderna como se estableció anteriormente, está centrada en el paciente (y su familia) y cuida su seguridad. El objetivo siguiente es alcanzar calidad continua. En este sentido el modelo MSyCF es un excelente marcador, ya que se alcanza principalmente por acciones precisamente de calidad.

Principio 12: “Busca promover intervenciones costo-efectivas y replicables.”

Los planes sociales y más precisamente aquellos aplicados en salud, tienen como pre requisito que sean de impacto social, innovadores, eficientes (realizados con bajo costo), eficaces (replicables con idénticos resultados), en resumen: costo – efectivas. El modelo MSyCF pretende alcanzar este objetivo, promoviendo intervenciones de relativo bajo costo y de probada efectividad clínica, precisamente para una población vulnerable como es la materno infantil.

Principio 13: “Participa en el cumplimiento de los objetivos del milenio.”

Uno de los objetivos del milenio aspira a reducir la mortalidad de las mujeres en relación a su embarazo, parto y puerperio. El modelo MSyCF es una estrategia compatible con este objetivo, como lo es también la reducción de la mortalidad neonatal.

Principio 14: “Sus resultados pueden ser cuantificados.”

Toda iniciativa necesita ser evaluada periódicamente para confirmar el impacto social deseado y modificar aquellos aspectos no alcanzados. El modelo MSyCF tiene la posibilidad de ser monitoreada 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

Hospital Amigo de la Madre y el Niño

El modelo MSyCF promueve fuertemente la Lactancia Materna y el involucramiento y participación de las maternidades en la iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”.

Principio 15: *“El modelo MCF es abarcativo e incluyente para todas las propuestas complementarias.”*

El modelo MSyCF puede ser interpretado erróneamente, como restringido a los derechos de las familias en relación a la gestación y 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, relacionadas con la salud de sus pacientes. Son ejemplos su correlato “maternidades seguras” y propuestas tales como, prevención de infección intrahospitalaria, capacitación en reanimación cardiopulmonar, uso de tecnologías apropiadas y costo efectivas, promoción de lactancia materna, monitoreos no invasivos, prevención de retinopatía del prematuro, prevención de desnutrición posnatal del recién nacido de muy bajo peso, etc. Además en todas las áreas, desde control prenatal, 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 MSyCF

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

El cambio de modelo de una maternidad tradicional a una MSyCF posee 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/a 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, desde cambios en **la cultura, estructura y funcionamiento de la organización**, cambios en la conducta de los miembros del equipo de salud e incluso 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 el recién nacido, otros con el fortalecimiento de otras iniciativas, como el Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

Los 10 PASOS hacia una MCF

La estrategia para la implementación del componente MCF en el marco del Modelo MSyCF comprende **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 el 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 a dentro y fuera de la institución, respectivamente (figura 2).

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, diferentes poblaciones objetivo, diferente tipo de resultados. <http://www.mrc.ac.uk/Fundingopportunities/Highlightnotices/MRPmethodsresearch/index.htm>

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

PASO 1: Reconocer el concepto de Maternidades Centradas en la Familia como una política de la Institución.

Hay consenso institucional para desarrollar acciones de MCF, presupuesto destinando para tal fin y trabaja un equipo multidisciplinario liderando las acciones necesarias.

PASO 2: Brindar apoyo a la embarazada y su familia durante el Control Prenatal.

Se facilita la asistencia al Control Prenatal con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se informa sobre derechos de las mujeres en el parto, sobre Lactancia Materna, Procreación Responsable y Curso de Preparación para la Maternidad.

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

Se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto y 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/a sano 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 padres y demás familiares

PASO 5: Facilitar la inclusión de madre y padre y el 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 promueve el Contacto Piel a Piel y la Lactancia Materna

PASO 6: Contar con una Residencia de Madres que permita la permanencia de las mismas con sus recién nacidos internados.

La Residencia de Madres 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 sus familias en todas las áreas de la Maternidad y en la Residencia de Madres.

PASO 8: Organizar el seguimiento del recién nacido sano y especialmente el de riesgo luego del alta en Consultorios Externos especializados que prioricen la inclusión familiar.

Se coordina el seguimiento alejado de los recién nacidos sanos y especialmente de aquellos de riesgo, facilitando la participación de la familia.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

PASO 9: Trabajar activamente en la promoción de la Lactancia Materna según las pautas de la Iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”.

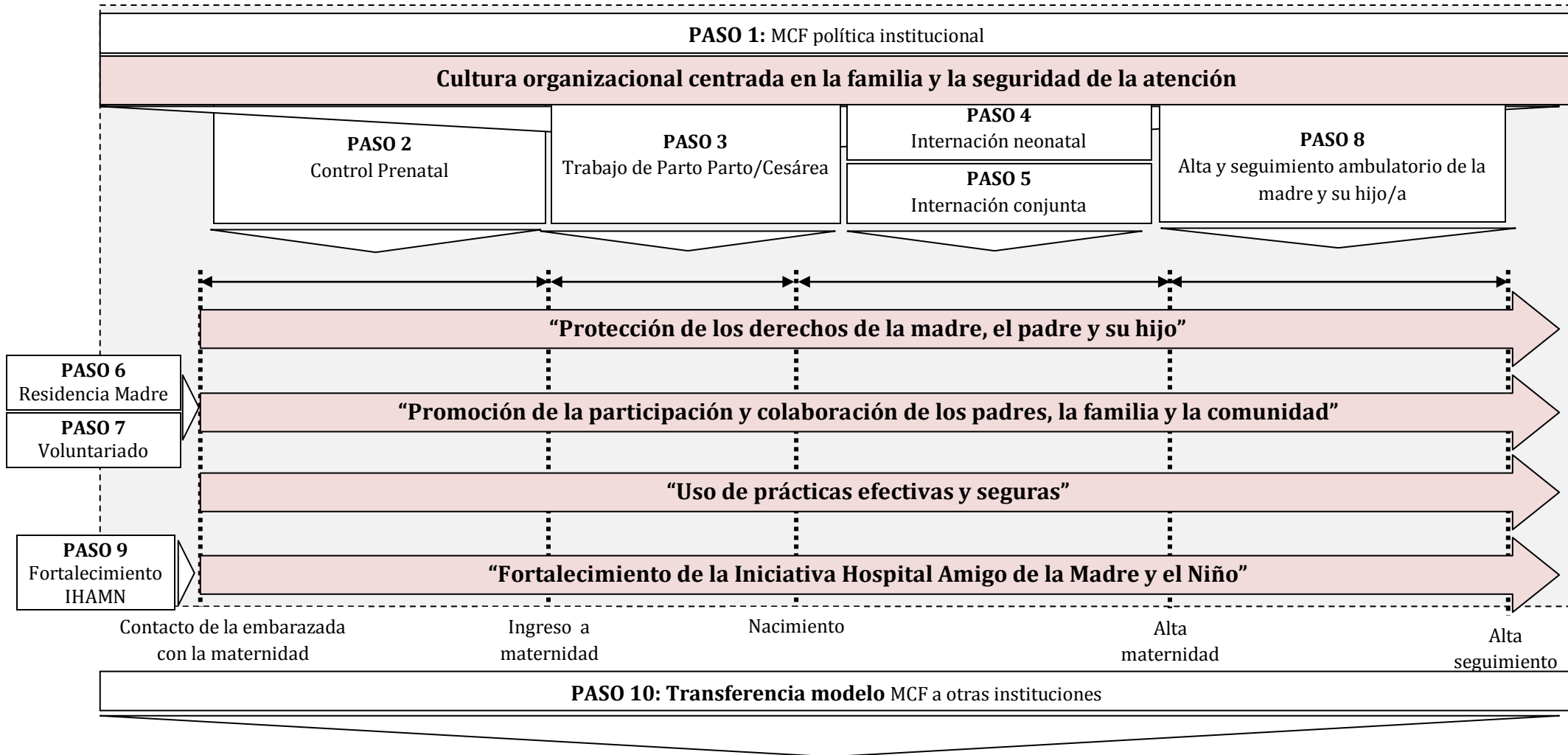
La Maternidad trabaja activamente en la promoción de la Lactancia Materna para lograr la acreditación de “Hospital Amigo de la Madre y el Niño (OMS-UNICEF-Ministerio de Salud) o para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa Iniciativa.

PASO 10: Recibir y brindar cooperación de y para otras Instituciones para la transformación en MCF.

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 MCF.

La implementación de cada PASO supone la realización de distintos tipos de actividades que facilitarían el logro de los objetivos propuestos por el modelo MCF. En el **Anexo 1** se describen una serie de aspectos y conceptos básicos que podrían 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 MCF.

Figura 2. Ejes y PASOS para la implementación



Actividades para la implementación de cada PASO

PASO 1: Reconocer el concepto de Maternidades 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 MSyCF.

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) como informal (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 de MCF como una política institucional.**

*Se considera que una institución adopta el concepto de MCF como política institucional cuando existe **convencimiento y compromiso explícito** de sus autoridades para la implementación del modelo, el cual se traduce a través de:*

1.1. Consenso entre las principales autoridades de la institución respecto a la importancia de implementar el modelo y **adherir al marco legal** que rige la atención perinatal

1.2. Asignación de recursos humanos para que lidere y lleve adelante el proceso de transformación.

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

PASO 1: Actividades para el logro del objetivo propuesto

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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

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

Si bien cada maternidad deberá considerar las barreras propias que operan en la adopción del concepto MCF como política institucional, se definen una serie de actividades que se consideran de cumplimiento necesario para el logro del objetivo del PASO 1.

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

1.1. Consenso entre las principales autoridades de la institución respecto a 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 principios del modelo MCF dirigida 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 MCF.

Estas actividades de difusión y diseminación 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 Transformación de maternidades convencionales en MCF y la Sección 1 del presente documento referida a su conceptualización*.

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 adopción del modelo MSyCF y señale su aval a las reivindicaciones postergadas propias de nuestros hospitales (obras edilicias, nombramientos, equipamientos, etc.).

1.2. Asignación de recursos humanos para que lidere y lleve adelante el proceso de transformación.

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

La implementación del componente MCF en el marco del modelo MSyCF sólo es posible a través de la coordinación de las acciones por los profesionales pertenecientes a los distintos

² *Guía para transformar maternidades convencionales en Maternidades Centradas en la Familia*. Larguía, M; Lomuto C; Gonzalez Ma A. 2006. Pág: 30-32. www.funlanguia.org.ar, www.msal.gov.ar, programas materno infantiles.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

servicios, en especial, aquellos 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).

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

El coordinador será el responsable de *interactuar* con las autoridades de la institución e informarlos acerca de los avances y necesidades del proyecto; *gestionar* los recursos para su implementación; así como *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 MCF.

A lo largo de todo el proyecto, el coordinador deberá: a) interactuar con 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 MCF: Selección, por parte de las autoridades de la institución, de un grupo de personas *motivadas*, pertenecientes a distintas disciplinas cuya participación es necesaria para la implementación del modelo, sin exclusiones de origen y avaladas por jefaturas.

1.2.2. Presentación de la propuesta por parte del equipo MCF a otros comités y profesionales de la institución: una vez conformado el equipo, éste 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 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 MCF que liderará la transformación de la maternidad deberán realizar una evaluación y propuesta 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, tales como mejoras edilicias, residencias para madres, espacios para educación para la salud, etc. Debe comprometerse a la comunidad local³ (pág. 66 a 71 de la Guía.).

El principio rector es que: *“el área materna infantil debe parecerse lo menos posible...a un hospital”*.

Asimismo, deberán revisarse las reformas edilicias necesarias acorde a las necesidades planteadas por el modelo y considerando los resultados de la evaluación basal realizada a través de 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 MSyCF.

PASO 1: Resultados esperados

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

PASO 2: Brindar apoyo a la embarazada y su familia durante el Control Prenatal.

Toda MCF facilita la asistencia al control prenatal 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 sus familias la comprensión y articulación de sus necesidades de salud. En este sentido la educación comunitaria debe alentar a las familias e individuos a la búsqueda de servicios de salud, con confianza y sin demora.

³ Guía para transformar maternidades convencionales en Maternidades Centradas en la Familia. Larguía, M; Lomuto C; Gonzalez Ma A. 2006., Cap. “Gestión de Recursos Financieros.”, Esnaola, F. Pág: 66-71. www.funlarguia.org.ar, www.msal.gov.ar, programas materno infantiles.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

Durante el embarazo y especialmente al 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 las mujeres embarazadas tengan acceso a atención obstétrica de alta calidad durante su embarazo, pero especialmente durante e inmediatamente después del parto.

Dar a luz 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 mejorías 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 control prenatal (CPN).
2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del control prenatal que garanticen el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo.

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

3. Empoderar a las mujeres y 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 IHAMN.

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

PASO 2: Actividades para el logro de los objetivos propuestos

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

OBJ 1. Facilitar el acceso de la embarazada al control prenatal (CPN).

Actividades para el logro del OBJ 1

A los fines de facilitar el acceso de la embarazada al Control Prenatal (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 control prenatal

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

dada la posibilidad de adaptarlo a 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, la obstétrica citará a la mujer, de manera de evitar tiempos de esperas prolongados, en particular, en embarazadas de alto y/o moderado riesgo.

1.3. Ampliación de la franja horaria de atención en caso de disponer de 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 posibilita la evaluación integral, exhaustiva y en el mínimo tiempo posible de la mujer, el estado de su embarazo, patología y el bienestar fetal.

Para aquellos 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 la atención evitaría internaciones innecesarias, facilitaría la permanencia de las mujeres con sus familias y minimizaría el discomfort vinculado a la separación de la mujer de su entorno más cercano; por otra parte, el contacto más estrecho con el núcleo familiar de la embarazada facilitaría su aceptación de las características especiales y el riesgo del embarazo en curso.

El Hospital de Día constituiría una alternativa en el seguimiento de las siguientes patologías: restricción de crecimiento, hipertensión, diabetes, síndrome antifosfolipídico y toda aquella 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, así mismo, claro el beneficio del empoderamiento de las mujeres y sus familias a los fines de conseguir un cuidado seguro del embarazo de Ato Riesgo. Son las mujeres y sus familias los mejores monitores de los cambios no fisiológicos del embarazo que aumentan el riesgo. En la tabla 1 se presentan las características básicas que debería 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 y 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 donde se transmitan mensajes de Educación para la Salud, actividades programadas para minimizar la espera.

1.5.2 Áreas de juego para niños y guardería: Un número importante de mujeres no tienen con quien dejar sus otros hijos y por ese motivo, o no concurren al control prenatal, 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 la mujer sea visualizada por otras personas mientras se la revisa. 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 y/o la biblioteca para usuarios.

OBJ 2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del control prenatal que garanticen el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo.

Actividades para el logro del OBJ 2

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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

2.1. Adopción de conductas, por parte del equipo de salud, sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y 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 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 dar a conocer el motivo (ej. “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 a los fines de facilitar la comprensión y el cumplimiento de la misma. Debe repreguntarse sobre la comprensión de la misma, especialmente en el caso de 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 dificultades idiomáticas. Se debe indagar sobre problemas personales o sentimientos de la mujer.

2.2. Acompañamiento durante el control prenatal.

Se ha investigado muy poco acerca del valor de una compañía en el control prenatal 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, dosis y requerimientos especiales de la medicación indicada. El mensaje recibido por dos personas minimiza la posibilidad de eventos adversos vinculados a la medicación, el bienestar fetal y la oportunidad de concurrencia a los servicios de emergencia.

La mujer y sus familias tienen un amoroso interés en reducir el riesgo para ellas mismas y sus niños. El estimular una compañía (no forzarla) que la mujer elija, para que permanezca junto a ella durante los procedimientos obstétricos o ginecológicos habituales en el control prenatal, 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, sumado al enojo contra los servicios de salud. Estas dificultades pueden reducirse al permitir la presencia de un acompañante.

2.3. Apoyo a padres adolescentes.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

Las embarazadas y sus parejas adolescentes merecen una atención especial, por un equipo multidisciplinario.

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

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

Actividades para el logro del OBJ 3

3.1. Realizar actividades de Educación para la Salud durante la espera de la embarazada

Se debe ofrecer, tanto en la consulta, como en la Sala de Espera (por ejemplo, a través de videos, personal entrenado, folletos) información acerca de los cambios fisiológicos del embarazo y sobre los signos que deben motivar consulta no programada y aquellos que ameritan 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 de 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. Realizar actividades de Educación para la Salud durante la entrevista de control prenatal

Durante la entrevista, 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:

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

2.2.2. Importancia y métodos para la procreación responsable

2.2.3. Preparación para la Maternidad/ Paternidad: Todas las embarazadas y sus parejas debieran poder acceder a los cursos para la preparación para la maternidad/paternidad. Los miembros del equipo de salud deberían recomendarles fuertemente acerca de la necesidad de su realización e informarles 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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

y adecuada sobre el embarazo, el parto y el puerperio y entrenarlas en la detección de los signos de alarma. Esto aumentaría la satisfacción con el proceso de embarazo, parto y puerperio e incrementaría el conocimiento de los motivos de consulta urgente a la guardia, disminuyendo el miedo a lo no conocido.

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

EJE CONCEPTUAL: *Uso de prácticas efectivas y seguras.*

OBJ 4. Fortalecer el uso de prácticas efectivas y seguras por parte del equipo responsable del control prenatal en la Maternidad.

Actividades para el logro del OBJ 4

4.1. Consejería a la embarazada durante el CPN: las actividades previamente mencionadas, se sustentan en la evidencia científica, como por ejemplo, el consejo a la embarazada a cerca 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 del uso del tabaco, alcohol y drogas. Existe clara evidencia sobre los riesgos que representan el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales para la salud de la madre y su hijo.

4.2. Atención prenatal del embarazo de bajo riesgo a cargo de obstétricas: Otra de las prácticas que promueve la MCF 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 un médico generalista que con la atención conjunta por tocoginecólogos , aunque en ambos casos la efectividad clínica fue similar.

EJE CONCEPTUAL: *Fortalecimiento de la IHAMN.*

OBJ 5. Fortalecer la implementación de prácticas para la preparación y fortalecimiento de la lactancia materna promovida por la IHAMN.

Actividades para el logro del OBJ 5

5.1. Actividades de capacitación al equipo de salud responsable del control prenatal sobre los beneficios de la lactancia materna de acuerdo a los lineamientos de la IHAMN.

El equipo MCF debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que sean capaces de informar a la embarazada sobre los beneficios de la lactancia materna de acuerdo a los lineamientos de la IHAMN. Estas actividades pueden ser delegadas a los referentes de

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MCF deberá apoyar la realización de estas actividades así como supervisar su adopción por parte de los profesionales a cargo del control prenatal.

Durante la espera y la entrevista de control prenatal, 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 técnicas adecuadas de amamantamiento. Si bien otras intervenciones complementarán la información que reciba la madre en el control prenatal, estos encuentros representan oportunidades para reforzar el mensaje o aclarar dudas o inquietudes que pudiera tener la madre, en particular, las primerizas.

PASO 2: Resultados esperados

- Aumento de la concurrencia al control prenatal 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 un participante importante en la vida de cada una de las familias que asiste. Se evita o modera, de esta forma, el desgaste emocional, mejorando la seguridad del sistema.
- Participación de la comunidad al empoderar a cada uno de sus miembros, permitiendo a cada familia difundir la información y, al conocer sus derechos, poder defenderlos y reclamarlos de ser necesario.

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

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

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 al modelo MCF 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 parto o 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 IHAMN

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

PASO 3: Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL

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

OBJ 1. Adecuar las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo al modelo MCF 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 parto o cesárea.

Actividades para el logro del OBJ 1

1.1. Adecuar las salas de trabajo de parto y parto de acuerdo al modelo MCF: Para poder dar cumplimiento al paso 3 del modelo MCF, 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, que admiten el ingreso de la familia sin riesgos de contaminación, permitiendo la utilización de tecnología de apoyo en el momento requerido. Son salas de internación individuales que permiten la atención durante el trabajo de parto, parto y recuperación luego del nacimiento, garantizando 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 parto/cesárea sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo: Durante el trabajo de parto y parto/cesárea, el equipo MCF de la institución debe promover la adopción de comportamientos y prácticas sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo.

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

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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- El respeto al derecho de la madre a elegir la posición en la que desea dar a luz a su hijo: se debe incentivar a que las mujeres adopten la posición que resulte más cómoda durante el trabajo de 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 parto por un familiar o persona de su elección .
- 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.

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

Actividades para el logro del OBJ 2

2.1. Adecuar 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 emergencias que puedan producirse tanto en partos normales como en partos patológicos de manera de garantizar el cumplimiento de las condiciones obstétricas y neonatales esenciales. En la tabla 3 se detallan las características esenciales de cada servicio y/o aspecto de la atención.

Tabla 3. 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, histerectomías, parto instrumental, legrados uterinos.
- **Anestesiología:** Contar con especialistas en anestesiología con capacidad de realizar anestesia general y regional.
- **Transfusión de sangre segura:** Contar con banco de sangre y 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 de riesgo materno y neonatal con derivación oportuna a nivel de complejidad adecuada.**

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

3.1. Capacitar al equipo de salud para que sean capaces de brindar el apoyo continuo de 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 semanas. Luego del mismo, 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 a 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 sólo las necesidades biológicas, sino también, las necesidades sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias.*

A los fines de promover el parto seguro y centrado en la familia, el equipo MCF debe evaluar las prácticas para la atención del trabajo de parto y 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 13 prácticas recomendadas para el manejo del trabajo de parto y parto de acuerdo al modelo MCF.

3.1.1. Adecuado diagnóstico y evaluación inicial de la mujer en trabajo de parto: se define como trabajo de parto a la presencia de contractilidad uterina con una frecuencia de 3 contracciones en 10 minutos con una duración de 20 segundos aproximadamente, acompañada de modificaciones en el cuello uterino mayor al 50% y con dilatación del mismo mayor a 4 cm. Debe 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 del estado de la madre y favorecer el acompañamiento en esta instancia. Al ingreso de la mujer debe realizarse control de tensión arterial, temperatura axilar y pulso, estas observaciones deben repetirse cada 4 horas y confeccionarse la historia clínica perinatal con la información aportada por el control prenatal. Se deben chequear la presencia de los resultados de serologías solicitadas durante el embarazo (VIH-VDRL-CHAGAS-Ags HB) a fin de aplicar medidas preventivas para evitar una posible transmisión congénita y neonatal.

3.1.2. Apoyo continuo durante el trabajo de parto: Históricamente las mujeres han recibido acompañamiento y apoyo por 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 parto, el apoyo continuo debería ser adoptado como una práctica de rutina.

En la tabla 4 se sintetizan los elementos clave que el equipo MCF debe considerar para promover y sustentar el apoyo continuo de la mujer durante el trabajo de parto y parto.

Tabla 4. Elementos claves para brindar apoyo durante el trabajo de parto y parto

- Tener una política institucional que favorezca el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.
- Brindar información a las mujeres durante el control prenatal del derecho a estar acompañada durante el trabajo de parto y parto.
- Respetar los deseos de la mujer, incluidas las posturas preferidas durante el trabajo de parto y parto.
- 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, 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 generar disconfort en las mujeres.

3.1.4. Evitar la venoclisis 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 e interfiere con el proceso natural y limita la posibilidad de caminar o adoptar posturas libremente.

3.1.5. Promover el uso de métodos analgésicos no farmacológico: Las mujeres en trabajo de parto experimentan un rango variado de dolor y diferentes respuestas al mismo. La reacción individual al dolor puede verse influenciada por las circunstancias del trabajo de parto, por el contexto en que se encuentre, 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 el mismo. Algunas medidas como la respiración, los masajes y la acupuntura mostraron ser útiles para la reducción del dolor (Hodnett ED et al.; 2006. Smith CA et al.; 2006).

Los métodos farmacológicos como los opiodes 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 los recién nacidos concluyó que la utilización de analgesia epidural para el alivio del dolor 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, satisfacción materna con el alivio del dolor y lumbalgia a largo plazo, y no pareció tener un efecto inmediato en el estado neonatal, según la puntuación de Apgar.

Por lo tanto la utilización de analgesia de parto 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.; 2005).

3.1.6. Emplear el control de la vitalidad fetal durante el trabajo de parto: El control de la vitalidad fetal siempre esta indicado, lo que cambia es la forma. Efectuar auscultación intermitente en todos los partos salvo en aquellos que esta indicado **el** monitoreo continuo. La auscultación fetal durante el trabajo de parto es importante ya que detecta alteraciones en el patrón de la misma, pudiendo estas 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 aquellos de alto riesgo como en los embarazos 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. 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. 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 periodo expulsivo. En la tabla 5, se describen las indicaciones del monitoreo continuo.

Tabla 5. **Indicaciones de monitoreo continuo del trabajo de parto**

- Embarazo de alto riesgo.
- Inducción al trabajo de parto.
- Utilización de ocitocina.
- Liquido amniótico meconial.

3.1.7. 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 cardiaca 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 nulípara y tres horas en mujeres multíparas, en presencia de contracciones uterinas efectivas y en ausencia de desproporción feto pélvica, 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, permitiendo alertar en los casos de enlentecimiento o falta de progresión del mismo. Los estudios demuestran que el uso de partograma reduce el trabajo de parto prolongado, número de cesáreas y las

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

complicaciones intraparto. Por lo tanto, el partograma es un recurso técnico necesario para detectar desviaciones anormales en la evolución del trabajo de parto siendo adecuado para justificar intervenciones durante su progresión.

3.1.9. Adecuada evaluación de la mujer en período expulsivo: En el segundo estadio del trabajo de parto las contracciones son más intensas y en general se acompañan de 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 periodo debe controlarse la frecuencia cardiaca 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 bebe permanece vigil y conectado con su entorno permitiendo el primer contacto afectivo con sus seres queridos.

3.1.10. Episiotomía: La episiotomía es la incisión realizada en el periné para ampliar el canal del parto durante el último periodo del parto, se realiza con tijera o bisturí y debe ser reparado con sutura. La tasa de episiotomía ha aumentado en relación con la institucionalización del parto y su medicalización, aún sin evidencia de su efectividad. La episiotomía realizada en forma restrictiva presenta beneficios como el menor riesgo de trauma perineal posterior, menor necesidad de realizar 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 primer 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 post-parto. 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. Clampeo tardío del cordón: El clampeo tardío del cordón umbilical luego del parto tiene efectos beneficios 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 post-parto 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 favoreciendo el primer contacto piel a piel temprano madre hijo con la presencia del padre u otro familiar presente en la sala de parto. Este contacto favorece el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna.

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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- Madres RH negativas con prueba de coombs indirecta positiva.
- Presencia de circular de cordón con imposibilidad de deslizarla.

3.1.12. Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto: En el tercer periodo del trabajo de parto se produce la salida de la placenta y membranas ovulares. Luego del nacimiento se produce la reducción del tamaño uterino gracias a la presencia de contracciones del mismo. Esto produce el plano de clivaje entre la placenta y el útero que permite la separación de los mismos y facilita la salida placentaria. Durante este proceso se produce el sangrado proveniente del útero, con potenciales riesgo de hemorragia para la madre, siendo esta una de las principales causas de mortalidad materna (Deis 2009).

La hemorragia post parto 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 periodo puede producirse 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 post parto, ya que el mismo 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

El manejo activo incluye:

- Administración de ocitocina (10 UI de ocitocina inmediatamente luego de la salida del hombro anterior o luego del nacimiento).
- La ocitocina se administra por vía endovenosa, no intramuscular (IM). Esta es una practica recomendada con nivel de evidencia tipo 1 y que reduce la hemorragia posparto causa de mortalidad materna. importante en nuestra región. Respecto a la vía IM se podría utilizar la ergotamina en aquellas pacientes sin venoclisis, lo que sucede es que es una droga mas cara menos efectiva para la prevención de hemorragia y con mayores efectos adversos. Por lo tanto no es de primera elección, como sí lo es la oxitocina , que además de ser segura resulta más económica y efectiva.
- Tracción suave del cordón umbilical.
- Masaje del fondo uterino

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

3.1.13. Contacto piel a piel temprano con la madre: el contacto piel a piel favorece el vinculo natural madre hijo facilitando la iniciación de la lactancia materna antes de la primera hora de vida.

EJE CONCEPTUAL:

Fortalecimiento de la IHAMN

OBJ 4. Fortalecer la implementación de prácticas para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna promovidas por la IHAMN.

Actividades para el logro del OBJ 4

4.1. Actividades de capacitación al equipo de salud que brinda asistencia a la madre y el recién nacido sobre técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo a los lineamientos de la IHAMN.

El equipo MCF debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que sean capaces de comunicar a las embarazadas las técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo a los lineamientos de la IHAMN. Estas actividades de capacitación pueden ser desarrolladas por el mismo equipo MCF o bien pueden ser delegadas a los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MCF deberá apoyar la realización de estas actividades así como supervisar su adopción por parte de los profesionales a cargo del control prenatal.

PASO 3: Resultados esperados

- Sala de trabajo de parto y partos ambientadas de manera tal que facilitan el respeto de los derechos de las madres y sus hijos y, a la vez, garantizan 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 de uso de prácticas no recomendadas durante el trabajo de parto y parto: la realización de episiotomía rutinaria, la utilización de enemas y rasurado perineal, la utilización de venoclisis y la administración de ocitocina para la conducción del trabajo de parto en forma rutinaria, la amniotomía precoz y la frecuencia de complicaciones asociadas.
- Se incrementa la frecuencia de uso de prácticas recomendadas acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, clampeo tardío del cordón umbilical, realización de episiotomía restrictiva.
- Las actividades de promoción y mantenimiento de lactancia materna se instituyen como práctica de rutina y son realizadas por personal específicamente entrenado para la tarea.

PASO 4: Priorizar la Internación conjunta madre- hijo/a sano con la participación de la familia.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

La internación conjunta de madres con sus hijos recién nacidos sanos en salas grupales⁴ es la primera acción necesaria para la implementación del modelo MCF por ser ellos 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 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 establecer un vínculo-apego adecuado, permite la integración en comunidad con otros binomios para establecer 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 tales como, la de promoción de lactancia materna en el marco de Hospital Amigo de la Madre y el Niño. El transmitir contenidos docentes en forma grupal tiene mayor impacto al 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 el vínculo y 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 otros miembros de la familia, como hermanos y abuelos.
3. Ofrecer información a la familia en el marco de 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 IHAMN

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

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

PASO 4: Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL

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

OBJ 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 el vínculo y apego entre ambos.

Actividades para el logro del OBJ 1

1.1. Adecuar las salas de internación conjunta de acuerdo al modelo MCF: 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 de manera de no separar a las madres de sus hijos. Los exámenes médicos y los controles programados se efectuarán en la misma cuna del recién nacido o 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 al momento del examen físico. Cuando se deba realizar un examen genital este debe ser hecho 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.

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 su hijo: Mientras la mujer se encuentre en internación conjunta, el equipo MCF de la institución debe promover la adopción de comportamientos y prácticas sustentadas en el respeto a los derechos de la embarazada y su hijo. En particular, en esta etapa de la atención el equipo MCF 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 aquellas que presentaron cesárea: a estás últimas debe ofrecerse la posibilidad de tener un acompañante femenino de su elección, con derecho a permanencia continua para colaborar en el cuidado de la puérpera y de su hijo.

EJE CONCEPTUAL

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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

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

Actividades para el logro del OBJ 2

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

OBJ 3. Ofrecer información a la familia en el marco de educación para la salud, con un enfoque anticipatorio y preventivo.

Actividades para el logro del OBJ 3

Luego de efectuado el examen del recién nacido y de su madre, 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

OBJ 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 OBJ 4

Elaborar un listado de preguntas destinadas a detectar las situaciones mencionadas de acuerdo a las características de la institución y de la población asistida. Esta tarea deberá ser efectuada por miembros del servicio social y de salud mental.

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

Actividades para el logro del OBJ 5

3.1. Realizar 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 MCF debe fortalecer la adopción de las siguientes:

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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- Planificar el seguimiento de la evolución ponderal del RN, la lactancia materna y la presencia de hiperbilirrubinemia.
- Control puerperal integral y exhaustivo, incluyendo control estricto de temperatura, tensión arterial, pulso, loquios, retracción uterina y mamas.
- Confirmar la negatividad de las pesquisas infectológicas realizadas a la madre durante su embarazo o indicarlas antes del alta conjunta si no fueron oportunamente efectuadas.
- Realizar las pesquisas endocrinas y metabólicas, auditiva (otoemisiones acústicas) y visual (reflejo rojo) al RN, según legislación vigente.
- Monitorear la evolución de la bilirrubina, con TcBi y curvas de riesgo.
- Recomendar y facilitar el acceso a planificación familiar, siendo de elección la dación de método anticonceptivo elegido por la familia, al alta.
- Confirmar la identificación del RN al ingreso y egreso de internación conjunta (clamp numerado y pulseras). También corroborar los datos del domicilio materno y posibilidades de comunicación.
- Completar el sistema informático perinatal (SIP) y los datos relevantes en la historia clínica, para las líneas trazadoras del Plan Nacer.
- Implementación de una lista de cotejo al ingreso y al egreso de la madre y su hijo: las mismas permiten 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 el lavado 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 internación conjunta.

- Fijar pautas para evitar el cambio accidental de RN y/o 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 púerperas duermen, los hijos RN sean colocados en sus cunas para evitar su caída.

EJE CONCEPTUAL

Fortalecimiento de la IHAMN

OBJ 6. Establecer y lograr una lactancia materna exitosa de acuerdo con la IHAMN.

Actividades para el logro del OBJ 6

El equipo MCF debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que sean capaces de comunicar a las madres, las técnicas apropiadas para el inicio temprano de la lactancia materna de acuerdo a los lineamientos de la IHAMN, resaltando la importancia de su mantenimiento. Estas actividades de capacitación pueden ser desarrolladas por el mismo

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

equipo MCF o bien pueden ser delegadas a los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MCF 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 bebe, durante la internación conjunta.

PASO 4. Resultados esperados

- Se logra ambientar la maternidad de manera de facilitar la internación conjunta de acuerdo al modelo MCF.
- Las madres puérperas y sus hijos sanos, acceden a la internación conjunta, excluyendo 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 de manera de facilitar el ingreso de los padres y 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, el padre y el resto de la familia en la Internación Neonatal.

Debido a prematuridad o 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 otros familiares. Sin embargo, su condición de prematuridad y de enfermedad los hace especialmente vulnerables, dificultando, la institución el tan necesario vínculo/apego precoz con sus madres.

Su derecho a vivir justifica su internación; sin embargo, 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 sus padres, atendiendo al objetivo marco de este modelo, como es la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al RN internado y 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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

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

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

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

Uso de prácticas efectivas y seguras

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

Fortalecimiento de la IHAMN

5. Capacitar al equipo de salud para la implementación de prácticas de promoción de la lactancia materna de acuerdo al modelo IHAMN.

PASO 5: Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL

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

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

Actividades para el logro del OBJ 1

Ver Control Prenatal, punto 2.1. A estas actividades, en el caso de los profesionales de internación neonatal, el equipo MCF debe también priorizar aquellas relacionadas con la adquisición de habilidades por parte de los profesionales de este sector, para la contención de los padres y la familia de niños internados, y en particular de aquellos en situaciones críticas.

1.1. Comunicación y abordaje de los padres de RN en cuidados intensivos.

En estas actividades, el equipo MCF debe promover la reflexión y el debate entre los profesionales del sector acerca de la significancia de la llegada de un hijo para los padres y la

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

manera en que esto impacta en la constitución familiar. En la tabla ... 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, donde su espera y su integración a familias numerosas es un bien sumamente preciado.*
- *El nacimiento de un niño prematuro o gravemente enfermo resulta un hecho sumamente perturbador, que sacude el ideal familiar y social y transforma las expectativas de celebración en incertidumbre por las posibilidades de sobrevivida.*
- *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”, donde la ayuda requerida proviene de la medicina y la tecnología.*

El equipo MCF debe también estimular la auto-evaluación por parte de los miembros del equipo respecto a la manera en que se recepciona al recién nacido en la institución así como la manera y el momento en que se informa a la familia de manera de identificar oportunidades de mejora.

En la tabla 9 se describe la modalidad esperada para la recepción y comunicación a los padres de acuerdo al modelo MCF.

Tabla 9. Modalidad esperada para la recepción del RN y comunicación a los padres

Recepción

- Se recomienda recibir a la madre y/o el 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 para madres hospitalaria, 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 momento del alta.

- En todo momento, los profesionales deben mostrarse receptivos a las preguntas, dudas, y comentarios de los padres, esforzándose 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 evolución del hijo.
- Se recomienda identificar precozmente y abordar, a través de los servicios especializados, en forma integral y multidisciplinaria, a las familias que presenten manifestaciones de exagerado stress, ansiedad o angustia, que comprometa sus roles funcionales en el cuidado del niño.

1.2. 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 ocurre inexorablemente en los servicios de urgencia, ya que estas posibilidades son inherentes a la condición humana.

Los médicos, 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, tanto como crisis de ansiedad, cuadros depresivos o de angustia de parte de los progenitores, producto de internaciones neonatales cada vez más prolongadas.

La muerte de un niño y/o 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 recibir en brazos a su hijo, retirándolo de la incubadora si allí estuviere.
- Respetar las creencias y 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 sus grupos familiares, dando lugar al inicio de los necesarios rituales funerarios, previo a que el cuerpo del niño sea trasladado a la morgue. Acompañarlos si lo desean o necesitan, así como también facilitarles todos los complejos trámites institucionales y extrainstitucionales para la inhumación del hijo en la forma 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 compartir los resultados con la familia, como asimismo efectuar las recomendaciones que correspondieren.
- Ligar a la familia con los servicios de Salud Mental, Servicio Social, Genética, Planificación Familiar, etc., en virtud de las posteriores consultas que pudieran realizar.

Las intervenciones descriptas se basan en una actitud de respeto y acompañamiento que favorece el inicio del trabajo 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 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, las cuales además han ido variando a través de la historia.

La muerte representa la característica de finitud del hombre, pertenece a la categoría de lo innombrable, 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 aquel 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 pero mantener los accesos endovasculares y la asistencia respiratoria mecánica aunque sea con parámetros

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

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 lo es tal cuando se entiende que la muerte, cuando inevitable, también debe ser respetada en su dignidad.

Los padres expuestos a esta intervención, casi siempre final, participan con dolor pero recuperando 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.

OBJ 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 OBJ 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 que le sea posible la deambulacion por sus propios medios, el acceso al Servicio de Neonatología no ofrece mayores dificultades. Sin embargo, no ocurre lo mismo producida su alta. En esta nueva situación, 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 regreso del hogar. Para ello, el modelo MCFS propone el acceso a una Residencia Hogar para madres, como se describe en el Paso 6.

El servicio de Neonatología debe autorizar el ingreso irrestricto de las madres, es decir, *sin horarios, todos los días, a todos los sectores de internación, incluyendo los de cuidados intensivos.*

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

- **Entrenamiento en técnicas de higiene de manos:** las madres deben ser entrenadas en las técnicas de higiene de manos al ingreso al servicio y luego al acceder al sector que correspondiere. Esta tarea será responsabilidad del equipo de enfermería. Periódicamente se efectuará por observación el cumplimiento de esta técnica esencial para la seguridad del paciente.

- **Entrenamiento en la realización de procedimientos de baja complejidad:** las madres pueden ser capacitadas para realizar procedimientos de baja complejidad, como por ejemplo la alimentación por gavage, por sonda naso u oro-gástrica. Nuevamente esta tarea será responsabilidad de las enfermeras a cargo de la atención del paciente. Las enfermeras jefas de

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

cada turno efectuarán la supervisión del correcto cumplimiento de la técnica de alimentación por gavage.

2.1.2. Organización de la recepción a las madres y padres que ingresan por primera vez

- Se debe organizar la recepción de las madres y los padres que ingresan por primera vez, acompañándolos hasta el lugar de internación.
- Es recomendable que exista la figura de una recepcionista para reforzar las rutinas de ingreso y para ubicar los cambiantes lugares de internación de los recién nacidos según su evolución. 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 el mencionado lavado 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 el derecho del 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 permanencia de los padres al horario de 24.00 a 6.00 hs. por los potenciales problemas que se pudieran generar durante la noche.
- Debe entenderse que por razones de organización y planta física de la Residencia de Madres, los padres no pueden ingresar a la misma, por lo que resulta recomendable ofrecer una sala de estar para las familias en la proximidad del Servicio de Neonatología.

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

- Todos los miembros del equipo de salud siempre deberán estimular a las madres y padres para acariciar a sus hijos sin perjuicio para ellos y para las intervenciones asistenciales.
- En todo momento, se les informará de las condiciones 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 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 anteriormente 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 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 bien indicados, son necesarios para ejercer el derecho a vivir. Estos enunciados deben resultar suficientes para superar los cuestionamientos al ingreso irrestricto de los padres. Estos, al integrarse a una comunidad donde la condición común es la enfermedad o la prematuridad, rápidamente adecuan sus expectativas a la cambiante realidad de sus hijos.

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

Actividades para el logro del OBJ 3

3.1. Organización y puesta en marcha de la “visita de familiares” al servicio de neonatología

El equipo MCF debe organizar, junto a los miembros del servicio de neonatología, la visita de familiares, en particular, de abuelos y hermanos. Debe nombrarse una persona responsable de esta actividad, que programe la frecuencia, horarios y 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 a través de carteles fuera del sector de cuidados especiales, en lugares accesibles a los padres.
- La programación de las visitas debe realizarse en función de las actividades del equipo de salud de neonatología, de manera de evitar la superposición 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 (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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

infecto contagiosas. 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 de los hermanos y abuelos hacia el niño y entre ellos 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 a la comunicación con el RN, dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para el mismo: 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 fuere pertinente en presencia de ambos progenitores o al menos uno de ellos, incluso cuando los mismos 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 las áreas de Terapia Intensiva y en particular la primera vez, la misma sea más breve que en el resto.

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 a través de dramatización con muñecos, juegos, y materiales afines (sondas, gasas, desinfectante, etc.)

Aspectos a tener en cuenta durante la visita

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- El ingreso a la unidad debe realizarse en grupos pequeños de 2 a 3 hermanos por vez, de manera de no obstaculizar la rutina del sector, comenzando por las áreas de baja complejidad.
- Se los acompaña durante la primera y 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 enfermeros y 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, indicarán 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 debe explicarse a los padres la relevancia del mismo. El reencuentro con los hermanos permite detectar cuadros de angustia o ansiedad al igual que otras consultas que requieran ser canalizados hacia el equipo de salud mental.
- En la sala de reunión, mientras cada familiar se quita el camisolín, los responsables de la actividad tienen posibilidad de hacer monitoreo de la visita: en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, cuál es la evolución percibida sobre el RN y cuál fue la participación en los cuidados.
- Se puede solicitar un dibujo que puedan dejar como regalo para el hermano. Todas las producciones serán expuestas en un pizarrón o panel de corcho a la vista y al momento del alta, si lo desean los llevarán con ellos.
- En el caso de hermanos adolescentes o mayores, se les 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 éste 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 postergando 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.

Aún en los casos de difícil pronóstico, el intercambio y el sostén afectivo provisto por sus familiares directos, refuerza 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 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 hacer implementar el programa de visitas de acuerdo con estas características, para responder con la flexibilidad que se requiere frente a estas diversas situaciones familiares.

Programación de las visitas

- El tiempo de duración de las visitas debe ser establecido y comunicado por la institución, previo al ingreso

Aspectos a tener en cuenta durante las visitas de abuelos

- El ingreso debe realizarse en grupos pequeños de 3 o 4 familiares por vez, de manera de no obstaculizar la rutina del sector.
- Se los acompaña durante la primera y 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 enfermeros y 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 funcionamiento del Sector e introducir las características básicas de los RN que exigen internación en dicha área.
- Comunicar normas vigentes como ingreso irrestricto para los padres del RN y la existencia y modos de utilización de la Residencia Hogar para Madres.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- En los casos de internación de alta complejidad, introducir 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).
- Es condición que esté presente alguno de los padres durante la visita, salvo 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 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 abuelos

- En la sala de reunión, mientras cada familiar se quita el camisolín, los responsables de la actividad tienen posibilidad de hacer monitoreo de 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 sólo a los padres del paciente internado por razones legales y de derecho a la privacidad.* En el caso en que los mismos soliciten información en presencia de sus familiares, se combinará con los médicos tratantes día y hora de reunión de no ser posible durante el transcurso de la visita.
- Los agentes de salud a cargo del Programa de Ingreso de Familiares deben evitar comunicar información médica a los mismos. En caso 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.

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

Actividades para el logro del OBJ 4

4.1. Implementación de prácticas efectivas

- Existen múltiples intervenciones de efectividad demostrada en neonatología. El modelo MCF hace un especial énfasis en el contacto piel a piel Madre/Padre/Hijo (COPAP). El equipo MCF 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. Contacto Piel a Piel Madre/Padre/Hijo (COPAP)

- Salida transitoria de la incubadora para el contacto Piel a Piel 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 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 contacto piel a piel (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 de afrontamiento a 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 frecuencia cardíaca.
- La técnica del COPAP es de muy fácil implementación y constituye un objetivo prioritario del modelo MCF y S, 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, sostenido con el antebrazo, durante una hora como mínimo, vestido sólo con pañal y gorro de algodón.
- Previo, durante y posteriormente se registrará T° axilar, FC, FR y Sat de O₂. Si durante el contacto piel a piel 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/padre. La intervención se realizará en sillones o reposeras con apoya brazos. 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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

que ella 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 salud.⁵

4.2. Implementación de prácticas seguras

Tabla 11- 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. Aquí solamente enumeraremos las que se consideran prioritarias:

- 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 interconsultas.
- Estrictas medidas de prevención de infecciones intra-nosocomiales, siendo el cumplimiento de la higiene de manos por el personal de salud y padres el más destacable.
- Implementación de prácticas de probada eficacia para la prevención y tratamiento de las patologías más frecuentes de 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 post natal 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 la misma, etc.
- Asegurar la implementación de tratamientos y procedimientos probablemente efectivos como las nuevas modalidades ventilatorias y del 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, silencioso, respetando los períodos de sueño y alimentación, proveyendo analgesia para los procedimientos dolorosos, ya sea farmacológica u otra, como succión al pecho, de soluciones azucaradas o contacto piel a piel.

⁵ Al respecto, se sugiere consultar el Capítulo Contacto Piel a Piel, autora Dra. Mónica Brundi, que presenta un desarrollo abarcativo de dicho ítem. Larguía, Lomuto, Gonzalez, "Guía para la Transformación de maternidades convencionales en Maternidades Centradas en la Familia". Ed. FUN, 2006. www.funlarguia.org.ar, www.msal.gov.ar/programas_materno_infantiles/ publicaciones.

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

EJE CONCEPTUAL

Fortalecimiento de la IHAMN

OBJ 5. Capacitar al equipo de salud para la implementación de prácticas de promoción de la lactancia materna de acuerdo al modelo IHAMN.

Actividades para el logro del OBJ 5

El equipo MCF, de acuerdo a los lineamientos de la IHAMN, debe capacitar a los miembros del equipo de salud para que sean capaces de entrenar a las madres en las técnicas apropiadas de amamantamiento y extracción manual. En este último caso, ésta podrá utilizarse como parte de la alimentación de sus propios hijos y/o de otros RN, de existir un banco de LH.

Estas actividades de capacitación pueden ser desarrolladas por el mismo equipo MCF o bien pueden ser delegadas a los referentes de lactancia materna dentro de la institución; en este caso, el equipo MCF 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 organización de la Residencia de Madres.

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.

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.
- Implementa un programa de visitas programadas de familiares, que incluye, en particular, a los hermanos y abuelos.
- Implementa el COPAP como práctica de rutina del servicio.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- Realiza actividades para la promoción y fortalecimiento de la lactancia materna de acuerdo al modelo propuesto por la IHAMN.

PASO 6: Contar con una Residencia de Madres (RM) que permita la permanencia de las mismas con sus recién nacidos internados.

La creación de una residencia de madres tiene como propósito evitar la separación madre-hijo en momentos críticos para binomios vulnerables como ellos representan. De esta manera, se busca facilitar el establecimiento de un vínculo sólido, necesario para enfrentar experiencias traumáticas, como por ejemplo, aquellas 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 supervisado 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 la lactancia materna) así como de asistencia psicológica para padres en crisis.

EJES CONCEPTUALES

PASO 6: EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

Protección de los derechos de la madre y su hijo/a.

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 residencia de madres que permita brindar alojamiento *a embarazadas de moderado o alto riesgo*, que, por situaciones de vulnerabilidad social, poseen 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.

Actividades para el logro de los objetivos propuestos

1.1. Búsqueda de apoyo institucional para la creación de la residencia

Para la creación y el óptimo funcionamiento de los Hogares o Residencia de Embarazadas/Madres en Maternidades o Centros Perinatológicos es exigencia básica el cumplimiento de los siguientes pre-requisitos o condiciones:

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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- Compromiso de apoyo de los jefes de División o Departamento de Pediatría, Neonatología y Obstetricia.
- Reaseguro por la Conducción y Administración del Hospital de los recursos, insumos y 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 Residencia
 - 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. Aspectos a tener en cuenta para la planificación, diseño y creación de la RM

Aspectos más relevantes

- La RM tiene que ubicarse *dentro de la Maternidad* si se dispone de la superficie necesaria y *en proximidad* al Servicio de Neonatología. En caso de no ser posible, debe construirse en un terreno lo más cercano posible al Centro Perinatólogico, que permita la comunicación para ingreso al mismo.
- La RM debe ofrecer dormitorios para las Embarazadas y Madres con sus Hijos internados. Debe asegurar plazas como para alojar el 80% del censo promedio ocupacional del Servicio de Neonatología, a las que deben sumarse las estimadas necesarias para las embarazadas. Pueden obtenerse camas extras con la modalidad de camas superpuestas.
- El control e identificación del acceso a la RM debe realizarse mediante una tarjeta donde se consignen los datos personales de cada madre, emitidas por el servicio de voluntarias.

Otros aspectos complementarios

- La RM necesita como infraestructura 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 un bajo costo de mantenimiento, fácil limpieza y confort para sus habitantes.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- La RM no puede tener otro destino que el de su objetivo: un hogar dentro de la Maternidad para las Embarazadas y 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 a cumplir.

Nota: 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).

1.3. Aspectos a tener en cuenta en el funcionamiento de la RM

- El equipo MCF debe contribuir a organizar la residencia, 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 residencia, establecer los criterios para el acceso a la residencia y las pautas de mantenimiento y orden y supervisar su cumplimiento por parte de las embarazadas o madres alojadas.
- El coordinador y miembros del equipo de salud que se desempeñan en el ámbito de la residencia deberán, en todo momento, dar un trato respetuoso y amable a las madres y embarazadas alojadas y brindar contención y apoyo, en particular, de aquellas madres con RN en grave estado.
- Siempre que sea posible, y aprovechando el encuentro de las madres y su estancia en la institución, realizar actividades de educación, como reuniones de padres, y asesorar a las madres y embarazadas sobre la conveniencia, beneficios y técnicas de la lactancia materna.

PASO 6: Resultados esperados

- Apoyo institucional y/o creación de una residencia de madres 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 (< 1500 g).
- Reducción de la deserción en los seguimientos especializados, por consultorios externos, para RN prematuros, como consecuencia de la “fidelización” de las madres hacia a la institución.

PASO 7: Servicio de voluntarias y voluntarios de la comunidad.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

La iniciativa MCFS exige y necesita de la participación activa y solidaria de la comunidad. Esta puede expresarse en forma organizada a través de Servicios de Voluntarios. Sus integrantes poseen la cualidad principal de brindar su tiempo y entusiasmo para ayudar al prójimo y ofrecer contención emocional sin prejuicios ni egoísmos. 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

OBJ 1. Crear o fortalecer (en caso de que ya existe) 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 puedan lograr un embarazo saludable y arribar a un parto seguro.

Actividades para el logro de los objetivos propuestos

1.1. Búsqueda de apoyo institucional para la creación o el fortalecimiento del Servicio de Voluntarios

Ver 1.1. del PASO 6

1.2. Aspectos a tener en cuenta para la planificación, diseño y creación de la RM

- La Dirección de cada hospital y los demás responsables de conducción deben solicitar de la comunidad la oferta de un servicio de voluntariado. Este puede preexistir como organización no gubernamental (ONG) y replicar una filial o deberá crearse 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, quien se compromete a su vez a brindar su apoyo para el cumplimiento del mismo.
- 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. Aspectos a tener en cuenta respecto a las funciones del Voluntariado:

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

- Organizar y supervisar el funcionamiento de la Residencia/ Hogar de Madres, según el reglamento establecido para la misma: 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 y madres.
- Derivarlas oportunamente a los equipos de salud interdisciplinarios.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- 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, anticoncepción, entre otros.
- Colaborar en el control post-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 a la participación de festejos representativos, tales como el Día de la Madre, del Padre, del Niño o 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 relacionados con la Iniciativa MCFs, 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 residencia hogar para madres;
 - Gestión de donaciones de empresas, ONG, personas, para obtener recursos extras que contribuyan a solventar las actividades del voluntariado.

***PASO 8:** Organizar el seguimiento del recién nacido sano y especialmente el 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, y 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 a 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 sus familias en el cuidado de sus hijos y la detección oportuna de problemas.

Uso de prácticas efectivas y seguras

4. Fortalecer el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad responsable del alta y el seguimiento ambulatorio.
5. Fortalecer el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo al modelo de la IHAMN.

PASO 8: Actividades para el logro de los objetivos propuestos

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

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

Actividades para el logro del OBJ 1

A los fines de facilitar el acceso de la embarazada al Control Prenatal (CPN) se recomienda:

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

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

- Lugar donde deberá concurrir para hacer su primer control y el de su hijo (siempre se le debe indicar a la madre el día y horario de 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 contra-referencias desde los centros de atención primaria. Ejemplos de poblaciones vulnerables que exigen seguimientos

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

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. 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 de manera de facilitar y hacer más confortable la espera durante el seguimiento ambulatorio**

Ver puntos 1.4.1. a 1.4.4. del PASO 2.

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

Actividades para el logro del OBJ 2

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

En particular, debe darse especial importancia al trato amable y respetuoso, el derecho a la privacidad y a la importancia del acompañamiento de la madre en los controles de su hijo.

El equipo MCF de la institución debe realizar actividades (talleres, generación de espacios de reflexión, observación y devolución) con los miembros del equipo de salud responsables del seguimiento ambulatorio del niño, que contribuyan a la adopción de conductas fundadas en el respeto a los derechos de las madres y de sus hijos. En particular, debe darse especial importancia al trato amable y respetuoso, el derecho a la privacidad y a la importancia del acompañamiento por la familia durante los controles programados.

2.1. Adopción de conductas, por parte del equipo de salud, sustentadas en el respeto a los derechos de la mujer y 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 es la persona que habitualmente desarrolla esa tarea dar a conocer el motivo (eg. "hoy la atiendo yo porque la Dra Pérez está en otro lugar del hospital").

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

La información debe ser clara y adecuada en contenido para la familia. Toda indicación debe ser provista en forma verbal y escrita a los fines de facilitar la comprensión y el cumplimiento de la misma. Debe repreguntarse sobre la comprensión de la misma, especialmente en el caso de 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 o 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*

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

Actividades para el logro del OBJ 3

3.1. Actividades a realizar al momento del alta:

Al momento del alta, el/los profesional/es a cargo de su realización deberían **verificar** que la mujer haya sido adecuadamente asesorada sobre aspectos relacionados con la planificación familiar **y asesorarla adecuadamente**⁶, en caso de que no hubiera recibido información. Cuando la maternidad disponga 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 invitar a los padres a las reuniones de padres, informándoles con claridad el día y horario en las que estas se realizan, así como su propósito.

3.2. Actividades a realizar luego del alta

Asesoramiento sobre la salud del RN: se deben comunicar a los padres el calendario de inmunizaciones así como todo cambio y 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 formas de prevención de accidentes e intoxicaciones. En estos centros de referencia, se hará énfasis en el seguimiento de la bilirrubina, para eventuales indicaciones de luminoterapia.

⁶ *Asesorar implica una actitud activa de intercambio con la madre por parte del profesional, y no sólo la actitud de dar información.*

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

En el caso de los RN de alto riesgo, se debe estimular fuertemente a los padres a participar en las reuniones de padres, en los 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.

EJE CONCEPTUAL: *Uso de prácticas efectivas y seguras*

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

Actividades para el logro del OBJ 4

4.1. **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 su hijo y lo asesoran sobre cuando y donde realizar el seguimiento ambulatorio, los cuidados a tener en cuenta tanto 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, el padre y su hijo.

OBJ 5. Fortalecer el mantenimiento de la lactancia materna de acuerdo al modelo de la IHAMN.

Actividades para el logro del objetivo propuesto

Los consultorios externos de pediatría, deben ofrecer un sector especializado en lactancia materna para la resolución de los problemas que las madres planteen. El mismo 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.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

- Las madres son derivadas de manera clara y oportuna (dentro de las 48 horas del alta) para la realización de su primera consulta en seguimiento ambulatorio.
- Se logran ambientar los espacios en la maternidad de manera de facilitar el alta y el seguimiento ambulatorio de acuerdo al modelo MCF.
- Se empodera a los padres en la planificación familiar así como en el cuidado de sus hijos a través de actividades de educación realizadas tanto al 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 al alta como en el seguimiento ambulatorio.

PASO 9: Fortalecimiento de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (IHAMN).

Toda MCFS debe trabajar activamente en el fortalecimiento de la Lactancia Materna con el fin de lograr la acreditación de “Hospital Amigo de la Madre y el Niño (OMS-UNICEF-Ministerio de Salud) o para mantenerla si ya ha sido acreditada, cumpliendo los 10 pasos de esa Iniciativa.

La iniciativa **Hospital Amigo de la Madre y el Niño** (IHAMN) fue lanzada por la Organización Mundial de la Salud y Unicef en diciembre del año 1991. La IHAMN cuenta con una sistemática de implementación, auto-evaluación, monitoreo y acreditación externa de la estrategia de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna a 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.ⁱ

La iniciativa MCFS se alinea con el propósito y objetivos de la IHAMN, reforzando 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 a las pautas de la IHAMN.

PASO 9: Actividades para el logro de los objetivos propuestos

EJE CONCEPTUAL

Fortalecimiento de la IHAMN

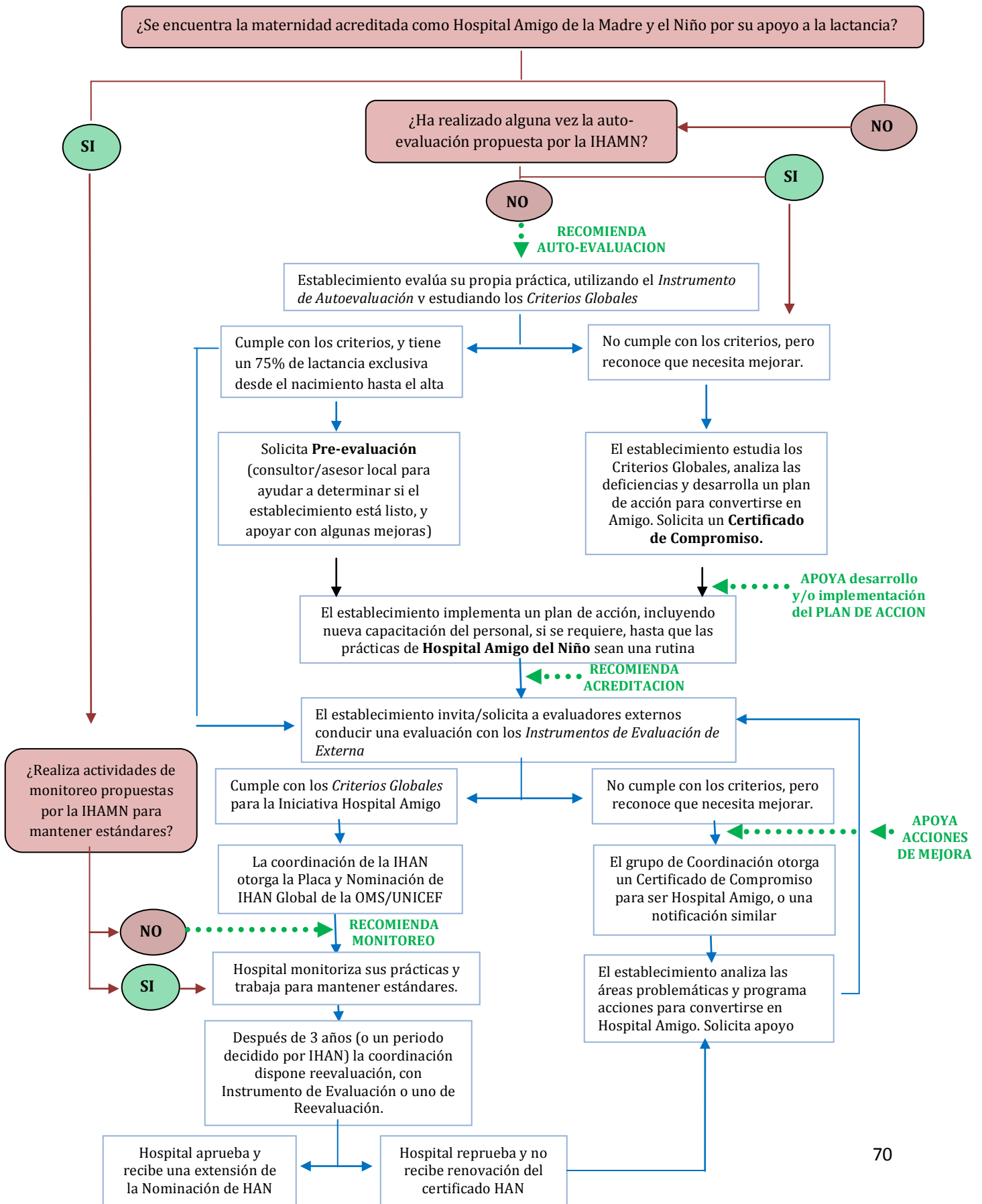
OBJ 1. Promover las actividades propuestas por la IHAMN para lograr la certificación y acreditación como “Hospital Amigo”-

Actividades para el logro del OBJ 1

El fortalecimiento de las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna se realizará a través de dos estrategias de intervención:

1. **Evaluación del estado actual de la Maternidad respecto a la IHAMN:** el equipo coordinador MCFS evaluará, sobre la base de la lectura de los documentos y materiales de la IHAMN, el estado actual de la Maternidad de acuerdo al algoritmo que se presenta en la figura 2.
2. **Evaluación diagnóstica:** independientemente del estado actual de la acreditación, el equipo coordinador MCFS realizará una evaluación del estado actual de las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna en la maternidad así como de las barreras y facilitadores que favorecen u obstaculizan 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 mantenimiento de la lactancia materna en la institución, con el fin de orientarlos en el diseño de un plan de mejora.

Figura 2. Integración de las acciones MCF en la IHAMN



PASO 9: Resultados esperados

- La institución elabora un plan de acción para fortalecer las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna a través de su participación en la IHAMN.

PASO 10: Recibir y brindar cooperación de y para Instituciones para la transformación en MCF y S.

El modelo MCF y S es, como ya 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

EJES CONCEPTUALES

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

PASO 10: EJES CONCEPTUALES Y OBJETIVOS

1. Fortalecer el involucramiento y participación progresiva de los miembros del equipo de salud de la maternidad así como de sus autoridades en la disseminación e implementación efectiva del modelo MSyCF tanto dentro de la institución, como en otras instituciones.

Actividades para el logro del objetivo propuesto

La transformación de una institución en MCF está directamente relacionada con la adquisición y 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 e involucramiento asumido por la institución o sus miembros con el modelo.

La FUN, con el apoyo de UNICEF, actualmente trabaja para la multiplicación del modelo en las maternidades públicas de nuestro país. A través 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 así como a centros periféricos que trabajan en red con la maternidad.

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

Las maternidades que efectivamente se incorporen a la comunidad MSyCF, 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 a estas características, se priorizará uno u otro paso (por ejemplo, en los centros de asistencia primaria se priorizarán los pasos 1, 2 y 7, relacionados con el compromiso con la iniciativa, el control prenatal y el seguimiento ambulatorio del RN sano). Para estas acciones de involucramiento de los centros periféricos, el equipo MCF de la institución debe contar con el apoyo institucional que facilite su concurrencia y/o la realización de actividades de capacitación, transferencia e intercambio con los agentes de salud de estos centros “periféricos”. También puede implementarse un sistema de rotación de estos últimos por los distintos servicios de la maternidad de acuerdo a las necesidades de capacitación que se identifiquen. Es importante fortalecer, en particular, los sistemas de referencia y contrareferencia, 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 diferentes: individual, intra-institucional e inter-institucional.

El **plano individual** se refiere a las acciones que realiza cada individuo, por iniciativa propia, para la transformación y consolidación del modelo MCF; el **plano institucional** se refiere a las acciones que *desde la institución* se realizan para contribuir a la consolidación del modelo, dentro de la institución (**plano intra-institucional**) y fuera de la institución (**inter-institucional**).

Plano individual: Se refieren a acciones para consolidación del modelo MCF que **resultan de la iniciativa de los individuos**. Cada miembro del equipo de salud, puede, individualmente: 1. Informarse, por ejemplo, a través de participar en una conferencia, ver un video o leer artículos; 2. Entrenarse a través de la participación en actividades formales de capacitación y/o de entrenamiento (por ejemplo, participando en talleres con expertos); 3. Dar a conocer el modelo por ejemplo, dando conferencias, 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 misma institución) y el inter-institucional (entre instituciones). El primer paso de involucramiento a nivel institucional es el apoyo desde otras instituciones para la transformación de la institución en una MCF.⁷ La Institución y sus Equipos de Salud reciben

⁷ La excepción la constituyen la maternidad que creó el modelo (Sardá) o aquellas que lo implementen de manera independiente, sin ayuda externa.

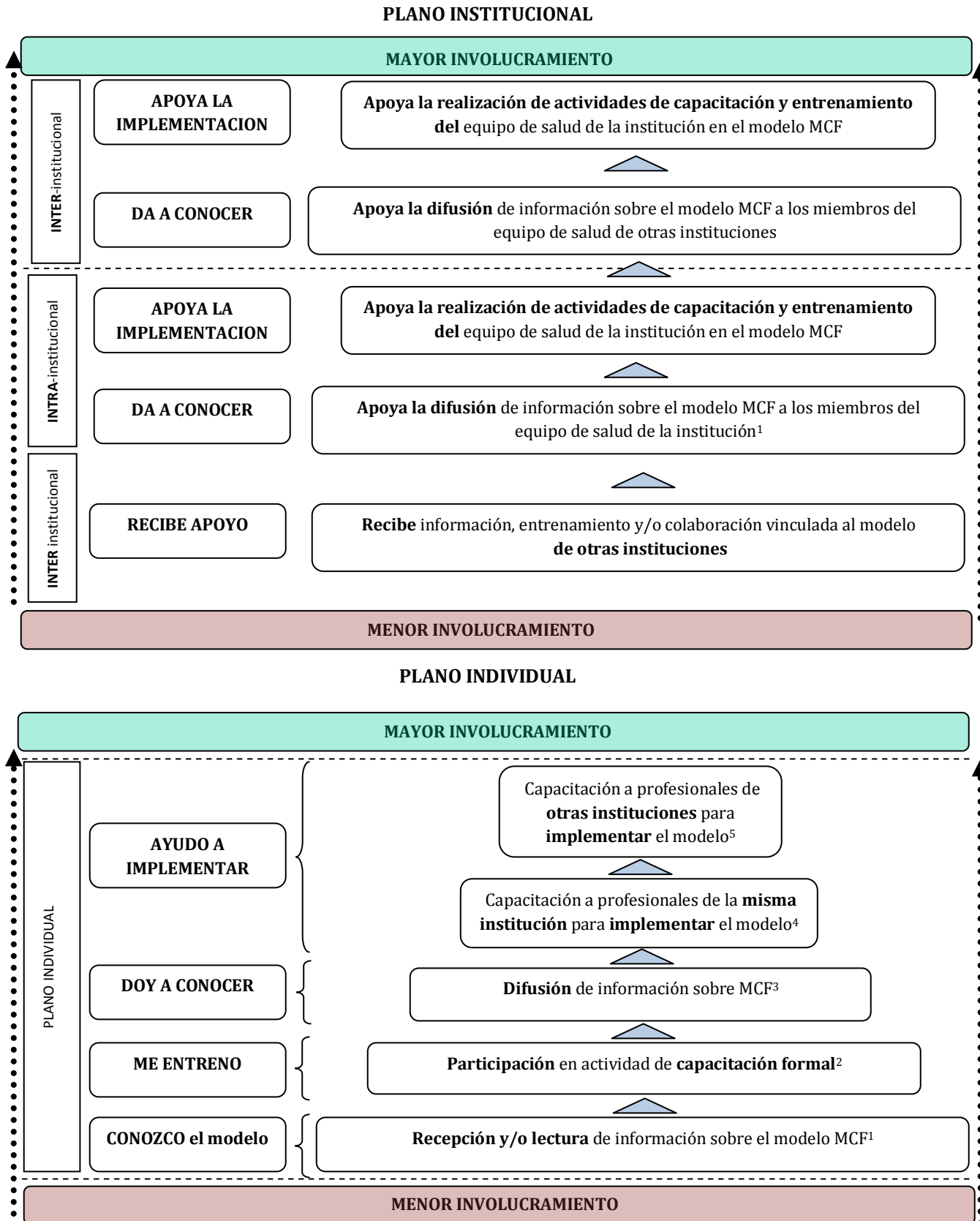
Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

asesoramiento y apoyo de otras Instituciones (ONG, otras Maternidades, Gobierno, etc.) para sensibilizar a su personal respecto a la necesidad y beneficios de implementar el modelo MSyCF. La implementación y consolidación del modelo *dentro de la institución* es realizado por el equipo MCF (ver PASO 1), constituido por profesionales de la misma institución, formalmente asignados a esta tarea.

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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

Fig. 3. Acciones de involucramiento y transformación del modelo MCF de los profesionales y las instituciones en las que se desempeñan



Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

PASO 10: Resultados esperados

La maternidad inicia el proceso de transformación en el plano individual, intra-institucional e inter-institucional.

Anexo 1. Conceptos y herramientas básicas para gestionar el cambio

La adopción del modelo MCF 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 (eg. servicios de neonatología u obstetricia, salud mental, voluntariado, etc.), dependiendo de las prioridades que establezca el equipo MCF y las autoridades de la institución.

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

Se pueden describir tres grandes '*momentos*' de 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, a través de la metodología de evaluación propuesta por la FUN (evaluación externa), o bien, por el propio equipo ACR de la maternidad (auto-evaluación).

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 a 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 sólo el grado de conocimiento de los miembros del equipo de salud con relación al modelo MCF, sino también sus capacidades o competencias para adoptar el modelo e implementar las actividades propuestas, 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, ya sea, favoreciéndolo o por el contrario, obstaculizándolo. El equipo MCF 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 por líderes de opinión cuando la barrera sea la falta de credibilidad al modelo; entrenamiento específico cuando la barrera sea la falta de competencias o habilidades para el desarrollo de las actividades propuestas por el modelo).

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del 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 facilitadores propios de la organización.¹

¿Cómo analizar el estado actual y las barreras/facilitadores que inciden en cada PASO?

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

Los productos esperados de este *subproceso* deberán apuntar a determinar las prácticas y actores habituales, *factores facilitadores* (ie. 'internos': 'fortalezas', 'externos': 'oportunidades') y *barreras* (ie. 'internas': 'debilidades' y '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 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 para 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 MCF, 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 MCF involucre de las autoridades y profesionales de los servicios cuya participación es clave en la implementación del cambio.

La estrategia de cambio puede ser implementada por principio del modelo o por PASO, dependiendo de lo que el equipo MCF considere más apropiado.

Ejemplo 1. Estrategia de cambio sustentada en los principios del modelo MCF

El equipo MCF 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, a los derechos esenciales de la madre, el padre y sus hijos. Por tanto, una vez identificadas los factores que inciden en este problema (ver tabla 1), decide implementar una estrategia de cambio sustentada en el principio 2 del modelo MCF (Protección de los Derechos de la Madre y el Niño), dirigida a los miembros del equipo de salud de TODOS los servicios involucrados al modelo MCF.

Ejemplo 2. Estrategia de cambio sustentada en los PASOS del modelo MCF

El equipo MCF de una institución Y identifica falencias severas en las prácticas asociadas al trabajo de parto y parto (PASO 3). El equipo analiza los factores que inciden en la

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

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 parto.

Pasos básicos para el diseño de la estrategia de cambio

1. Analice los resultados del diagnóstico inicial
2. Priorice los principios o PASOS del modelo sobre los cuales actuará.
3. Identifique los profesionales que participan o están vinculados a los procesos de atención a los cuales se dirigirá la intervención.
4. Identifique las barreras o 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.
5. Defina, sobre la base del consenso con los profesionales involucrados, un *plan de acción*: el plan de acción debe definir QUE se realizará, QUIEN lo realizará, QUE MIEMBROS O SERVICIOS estarán involucrados, CUANDO se implementarán las acciones de mejora, COMO se evaluará - indicador o indicadores que permitirá evaluar el logro de los objetivos propuestos - (Tabla 2).²

IMPORTANTE

Al momento de proponer e implementar un cambio, el equipo MCF debe guiar y estimular la a los propios profesionales de los servicios involucrados a participar en el proceso de transformación.³

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 a los lineamientos del manual de implementación del modelo MCF)
- Considere las barreras y los facilitadores que inciden en el proceso o actividades que se pretende modificar.
- Sea el resultado de la reflexión, participación y consenso de los profesionales involucrados en los procesos de atención que se desean modificar.
- Sea realizado de manera sistemática, identificando claramente quienes, qué, cuándo, dónde de la intervención para el cambio, así como, los resultados que se esperan alcanzar.

4. Evaluación de las estrategias de cambio

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

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

Cuando sea posible, será de suma utilidad el contar con recolección, monitoreo y evaluación sistemática de indicadores de resultado vinculados, por ejemplo, a la salud materna o del recién nacido.⁴

Tabla 1. Tipos de barreras/ facilitadores a analizar en cada uno de los PASOS del modelo MCF*

Barrera/ facilitador	Definición	PASOS									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grado de conocimiento	El CONOCIMIENTO inadecuado o insuficiente del equipo de salud puede actuar como una BARRERA para la implementación de las acciones o actividades necesarias para la concreción de cada paso. Por el contrario, el adecuado conocimiento de todos los miembros del equipo de salud actuaría como un FACTOR FACILITADOR.										
Habilidades o competencias esenciales	La realización de cada paso requiere que el equipo de salud cuente con un conjunto de HABILIDADES O COMPETENCIAS ESENCIALES. La falta de estas habilidades o competencias por parte del equipo de salud, constituye una BARRERA para la implementación del modelo. Por el contrario, su presencia FACILITA su implementación.										
Alineamiento y convencimiento	El ALINEAMIENTO del equipo de salud respecto a la fuente que propone el modelo MCF y el CONVENCIMIENTO que tengan respecto al modelo en sí mismo son componentes esenciales en su implementación. La falta de alineamiento conspirará con su efectiva implementación; por el contrario, la identificación y credibilidad de los miembros del equipo de salud con la institución o fuente que lo propone actuará como factor facilitador.										
Auto-eficacia	La medida en que el equipo de salud se sienta seguro de sus propias capacidades para poner en práctica el modelo incide directamente en su implementación. Esto es lo que se conoce como sentido de la AUTOEFICACIA. Si ésta está presente, sin duda facilitará la implementación del modelo; de lo contrario, se estará en presencia de una barrera.										
Balace beneficios-costos	El BALANCE ENTRE LOS BENEFICIOS Y LOS COSTOS percibido por el equipo de salud pueden actuar como BARRERA (en caso de que el equipo perciba que los costos superan los beneficios) o como FACTOR FACILITADOR (en caso de que el equipo perciba que los beneficios superan los costos de la implementación).										
Motivación	La MOTIVACION de los miembros del equipo para implementar el modelo es un factor clave para su efectiva implementación. Profesionales desmotivados y sin interés en la iniciativa se transforman en una BARRERA para su implementación; por el contrario, profesionales altamente motivados constituyen un importante FACTOR FACILITADOR.										
Memoria y atención	La medida en que las acciones que propone el modelo resultan conocidas (MEMORIA Y ATENCION) para el equipo de salud, ya 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 realizada 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 DISPONIBILIDAD DE RECURSOS es un factor esencial para la implementación del modelo. La FALTA DE RECURSOS constituye una BARRERA muy importante en numerosas iniciativas; mientras que la situación contraria, 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 MCF. 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 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 mismos 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 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.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼

Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSyCF): propuesta para la conceptualización, implementación y evaluación del modelo

NOTA: estos mismos factores pueden ser también analizados por principios del modelo en caso de que el equipo MCF decida implementar una estrategia de cambio destinada a fortalecer uno de los principios del Modelo MCF en todos los servicios involucrados.

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

Paso o principio 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

Referencias bibliográficas

1. Michie S. y col. **Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach.** Qual Saf Health Care 2005; 14: 26-33.
 2. Croteau RJ. **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. 4th edition. 2010.
 3. Sousa Campos, GW. Gestión en Salud. **El Anti-taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso.** Cadernos de Saude Publica 1998 14 (4): 863-870.
 4. Van Bokhoven MA, Kok G, van der Weijden T. **Designing a quality improvement intervention: a systematic approach.** Qual Saf Health Care 2003;12:215-220
-