

Capítulo Dos

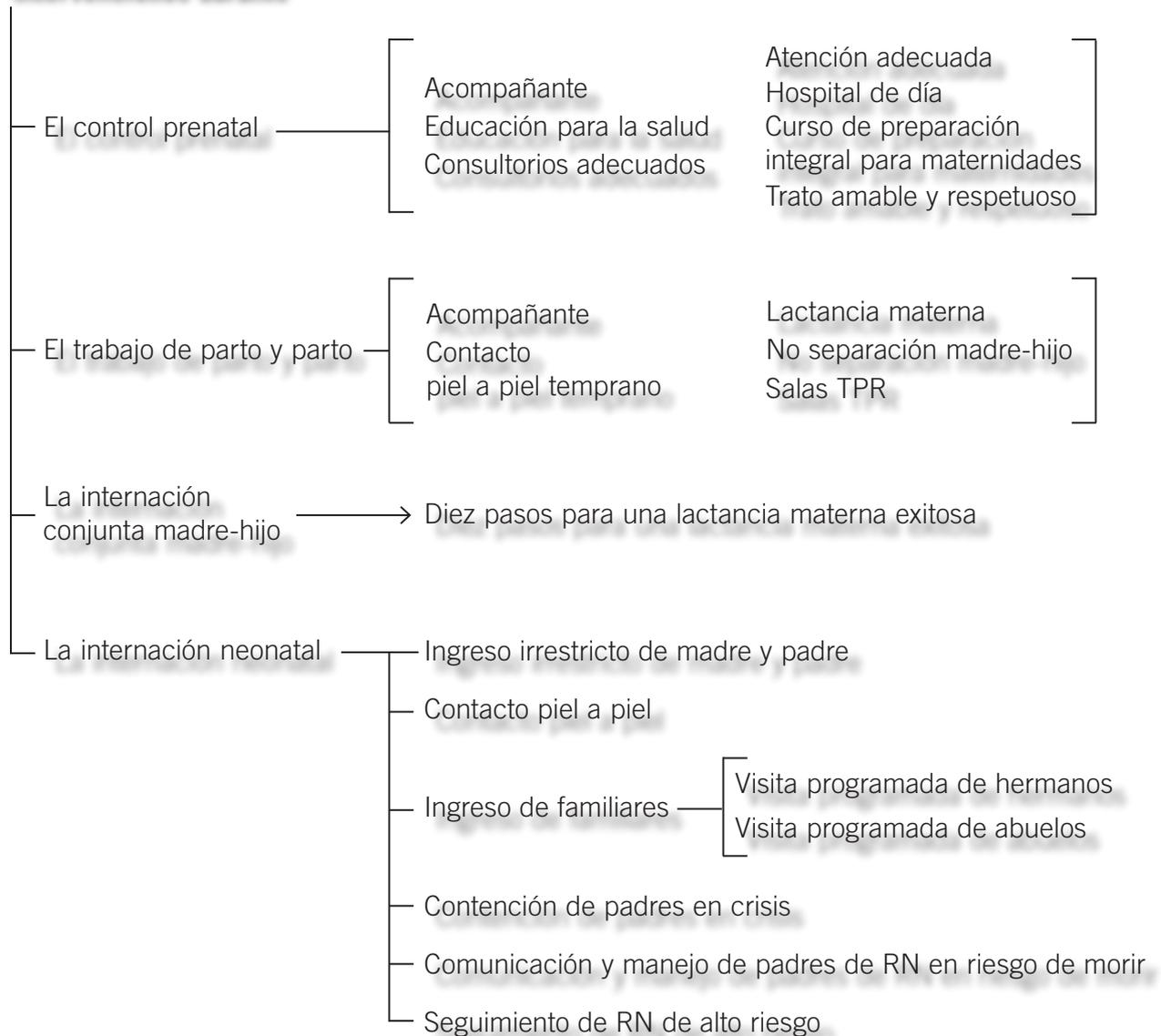
Acciones a desarrollar

para la transformación de las
Maternidades Tradicionales en
Maternidades Centradas
en la Familia

- **Control prenatal.**
- **Trabajo de Parto y Parto.**
- **Internación conjunta madre-hijo.**
- **Internación neonatal.**

Esquema de contenidos

Intervenciones durante



CONTROL PRENATAL

Acompañante durante el control prenatal: Se ha investigado muy poco acerca del valor de una compañía en otros resultados que no fuera los del parto, por lo que no hay evidencias científicas en este aspecto¹. 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 reduce 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.

Brindar información específica: Se debe brindar Información general sobre:

- Horarios de atención (que deben ser amplios, matutinos y vespertinos). Se debe ofrecer un sistema de turnos programados para evitar largas horas de espera.
- Documentación y trámites necesarios.
- Derechos del usuario.
- Prácticas realizadas y resultados.

La información debe ser clara, con idioma comprensible para la mujer y/o su acompañante. Es necesario asegurar el grado de comprensión de las indicaciones, preguntando dudas.

Salas de espera confortables: Esto 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.

Áreas de juego para niños y guardería: Muchas 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.

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.

Trato amable y respetuoso: 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.

Atención a cargo de Obstétricas: Estas profesionales son las más idóneas para la atención del embarazo normal y están capacitadas para diagnosticar desviaciones de la normalidad que requieran asistencia médica especializada. Según una reciente Revisión Sistemática Cochrane³³, 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.

Educación para la Salud: Se debe ofrecer, tanto en la consulta, como en la Sala de Espera o a través de folletos, información acerca de signos de alarma que deben motivar consulta urgente, Lactancia Materna, asesoramiento en Procreación Responsable, prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual en especial VIH/SIDA, así como medidas de prevención en Violencia familiar.

Curso de Preparación Integral para la Maternidad: Todas las embarazadas debieran poder acceder a este Curso, por lo que el mismo debe dictarse en horarios razonables y accesibles, con un número no muy elevado de charlas.³⁴

Hospital de día para embarazadas: 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 tratamientos materno-fetales. Las plazas serán de 0,5 a 1 cada 1.000 partos. Estas plazas pueden ser camas o sillones confortables, rodeando a una mesa que permita servir comida a las mujeres, ubicadas dentro del Servicio de Obstetricia. Debe haber acceso a sanitarios. No requiere equipamiento especial pero debe tener asignado personal médico y de enfermería que controle a las embarazadas, haga retirar sus estudios, etc.³⁵

Apoyo a padres adolescentes: Las embarazadas y sus parejas adolescentes merecen una atención especial, por un Equipo multidisciplinario.

Otros Servicios: Es importante brindar acceso a Cafetería, Biblioteca para usuarios, etc.

¹ Op. cit

³³ Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, PiaggioG, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud reproductiva, Número 8, 2005. Oxford: Updat Software Ltd.

³⁴ Ministerio de Salud. Preparación Integral para la Maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios. Buenos Aires, el Ministerio, 2005

³⁵ Ministerio de Salud. Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad

TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Salas únicas para trabajo de parto, parto y puerperio³⁶: La concepción clásica basa la asistencia del parto en lugares diferentes según se trate del trabajo de parto, el parto o el puerperio. Esta modalidad tiene muchas desventajas:

- Contribuye a aislar a la embarazada de su grupo familiar y de su acompañante.
- Implica dificultosos e incómodos traslados entre los diferentes sectores involucrados.
- Exige mayor cantidad de recursos humanos: camilleros, enfermeros y personal de limpieza al no concentrarlos en un solo lugar.
- Condiciona mayor consumo de ropa, materiales, tareas de limpieza y esterilización.
- Atemoriza a la futura madre por los reiterados cambios y la ambientación hospitalaria.

Las **Salas TPR, o TPRP** (trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio), nacen como una alternativa a lo anterior, respondiendo a conceptos de humanización tales como el parto centrado en la familia.

Se basa en que, en el nivel de cuidados básicos, el parto no debe ser considerado como un acto médico quirúrgico sino como un acontecimiento normal de la especie, que admite la presencia de la familia, sin traer riesgos de contaminación, permitiendo el fácil acceso a la tecnología de apoyo en el momento requerido.

Se trata de salas de internación individuales que permiten la atención del periodo de dilatación, parto y recuperación en una sola habitación, arreglada como un dormitorio común con muebles adecuados, ventanas con cortinas y cuadros, pero con acceso a la aparatología y otros elementos tecnológicos que permanecen ocultos hasta su uso. (Para ver más detalles ver: Normas de Organización de Servicios de Maternidad, Ministerio de Salud, Argentina, 2003 y Primera Guía Argentina de Perinatología de ASAPER)

Acompañante en trabajo de parto y parto: A lo largo de la historia de la humanidad se observa que las mujeres han sido asistidas durante el trabajo de parto y el parto por su comunidad o su familia y especialmente por otras mujeres, que en la mayoría de los casos tenían experiencia personal e incluso habían adquirido habilidades especiales como "comadronas".

La institucionalización del parto dentro de Hospitales en las últimas décadas, hizo que el apoyo continuo durante el trabajo de parto se haya convertido en una excepción en vez de brindarse en forma habitual.³⁷

La preocupación por la consecuente deshumanización de las experiencias del parto ha llevado a la in-

tención de volver a implementar el apoyo continuo y personalizado durante el trabajo de parto. Consiste en brindar:

- Apoyo emocional -presencia continua, tranquilidad y contención.
- Información sobre el progreso del trabajo de parto y consejos sobre técnicas de control.
- Medidas que le brinden comodidad: caricias, masajes, baños o duchas tibios, facilitar la adecuada ingesta y eliminación de fluidos.
- Mediación -ayudar a que la mujer pueda comunicar sus deseos y necesidades a los demás.

Se han presentado dos explicaciones teóricas complementarias sobre los efectos del apoyo durante el trabajo de parto en los resultados del parto.

Ambas explicaciones tienen como hipótesis que el apoyo mejora la fisiología del trabajo de parto y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas.

La primera explicación teórica considera los mecanismos posibles cuando se utiliza el acompañamiento durante el trabajo de parto en lugares estresantes, intimidatorios y desalentadores.

Durante el trabajo de parto, la mujer puede ser particularmente vulnerable a influencias del ambiente; la atención obstétrica moderna suele someter a las mujeres a rutinas institucionales, altos índices de intervención, personal desconocido, falta de privacidad y demás condiciones que pueden resultar difíciles de sobrellevar. Estas condiciones pueden tener un efecto adverso en el progreso del trabajo de parto y en el desarrollo de la sensación de competencia y seguridad, lo que a su vez puede dificultar la adaptación a la condición de madre y el inicio de la lactancia e incrementar el riesgo de depresión. El apoyo y el acompañamiento durante el trabajo de parto pueden hacer más llevadero este proceso.

La segunda explicación teórica no se concentra en un tipo de lugar en particular para tener el parto. Por el contrario, describe dos caminos por los que el apoyo durante el trabajo de parto reduce las probabilidades de parto instrumental y complicaciones subsiguientes y mejora la sensación de control de la mujer respecto de su experiencia de parto.

Mejora el pasaje del feto a través de la pelvis y los tejidos blandos: Se pueden lograr mejores relaciones feto pélvicas alentando la movilidad y el uso efectivo de la gravedad, ayudando a que las mujeres adopten

³⁶ ASAPER. Primera Guía Argentina de Perinatología. Organización de un Centro Perinatólogo. Buenos Aires, ASAPER, 1994

³⁷ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue

sus posiciones preferidas y recomendando posiciones específicas para situaciones específicas.

Disminución de respuesta al estrés: Los estudios sobre las relaciones entre el miedo y la ansiedad, la respuesta al estrés y las complicaciones del embarazo han demostrado que la ansiedad durante el trabajo de parto se asocia con altos niveles de la hormona de estrés, la epinefrina (adrenalina) en sangre, lo que a su vez puede ocasionar patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, una disminución de la contractilidad uterina, una fase de trabajo de parto más prolongada con contracciones regulares bien definidas y bajos puntajes de Apgar. El apoyo emocional, la información y los consejos, las medidas que le brinden comodidad y la representación pueden reducir la ansiedad y el miedo y los efectos adversos asociados durante el trabajo de parto.

En los últimos tiempos, el apoyo continuo se ha considerado como una forma de aliviar el dolor, específicamente, como alternativa a la analgesia epidural, debido a la preocupación sobre los efectos perjudiciales de la analgesia epidural en el progreso del trabajo de parto. Muchas intervenciones durante el trabajo de parto y parto involucran cointervenciones para supervisar, prevenir o tratar efectos adversos, desencadenando una “cascada de intervenciones”. El apoyo continuo y personalizado tiene el potencial de limitar dicha “cascada” y de poseer así un amplio rango de efectos, en comparación con la atención habitual. Por ejemplo, si el apoyo continuo permite reducir el uso de analgesia epidural, esto a su vez puede implicar una reducción en el uso de monitoreo electrónico fetal, goteo intravenoso, ocitocina artificial, fármacos para tratar la hipotensión, cateterismo vesical, extracción con ventosa o fórceps, episiotomía y menos morbilidad asociada y puede incrementar la movilidad durante el trabajo de parto y el parto espontáneo.

En muchos países, ya se dispone de servicios de mujeres que reciben capacitación especial en el apoyo durante el trabajo de parto. Más comúnmente conocida como doula (palabra griega que significa “criada”), esta nueva integrante del equipo de personas a cargo de la atención también puede denominarse acompañante de trabajo de parto, acompañante de parto, especialista en apoyo durante el trabajo de parto, asistente en el trabajo de parto o asistente en el parto. Una cantidad de organizaciones ofrecen capacitación, certificación y apoyo profesional para doulas.

Han surgido preguntas acerca de la capacidad de los empleados (tales como enfermeras o parteras) para proporcionar un apoyo efectivo durante el trabajo de parto en el contexto de los lugares institucionales modernos donde se realizan los partos. Por ejemplo, las

enfermeras y parteras suelen tener responsabilidades simultáneas para con más de una parturienta, pasan gran cantidad de tiempo manejando tecnología y llevando registros y comienzan o terminan sus turnos laborales cuando la mujer se encuentra en pleno trabajo de parto. Además de las preguntas acerca del impacto del tipo de persona que brinde el apoyo en el trabajo de parto, existen otras inquietudes acerca de la efectividad del apoyo, entre las que se incluyen su impacto bajo una variedad de condiciones del lugar y si sus efectos son mitigados cuando se inicia el apoyo continuo.

Las embarazadas, los responsables de la toma de decisiones, los afiliados a los servicios de salud, los profesionales e instalaciones sanitarias y todos aquellos que brinden apoyo durante el trabajo de parto necesitan evidencias sobre los efectos del apoyo continuo, en general y bajo circunstancias específicas.

Con la asistencia de Revisiones Sistemáticas como las que lleva a cabo la Colaboración Cochrane, existen fuertes evidencias científicas que demuestran los beneficios de esta práctica.

Los costos para implementar este apoyo no son elevados ya que no requieren destrezas especiales ni ningún tipo de tecnología sofisticada. Las personas de la familia o amigos, seleccionadas por las mujeres para acompañarlas no requieren capacitación previa.

Debe resolverse la posible oposición de los profesionales de salud que estuvieran en desacuerdo con la presencia de personas no profesionales en las áreas de parto y parto. Debe quedar claro que la prioridad como acompañante la tiene la persona elegida por la mujer, entre su familia/amigos. Esta persona no debiera ser reemplazada por una doula u otra mujer no profesional provista por la Institución, salvo aceptación concreta de la mujer, en caso de no contar con familiares/amigos disponibles. Debe respetarse el deseo de las mujeres que no quieran contar con acompañantes.

La tarea del Equipo profesional, no puede ser reemplazada por el acompañante familiar o la doula. Dentro de los profesionales, es importante resaltar el rol de la **Obstétrica**. Esta es una profesional universitaria preparada especialmente para la asistencia, contención y apoyo del parto normal. Existen fuertes evidencias científicas que demuestran que cuando las Obstétricas asisten partos normales, su cuidado se asocia con menos intervenciones.³⁸

La OMS³⁹ reconoce a la Obstétrica como el profesional más costo-efectivo para el cuidado en el parto normal, por lo que debe priorizarse su actividad, reservando a los médicos especialistas sólo el manejo de los partos patológicos.

³⁸ Waldestrom U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. BJOG, 1998; 105: 1160-1170

³⁹ OMS. Care in normal birth. A practical guide. Birth, 1997;24:121

Contacto piel a piel temprano madre-hijo: Apenas concluido el parto, el recién nacido sano debe ser entregado a su madre permitiendo la interacción entre ambos, idealmente con la presencia del padre. Debe favorecerse el contacto piel a piel entre ambos, mientras se mantiene la vigilancia de la madre y el recién nacido y demorar las rutinas habituales que se realizan en el niño. Este contacto precoz favorece el vínculo madre-padre-hijo y el inicio y mantenimiento posterior de la lactancia materna^{40 41}.

Inicio precoz de la lactancia materna: La lactancia materna debe iniciarse en ese primer momento, o dentro de la primera hora de vida del niño, con el apoyo necesario del Equipo de Salud. Esta indicación constituye el Paso 4 de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño y existen evidencias que su implementación favorece el mantenimiento posterior de la lactancia materna.⁴²

No separación madre-hijo: Luego del parto, la madre y su hijo no deben separados, salvo brevemente para realizar los procedimientos de rutina necesarios en el recién nacido (peso, examen físico, aplicación de vacunas, etc.). Los recién nacidos no deben quedar en la sala de Recepción/Reanimación con el propósito de ser "observados". El control del postparto inmediato de madre y niño debe ser realizado en ambos sin necesidad de separarlos.⁴³

Evitar maniobras intempestivas en la recepción del RN: No se deben aspirar las fauces de los recién nacidos vigorosos, pues no hay evidencias de que esto sea necesario. Asimismo, no hay evidencias que sustenten la necesidad de pasar sondas a estómago para descartar atresia de esófago en forma rutinaria a todos los RN. Sólo sería necesario si hay antecedentes o sintomatología que lo justifiquen. Tampoco hay evidencias que apoyen la necesidad de pasar rutinariamente sonda rectal.^{44 45}

Estudios Clínicos

La última Revisión⁴⁶, en la que se incluyeron 15 estudios clínicos controlados y aleatorizados, analiza los resultados en 12.791 mujeres de países de altos, bajos y medianos ingresos, demostrando que las mujeres que recibieron apoyo intraparto continuo fueron menos proclives a la analgesia, al parto instrumental o a mostrarse insatisfechas con su experiencia de parto. Los beneficios fueron mayores si la asistente no era parte del personal del Hospital y si su tarea se iniciaba precozmente³⁴

Las mujeres que recibieron apoyo personalizado continuo durante el trabajo de parto mostraron los siguientes resultados:

Riesgo	n	Riesgo Relativo (RR)	Intervalo de Confianza (IC) del 95%
Recibir a nalgesia/anestesia regional	10.048	0.90	0.81-0.99
Recibir cualquier analgesia/anestesia	11.051	0.87	0.79-0.96
Tener partos vaginales instrumentados	12.757	0.89	0.83-0.96
Tener partos por cesárea	12.791	0.90	0.82-0.99
Manifiestar insatisfacción o calificar negativamente su experiencia de parto	9.824	0.73	0.65-0.83
Tener partos vaginales espontáneos	12.757	1.08	1.04-1.13

⁴⁰ González-Salazar F, Cerda-Flores RM, Robledo-García JA y col. Breastfeeding counseling and early mother-child contact are associated with exclusive maternal breastfeeding. A hospital-based-control study. Gac Med Mex.2005;141:99-103

⁴¹ Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results un early recognition of own mother's milk odour. Acta Paediatr.2004;93:1560-1562

⁴² OPS/OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia. Ginebra, OMS, 1998

⁴³ Ministerio de Salud. Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia, Buenos Aires, el Ministerio, 2004

⁴⁴ American Academy of Pediatrics (AAP) and The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Guidelines for Perinatal care. 4th Ed. Washington, AAP-ACOG, 1997

⁴⁵ American Academy of Pediatrics (AAP) - American Heart Association (AHA). Texto de Reanimación Neonatal. 4Ed. (Versión en español). AAP-AHA, 2002

⁴⁶ Langer A. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Comentario de la BSR. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 8, Update Software Ltd, Oxford

No se encontró asociación con:

- uso de ocitocina artificial durante el trabajo de parto RR = 0,94; IC 95%: 0,83 a 1,06
- bajos puntajes de Apgar a los 5 minutos RR = 0,81; IC 95%: 0,56 a 1,16.
- ingreso del recién nacido a la unidad especial de atención neonatal RR = 0,94; IC 95%: 0,82 a 1,09
- informes postparto de dolor intenso en el trabajo de parto RR = 0,97; IC 95%: 0,77 a 1,23.
- disminución significativa en la duración del trabajo de parto; diferencia ponderada de las medias -0,28; IC 95%: -0,64 a 0,08.

La Revisión mencionada concluye que:

“El apoyo continuo durante el trabajo de parto debería ser la regla, no la excepción. Se debería permitir y alentar a todas las mujeres a que cuenten con gente de apoyo en todo momento durante el trabajo de parto”

En general, el apoyo continuo de un asistente durante el trabajo de parto parece proporcionar los mejores beneficios cuando dicha persona es ajena a la institución, cuando la analgesia epidural no es el procedimiento de rutina y cuando el apoyo se inicia tempranamente.

En 7 investigaciones clínicas que incluyeron 9.148 mujeres, las Obstétricas utilizaron menos intervenciones tales como fórceps, analgesia y monitoreo electrónico y disminuyen la cantidad de episiotomías (OR 0.69 IC 95% 0,61-0.77). No hubo mayores complicaciones ni muertes maternas. El Score de Apgar de los recién nacidos fue similar.

Una Revisión Cochrane⁴⁷ reciente evaluó 17 estudios con 806 participantes (madres y niños). Se observaron efectos estadísticos significativos y positivos del contacto piel a piel en la lactancia a partir de uno a tres meses después del nacimiento (OR 2.15 IC 95%: 1,10-4,22) y en la duración de la lactancia (Diferencia de medias ponderada 41,99; IC 95%: 13,97-70.00). Se comprobó también una mejora de las puntuaciones globales con respecto al amor y el contacto afectivo materno durante la lactancia, observada dentro de los primeros días posteriores al nacimiento (Diferencia de medias estandarizada 0.73; IC 95% 0.36-1.11) y a la conducta de apego materno (Diferencia de medias estandarizada 0.76; IC 95%: 0.47-1.04). La Revisión concluye que el contacto temprano piel a piel parece presentar ciertos beneficios clínicos, especialmente con respecto a los resultados sobre la lactancia y el llanto y no presenta efectos negativos aparentes a corto o largo plazo.

⁴⁷ Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida)
En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd.

INTERNACIÓN CONJUNTA MADRE-HIJO

La internación conjunta de madres con sus hijos recién nacidos sanos en salas grupales es la primera acción necesaria para la implementación del Programa de Maternidades Centradas en la Familia. 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.

No mucho tiempo atrás los RN sanos eran internados en sectores denominados "nurseries" y llevados periódicamente a la habitación de los padres. Esta conducta verdaderamente irracional y contraria a los intereses de la familia convertía a estos sectores en "áreas de secuestro" incomprensibles hoy en día.

La internación conjunta sin interferencias institucionales, sin separaciones injustificadas y con libre acceso para los grupos familiares, justifica la institucionalización del parto como progreso sanitario.

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. 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.

Esta propuesta de alojamiento conjunto, posibilita las acciones de Educación para la Salud y la implementación de intervenciones como las 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.

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 para la familia.

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. La condición de internación grupal no debe transgredir el derecho a la privacidad de las personas.

De acuerdo a las condiciones de la planta física (número de personas por habitación) es que debe organizarse el ingreso y permanencia de los grupos familiares. En todos los casos el ingreso deberá ser facilitado y siempre incluir el horario en que se encuentran presentes los médicos y demás agentes de salud para recibir la información que corresponda, así como incluir posibilidad de visitas nocturnas, que permitan la asistencia de la familia fuera de los horarios laborales.

Para las madres con cesárea, 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. Las acciones a llevar a cabo en internación conjunta se encuentran descriptas en la Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia del Ministerio de Salud de la Nación.³

Promoción de la Lactancia Materna: Esta Iniciativa surgió en Florencia, Italia, en 1990 de una decisión conjunta de OMS y UNICEF, con el nombre inicial de "Hospital Amigo del Niño". Rescata el importante rol de las Maternidades en la promoción, protección y apoyo de la Lactancia Materna. Para obtener la distinción, consistente en una placa, se debe aprobar una evaluación externa que se realiza con instrumentos internacionales y que exige reevaluaciones periódicas.

En la Argentina, la Comisión Asesora de Lactancia Materna, creada en 1993 en el Ministerio de Salud, adhirió a esta Iniciativa adoptando el nombre de "Hospital Amigo de la Madre y el Niño". Desde entonces, se han acreditado y reacreditado más de 50 Hospitales, tanto públicos como privados, de nuestro país.⁴⁸

Los "Diez pasos para una lactancia exitosa", son un conjunto de recomendaciones basadas en una mezcla de experiencia y evidencia científica. Se desarrollaron de modo de ser tan generales como fuera posible, permitiendo que los servicios los adapten a sus condiciones locales manteniendo su objetivo.

Para poder llevar a la práctica esta Iniciativa se deben poner en práctica varias estrategias:

- Humanizar la atención, pues reduce o elimina las prácticas que interfieren el vínculo madre-hijo, ayuda a las madres, recién nacidos y sus familias a recuperar el protagonismo que nunca debieron perder, requiere brindar información a las madres desde el control prenatal hasta luego del alta de la maternidad y brinda esta información para que las madres familias puedan tomar una decisión informada.
- Control de calidad, pues evalúa procesos (política, capacitación), considera resultados al entrevistar embarazadas y puérperas y no evalúa sólo intenciones.
- Coordinación entre Servicios y especialidades. Requiere acciones integradas de todo el Equipo de Salud, así como conocimientos, actitudes y prácticas homogéneas en todo el personal que atiende a madres y niños y plantea la necesidad de unificar docencia y asistencia.

³ Op.cit - ⁴⁸ Ministerio de Salud. Propuesta Normativa Perinatal Tomo III. Promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna. Buenos Aires, el Ministerio, 1995. *Las Instituciones que desean acceder a esta distinción deben comunicarse con: Comisión Asesora de Lactancia Materna / Dirección Nacional de Salud Materno Infantil / Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación / Av. 9 de julio 1925, piso 11°, (C1073ABA), Bs As / TE (011) 4383-9040 / E-Mail info@ucmisalud.gov.ar*

1 Tener una política de amamantamiento escrita que se comunica rutinariamente a todo el equipo de salud:

Las políticas escritas proveen un encuadre de legalidad y apoyo administrativos. Son fundamentales en proyectos de largo plazo. Son esenciales para las discusiones presupuestarias y de redistribución de personal.

2 Entrenar a todo el personal en las habilidades necesarias para implementar estas prácticas:

Es necesario proveer y actualizar los conocimientos y las habilidades para promover, proteger y apoyar la lactancia, ya que en la formación del personal del equipo de salud no están contemplados en forma satisfactoria.

3 Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y la práctica del amamantamiento:

La decisión sobre la alimentación de su hijo debe ser idealmente realizada por la madre y basada en información veraz y actualizada. En general, estas decisiones se realizan antes del nacimiento, por lo tanto la información debería darse prenatalmente.

4 Ayudar a las madres a iniciar el amamantamiento dentro de la hora de haberse producido el parto:

Se han documentado varias ventajas para el binomio madre – hijo de comenzar el amamantamiento tan pronto sea posible:

- a) La estimulación del pezón por la succión incrementa los niveles de ocitocina materna, lo que produce contracciones uterinas y disminuye la pérdida de sangre post-parto. Por otro lado la ocitocina favorece las interacciones madre-hijo precoces (apego).
- b) Distintos estudios han demostrado correlación entre el amamantamiento precoz y la persistencia del mismo a los tres y seis meses.
- c) Para los recién nacidos el amamantamiento inmediato y la ingesta de calostro les brinda una inmunización pasiva importante a la hora de abandonar del medio intrauterino estéril. Es importante tener en cuenta que el recién nacido no debe ser puesto al pecho en forma forzada. Observaciones cuidadosas mostraron que si se coloca a los recién nacidos sobre el abdomen de la madre, se desplazan hacia arriba y espontáneamente se prenden al pecho. Esta acción se producirá hasta 45 min. a 2 horas post-parto, por lo que la paciencia es importante.

5 Instruir a las madres sobre cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si ellas se separan de sus hijos:

La madre debe recibir instrucción sobre cómo lograr la expresión manual o mecánica de la mama y cómo conservar en forma segura la leche obtenida.

6 No suministrar a los recién nacidos alimentos o líquidos distintos a la leche humana a menos que exista una indicación médica:

- Estas indicaciones son
- a) Recién nacidos que requieran cuidados médicos especiales: pretérminos de menos de 1500gr., patología cardio respiratoria severa, necesidad de cirugía, desnutridos fetales, etc.
 - b) Patología materna severa: psicosis, eclampsia, etc. o que pueda transmitirse a través de la leche materna: HIV/SIDA
 - c) Madres que requieren medicaciones potencialmente peligrosas: drogas citotóxicas, radioactivas, algunos antitiroideos, etc.
 - d) Sospecha de errores congénitos del metabolismo: galactosemia, fenilcetonuria, enfermedad del jarabe de arce.
 - e) Recién nacidos con pérdida de agua aguda que no pueda ser compensada aumentando la frecuencia de la lactancia (luminoterapia).

7 Favorecer el alojamiento conjunto de la madre con su recién nacido las 24 hs del día:

Esta situación posibilita a las madres, mediante el contacto íntimo, un mejor conocimiento de sus hijos y una pronta respuesta a su necesidad de amamantar. Esto condiciona el reflejo de eyección de leche y se estimula la lactogénesis de modo de lograr una adecuada producción y aporte.

8 Favorecer el amamantamiento a demanda:

Aunque la mayoría de los recién nacidos normales se amamantan cada 2 horas y media a 3, muchos no siguen este patrón. Especialmente en las primeras horas algunos duermen por períodos prolongados y luego empiezan a alimentarse con mayor frecuencia. No deben ser forzados a alimentarse con horarios rígidos.

9 No suministrar chupetes, tetinas u otros objetos artificiales para la succión a recién nacidos que se amamantan:

Si bien el uso del chupete es casi universal, existen evidencias que demuestran que interfieren con la lactancia y son una fuente eventual de contaminación.

10 Favorecer el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia y poner en contacto a la madre post-alta de la institución:

El compartir experiencias y plantear problemas dentro de estos grupos se ha demostrado eficaz en ayudar a los nuevos padres a vencer las dificultades por las que atraviesan.

Carta de un prematuro a sus padres

A mis padres

*Para todos soy un prematuro
porque nací antes de tiempo.
Prematuro, como si fuera algo malo...
Muchos me miran con aprehensión,
otros con pena y compasión
y algunos hasta con curiosidad.*

*Pero yo quisiera decirles
a ustedes, mis padres
que por favor me miren como a un hijo.
No teman hacerlo.
Nacer antes de tiempo no es culpa
de nadie, y para querer y ser querido
no se necesita ser grande.*

*Es cierto que me falta ser mas maduro,
y hasta entonces necesito de los demás,
especialmente de mis médicos
y enfermeras. Pero a ustedes,
mis padres, puedo verlos y sentirlos.
Necesito mucho de vuestro cariño,
como estoy seguro
ustedes también del mío.*

*¿Porqué no pensar que somos
afortunados por poder vernos antes?
Es bueno nacer ya grande
Pero si igual estamos juntos
No es malo pesar poco y ser prematuro*

*Ustedes son tal cual los imaginaba.
Yo diría que quizás aún mejor,
y cuando me miran y sonrían
me están diciendo...
que lo mismo piensan de mí.*

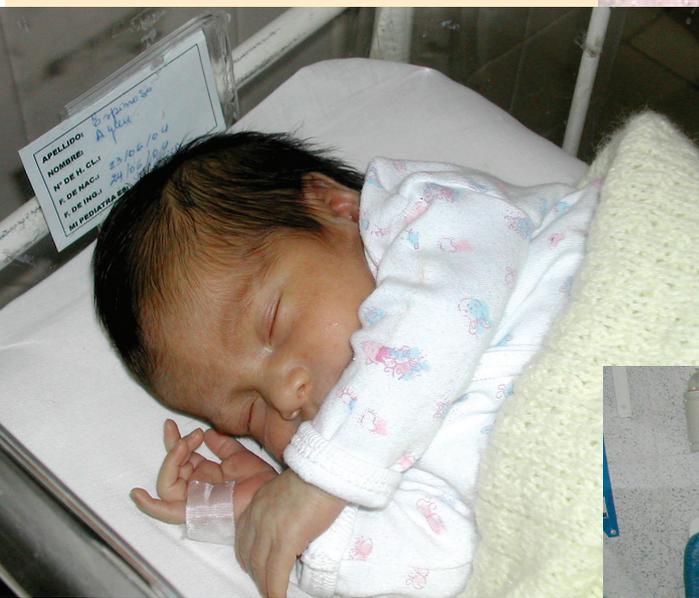
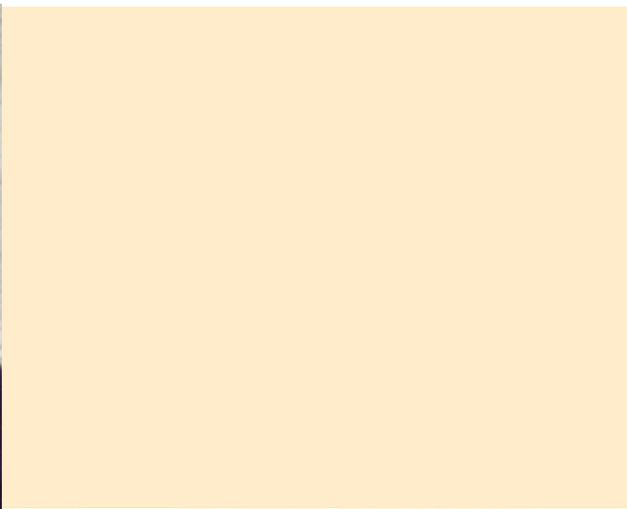
*A veces los veo apenados
por no poder abrazarme y alzarme,
sin embargo por mi pequeño tamaño
una caricia de ustedes me colma de amor.*

*Desde mi incubadora veo a todos inmensos,
imponentes en sus uniformes.
Pero cuando llegan ustedes
sólo veo vuestros ojos,
y cuando me miran
me siento igual que antes
cuando no había nacido.
Porque me siento protegido,
Y por sobre todas las cosas: querido.*

*No dejen de mirarme;
yo mas que los veo, los siento,
y así estamos como antes,
como siempre...juntos.
Queridos padres: soy vuestro hijo,
el mismo que ustedes concibieron;
quizás no el que ustedes imaginaron
cuando primero me vieron.*

*Pero yo les doy una nueva oportunidad
Todas las oportunidades
y tiempo que necesiten
para reponerse del susto,
para asumir los problemas que he provocado
y para reorganizar nuestra casa,
porque yo los quiero
y sé que USTEDES a MÍ.*

A. Miguel Larguía



INTERNACIÓN NEONATAL

INGRESO IRRESTRICTO DE MADRE Y PADRE A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA

El parto domiciliario implicaba un importante riesgo para la embarazada, luego puérpera y para el RN. Es por eso que se considera un importante progreso en salud pública la institucionalización del mismo y la asistencia en maternidades. Prueba de ello es la actual sobrevida de prematuros de cada vez menor edad gestacional. Sin embargo, se produjo la pérdida de una serie de derechos indiscutibles de las personas.

Para la asistencia de RN enfermos y prematuros se crearon Servicios de Neonatología con cuidados intensivos, intermedios, etc. En el programa arquitectónico de los mismos no se tuvo en cuenta a los padres y sus familias. Como consecuencia, se convirtieron en barreras a veces infranqueables para el ingreso de los que ahora definimos como verdaderos dueños de casa. Se ofreció como alternativa horarios acotados de visita y se impuso la clasificación de circulación restringida para estas áreas. Entendiendo que la participación activa de la familia es esencial en el cuidado de los hijos y, más especialmente aún, en poblaciones vulnerables con internaciones prolongadas, corresponde posibilitar el ingreso irrestricto de los padres. Los argumentos de que esta acción implica mayor riesgo de infección para los RN internados no solamente no es válida sino que por el contrario, esta complicación disminuye al ser la madre la protagonista principal de una atención ahora individualizada colaborando con los agentes de salud.

Mientras la madre permanece internada en el Servicio de Obstetricia, en la medida que le sea posible la deambulación por sus propios medios, el acceso al Servicio de Neonatología no ofrece mayores dificultades. No ocurre lo mismo producida su alta. En esta nueva situación la madre 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. El programa Maternidades Centradas en la Familia propone la disponibilidad dentro de la institución o próxima y en comunicación con ella de una Residencia Hogar para madres. De esta manera las madres de los RN internados pueden, en forma parcial o total, vivir en la maternidad y poder permanecer junto a sus hijos todo el tiempo que se lo propongan.

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. Las madres serán entrenadas en las técnicas de lavado de manos al ingreso al servicio y luego al acceder al sector que correspondiere. Se les informará de las condiciones de sus hijos, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza. Serán capacitadas para realizar procedimientos de baja complejidad, como por ejemplo la alimentación por gavage, por sonda naso u oro gástrica. Más importante aún, se las estimulará para acariciar a sus hijos sin perjuicio para ellos y para la intervención.

El Servicio debe organizar la recepción de las madres que ingresan por primera vez acompañándolas hasta el lugar de internación y brindar la información de 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. Es recomendable que por la mañana 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.

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 6.00 a 24.00 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.

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 señaló anteriormente no es tal. Este argumento en realidad encubre el temor a ser auditados y por ende cuestionados. Es fácil entender que resulta inaceptable.

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.

Los avances científicos y tecnológicos aplicados a la neonatología han permitido la recuperación de recién nacidos (RN) con peso de nacimiento (PN) menor a 1500 gramos (gr) que son los que se denominan de Muy Bajo Peso al Nacer (MBPN). Los mismos requieren asistencia médica de alta complejidad y períodos de internación prolongados, con la consiguiente separación de sus padres desde el momento inmediato al parto. Representan entre el 1.2 y 1.9% del total de RN vivos pero contribuyen, en nuestro país, a la tercera parte de la Mortalidad Infantil.

El ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) resulta necesario para las condiciones de sobrevivencia de estos RN, pero al mismo tiempo crea situaciones poco favorables para su desarrollo neurológico y afectivo. Como ejemplo se pueden citar los diversos estímulos a los que resultan expuestos: lumínicos, sonoros, técnicas diagnósticas y terapéuticas invasivas, etc. A ello se le suma la separación física de su madre y el limitado contacto afectivo que en estas condiciones pueden establecer los padres con sus hijos prematuros, los cuales resultan base primordial para los vínculos que van estableciendo el proceso de humanización de cada sujeto.

En 1978, E. Rey y luego H. Martínez, pediatras del Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia⁵⁰, proponen el método “Madre Canguro” como alternativa al cuidado convencional de los RN con PN < 2500 grs. en países con limitación en la asistencia de salud. El método consiste en contacto piel a piel entre la madre y el niño las 24 horas al día, colocando a éste en posición vertical entre los senos de la madre, por debajo de su ropa, pero sin control postural. El RN puede ser alimentado en cualquier momento y el padre u otro familiar pueden sostenerlo en dicha posición. Para dormir, el adulto debe hacerlo en posición semisentada. El alta hospitalaria precoz es independiente del peso o de la EG, y la técnica de Canguro se mantiene hasta las 37 semanas con controles diarios. Se continúa con un seguimiento estricto hasta los 18 meses de edad corregida (E.Co.)

Otras modalidades se desprenden del Método Canguro; estas diversidades incluyen variaciones en la alimentación (pecho o gavage), con el RN parcial o totalmente desnudo y en la duración del contacto piel a piel (de 1 a 24 hs.), con o sin alta precoz.

En el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, se ha iniciado un proyecto denominado “Salida Precoz y Transitoria de Incubadora para Contacto Piel a Piel Madre/Hijo Prematuro (COPAP)”.⁵¹

Presenta tres objetivos diferentes:

- a) Reducir el estrés en la madre y en el RN (ver Anexo 2).
- b) Estimular la auto-regulación del RN.
- c) Favorecer la organización emocional materna y familiar.

Permite la humanización de las UCIN favoreciendo el acercamiento madre-hijo, dándole a la madre la posibilidad de un rol más próximo y directo en el cuidado de su hijo, una vez que éste haya superado los problemas de adaptación a la vida extrauterina, siempre bajo supervisión y cuidados del equipo de salud.

En este Proyecto la alimentación del niño se rige por las normas generales del Servicio que propicia la alimentación enteral precoz y progresiva con leche de su propia madre, por sonda o gavage hasta que se inicia la succión, cuando comienza la puesta al pecho a libre demanda.

El alta de los niños no es precoz, sino que también sigue las normas generales del servicio que evalúa las condiciones adecuadas del recién nacido y la situación socioeconómica y emocional de sus padres.

El Contacto piel a piel (COPAP) sobre el tórax materno permite que el recién nacido prematuro experimente estímulos táctiles, auditivos y propioceptivos, el ritmo cardíaco, el sonido del flujo de los grandes vasos y las caricias maternas mientras es sostenido, estimula la autorregulación necesaria para la sobrevivencia de estos niños.

Intervención: Se colocará al RN en posición simétrica y en flexión sobre el tórax de su madre en contacto directo con su piel, sostenido con el antebrazo materno, durante una hora como mínimo, vestido sólo con pañal y gorro de algodón (ver CD). Previamente, durante y posteriormente se registrará T° axilar, FC, FR y Sat de O₂. Si durante el contacto piel a piel el RN presentara alteración de los parámetros fisiológicos (FC >180 x' y/o saturación < 85 %) se suspenderá la intervención hasta el día siguiente.

Preferentemente la duración de cada sesión deberá ser de una hora, para darle al recién nacido tiempo de estabilizar sus parámetros fisiológicos.

⁴⁹ Este capítulo ha sido desarrollado por la Dra. Mónica Brundi.

⁵⁰ ASAPER Primera Guía Argentina de Perinatología. Buenos Aires. 1994

⁵¹ Brundi M, González MA, Tiscornia M, Enríquez D, Larguía AM. Contacto piel a piel madre- hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación. Impreso inédito, 2005

La transferencia de incubadora a los brazos de la madre y viceversa se debe realizar en forma suave sosteniendo al niño en flexión. Si el recién nacido no requiere O₂ y no es la primera vez, la madre puede realizar esta transferencia sola.

Es importante brindarle confort a la madre. La intervención se realizará en sillones o reposeras con apoyo brazos, en un horario donde el sector haya cumplido con la mayoría de interconsultas y exámenes complementarios respetando así la privacidad de la madre.

El COPAP no debe imponerse como una norma estricta, con día y horarios fijos, debe contemplar las necesidades y el deseo de la madre para lograr que 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

Resultados Esperados: Contacto piel a piel es una intervención temprana, segura, simple, sin costos ni efectos adversos, que brinda beneficios a la madre, al recién nacido y a la atención en general.

El Contacto Piel a Piel facilita la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional del recién nacido. Fortalece el vínculo madre/padre/hijo brindando mayor confianza a los padres en el cuidado de sus hijos en el hogar.

La interacción temprana tiene beneficios para la madre. Los mecanismos neuroendocrinos determinan una interacción social positiva madre-hijo. Durante el contacto piel a piel la succión de la areola mamaria estimula la secreción de ocitocina y la producción de leche materna. La ocitocina produce cambios fisiológicos: retracción uterina, y psicológicos: disminución del stress e inicio de los sentimientos maternos. Las madres presentan menos depresión posparto, sonríen más a sus hijos, los abrazan, acarician y consuelan más. Esto permite establecer las bases afectivas del vínculo madre/hijo. Estimula la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna, aumenta la secreción de prolactina mejorando la producción de leche materna y ampliando el espectro de IgA secretoria en la misma.

A través del conocimiento y trabajo conjunto, médicos, enfermeras y padres logran una atención individualizada de cada recién nacido y la humanización de la atención en las unidades de terapia intensiva neonatal.

Se postulan dos mecanismos de acción para COPAP: El primero es facilitar la estabilidad fisiológica, el desarrollo madurativo y el crecimiento socio-emocional del recién nacido. El segundo se refiere al impacto que produce en la relación madre – hijo, aspecto olvidado por otras intervenciones.

Para la implementación del programa COPAP se debe tener en cuenta:

- **Normativas de la UCIN:** Ingreso irrestricto de los padres. La incorporación del concepto de "Maternidades Centradas en la Familia" con ingreso irrestricto de los padres a la UCIN y la Residencia Hospitalaria para madres, son normativas esenciales para la aplicación de COPAP. El ingreso de los padres limitado a horarios fijos, preestablecidos generalmente para la alimentación del recién nacido, es reconocido como un factor de interferencia para la aplicación del programa.

- **Decisión de los padres:** Informar a los padres sobre los beneficios del programa tan pronto como sea posible después que sus hijos hayan sido admitidos en la unidad de terapia intensiva. Brindarles a los padres información sobre COPAP les ayuda a entender que son capaces de contribuir en el cuidado individualizado de sus hijos, y les permite cumplir su rol de cuidadores primarios. Respetar la decisión de la madre sobre cuándo y cuánto tiempo desea realizar COPAP

- **Estado clínico del Recién Nacido:** Ingresarán los recién nacidos mayores de tres días de vida, con temperatura (T°), Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR) y Saturación de oxígeno (Sat O₂) estables, sin requerimientos de O₂ o con suplemento por bigotera. Aquellos que requieren ventilación mecánica convencional o en IMV (Ventilación Mandatoria Intermittente), deberán tener los siguientes parámetros: presión media en la vía aérea menor de 6 y Fracción inspirada de O₂ (FiO₂) menor a 30%. También podrán acceder a COPAP los RN con pieza nasal y presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), con una FiO₂ menor a 0.3.

Los criterios de ingreso serán evaluados durante el pase de sala, y en forma conjunta médicos y enfermeras decidirán si el recién nacido se encuentra en condiciones de realizar COPAP.

Cada turno de enfermería contará con una enfermera responsable del programa. Los horarios se determinarán según la actividad de cada unidad

Planificar junto con la madre cuando comenzar y el tiempo de duración del contacto piel a piel.

Las condiciones clínicas del recién nacido, el deseo y seguridad de los padres son las únicas limitantes en la duración del COPAP.

Se ha demostrado la seguridad y efectos beneficiosos del contacto piel a piel: mejor regulación térmica sin aumentar el consumo de oxígeno, mejoría en la oxigenación, menor número de crisis apnéicas, aumento de peso más rápido, alta hospitalaria más temprana, disminución de las infecciones del tracto respiratorio bajo a los 6 meses de edad, mayor madurez motora y mejor orientación y organización de estados neurológicos y de conciencia.

Se demostró que el contacto piel a piel estimula la secreción de prolactina mejorando la producción de leche materna y amplía el espectro de IgA secretoria en la misma, mejora la succión-deglución de los RN, y fortalece el vínculo madre/hijo brindando mayor confianza a los padres en el cuidado de sus hijos en el hogar.

La última Revisión Cochrane⁵⁵ sobre el tema, incluye 3 trabajos clínicos, con un total de 1.362 recién nacidos, todos realizados en países en vías de desarrollo. Se alerta que la calidad de los trabajos era de moderada a mala. Los resultados muestran que el método madre canguro se asoció a la reducción de los siguientes riesgos:

Riesgo	Riesgo relativo	Intervalo de confianza del 95%
<i>Infección nosocomial a la EG Co 41 s</i>	0.49	0.25-0.93
<i>Enfermedad severa</i>	0.30	0.14-0.67
<i>Enfermedad respiratoria inferior a los 6 meses</i>	0.37	0.15-0.87
<i>Lactancia materna (no exclusiva) al alta</i>	0.41	0.22-0.75
<i>Disconformidad de la madre con el método de atención</i>	0.41	0.22-0.75

Los recién nacidos registraron un mayor aumento de peso al momento del alta y las madres tuvieron una mejor sensación de su capacidad. No hubo diferencias en la mortalidad neonatal ni en el desarrollo psicomotor de los niños a los 12 meses de E.Co. La conclusión de los revisores es que, a pesar de que el método madre canguro parece reducir la morbilidad neonatal severa, sin ningún efecto perjudicial reportado, aún no se cuenta con suficiente evidencia para recomendar el uso de rutina de este método, por lo que se requieren estudios clínicos controlados, aleatorizados y diseñados correctamente que evalúen esta intervención.

Lecturas recomendadas

- Martínez JC. Atención individualizada de RN pretérmino. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1993; 12:46-9.
- Actualización en Perinatología (1) 1-1991.

⁵² Messme PR et al.: Effect of Kangaroo Care on Sleep time for neonates, Neonatal Intensive Care. May/jun 1998: 32-42

⁵³ Bueltler D et al: Effectiveness of individualized developmental care for low-risk preterm infants: Behavioral and electrophysiological evidence. Pediatrics 1995; 96:923-32

⁵⁴ Charpak N.: "Vida piel a piel". Saludarte N° 5- Año 3-Marzo-Mayo 2002: 30-33

⁵⁵ Conde -Agudelo A, Díaz Rosello JL, Belizán JM. Método madre canguro para reducir la morbimortalidad en neonatos con bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En :La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

INGRESO DE FAMILIARES

Para el ingreso de familiares a las Unidades de Cuidados Especiales en Neonatología se toman medidas de prevención de infecciones.

Es frecuente encontrar resistencia por parte de los agentes de salud para la visita de abuelos y hermanos. Sin embargo, no existen motivos para esta actitud que en realidad refleja una injustificada preocupación por encubrir problemas como los que inevitablemente existen en los servicios de neonatología.

Los familiares son informados de las características de la Terapia Intensiva e Intermedia Neonatal y de la necesidad de procedimientos invasivos necesarios para conseguir la sobrevivencia de prematuros y recién nacidos enfermos. Como grupo perciben rápidamente que no en todos, la evolución es la deseada y que existen complicaciones y agravamientos a veces previstos y otras no.

El uso de camisolines no es considerado necesario para el control de infecciones intrahospitalarias⁵⁶. El Comité de Infecciones de la Maternidad Sardá, expresa que la ropa de calle no representa fuente de infecciones por patógenos potenciales como los que en realidad preexisten en los servicios de Neonatología y muchas veces en los agentes de salud. La recomendación para vestirlo por los abuelos y hermanos se justifica como una medida interpretable como saludable para la organización de las visitas. Así entendido el camisolín limpio se convierte en un uniforme que jerarquiza la intervención.^{57 58}

Se recomienda:

La asignación de un espacio físico suficientemente amplio, cercano en ubicación al área de internación para poder realizar las reuniones previas con los visitantes.

Censo previo de los pacientes Recién Nacidos (RN) internados en las unidades que se registrará en planilla actualizada al día de la actividad.

El coordinador deberá contar con datos previos sobre: niños en estado crítico, malformaciones visibles, traslados de urgencia, RN en aislamiento, patologías infecto contagiosas, intervenciones judiciales, egresos e ingresos recientes antes de comenzar con las actividades grupales.

Materiales

Camisolines limpios (uno por persona), no requieren ser estériles.

Barbijos (en caso de indicación).

Acceso a piletas de lavado, jabón antiséptico o alcohol en gel provistos en cantidades mayores a la rutina para los días de visitas.

Incubadora y cuna, fuera de uso, en condiciones aceptables de utilización.

Visita de hermanos: Caja de materiales específicos: sondas oro/nasogástricas, halo, jeringas (sin agujas), cinta adhesiva, gasas, etc.

Caja de juegos: muñecos grandes y pequeños de plástico, lápices, crayones, sacapuntas, gomas, hojas de papel, pizarra de corcho o similar. Autos, animales, objetos apilables, objetos para juego de imitación (juego del doctor, juego de cocina, etc.). Libros.

Las actividades serán coordinadas por un agente de salud mental o en caso de que la institución no contare con ese recurso profesional, un agente sanitario previamente entrenado para tal fin. Se requerirá además la asistencia técnica de agentes de salud mental, enfermeras o voluntarias, en particular para el desplazamiento y acompañamiento de los familiares dentro de las unidades.

⁵⁶ Webster J, Pritchard M. A. "Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality. Cochrane Review. 2003. Issue 3, Oxford.

⁵⁷ Sarubbi, M. A. "Prevención de infecciones hospitalarias en las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN). Rev. Hosp. Mat. Infantil "R. Sardá". Año 2005. Vol 24 N° 4

⁵⁸ "Recomendaciones para el control de infecciones intrahospitalarias. Red Neonatológica de la Ciudad de Buenos Aires". Revista del Hosp. Mat. Inf "R. Sardá" Año 2005 Vol. 24 N° 4

VISITA PROGRAMADA DE HERMANOS

La inclusión programada y asistida de los hermanos en las áreas de internación de Neonatología, tiene como principal objetivo la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al recién nacido (RN) internado y su familia.

La experiencia recogida en las últimas décadas⁵⁹ ha demostrado que, a la inquietud por el estado de salud del hijo y el stress vivido por la pareja parental dentro de una unidad de terapia intensiva, se suma la angustia por la separación con el resto de los hijos.

La madre resulta la figura más exigida en este aspecto. Su presencia y participación es entendida como fundamental para la recuperación y evolución del RN, implicando ello largas permanencias en el servicio de internación que la obligan a tomar distancia del resto de los hijos y la organización familiar.

Los padres enfrentan múltiples demandas que a menudo los hacen sentir sobrepasados en sus posibilidades. Es a partir de las descripciones reiteradas de estas anécdotas y teniendo en cuenta las consultas hechas al equipo de salud por las conductas y síntomas que ellos detectan en los hermanos mientras dura el período de hospitalización, que se diseñó la Visita Programada para Hermanos de RN internados, como una estrategia de acompañamiento a las familias que atraviesan esta situación de crisis, dentro del marco conceptual del modelo Maternidades Centradas en la Familia.

Esta novedosa estrategia fue pionera en numerosos centros perinatológicos, tanto nacionales como internacionales. Fue presentada por primera vez fuera del país en la Clínica Port Royal, de la ciudad de París, por la Lic. Viviana Helman⁶⁰. La Médica y Psicoanalista Catherine Druon realizó la adaptación a su unidad de lo que dio en llamar "el modelo argentino", el cual está desarrollado en su libro "A la escucha del bebé prematuro"⁶¹.

- **Resultados esperados:** El ingreso programado de los hermanos al sector de internación donde se encuentra asistido el RN ha demostrado una estrategia de intervención eficaz sobre la pareja de padres. La situación inicial de urgencia y confusión, con fuertes sentimientos de angustia que implican a todo el grupo familiar, permite ser procesada por dos vías privilegiadas como lo son: el juego y la palabra. La recepción de los niños y adolescentes en condiciones pautadas, con un modo de ingreso organizado y progresivo, permite un encuadre de seguridad y empatía para todos los que participan⁶²

Las experiencias recogidas indican que los niños eligen volver a las visitas durante el tiempo que dure la hospitalización, dando muestras de participar en el

cuidado de su pequeño hermano y al mismo tiempo de sentirse alojados en la institución, que de algún modo se instala "como familiar" para ellos también. Un lugar donde son conocidos, reconocidos y esperados. Los niños que asisten con mayor regularidad, generalmente asumen un rol muy activo frente a los que llegan por primera vez, rol que es estimulado por los coordinadores. La recepción de información, tan novedosa como inusual, sobre tecnología, el peso de los bebés, sondas, etc. de parte de sus propios pares, invita a la identificación y a la participación en el proceso de cura del RN.

Se ha observado que luego de las primeras visitas, los hermanos son capaces de ubicar espacial e imaginariamente al nuevo integrante y a su madre, resignificando de ese modo la ausencia registrada. Esta variación produce efectos en los padres y particularmente en la figura de la madre, con más horas de permanencia en la unidad, quienes manifiestan sentimientos de culpa y crisis de ansiedad por la separación del resto de los hijos.

La presencia y acompañamiento de todo el grupo familiar primario contribuye a la elaboración de una herida narcisista en el ideal parental, que a menudo siente que no ha podido hacer lo suficiente por evitar el dolor y el sufrimiento del hijo RN. Los padres están allí "para cuidar" a un hermano que lo necesita y los hermanos ven y comprenden que esto sucede. De este modo, dan testimonio acerca de cómo las funciones de cuidado y protección se extienden de las generaciones precedentes a las nuevas, tal como corresponde a la condición humana, cuyo "cachorro" es el más inmaduro de todas las especies, independientemente de sus semanas de gestación.

En la actualidad la estrategia de intervención continúa sobre los mismos conceptos que le dieron origen, y enfrenta los nuevos desafíos que la Perinatología plantea: número cada vez mayor de pacientes asistidos, tiempos de permanencia más extensos asociados a frecuencia de niños muy prematuros con posibilidades de recuperación y nuevas formas de organización familiar, entre otros.

El objetivo es organizar e implementar el ingreso sistematizado de Hermanos de los RN internados a los sectores de Cuidados Especiales en Neonatología. La institución deberá fijar frecuencia, horarios y lugar de realización de las actividades grupales previas al ingreso de los familiares a las Unidades de Cuidados especiales. La frecuencia mínima aconsejada es de una vez por semana y los horarios deben determinarse de acuerdo con la mayor disposición de recursos requeridos para las actividades y las posibilidades de las familias.

⁵⁹ Fava Vizziello, G et al. "Los Hijos de la Máquinas". Cap 3.3.2 .Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1992.

⁶⁰ Helman V, Villavella N. Niños Prematuros. Psicoanálisis y Neonatología Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.

⁶¹ Druon, C. A l'ecoute du bébé prématuré .París, Ed. Aubier, 1996.

⁶² Ministerio de Salud. Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad

El equipo de salud (enfermeros, médicos, especialistas, técnicos, etc.) deberá estar al tanto de los horarios y días de las actividades a fin de no superponer prácticas invasivas, interconsultas programadas, traslados o limpieza del sector durante las mismas, siempre que las condiciones de salud del RN no lo exijan.

Los días y horarios de encuentro deben ser promocionados por el equipo de salud en los primeros contactos con los padres y deben figurar además en carteles fuera del sector de cuidados especiales.

• Organización de los grupos

Se intentará agrupar por edades próximas:

- Niños en edad preescolar.
- Niños en edad escolar.
- Adolescentes.
- Jóvenes.

Compartirán la presentación y las explicaciones sobre características y función del sector. Pueden dividirse en sub-grupos con diferentes asistentes a cargo, quienes seleccionarán las técnicas y estrategias más adecuadas. Los padres no participan del encuentro grupal, salvo en el caso de los niños más pequeños o aquellos que manifiesten temor a separarse.

Cuando los familiares soliciten información sobre evolución y pronóstico del RN, los médicos tratantes deben 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, aún cuando los mismos sean menores de edad.

Dinámica de la visita⁶³ de los hermanos	
<p>1ª etapa</p> <p>Reunión grupal previa a la visita</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recepción de los hermanos, presentación de cada uno y ubicación del lazo familiar con el paciente RN internado. - Reagrupamiento por edades. - Promoción del intercambio de conocimientos y de experiencias entre los hermanos presentes acerca de la situación de internación de un RN. (Dinámica grupal que requiere capacitación específica del área de Salud Mental). - Recepción de los hermanos, presentación de cada uno y ubicación del lazo familiar con el paciente RN internado. - Reagrupamiento por edades. - Promoción del intercambio de conocimientos y de experiencias entre los hermanos presentes acerca de la situación de internación de un RN. (Dinámica grupal que requiere capacitación específica del área de Salud Mental). - Presentación de las características del Sector de Cuidados Especiales (requiere indagar cuál es la información con la que los hermanos cuentan sobre el motivo de internación del RN). - Presentación de las características básicas de los pacientes RN que exigen internación en dicho sector a través de dramatización con muñecos y juegos con los materiales de la caja. - Referencias básicas a la utilización de tecnología en el cuidado del RN a través de técnicas lúdicas: muñecos con halo en la incubadora, con bigotera. Abrir y cerrar las puertas de la incubadora, tocar las sondas, etc. - Comunicación de las reglas de asepsia que permiten el ingreso a la unidad: doble lavado de manos y uso de camisolines limpios. Para ello se presentan durante la explicación y se los introduce en la actividad: tocar y oler el jabón antiséptico, favorecer sus asociaciones (¿A qué se parece? ¿Para qué puede servir?) El jabón antiséptico más utilizado es la solución jabonosa de yodo povidona, cuyo color es asociado con gran frecuencia al de la sangre. Cuando se utiliza este material es fundamental que los niños entren en contacto con el mismo antes del primer lavado y aclarar estos detalles. - Conocimiento de la existencia de hermanos del grupo que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y /o contacto con terceros con enfermedades infecto contagiosas. La información debe ser provista y corroborada con los padres. En caso de que se detecte algún miembro del grupo con estas particularidades, se informará al médico de guardia quien autorizará o indicará la necesidad de suspender la visita a la unidad de internación. - En caso 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 que al término de la reunión puede programarse una entrevista o derivación al servicio pertinente. No debe facilitarse el despliegue de demandas personales durante la reunión grupal.

⁶³ González, M A et al. Intervenciones psicoterapéuticas en Neonatología. IV Congreso Internacional de Psicoterapia. Buenos Aires, Septiembre 2005. Disponible en página web: www.dePSICOTERAPIAS.com Interdisciplina

<p>2ª etapa</p> <p>Ingreso a las unidades de internación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Durante la reunión grupal, los asistentes del coordinador deberán comprobar que las unidades de internación se encuentren en condiciones aptas para el ingreso consultando con los médicos y enfermeras del sector, si se hubieran presentado complicaciones asistenciales, se postergará el acceso hasta que el equipo de salud lo indique. - El ingreso 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 el primer y segundo lavado 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). - 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 de las áreas. - 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 con los niños allí asistidos, 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. - Sobre el horario límite de la visita, él o los coordinadores y sus asistentes invitarán a los familiares a despedirse del niño y retirarse del sector.
<p>3ª etapa</p> <p>Post visita</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - De acuerdo a la edad de los hermanos, el procesamiento de los estímulos y la información recibida se plantea a través de juegos y técnicas gráficas. Se les pide que hagan 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 reemplaza el dibujo por la invitación a escribir una carta o a conversar sobre las preguntas que les hubieran surgido luego del encuentro con el RN. - 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. - 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 la invitación para más tarde o para otro día. Es importante explicarle a los padres la necesidad de respetar los tiempos de los niños para que el encuentro no resulte forzado o angustiante.

VISITA PROGRAMADA DE ABUELOS

La inclusión programada y asistida de abuelos y familiares a las Unidades de internación de Neonatología, tiene como objetivo primero la humanización de las prácticas asistenciales dirigidas al recién nacido (RN) internado y a su familia.

Los RN prematuros o enfermos requieren de internaciones prolongadas desde el comienzo de la vida. Esta situación genera reacciones de temor y angustia por la sobrevivencia del niño que tienen implicancias para toda la familia.

La figura de los abuelos ha sido elegida como la más representativa dentro de la constelación familiar, dada la importancia reconocida que presentan en nuestra cultura. La presencia de las generaciones anteriores es directriz en la transmisión de valores y conductas en el cuidado de los hijos, así como referencia de identificaciones para el desarrollo de las funciones materna y paterna.

Es necesario el lazo entre al menos tres generaciones para que tenga lugar el proceso de identidad que ubica la constitución del sujeto, concepto utilizado para definir en modo más amplio y enriquecedor al organismo viviente, que incluye la vía del deseo y al mismo tiempo su capacidad de lenguaje y de simbolización.

Diferentes observaciones^{59 60 61} han demostrado la importancia que tiene para los padres de niños internados desde el nacimiento, el contacto con los abuelos, de modo que la palabra y la presencia de los mismos confirme ante ellos y el resto de su comunidad sus funciones de padres, aun en los casos en que la experiencia difiera de las expectativas iniciales.

Los abuelos, por su parte, son quienes transmiten al resto de los familiares las variaciones en la evolución de cada niño y al compartir el escenario donde deben permanecer por períodos prolongados, tanto el RN como sus padres y conocer muchas de sus dificultades, colaboran en la organización de la dinámica familiar, que debe garantizarse a pesar de la ausencia de los recientes padres.

• **Resultados esperados:** La presencia de los abuelos y/o familiares durante el tiempo de internación de los RN en neonatología, favorece la interacción entre los padres y el resto de la familia, a la que el niño pasará a integrarse una vez obtenida el alta médica.

La participación de los abuelos o familiares ofrece a los padres que atraviesan situaciones de crisis por las complicaciones de vida de sus hijos, un modelo de soporte afectivo, según el cual el niño pasa a ser cuidado y esperado en familia. Facilita así un espacio mental y muchas veces físico al hijo, desplazando las preocupaciones por ese "desconocido" que aparece más ligado a la unidad de internación que a sus propios padres.

Su presencia es traducida como una habilitación para la maternidad y la paternidad y contribuye a moderar las exigencias y ansiedades sobre los padres.

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.

Las familias, sin embargo, no presentan una estructura uniforme. Es posible encontrar padres que no cuenten con la presencia física y el apoyo de sus progenitores. Ejemplo de ello son los abuelos que han fallecido o se encuentran gravemente enfermos, los que residen en el extranjero, etc. De igual modo es frecuente que sean familias ensambladas: nuevas parejas, padres de crianza y padres biológicos. En tales casos, cada institución deberá hacer uso de la norma propuesta de acuerdo con las particularidades que presente cada familia. Los coordinadores de las actividades de ingreso de familiares, tendrán a su cargo entrevistas con los padres a fin de establecer cuales son los familiares representativos que cumplan las funciones de sostén afectivo y familiar para ellos.

El Objetivo específico final es poder organizar e implementar el ingreso sistematizado de Abuelos y/o familiares a los sectores de Cuidados Especiales en Neonatología. La institución deberá fijar frecuencia, horarios y lugar de realización de las actividades grupales, previas al ingreso de los familiares a las Unidades de Cuidados especiales. La frecuencia mínima aconsejada es una vez por semana. Los horarios serán a determinar de acuerdo con la mayor disposición de recursos requeridos para las actividades, pero también teniendo en cuenta las necesidades de las familias.

El equipo de salud (enfermeros, médicos, especialistas, técnicos, etc.) deberá estar al tanto de los horarios y días de las actividades a fin de no superponer prácticas invasivas, interconsultas programadas, traslados o limpieza del sector durante las mismas, siempre que las condiciones de salud del RN no lo exijan.

Los días y horarios de encuentro deben ser promocionados por el equipo de salud en los primeros contactos con los padres y deben figurar además en carteles fuera del sector de cuidados especiales.

El agrupamiento de los abuelos deberá seguirse de acuerdo a las características del sector de internación donde se encuentre el RN.

Ejemplo:

- Reunión destinada a Abuelos de pacientes de Baja complejidad o en condiciones de pre alta.
- Recepción, desarrollo de los objetivos grupales, ingreso a las unidades.

A continuación, mientras el primer grupo permanece en los sectores:

- Reunión destinada a Abuelos de pacientes de Alta Complejidad.
- Recepción, desarrollo de los objetivos grupales, ingreso a las unidades.

⁵⁹ Op. cit. / ⁶⁰ Op. cit. / ⁸ ⁶¹ Op. cit. / ⁵⁷ Op. cit.

Dinámica de la visita de los abuelos	
<p>1ª etapa</p> <p>Objetivos de la reunión grupal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recibir a los familiares y ubicarlos según el lazo familiar con el RN internado. - Explicar las características del Sector de Cuidados Especiales. - Comunicar normas vigentes como ingreso irrestricto para los padres del RN y la existencia y modos de utilización de la Residencia Hogar para Madres. - Presentar las características básicas de los RN que exigen internación en dicho sector. - En los casos de internación de alta complejidad, introducir referencia básica a la utilización de Tecnología en el cuidado del RN - Indagar cuál es la información que los padres les han provisto 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). - 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 que al término de la reunión puede programarse una entrevista o derivación al servicio pertinente. No debe facilitarse el despliegue de demandas personales durante la reunión grupal. - Comunicar las reglas que permiten el ingreso a la unidad: doble lavado de manos y uso de camisolines limpios. - Controlar si existen personas del grupo que padezcan o hayan padecido recientemente afecciones respiratorias y /o contacto con terceros con enfermedades infecto contagiosas. En caso de que se detecten alguno de estos casos se informará al médico de guardia quien autorizará o indicará la necesidad de suspender la visita a la unidad de internación.⁵⁷ - Durante la reunión grupal, los asistentes del coordinador deberán comprobar que las unidades de internación se encuentren en condiciones para el ingreso de los familiares consultando con los médicos y enfermeras del sector.
<p>2ª etapa</p> <p>Dinámica del ingreso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 el primer y segundo lavado 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. - Es condición que esté presente alguno de los padres durante la visita. 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). - Cada institución fijará el tiempo de duración de las visitas. 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 familiares con los niños allí asistidos, 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 plazas o hacer preguntas sobre el estado del resto de los pacientes. Alentarán la comunicación con el RN dentro de los parámetros concebidos como no estresantes para 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. Deberá estar atento a cualquier indicación de médicos o enfermeras que se produzca durante ese lapso. - Sobre el horario límite de la visita, él o los coordinadores y sus asistentes invitarán a los familiares a despedirse del niño y retirarse del sector.
<p>3ª etapa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 en qué condiciones llegaron y cómo se retiran, si se acompaña la evolución de parte 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 afectados al Programa de Ingreso de Familiares no pueden brindar 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.

CONTENCIÓN DE PADRES EN CRISIS

"Crisis: *En el ideograma chino doble acepción: Peligro - Oportunidad de cambio...*"

"...Período de tensión en el cual la persona afronta el problema y desarrolla recursos nuevos en base sus reservas internas y con el sostén de otras personas. "

Klaus M y Kennell JJ.

La búsqueda de un hijo es la más activa de la especie humana en pos de su fin teleológico: la trascendencia. Probablemente el hecho de que una pareja decida unirse y tener descendencia refleje el modo inconsciente y decidido de enfrentar la condición de finitud del hombre.

La llegada de un hijo implica una valoración social muy importante, más acentuada aún en determinadas culturas como la latina, donde la espera del hijo y su integración a familias numerosas es un bien sumamentepreciado. El niño es recibido como portador de los emblemas familiares, del apellido y del porvenir del grupo.

Tales razones explican por qué resulta tan perturbador el nacimiento de un niño con dificultades, se trate de RN prematuros extremos o gravemente enfermos. El ideal familiar y social se ve sacudido y las expectativas de celebración se transforman en la incertidumbre por las posibilidades de sobrevivida.

Los padres enfrentarán así una importante crisis personal. Intentarán hallar en principio el origen de la situación de urgencia que obliga a separarlos del RN, camino que a menudo se instala en la asignación de culpas para alguno de los progenitores, con mayor frecuencia para la madre.

Tendrá lugar una espera inquietante y "pasiva", donde la asistencia requerida proviene de la medicina y la tecnología, las que intentarán reparar alguna de las condiciones que ellos no pudieron garantizar para el cuidado y la salud de su hijo.

Esas funciones, que son delegadas a terceros, suelen dejar un impacto en la capacidad de relación con sus hijos internados, hasta tanto pueda comprenderse que esa "cesión de competencias" es solo transitoria⁵⁹ médicos, máquinas y enfermeras no pueden suplir jamás la intensidad de los afectos dirigidos al pequeño hijo. El deseo por la vida que anima a cada humano recién nacido debe sostenerse desde otro que no es cualquiera, otro que tiene un valor fundamental en su vida, para quién él representa un objeto de amor y de trascendencia, es decir: una madre y un padre, o quienes cumplan esa función⁶⁴.

La atención del equipo se dirige al paciente RN y también a los padres, intermediarios de su comunicación y de sus necesidades. El acto médico les debe ser informado previamente, reconociendo así la particularidad de una práctica que se dirige a un paciente que carece de autonomía²⁰. La información sobre diagnóstico y pronóstico deberá ser un proceso **continuo** y **progresivo**, que incluya las preguntas de los padres, desde el comienzo de la internación hasta el momento del alta.

En el caso de RN hospitalizados, los padres atraviesan estados emocionales que pueden ir desde la confusión hasta la evitación. El primer contacto con el niño puede llenarlos de temor y de angustia⁶⁵. El cuerpo del niño conectado a monitores, el contacto físico siempre intermediado por médicos y enfermeras, incubadoras, sondas... las madres ven allí un hijo que no les devuelve nada de su propia imagen.

¿Cómo se hace para investir a un niño con estas características?: el trabajo con los padres es un trabajo de duelo, de pérdida del ideal que en estas situaciones aparece más acentuado que en un nacimiento normal. Sus funciones parentales se encuentran muy fragilizadas en tanto ellos asumen que no han sido capaces de crear un hijo sano y bello. En la medida que logren simbolizar esta "falta" será posible proyectar en el hijo un futuro.

El nacimiento de un niño no es un hecho meramente biológico, por tal razón en los casos de RN que requieren internaciones desde el comienzo de la vida, el equipo de salud tiene como función atenuar las interferencias que las hospitalizaciones tempranas puedan generar para el paciente RN y para sus padres. Para ello deberá establecer las estrategias más eficaces que permitan acompañar y contener a los padres de los RN internados en los sectores de Cuidados Especiales en Neonatología.

• Estrategias

- 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 simple pero valiosa acción es particularmente importante cuando se trata de un niño internado en los sectores de alta complejidad con asistencia tecnológica, dado el impacto visual y el estado de confusión que genera en los familiares.

²⁰ Op. cit. Punto 5

⁵⁹ Op. cit.

⁶⁴ Freud S. Obras Completas "Introducción al Narcisismo ". Tomo XIV. Buenos Aires, Amorrortu, 1984.

⁶⁵ Martínez JC . Los primeros días en la Unidad de Terapia Intensiva. El Bebé Prematuro y sus padres: medicina y amor. Buenos Aires, Lidium, 1993.

- Durante el primer encuentro es aconsejable brindar explicaciones simples y dar a conocer los derechos de los padres: ingreso irrestricto, disponibilidad de una residencia para madres hospitalaria al momento del alta obstétrica, visitas programadas para familias: días y horarios.
- Explicar a los padres las acciones que ellos sí pueden realizar: como tocarlos, acariciarlos, hablarles, alzarlos, colaborar en algunos cuidados, etc.

Dadas las características de los sectores, la recepción inicial puede acontecer en cualquier horario y debe 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 sector específico la información médica que los padres requieran. Es importante, 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 será el encargado contactarse con ella en su área de internación para proveerle la información necesaria sobre el estado de salud y evolución del hijo. Esta estrategia debe sostenerse independientemente de haber hablado previamente con el padre o con otros familiares. Muchos de los partos que concluyen con el RN internado en terapia intensiva, acontecen rodeados de urgencia y la separación madre-hijo resulta abrupta. Las mujeres que no pueden reencontrarse con su hijo en poco tiempo alimentan fantasías angustiantes sobre las condiciones de vida y estado del niño⁶⁶.

A medida que la ciencia y la tecnología avanzan, las internaciones de RN con dificultades presentan resultados cada vez más exitosos y a la vez tiempos más prolongados. Los médicos y enfermeras en contacto con las familias de los pacientes son privilegiados agentes para detectar dificultades en el proceso de vinculación con el niño, como ser: negativismo acentuado, dificultad para permanecer en la unidad o ausencias prolongadas, tanto como crisis de ansiedad, cuadros depresivos o de angustia de parte de los progenitores.

Como ya hemos descrito anteriormente, la internación de un hijo desde el comienzo de la vida es una situación muy alejada del ideal parental, puesto que el hijo que nace es alguien muy diferente del hijo deseado y fantaseado. Tendrá lugar allí el “trabajo de duelo”⁶⁷, entendido como la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o una abstracción que la reemplace, que introducirá el ajuste entre la fantasmática parental y la realidad. Es esperable entonces encontrar padres tristes o muy preocupados, tales variables serán indicadores del registro que ellos tengan sobre las condi-

ciones clínicas de sus pequeños hijos. Sin embargo, puede haber familias que no logren superar el “duelo inicial” y sus acciones o palabras den la pauta de no reconocer el proceso de recuperación, acentuando sólo los aspectos negativos y renuentes a establecer contacto afectivo con el RN, por temor al dolor a perderlo si es que no consigue sobrevivir. Tales situaciones se describen como “duelo anticipado”⁶⁸ y son muy importantes de detectar y trabajar con los profesionales del equipo de salud.

Es posible encontrar durante el transcurso de internaciones prolongadas reacciones de enojo por parte de los padres hacia los cuidadores. Estas conductas que producen malestar en el equipo deben ser contextualizadas dentro de la situación de angustia descrita anteriormente. Es preciso ubicar y reconocer la impotencia de los familiares ante el estado crítico del niño y la frustración ante la gravedad y el desconocimiento que genera en ellos. Cuando el equipo de salud reconoce esta respuesta como reactiva de un dolor más profundo y establece mecanismos que facilitan el encuentro con los padres y la comunicación, (que a menudo implica repetir explicaciones e informes dados previamente pero no procesados de acuerdo a los tiempos de la familia), los episodios de enojo y agresividad se atenúan o desaparecen.

El nacimiento prematuro y la internación de un hijo en neonatología es una situación de crisis a la que pueden sumarse otros factores agravantes, tales como:

- antecedentes de hijos anteriores muertos.
- embarazos gemelares donde fallece uno de los hermanos.
- recién Nacidos con malformaciones visibles o no.
- recién Nacidos con síndromes genéticos.
- recién Nacido crítico que fallece en la unidad.
- pérdidas recientes dentro de la familia.

Forma parte del trabajo de todo el equipo ayudar a que estos padres puedan reconocer sus temores, respetar sus tiempos para relacionarse con el hijo, aceptar preguntas, así como poder detectar la necesidad de ayuda en casos particulares. En definitiva hacerles lugar para que puedan adoptar a ese hijo. Para ello, todo el servicio deberá renunciar a cierta omnipotencia⁶⁹, en la convicción frecuente de ser el único “medio” capaz de cuidar y proveer todo lo necesario a ese RN. Es preciso hacer un lugar a la palabra de los padres y a su presencia, alentar que se transformen de pasivos tolerados a participantes activos y rescatar la mirada y el saber que vayan construyendo sobre su hijo.

⁶⁶ Ruiz, A. El bebé prematuro y sus padres. Buenos Aires, Miño y Dávila, 2004.

⁶⁷ Freud, S. Obras Completas. “Duelo y Melancolía”. Tomo XIV Buenos Aires, Amorrortu, 1984

⁶⁸ Klaus M y Kennell J. La Relación Madre hijo. Buenos Aires, Panamericana, 1988, Lidium, 1993.

⁶⁹ Mathelin C. Clínica Psiconalítica con Niños. Buenos Aires, Nueva Visión, 2001.

COMUNICACIÓN Y MANEJO DE LOS PADRES DE RN EN RIESGO DE MORIR.

"Una vez que se logra acompañar a los niños en la muerte, también será posible acompañarlos respetuosamente en el camino hacia la curación..."

Catherine Mathelin

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 describirán a continuación 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.

El enfermar gravemente o morir ocurre inexorablemente en los servicios de Neonatología ya que estas posibilidades son inherentes a la condición humana. La muerte representa la característica de finitud del hombre, pertenece a la categoría de lo innombrable, lo fundamentalmente irrepresentable⁷⁰. Cada cultura tiene un modo particular de procesar esta situación, las cuales además han ido variando a través de la historia.

En la sociedad occidental los rituales funerarios fueron disminuyendo progresivamente (ceremonias, luto, procesiones) para dar lugar a lo que se conoce como "profesionalización" de la muerte, sobre todo en medios urbanos, donde el tratamiento de la misma se ha transformado en tema de especialistas⁷¹. La muerte de un niño resulta particularmente impactante, en tanto es "una muerte a destiempo". El niño es el paradigma de lo vital e imagen antitética del fin de la vida.

El ensamble entre ciencia y tecnología ha permitido a la Neonatología correr de modo asombroso la barrera de lo posible asistiendo a recién nacidos muy pequeños o gravemente enfermos. Las unidades de terapia intensiva responden a desafíos cada vez mayores. En el trabajo dentro de una unidad de terapia intensiva todos los esfuerzos se dirigen a impedir que la muerte se produzca. Este arduo intento puede 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 asociado al uso de compleja tecnología cuando las posibilidades de sobrevivida son racionalmente nulas.

Aún aceptando de 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) es recomendable proponerles recibir en brazos a su hijo, retirándolo de la incubadora si allí estuviere. Pueden apagarse las alarmas pero mantener los accesos endovasculares y la asistencia respiratoria mecánica aunque sea con parámetros mínimos con el único objetivo de que los padres no perciban un cese completo en la asistencia.

Este procedimiento, que impresiona como contrario al juramento hipocrático o a los intereses del paciente, no 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. Por supuesto no evita las consecuencias inmediatas de la pérdida del hijo pero mejora notablemente el manejo posterior del duelo.

La muerte de un hijo es un acontecimiento profundamente doloroso, que afecta a toda la estructura familiar por lo que hay depositado en él y resulta el duelo de más compleja elaboración.

La muerte de un Recién Nacido afecta también al equipo de salud, para quienes resulta muy difícil ser testigos de una muerte contra la que se intentó luchar por distintos medios. Implica enfrentar problemas intelectuales, técnicos y emocionales. Se piensa en lo que se hizo y en cómo se hubiera podido evitar.

Los médicos en particular, en tanto depositarios de la esperanza de los pacientes y ubicados en cierto lugar de omnipotencia, pueden experimentar una fuerte sensación de fracaso, ligada a la vivencia de culpa que aparece ante toda muerte.

Sin embargo, la muerte de un niño no marca el fin de las responsabilidades médicas del servicio y de los agentes de salud. Existen toda una serie de acciones de gran implicancia y responsabilidad no deslindables. Se trata de 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 el entierro del hijo en la forma que lo deseen.

⁷⁰ Freud, S. Obras Completas "Consideraciones actuales sobre la guerra y sobre la muerte"

⁷¹ CLAP, Defey, D., Díaz Rossello J. L. et al. "Duelo por un niño que muere antes de nacer" Edit. Roca Viva. Montevideo. 1992

Es importante referirse al niño por su nombre y aceptar que sus familiares hablen sobre él cuando haya fallecido. Es una actitud de respeto y acompañamiento que favorece el inicio del trabajo del duelo en los padres, fundado en la relación institucional.

Los servicios de neonatología deben tener responsables para el seguimiento posterior de los padres, solicitar siempre los estudios anatomopatológicos que faciliten la información ulterior y compartir sus resultados con la familia como asimismo efectuar las recomendaciones que correspondieren.

Será importante ligar la familia a los servicios de Salud Mental, Servicio Social, Genética, Planificación Familiar, etc. por las posteriores consultas que pudieran realizar. Es usual que muchos padres regresen, superada la conmoción inicial, a buscar a determinado médico o enfermera, para saludarlos o para realizarle preguntas sobre el fallecimiento o patología del niño.

La capacidad del equipo para escuchar y aceptar estas consultas tiene efectos ordenadores tanto para los que trabajan en la unidad como para los familiares del niño que fue asistido. El hecho de permanecer hasta el último momento al lado del bebé que agoniza acompañándolo y hablándole a sus padres, representa un esfuerzo profesional y humano que exige el mayor reconocimiento.

Principios generales de la comunicación en situaciones críticas

- Es importante 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.
- 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.

La problemática del duelo: Los agentes de salud deben conocer las reacciones más frecuentes en los padres frente a situaciones de crisis o frente a la muerte de sus hijos:

- Negación “sentimiento de que no puede ser cierto”.
- Culpa relacionada con una posible responsabilidad.
- Ira, que con frecuencia se dirige contra el personal sanitario.

- Intento de “negociar” cambios en el diagnóstico y/o en el pronóstico.
- Depresión y pérdida de la autoestima.
- Sentimiento de ser diferente conducente a aislamiento.
- Desorientación y dificultades para la comprensión de la realidad.
- Exposición a mecanismos de consuelo inadecuados casi siempre provenientes de amigos o familiares bienintencionados, pero equivocados en el manejo del duelo o de la crisis⁷².

Conclusiones: No hay abordaje ni cura exitosa que se dirija solamente al cuerpo del niño internado en terapia intensiva. Los RN allí internados no son concebidos sólo como objetos de prácticas médicas, sino como sujetos, portadores de un nombre, una filiación y una genealogía, que es el modo de hacer lazo y de pertenecer a la humanidad^{31,32}.

El modo en que todos contribuyamos a las posibilidades de atenuar las interferencias de una internación en el comienzo de la vida para el RN y su familia tendrá efectos en el desarrollo singular de ese niño y en la manera en que sus padres puedan historizar su internación, sin fijarlo necesariamente al niño víctima o al enfermo y, en las relaciones que puedan ir estableciendo entre ellos como grupo familiar. De este modo el equipo de salud ratificará su función de cuidador, para que finalmente los padres puedan ser padres de sus hijos.

^{31 32} Op. cit.

⁷² WHO, UNFPA, UNICEF. Tratamiento de los problemas del Recién Nacido: Guía para médicos, enfermeras y obstetras. 2003.

SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO

Participación de la Familia durante el seguimiento de recién nacidos de riesgo⁷³.

Los padres están ansiosos y "perdidos" al alta de su hijo de la internación en la Unidad de Cuidados Neonatales. Su bebé es un niño que requiere cuidados, quizás "diferentes", y forma parte de una población de riesgo.

Los padres son el basamento y partícipes activos en el cuidado y estimulación del neurodesarrollo, son los verdaderos "estimuladores/habilitadores" y el equipo de salud es el intérprete del comportamiento del niño. Se los tiene que incluir en actividades incorporadas a las tareas habituales del cuidado del bebé y que éstas sean las adecuadas y beneficiosas dentro de la rutina diaria, haciéndola fácil, cotidiana, activa y práctica: cómo se da de comer, vestir, movilizar, posicionar; adecuación del mobiliario; etc.

La díada madre-bebé comprende, primeramente a la madre, quien intenta estimular y contactarse con su hijo, relativamente pasivo, y a veces, no preparado para una interacción intensa. Es muy importante que la madre perciba tanto las capacidades como las debilidades de su bebé. Se orientará a la familia a respetar el ritmo de su hijo para poder percibir cuándo está listo para interactuar y mantenerse en estado de alerta por más tiempo; o cuándo prefiere dormir sin interrupción, favoreciendo su estabilidad fisiológica.

Muchos padres se sorprenden al percibir que sus bebés son capaces de ver, oír, seguir visualmente un objeto o un rostro humano. Muchos saben todo esto teóricamente, pero es preciso "ver para creer". Los padres deben estar comprendidos en cualquier programa de intervención, pues la manipulación adecuada favorece el desarrollo, más si la realizan ellos mismos.

Es necesario recordar que el 1º año de vida es crítico por su crecimiento y desarrollo rápidos, y es vital dar consignas y pautas claras sobre los cuidados y sugerencias a la familia. Las indicaciones deben ser siempre individualizadas, flexibles, modificables y sensibles a variaciones del estado neuro-psico-motor dinámico del bebé, en forma específica. Se observará continuamente cómo se comporta cada bebé en cada postura y propuesta. Si se observan signos de stress o disconfort (cambios de comportamiento, nistagmus, muecas, etc.) se suspenden.

Reuniones de Padres

El objetivo general incluye contenidos como normas de crianza, puericultura, e higiene, etapas del desarrollo cognitivo y emocional, indicaciones y demostración de conductas que apoyen el desarrollo del niño, tomando en cuenta las inquietudes o propuestas de las madres asistentes.

En relación a las mamás, se propone afianzar la confianza y autoestima de ellas en su desempeño, para lo cual uno de los instrumentos es la información proporcionada y la reflexión que se produzca.

Con respecto al equipo de salud, el grupo de padres proporciona un espacio apto para la observación y conocimiento de modalidades de expresión e interacción entre las familias con sus hijos.

Como toda reunión, puede ir acompañada de un refrigerio para otorgar un sentido de unidad y pertenencia que afianza y consolida los grupos. El horario puede ser de 8:30 a 9:30 hs.

Los Temas a Desarrollar se refieren a:

- Asesoramiento en gestión de trámites, subsidios y beneficios.
- Desarrollo Cognitivo.
- Nutrición.
- Higiene y Puericultura.
- Prevención de accidentes.
- Primeros Auxilios, incluyendo reanimación cardiopulmonar.
- Otros temas que surjan de la contribución de las otras especialidades.
- Temas de Crianza:
 - Pautas de Límites.
 - Pautas de Sueño.
 - Pautas posturales y ambientales.
 - Pautas de Juego. Taller de armado de juguetes.
 - Preparación para los primeros aprendizajes (caminar, hablar, control de esfínteres, etc.)
 - Preparación para las primeras pérdidas (chupete, mamadera, pañales).
 - Interacción con otros niños.
 - Iniciación a la escolaridad temprana (alrededor de los 2 años).
 - Manejo de herramientas multimedia (exceso de TV, Internet, PC).
 - Miedos.
 - Caprichos.

Para más detalles de las actividades que pueden realizar los padres ver *Anexo 2: Programa de seguimiento de bebés de alto riesgo*.

⁷³ Este capítulo ha sido elaborado por la Dra. Iris Schapira