

El modelo de Maternidad Centrada en la Familia. Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Estudio de buenas prácticas



REPRESENTACIÓN OPS/OMS ARGENTINA

El modelo de maternidad centrada en la familia.
Experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
Estudio de buenas prácticas

El modelo de Maternidad
Centrada en la Familia.
Experiencia del Hospital
Materno Infantil Ramón Sardá
Estudio de buenas prácticas

Graciela Uriburu

Raúl Mercer

Mariana Romero

Nina Zamberlin

Belén Herrero

REPRESENTACIÓN OPS/OMS ARGENTINA



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

El modelo de maternidad centrada en la familia : experiencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá : estudio de buenas prácticas / Graciela Uriburu ... [et.al.]. - 1a ed. - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008. 58 p. ; 22x16 cm.

ISBN 978-950-710-112-0

1. Neonatología. 2. Salud Materno Infantil.
CDD 618.92

Fecha de catalogación: 01/07/2008

© Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Fecha de realización: Junio 2008

Tirada: 1000 ejemplares

Autores: Graciela Uriburu, Raúl Mercer, Mariana Romero,
Nina Zamberlin y Belén Herrero

Revisión técnica de OPS/OMS: Virginia Camacho y Luis Roberto Escoto

Revisión técnica Hospital Materno Infantil Ramón Sardá: Miguel Larguía y
Celia Lomuto

Editora: Rosario Salinas

Diseño: Andrés Venturino (OPS Argentina)

Foto de tapa: Contacto piel a piel, madre y padre-hijo, en la unidad
de cuidados intensivos (**HMIRS**)

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial pero mencionando la fuente de información.

Indice

Introducción	7
Aspectos metodológicos	9
Historia del Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" (HMIRS).....	11
El contexto nacional: La Salud Materno Infantil en Argentina	
El contexto local: la Ciudad de Buenos Aires	
El contexto institucional: el HMIRS	
Evolución de la mortalidad y la sobrevida neonatal	
Desarrollo del modelo de Maternidad Centrada en Familia (MCF)	21
Servicios de neonatología centradas en la familia	
Descripción del componente de atención ambulatoria	
El modelo de MCF en las áreas de neonatología	29
Los resultados del modelo MCF en la unidad de cuidados intensivos e intermedios	
Factores críticos positivos y negativos	45
Recomendaciones generales para la replicación u adopción del Modelo MCF	47
Conclusiones y recomendaciones	49
Lecciones aprendidas	51
ANEXO 1	53
Fundamentos para promover cambios en los modelos de organizaciones para la asistencia perinatólogica.	
Referencias bibliográficas	55

Introducción

El objetivo del presente trabajo es describir y documentar el modelo de Maternidad Centrada en la Familia en las diferentes áreas del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (**HMIRS**) donde se desarrollan componentes de atención neonatológica.

El documento contiene un análisis de la situación materno infantil en Argentina como contexto de la realidad en la que se inserta el **HMIRS**. Luego se describen los componentes del modelo de Maternidad Centrada en la Familia, sus objetivos y requerimientos, con especial énfasis en los aspectos relacionados con la atención de los recién nacidos. Los resultados del estudio de caso se presentan organizados en dos ejes: uno cuantitativo, basado en datos epidemiológicos y otro cualitativo que recupera las experiencias del equipo de salud y de las familias de los recién nacidos. Finalmente, se identifican factores críticos positivos y negativos y se extraen lecciones aprendidas a partir del estudio de caso.

Aspectos metodológicos

Para la sistematización de esta experiencia se utilizaron las siguientes técnicas:

- Entrevistas a informantes clave del hospital
- Observaciones no participantes
- Revisión de datos secundarios (informes epidemiológicos y de los proyectos institucionales) y publicaciones nacionales e internacionales
- Entrevistas y grupos focales con madres de RN durante su estadía en el hospital

Historia del Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”

El Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (**HMIRS**) ha cumplido 70 años. El Servicio de Neonatología se reorganizó con su visión actual en 1968 con la designación del Prof. Dr. Alfredo Eduardo Larguía como Jefe de Neonatología junto a su equipo de colaboradores provenientes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Fue en este último donde el Dr. Florencio Escardó impulsó importantes transformaciones en la atención pediátrica basadas en la participación activa de la madre en la internación de su hijo.

A pesar de las dificultades y crisis históricas del sistema de salud, el equipo de neonatología del **HMIRS** ha promovido a lo largo de los últimos treinta y cinco años, una serie de cambios en las prácticas y abordajes en la atención de los recién nacidos, especialmente los que se encuentran en situación crítica, que merece destacarse. Recordemos que hasta hace apenas 30 años se consideraba a los prematuros como muy frágiles, por lo que se aconsejaba "tocarlos" lo menos posible.

Hoy, en Perinatología, en todas las especialidades que la integran, se trata de sumar, a los progresos de la medicina científica y tecnológica, los redescubrimientos de intervenciones y acciones solidarias, de contención afectiva y de comprensión de las necesidades de cada individuo. (Larguía A. M., Lomuto C., González M. A., Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, Buenos Aires, Argentina, 2006.)

El contexto nacional: La Salud Materno Infantil en Argentina

Dentro de América Latina, Argentina se comporta como un país con un grado avanzado de transición demográfica expresada por su baja tasa de natalidad, bajo crecimiento poblacional y tendencias crecientes en su expectativa de vida. En la Tabla 1 se presentan indicadores básicos que caracterizan la situación demográfica y la salud materna y perinatal.

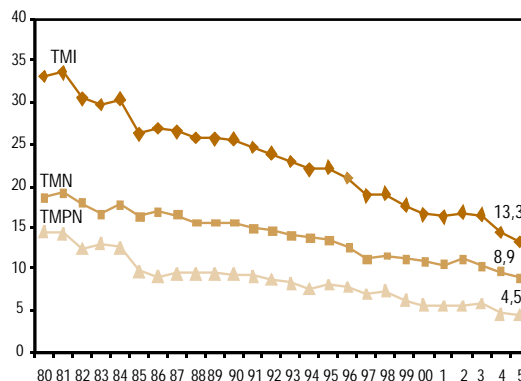
Tabla 1
Indicadores de salud (Argentina, 2005)

Indicador	País
Población total (cifras absolutas)	38.226.05
Tasa de crecimiento anual (o/oo)	10,1
Esperanza de vida al nacer (años)	73,77
Tasa bruta de natalidad (x 1000 hab)	19,3
Tasa de mortalidad infantil (x 1000 nv)	13,3
Tasa de mortalidad Materna (x 10000nv)	4,0
Tasa de mortalidad perinatal (x1000 nv)	13,5
% de RN de bajo peso	7,26
% de RN de muy bajo peso	1,2
Número de nacimientos (2005)	712.220
Nacimientos en hospitales (%)	99,1
Nacimientos en < de 20 años (%)	15,2

Fuentes: Ministerio de Salud de la Nación, 2006 y Estadísticas Vitales. Información Básica. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Argentina. 2006. Indicadores básicos, Ministerio de Salud de la Nación y OPS/OMS, 2006

Al igual de lo que acontece en los países de América Latina, la tendencia histórica de la mortalidad infantil en la Argentina es decreciente. (Gráfico 1).

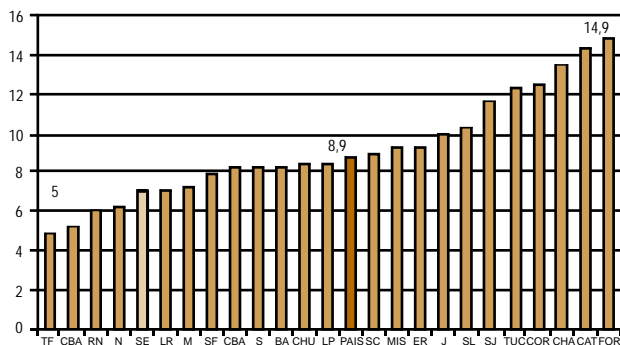
Gráfico 1
Mortalidad Infantil o/oo y sus componentes
República Argentina 1980-2005



El análisis de cualquiera de los indicadores tradicionales de salud perinatal, muestra una realidad contrastante al interior del país. Estos gradientes son expresión de la diversidad y asimetrías existentes en las condiciones de vida de la población y de la accesibilidad a servicios básicos de salud. Por cierto, esta expresión de asimetría se correlaciona con los niveles y distribución de la riqueza en cada uno de los espacios territoriales. De las 24 jurisdicciones territoriales en las que se encuentra dividido el país, las provincias del Noroeste (NOA) y Noreste (NEA) son las que ofrecen indicadores más elevados de morbilidad y mortalidad. Las provincias del centro están en una región intermedia, y las del sur, en general, se encuentran por debajo de las medias nacionales. Recordemos que la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires concentran más de 1/3 de la población de todo el país. (Gráfico 2)

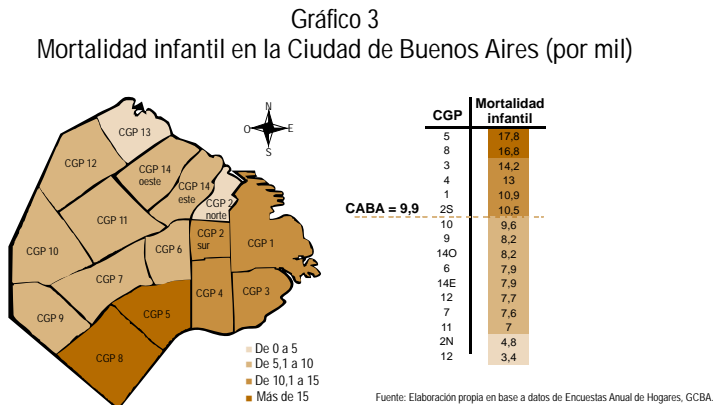
El **Gráfico 2** presenta la variación existente en la mortalidad neonatal en la Argentina por jurisdicción.

Gráfico 2
Mortalidad Neonatal según jurisdicciones
Tasa por mil
República Argentina 2005



El contexto local: la Ciudad de Buenos Aires

La Ciudad de Buenos Aires tampoco escapa a la situación del país. Su territorio es asiento de profundas asimetrías en los niveles de desarrollo (**Gráfico 3**). La zona norte de la ciudad congrega a sectores afluentes de elevados ingresos, mientras que la zona sur alberga a sectores trabajadores de medianos a bajos ingresos. La variación en la composición demográfica y las condiciones de vida tiene su expresión en materia de indicadores de salud.



La población de la Ciudad de Buenos Aires muestra una tendencia al envejecimiento con una pirámide poblacional truncada correspondiente a la población de mayor edad. Un 55% de la población está compuesta por mujeres. Se producen anualmente 44.000 nacimientos, con una tasa bruta de natalidad de 14/00 hab. Cuando analizamos la proporción de embarazos en adolescentes y mayores de 35 años de edad en forma comparativa entre el Sur y Norte de la ciudad observamos que para madres con edad igual o menor de 19 años la proporción de embarazos es de 11,6% (Sur) vs 2,9% (Norte), mientras que para las de 35 o más años de edad la proporción de embarazos es de 15% (Sur) vs. 22,6% (Norte), como expresión del comportamiento demográfico diferencial dentro del mismo territorio de la ciudad. La proporción de cesáreas muestra una tendencia creciente en los últimos años 22,04% (1997) a 26,34% (2004). La proporción de hogares por debajo de la

línea de pobreza es del 14%, un 5% de la población tiene educación primaria incompleta y el Estado ofrece cobertura asistencial médica a un 22,1% de la población no cubierta por otros seguros.

Las tasas de mortalidad infantil y sus diferentes componentes (neonatal y postneonatal) muestran tendencias históricas por debajo de la media nacional. El 48,5% de las muertes infantiles es secundaria a ciertas afecciones originadas durante el período perinatal mientras que un 27,7% de los decesos se debió a patología malformativa compleja.

El contexto institucional: el HMIRS

El Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá (**HMIRS**) es un hospital público ubicado en la zona Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A diferencia de otras instituciones, no tiene centros de salud que dependan de él o a los que se puedan referir los recién nacidos para su seguimiento. La población usuaria, en general, llega por decisión propia o por derivación desde hospitales de la zona metropolitana de Buenos Aires dado el grado de especialización del hospital. En este sentido, se observa una mayor proporción de embarazadas con patología y de recién nacidos prematuros que supera la media de otros servicios de la ciudad de Buenos Aires. La población asistida es mayoritariamente de clase media baja y pobre, proveniente del cinturón urbano que rodea a la ciudad. Es importante destacar que el 38% de las usuarias son migrantes de países limítrofes (Larguía, A. M. *et al.*, 2003).

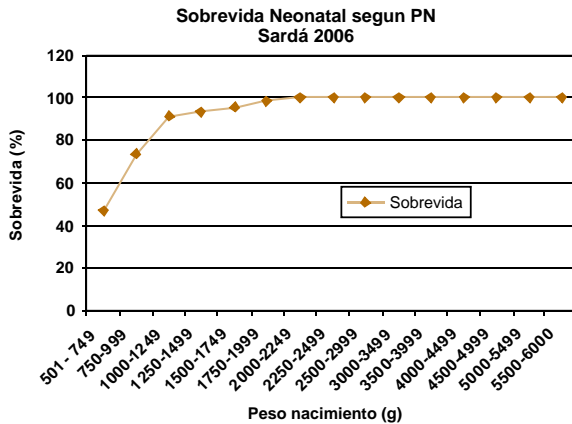
Evolución de la mortalidad y sobrevida neonatal

El **HMIRS** muestra a lo largo del tiempo un aumento en la sobrevida en los recién nacidos (RN) con edades gestacionales (EG) de hasta 23 y 24 semanas. (**Gráfico 4**). En países desarrollados la sobrevida para RN con peso al nacer (PN) entre 1000 y 1500 gramos es de alrededor del 90% y del 75% en el subgrupo de 750 a 999 gramos. En menores de 750 gramos, el porcentaje desciende a menos del 50%. Si se excluyen los RN malformados, en el **HMIRS** la sobrevida lograda en 2006 indica que para RN entre 750 y 999 g las cifras alcanzan el 70%, mientras que entre 1000 y 1249 g esta proporción crece al 91%.

Aún así, las tasas de mortalidad neonatal reportadas por el **HMIRS** están influidas por el alto porcentaje de RN con malformaciones fetales (56% del total de los RN muertos en el año 2006). Este sesgo surge de la derivación

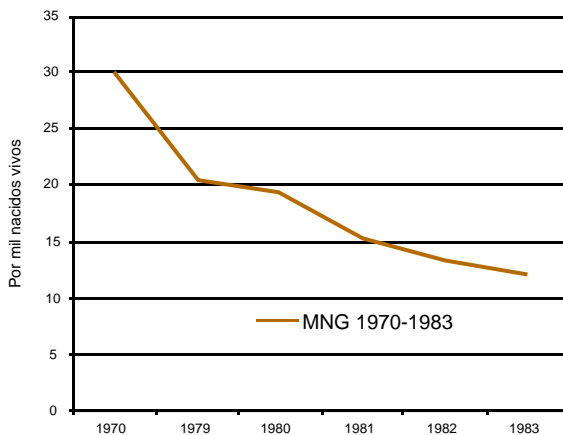
a este centro perinatólogico terciario de embarazadas con diagnóstico prenatal de fetos malformados.

Gráfico 4
Sobrevida neonatal según PN
Excluyendo malformados Hospital Sardá. 2006.



Las estadísticas disponibles en el hospital permiten evaluar la mortalidad neonatal de forma sistemática desde 1970. Los **Gráficos 5 y 6** muestran que a partir de 1983, la tasa de Mortalidad Neonatal (TMN) fue reduciéndose lentamente. Este grupo incluye RN malformados, con bajo y muy bajo peso al nacer y las condiciones derivadas de situaciones del contexto asistencial en donde 20% de mujeres llegan al parto sin control prenatal, con alta prevalencia de anemia nutricional y condiciones precarias de vida. Es de destacar que la prevalencia de malformaciones es mayor que la registrada en el subsector privado donde no sólo se cuenta con mejores condiciones preconceptionales sino que además se cuenta con diagnóstico prenatal y la posibilidad de lograr respuestas médicas ante este tipo de patologías y eventualmente a la interrupción de una gestación en condiciones seguras.

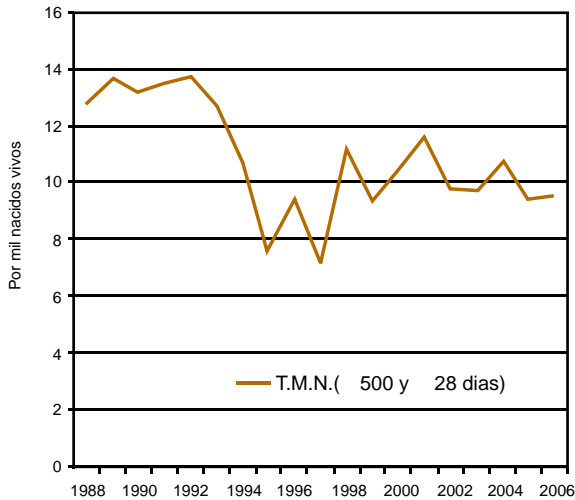
Gráfico 5
Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal Global
1970 -1983



Las reducciones de la TMN se debieron, entre otros motivos a la implementación del Plan Calostro (para la prevención de enteritis por *E. Coli* toxigénico, en la década del 70), la administración de corticoides para la inducción de maduración pulmonar en embarazos con amenaza de parto prematuro, la rotación por enfermería de los médicos residentes de pediatría, la administración de presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) con pieza nasal, el manejo integral del RN prematuro y la reanimación cardiopulmonar (RCP) en sala de partos. En 1980, se incorpora la utilización de surfactante natural modificado en forma simultánea a su incorporación en los servicios de excelencia de EE.UU. Estas intervenciones permitieron la reducción de la TMN a 13,7 por mil en 1982. (Gráfico 6)

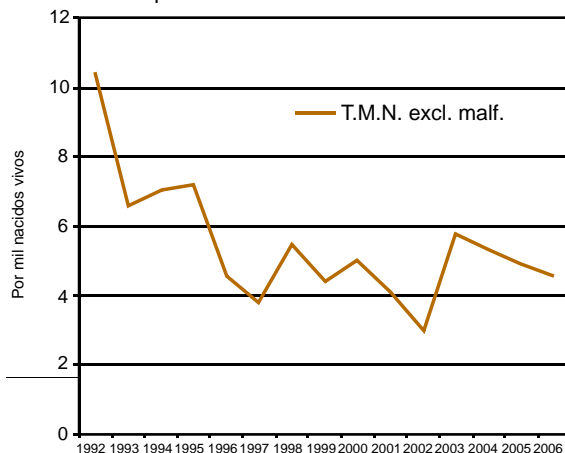
En la década de los 90 se suman otras intervenciones de alto impacto como la Residencia para Madres, el Contacto Piel a Piel y en general, y la conformación del modelo de Maternidad Centrada en la Familia.

Gráfico 6
Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal.
Hospital M. I. Ramón Sardá, 1988-2006



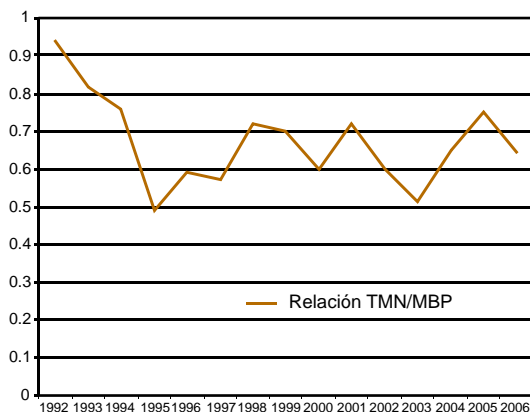
Se considera que la mortalidad neonatal corregida excluyendo los malformados y RN menores de 750 g ha alcanzado un nivel que no permite futuras reducciones. Por esta razón, los **objetivos** asistenciales actuales pretenden reducir la *morbilidad* representada especialmente por displasia broncopulmonar, sepsis tardía intrahospitalaria, desnutrición postnatal en RN de muy bajo peso y retinopatía del prematuro (**Gráfico 7**)

Gráfico 7
Evolución de la Tasa de Mortalidad Neonatal excluyendo malformados
Hospital M. I. Ramón Sardá. 1992-2006



Hay que destacar que la relación TMN/MBPN (Tasa de Mortalidad Neonatal Global 500 gramos sobre tasa de RN 1500 gramos) como expresión del índice de calidad de atención neonatal ha descendido progresivamente (con resultados inferiores a 1), pese a las limitaciones crónicas en materia de provisión de insumos básicos y personal de enfermería. (**Gráfico 8**)

Gráfico 8
Evolución del Índice de calidad de atención neonatal
(TMN/MBP). Hospital M. I. Ramón Sardá. 1992-2006



Desarrollo del modelo de Maternidad Centrada en la Familia (MCF)

Reconstruir la historia institucional es un aspecto relevante a considerar en el momento de definir el desarrollo y apropiación de un nuevo modelo asistencial. Para el caso del **HMIRS**, los cambios operados en el tiempo no respondieron a una conformación predefinida del modelo con un sentido planificado o anticipatorio. Por el contrario, en este recorrido histórico, distintos hechos e intervenciones fueron incorporándose al del conjunto de prácticas innovadoras, las que se articularon como piezas de un proceso complejo y en evolución continua.

En este sentido, múltiples hitos se fueron sucediendo a través de los últimos 35 años. La gran mayoría son acciones producto de la creatividad, la sensibilidad y la capacidad de estudio del equipo. Enumeramos a continuación solo algunos de ellos, tal vez los más significativos, que fueron luego replicados por otras unidades de neonatología en Argentina y en el exterior.

Estos hitos se constituyen en lecciones aprendidas a lo largo del tiempo

1. Alimentación enteral precoz y progresiva con leche humana

Alternativa a alimentación parenteral en Recién Nacidos Prematuros mayores de 1500 g.

2. Gastroclisis alternativa de venoclisis

Simple colocación de una sonda nasogástrica y administración por goteo (gastroclisis). Para recibir los aportes de agua y dextrosa para mantener normal su hidratación y glucemia.

3. Cobertura con lámina de plástico para la disminución de la pérdida de agua

La PIEL representa la principal pérdida de agua en RN prematuros asistidos en incubadora. La cobertura con una simple lámina de plástico reduce la PIA (Pérdida Insensible de Agua) por convección y el volumen de agua adicional a administrar.

Desarrollo del modelo de Maternidad Centrada en la Familia

4. Asistencia en Nido	La colocación de hemcilindros en forma de “nido” dentro de las incubadoras permite mantener los RN en flexión con apoyo cefálico y caudal. Disminuye los episodios de taquicardia, bradicardia y apneas, ofrece mayor confort y menor stress. Para la protección del Sistema Nervioso Autónomo en RN Prematuros.
5. Manejos Integrales en Neonatología	Por Manejo Integral, se entiende mantener al RN normotérmico, normohidratado y con su medio interno normal, con aportes proteínicos energéticos precoces y suficiente para alcanzar primero los requerimientos de mantenimiento y luego los de crecimiento. No puede obviarse la participación activa y sin interferencias de la familia (MCF).
6. Salida precoz y transitoria de incubador para contacto piel a piel Madre-Padre/Hijo Prematuro (CoPAP)	Entendemos esta intervención como necesaria para el fortalecimiento del vínculo y de la función materna. Consideramos que esta acción es obligatoria y de fácil implementación aún en RN con peso de nacimiento inferior a un kilo.
7. Presión positiva continua en la vía aérea con pieza nasal (CPAP)	Su uso comienza a ser recomendado cada vez más precozmente. Su costo es notablemente inferior al de un respirador mecánico y su aplicación es posible aún con recursos humanos limitados, incluso como alternativa a la asistencia respiratoria mecánica cuando se carece del equipamiento adecuado.
8. Administración de Surfactante	La administración de surfactante ha modificado la evolución del síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de membrana hialina), mejorando su pronóstico y simplificando su asistencia.
9. Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, UNICEF/OMS	El HMIRS fue la primera Maternidad acreditada en la República Argentina y ha aprobado ya su tercera recertificación.
10. Residencia / hogar para madres	Posibilitar el acceso a esta Residencia permitió la permanencia continua de las madres y su ingreso irrestricto a los sectores de internación neonatológica. La participación activa de la madre cambió el paradigma asistencial vigente. Las consignas “circulación restringida, horarios de visita e informes, etc.” desaparecieron y las madres y padres alcanzaron el objetivo de convertirse en los verdaderos dueños de casa y en los protagonistas irremplazables en el cuidado de sus hijos.

Estos hitos son algunos de los que se consideran componentes del modelo de Maternidades Centradas en la Familia y por consiguiente de Servicios de Neonatología Centrados en la Familia. La descripción detallada de este modelo se encuentra en la publicación *Guía para transformar*

maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia (Larguía A. M., Lomuto C. y González M. A., 2006). A los fines de sistematizar los componentes del modelo que caracterizan la atención neonatológica en el **HMIRS**, se presenta un cuadro que los resume incluyendo sus objetivos y requerimientos de implementación.

Servicios de neonatología centradas en la familia

Servicios de Neonatología Centradas en la Familia (UNCF) Requerimientos para su Implementación		
Componentes	Objetivos	Requerimientos
Ingreso irrestricto de la madre y el padre al servicio de neonatología	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el vínculo temprano de los padres con su hijo - Generar un clima de confianza con el personal que atiende al bebé - Adquirir competencias para el cuidado del RN durante la internación y una vez producida el alta 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso irrestricto en términos horarios - Brindar información a los padres sobre: sus derechos en el cuidado de sus hijos, sobre las medidas de higiene (lavado de manos), sobre el estado de salud de su hijo en forma permanente - Desarrollar las competencias de los padres para el cuidado de su hijo - Concientizar al equipo de salud sobre la necesidad de participación de los padres en el cuidado de sus hijos
Salida transitoria de la incubadora para el contacto piel a piel (COPAP) madre/padre /hijo	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el stress de la madre y el RN - Estimular la autorregulación de temperatura del RN - Favorecer la organización emocional materna y familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar las barreras en el acceso de los padres a la unidad de cuidados intensivos - Informar y consensuar con los padres y el equipo de salud las decisiones respecto del cuidado del bebé - Asegurar que se trata de un RN >3 días con parámetros estables de temperatura, frecuencia cardio-respiratoria y saturación de oxígeno
Visita programada de hermanos	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a los hermanos del bebé internado - Ayudarlos a procesar los sentimientos asociados a la internación - Generar empatía a través de la palabra y los juegos 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de camisolines (solo para jerarquizar la visita) - Disponibilidad de barbijos si es indicado - Incorporar el lavado de manos - Contar con equipamiento neonatal en desuso para ser utilizado con fines didácticos - Disponer de personal que pueda acompañar y brindar información - Organizar las visitas por grupos (preferentemente por edades) - Pautar día y horario para las visitas (al menos 1 vez por semana) - Planear una primera actividad grupal informativa donde se conforme un grupo, se explique el lavado de manos y se pacte el comportamiento dentro de la neo - Planear una segunda actividad con ingreso a todas las unidades de internación - Planear actividades post-visita para procesar la experiencia a través del juego y técnicas gráficas

Desarrollo del modelo de Maternidad Centrada en la Familia

Servicios de Neonatología Centradas en la Familia (UNCF) Requerimientos para su Implementación		
Componentes	Objetivos	Requerimientos
Visita programada de abuelos	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar la estructura familiar continente - Reconocer la experiencia de los abuelos y su posibilidad de transmitirla intergeneracionalmente - Integrar a los diferentes miembros de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar de reunirlos en grupos de acuerdo al sector de internación - Planear una primera actividad grupal informativa donde se explique las características del sector, las reglas de funcionamiento y se intercambien conocimientos - Planear una segunda actividad con la dinámica del ingreso: número de personas, horarios, duración de la visita - Planear actividad post-visita a cargo de un personal del equipo
Residencia para madres	<ul style="list-style-type: none"> - Proveer de un espacio confortable cerca de la unidad de cuidados intensivos para que las mujeres puedan permanecer durante la internación de sus hijos - Asegurar un espacio contenido con las necesidades básicas cubiertas 	<ul style="list-style-type: none"> - Acuerdo con las autoridades de la institución - Recursos que aseguren el funcionamiento ininterrumpido: infraestructura básica, alimentación, limpieza, ropa de cama, servicios sanitarios - Localización próxima a la unidad de cuidados intensivos - Personal de sostén (voluntariado o personal de la institución) que se responsabilice de la organización y el funcionamiento
Contención de los padres en situaciones de crisis	<ul style="list-style-type: none"> - Acercar a los padres al servicio por primera vez - Evitar el "duelo anticipado" - Disminuir el stress de la internación 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibir y acompañar a los padres en su primera visita al sector - Hacerles conocer sus derechos: ingreso irrestricto, residencia hospitalaria para las madres, días y horarios de las visitas de familiares - Brindar explicaciones en lenguaje simple, donde la información sobre el diagnóstico y el pronóstico se entienda como continua y progresiva a la vez que inclusiva de las dudas de los padres - Brindar información sobre los procedimientos y estudios necesarios previo a su realización - Brindar información acerca de que pueden tocar, alzar, acariciar, hablar y participar en el cuidado de sus hijos - Prestar atención a situaciones particulares de familias con antecedentes previos
Comunicación y manejo de los padres de RN con riesgo de muerte	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuar el pronóstico a la realidad del paciente - Integrar la problemática del RN al su contexto inmediato - Abordar los sentimientos acerca del duelo 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto y comprensión - Respeto por la diversidad cultural
Preparación de los padres para el seguimiento de los RN de alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la morbimortalidad de los pacientes egresados luego de superar la fase aguda de la enfermedad - Disminuir el impacto de las condiciones de vida y vivienda de las familias sobre los RN - Desarrollar un recurso familiar capacitado para el cuidado del RN en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer instancias de asesoramiento integral - Capacitar en aspectos como crecimiento, desarrollo y nutrición así como crianza y puericultura - Capacitar en prevención de accidentes y RCP

Servicios de Neonatología Centradas en la Familia (UNCF) Requerimientos para su Implementación		
Componentes	Objetivos	Requerimientos
Desarrollo de un programa de voluntariado	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a las familias - Gestionar la residencia para madres - Participación honoraria y solidaria de la comunidad en la atención integral de la mujer y su hijo 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal motivado, comprometido y organizado con las tareas a desarrollar - Establecimiento de un sistema pautado de trabajo en las distintas áreas de competencia - Favorecer la participación y capacitación en jornadas, talleres

Descripción del componente de atención ambulatoria

Un componente que forma parte del modelo y que el **HMIRS** implementó desde hace largo tiempo es el referente a la atención ambulatoria y el seguimiento de los recién nacidos (sanos y aquellos de alto riesgo) dados de alta, ya que esto influye en la sobrevivencia y calidad de vida. El componente de atención ambulatoria merece ser destacado porque, en general, la atención neonatológica está centrada en los aspectos intra-hospitalarios y es poco lo que se conoce en materia de los efectos (secuelas, complicaciones, calidad de vida) de los recién nacidos una vez externados. Por otra parte, y al tratarse en su mayoría de familias socialmente vulnerables, proveer de los recursos de seguimiento (manejo del recién nacido) durante la internación y una vez dada el alta, permite complementar el esfuerzo realizado por el equipo de salud y la familia en la tarea demandante que implica la crianza y el seguimiento del RN.

La atención ambulatoria del RN en el **HMIRS** cuenta con:

1. Consultorio de atención de RN sanos
2. Consultorios de atención de niños de Bajo Peso al Nacer
3. Consultorio docente de atención pediátrica primaria
4. Consultorio de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo
 - RN con peso < 1500 g.
 - RN con asfixia perinatal
 - RN con Asistencia Respiratoria Mecánica >72 Hs y PN < 1500 g.
 - RN de madres HIV positivas.
 - RN con lesiones congénitas
 - RN con otras infecciones intrauterinas
 - RN de madres adolescentes
 - RN con eritroblastosis fetal
 - RN con síndromes genéticos (especialmente S. de Down)
5. Consultorios especializados pediátricos cardiología, genética, neurología, infectología, fonoaudiología, psicopatología, intervención temprana y tratamiento del neurodesarrollo, lactancia materna.

A continuación se presentan diversos resultados que expresan los beneficios del modelo de atención del **HMIRS** durante su seguimiento multidisciplinario por consultorios externos. Los datos provienen de publicaciones en revistas y de presentaciones en sociedades científicas.

I) Respetto del desarrollo psicomotor y los problemas sensoriales

En relación al Cociente de Desarrollo (CD) a los 12 meses de edad corregida (E.Co.), 77% de los ex-prematuros de MBP presenta un CD normal, 7% está en riesgo y 16% en retraso. A los 24 meses de E. Co. 71,1% tiene un CD normal, 20 por ciento en riesgo y 4% en retraso.

En 2005, el 84% de los RNPT-MBP alimentados con nutrición enteral y parenteral intensiva, (Dinerstein *et al.*) presentaron al año de E.Co. un CD normal. Estos niños tenían la circunferencia cefálica significativamente mayor que en el grupo control. El 15,5% tuvo trastornos motores de los cuales 10,5% fueron graves. Se detectaron anomalías ecográficas mayores en 4,7% de los pacientes normales. En relación a patología oftalmológica, el 15,5% presentó algún tipo de déficit visual. Ningún niño presentó ceguera.

Otro trabajo en prematuros (Shapira, *et al.*, 2001) de 3 a 5 años de vida demostró que en el 65% de los casos, los dibujos presentaron alteraciones que indicarían pobre integración de la imagen corporal probable-mente por trastornos visomotores, con implicancias en la futura escolaridad.

En 1988-87, al año de E.Co. en CE los prematuros se veían en general con diplejía espástica (hiperflexión de los miembros superiores e hiperextensión de los inferiores). Desde que se cambiaron los cuidados en la UCIN (COPAP, cambio frecuente de posición en la incubadora, y otros) actualmente en el 2007, se ven más posturas fisiológicas ya a los 6 meses de E.Co. que hace 10 años. (Médica neonatóloga)

II) Respetto del estado nutricional

Como es conocido en la literatura, la recuperación nutricional de los RNMBP es relativa. En la población del **HMIRS**, a los dos años de E.Co. 13% de los niños presentó déficit de peso (menos de 2DS), 4,4% (menos 2 DS) en talla y 8,8% (menos 2 DS) en circunferencia cefálica. Con alimentación enteral y parenteral intensiva y temprana se observa una circunferencia cefálica significativamente mayor que en los grupos control.

III) Respeto de la continuidad de la lactancia materna y el Contacto Piel a Piel

Lograr en los RNMBP alimentación parcial o total con leche humana es infrecuente por lo prolongado de la internación y el uso de sonda naso y orogástrica. Con un programa especial en el Hospital Sardá la Lactancia Materna (LM) parcial al alta es del 87,2%; y su perseverancia a los 4, 8, y 12 meses de edad corregida (E.Co.), es del 45%, 22%, y 12% respectivamente. (Benítez, 2002, Brundi, M., 2005).

IV) Respeto de la deserción en los programas de seguimiento

La deserción del seguimiento de RNMBP (= 1500 g.) Cuando no se cuenta con un área programática es inevitable. El **HIRMS** carece de la posibilidad de búsqueda domiciliaria y/o telefónica de toda la población en seguimiento, aunque las trabajadoras sociales cumplen esta tarea. En estas condiciones, el porcentaje real de deserción oscila entre el 15 y el 20 por ciento, lo que representa un resultado auspicioso si atendemos a las características de la población (situación socioeconómica y dispersión geográfica) y la falta de recursos extramuros del **HMIRS** (Aspres *et al.*, comunicación personal).

V) Infecciones y reinternaciones a corto, mediano y largo plazo

Se registraron infecciones de las vías respiratorias bajas (IRAB) en el 42,2% de los niños prematuros (= 1500 g.) que asistieron a la consulta externa. Requirieron re-hospitalización el 30% y de ellos, el 5% requirió dos o más re-hospitalizaciones. El 78,6% de éstas fueron causadas por IRAB. Las reinternaciones son menos que las relatadas en la bibliografía internacional (en general alrededor del 40%). Esto es coincidente con la bibliografía internacional que plantea que el contacto piel a piel en la UCIN y la lactancia materna producen a largo plazo una reducción de las reinternaciones a pesar de condiciones socioeco-nómicas y sanitarias muy desfavorables.

El modelo de MCF en las áreas de neonatología

Como se mencionó en la introducción también es importante destacar la valoración del modelo de Maternidades Centradas en la Familia desde la perspectiva de sus actores: usuarias y equipos de salud. En la siguiente sección se incluyen los resultados de las entrevistas y grupos focales realizados estructurados según área y complejidad de la atención.

En primer lugar es preciso señalar que la relación de la institución y el equipo de salud con el RN y su familia varían según la condición de salud del RN. El RN sano permanece internado junto a su madre un promedio de 54 horas durante las cuales la familia podrá visitarlos en un horario determinado. Si se trata de un prematuro o de un RN enfermo que ingresa al área de cuidados intensivos, de peso = a 1500 g., la internación promedio es de 63 días y la madre tiene la posibilidad de residir en la residencia para madres dentro del hospital. Tanto ella como el padre tienen acceso irrestricto al área de internación, y existen días pautados para la visita de hermanos y abuelos. El 85% de las madres de los RN internados utiliza la residencia para madres.

Inevitablemente, las familias de los bebés que tienen internaciones prolongadas forman un vínculo más cercano con el equipo de salud, tienen mayor comunicación y mayores posibilidades de ser escuchados. Las madres de RN sanos establecen vínculos acotados con el equipo de salud, no siempre llegan a identificar un referente dentro del equipo, y la comunicación se centra principalmente en las recomendaciones para la lactancia y los cuidados básicos durante los primeros días de vida del RN.

No obstante las diferencias "esperables" según la condición de salud del bebé y la duración de la internación, el modelo MCF aparece más firmemente instalado en el área de internación neonatológica que en la atención del parto y la internación conjunta. En éstas últimas se manifiestan más notablemente las deficiencias vinculadas al exceso de demanda, la escasez de personal y las limitaciones de la infraestructura. Por otro lado, los neonatólogos, dada su formación pediátrica, disponen de competencias para vincularse con las familias de sus pacientes y perciben claramente los benefi-

cios del modelo MCF. La práctica de los obstetras es más individualizada y, si bien el nacimiento es un hecho de gran trascendencia para la familia, tienen mayores dificultades para incorporarla en el modelo de atención.

En general los pediatras trabajamos mucho con la familia, y los neonatólogos mucho más porque el nacimiento implica tener a toda la familia alrededor en ese instante. Pero los pediatras en general siempre somos como muy de la familia y nos juntamos, y hablamos mucho de la prevención apuntada a la familia. (Médica)

Los obstetras recién se están abriendo al modelo MCF. (Médica)

Históricamente los neonatólogos han insistido para que los obstetras no den altas precoces de forma tal que las mujeres permanezcan al menos 2 días internadas junto con el bebé para vigilar la evolución de ambos.

Acá no está el fanatismo de dejarla internada 6 horas y darle el alta. Es una lucha ganada por el neonatólogo al obstetra de no dar el alta precozmente, porque siempre luchamos para que los bebés estuvieran por lo menos 2 días, para ver que tome bien la teta, o que no se ponga amarillo... así se llegó a un equilibrio donde el promedio de internación es de 3 días. Las de parto normal se van a los dos días, y las de cesárea a los 3 ó 4 días. En otros lugares a las seis horas las rajan, pero no tiene mucho sentido porque a las 6 horas la madre o el chico pueden tener de todo. (Médica)

1) Unidad de cuidados intensivos e intermedios

El equipo médico de neonatología ha promovido el modelo MCF apoyando la iniciativa de la jefatura que históricamente demostró una preocupación por fomentar el contacto entre los recién nacidos hospitalizados, sus padres y familiares. Así, a lo largo de los años, los profesionales formados en la institución reconocen la importancia del modelo MCF tanto para la evolución de los RN prematuros, el bienestar emocional de la madre y la familia, y la dinámica de trabajo institucional.

En realidad la maternidad siempre fue de incorporar a las madres, quizás ahora se focaliza más. Hace 20 años cuando yo era residente si pasaba el jefe y veía una mujer esperando en la puerta se te acercaba y te decía "hay una madre esperando en la puerta", es decir, no era posible que

una madre esperara en la puerta. Y de hecho a uno le quedó el hábito y vos salís del servicio y "señora, ¿usted qué necesita?", no importa en qué sector estés. Un poco fue siempre que la madre era prioritaria. Si la madre no venía a la unidad de cuidados intensivos uno la iba a buscar a la sala, y bueno, se fue promoviendo que las madres siempre estuvieran adentro, y siempre participaran en la atención de su hijo. Quizás ahora se le dio un poco más de forma, tiene un nombre, y como que se fueron agregando cosas: visita de hermanos, visita de abuelos, tratar de incorporar más a los padres, fue como madurando esa idea. (Médica).

Los beneficios del modelo MCF en el tratamiento de los prematuros son claros e incuestionables para los profesionales de la unidad de cuidados intensivos que no conciben una modalidad de trabajo que no contemple el rol primordial de la madre y la familia. Asimismo destacan el valor del contacto temprano entre la madre y el bebé y el carácter íntimo e irremplazable del vínculo con la familia.

Yo creo que desde que Florencio Escardó en la década del '50 abrió las puertas de las salas del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez viendo que los niños se morían de depresión si no estaban al lado sus madres, cualquier persona que hace pediatría y que se precie de valorar la salud de un chico tiene que saber que los chicos tienen que estar en compañía de los padres, aún los recién nacidos. Porque justamente por ser recién nacidos y porque no hablan y no dicen, son los más vulnerables, y no vale el criterio ese de que los niños pequeños no se dan cuenta de nada. Tenemos que buscar la manera de compensarles las agresiones a las que son sometidos por el hecho de haber sido prematuros. Y creo que esa es una: abrir las puertas, y que entre su familia y que ellos estén dando lo bueno que nosotros no les podemos dar, porque nosotros somos los cuidadores de los bebés. El afecto, el calor, la palabra, el olor, es una cosa muy íntima de la relación entre el bebé y su familia. Yo me angustio cuando veo instituciones donde las madres tienen horario de visita. Me parece de una crueldad extrema (Médica)

Hay que entender que un padre adentro de una terapia no obstaculiza sino que facilita nuestro trabajo después, a largo plazo. (Médica)

Acostumbrarse a trabajar en presencia de las madres/padres de los bebés internados llevó tiempo de adaptación y algunas resistencias. Realizar intervenciones sobre un bebé en presencia de sus padres implica una presión adicional sobre el equipo profesional. Sin embargo, esto se fue naturalizando

y hoy se reconocen sus beneficios como la disminución del nivel de stress de los padres que son testigos de los esfuerzos del equipo en asistir al RN.

Teníamos miedo que se haga mucho amontonamiento, la mamá te está preguntando a cada momento. Las enfermeras sentían que las estaban observando. Por ahí se demoraban más en algo y la mamá ya iba y avisaba "se termino la jeringa" y "sí, sí señora ya voy". Nos costó mucho adaptarnos. (Enfermera)

Creo que nos sentimos molestos porque nos estén viendo invadir un niño, quizás un poco por proteger a los padres para que no vean ciertas cosas, y por otro lado por trabajar cómodos, solos, nosotros y el paciente, más relajado, cuesta aceptar la presencia. Pero también me di cuenta de que la presencia ayuda a que los padres entiendan todo lo que hacemos. Y que quizás a veces los resultados no son óptimos, a veces el paciente fallece y los padres están agradecidos igual porque ellos nos vieron trabajar. La relación médico-paciente cambia muchísimo porque vieron cómo el residente estuvo toda la noche parado al lado del paciente, trabajando, que no es que nos vamos a dormir y lo dejamos solo, o sea, nada es por negligencia, son testigos de cómo se trabaja minuto a minuto en forma intensiva. (Médica)

Cuando ingresan nuevos profesionales al equipo médico, principalmente los residentes rotantes de otras instituciones (grupos de 20 residentes rotan por el servicio por lapsos de 4 meses) se hace hincapié en el modelo MCF como un pilar fundamental de la atención neonatológica. En este sentido, dado que los médicos residentes y las enfermeras son quienes tienen mayor contacto con los RN internados, sus madres y sus familias, y siendo que muchos de ellos provienen de instituciones donde la modalidad de trabajo es diferente en cuanto al rol de la familia, se trabaja sobre la adaptación al modelo MCF y el compromiso para su cumplimiento. Las enfermeras suelen ser las "cuidadoras del modelo MCF" frente a los profesionales recién llegados.

Tenemos que concientizar al médico de que a un bebé que se está alimentando no lo puede tocar ni para revisarlo ni para sacarle sangre, y que cuando un bebé está haciendo contacto piel a piel, salvo que sea una emergencia, no hay que sacárselo a la madre para revisarlo. Esto a los médicos que rotan les cuesta muchísimo. (Enfermera)

Yo cuando recibo al personal nuevo lo primero que les digo es

"concientícense que acá nosotros trabajamos con la familia, por favor, ustedes van a trabajar en todos los sectores con la familia, así que acá la familia no espera, la familia no se va afuera, la familia tiene que estar con nosotros, concientícense ya de entrada" y les muestro el servicio y les hago ver como las madres están trabajando con las enfermeras. (Enfermera)

Enfermeras

El equipo de salud en general reconoce el rol fundamental que cumple el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

La formación y el rol de la enfermera es el indicador para la sobrevivencia del bebé. (Psicóloga)

Si hay un personaje clave para un neonato es la enfermera. (Médico)

Las enfermeras son quienes tienen mayor contacto con las madres y padres de los RN internados no sólo porque comparten el espacio físico de la unidad de cuidados intensivos sino también porque son más accesibles que los médicos, se expresan en un lenguaje más cercano al de padres y constituyen una fuente de apoyo emocional.

La enfermera está más cerca del lenguaje de los padres. El médico da la información y los padres recurren a la enfermera para poder entenderla. (Enfermera)

En un contexto de escasez de recursos humanos y exceso de demanda, la incorporación de la familia puede a veces sentirse como una sobrecarga de trabajo para enfermería.

Trabajar y escuchar para las enfermeras más allá que sea muy lindo todo esto es una carga muy fuerte. Es como que se duplica el trabajo y tenés dos pacientes: el bebé y la familia. (Enfermera)

Al bebé no lo podés dejar solo en ningún momento. Si cada enfermera tuviera tres recién nacidos para atender sería lo recomendable. Lo ideal es que un bebé con asistencia respiratoria sea atendido por una enfermera, y esa enfermera puede atender ese chiquito y alguno que tenga oxigenoterapia común y nada más. Pero el déficit nos lleva a que tenemos que atender un

montón de chicos entonces es muy difícil dedicarse tanto tiempo con un bebe y la mamá porque la mamá también lleva mucho tiempo. (Enfermera)

Asimismo, por su contacto más cercano, las enfermeras son quienes identifican dificultades en el trato con las familias.

Hay padres y padres. Hay que saber llevarlos. Hay algunos con mucho carácter que no se adaptan a la disciplina del hospital o se toman atribuciones que no les corresponden. (Enfermera)

A pesar del trabajo adicional que puede derivar del trabajo con las familias, las enfermeras perciben los beneficios del modelo MCF, lo apoyan y lo fomentan.

En la actualidad las enfermeras son las primeras que se preocupan si hay una mamá que no viene por algunos días, cuando viene le preguntan qué le pasó, la extrañan a la mamá. (Enfermera)

Las enfermeras vienen y me dicen: doctora fulanita no hizo piel a piel. (Médica)

Esto es muy lindo, es grandioso, se tendría que implementar en todos los hospitales que tengan neonatología o maternidades porque tiene muy buenos resultados. Cuando comenzamos a hacer contacto piel a piel, fue grandioso, los indicadores fueron excelentes, los resultados de los indicadores de los bebés, y con la madre también. Aquella madre que se sentía muy lejos porque le tenía temor a su bebé desde el momento que puso en contacto piel a piel a su bebé, cambió totalmente. "A mi me parecía que no respiraba" - me decía una-, "y cuando lo puse acá lo sentí... sentí tal cosa... y sentí lo otro, sentí como que lo tenía adentro de la panza otra vez". Y eso les hace muy bien. (Enfermera)

Los miembros del equipo de salud y particularmente las enfermeras señalan el stress que supone el trabajo en una unidad de cuidados intensivos neonatal donde se enfrentan cotidianamente con la muerte al inicio de la vida. Esto implica un desgaste emocional muy fuerte, sobre todo en el trabajo con las familias. En este sentido, los profesionales expresan cierta desprotección institucional vinculada al exceso de trabajo, el poco tiempo de descanso disponible y la falta de estrategias para atender su salud mental y "cuidar a los que cuidan".

A nosotros no nos entienden mucho, porque estamos muy sobrecargadas de trabajo, y somos muy sensibles, nos emocionamos. No es que seamos frías ni que nos pase todo como que es un bebé más. Hay enfermeras que lloran, que se ponen mal, que se ponen tristes porque se nos va un bebé después de tanta lucha. Nosotras estamos trabajando con la vida y la muerte diariamente. Y así como se nos va un bebé a los dos minutos ya estamos recibiendo otro grave que no sabemos cuánto tiempo lo vamos a tener por más cosas que hagamos, y nos da bronca porque no podemos alcanzar a hacer más por el déficit de enfermería que hay... Enfermería es una tarea muy ardua y no tenemos un apoyo emocional. Todos pensamos en el bienestar del bebé, de la mamá, del papá, el bienestar de todos, y ¿quién se ocupa del bienestar de la enfermera? ¿Quién piensa en la enfermera, en lo que le pasa por dentro? Nadie. (Enfermera)

Los resultados del modelo MCF en la unidad de cuidados intensivos e intermedios

Los testimonios del equipo profesional y las madres de los RN internados reflejan los logros y beneficios del modelo MCF en el tratamiento, la prevención, y el bienestar emocional del RN y su familia.

El tratamiento

Como ya se ha dicho, la transferencia de conocimiento para que la madre y el padre sepan atender al bebé y vigilar su evolución es un hito fundamental del modelo MCF y una tarea en la que participan todos los integrantes del equipo de salud a través del trabajo cotidiano. Las madres brindan cuidados (alimentación por sonda, cambio de pañal, higiene, contacto piel a piel) y desarrollan la capacidad de reconocer signos de alarma y cambios en el RN convirtiéndose en actoras fundamentales de la atención y el tratamiento.

Y ellos te enseñan que si el bebe cambia de color, que si se pone morado es porque hace apnea, eso es cuando le baja la saturación, por eso te dicen que no mires el aparato y que mires al bebe. Y yo me doy cuenta cuando está anémico también, el otro día les dije y me dijeron que sí que estaba anémico. (Madre de RN prematuro)

Cuando un prematuro pasa por terapia, terapia intermedia y me llega a pre-alta, ya tiene más de un mes o dos meses, la madre conoce a su hijo y si te dice: “doctora, no lo veo bien”, tenés que buscarle algo. (Médica)

Las madres se convierten en auxiliares de enfermería que están constantemente monitoreando el estado del bebé. (Médica)

La prevención

Una vez que los bebés salen de la unidad de cuidados intermedios una de las funciones principales del equipo de pre-alta es organizar los saberes que la madre ha adquirido que le servirán para atender al bebé en su casa y poder detectar signos de alarma oportunamente. Durante este tiempo se refuerzan las nociones vinculadas a la prevención y se brinda también un curso de resucitación cardiopulmonar.

Las mamás saben lo que es un saturómetro, lo que es la saturación, lo que es la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, cómo tomar la temperatura al bebé, cómo administrar la leche por sonda nasogástrica, todo eso lo aprendieron, forma parte de un conjunto de conocimientos que aprendió la madre, y que nosotros lo organizamos como para que le sirva también para cuidarlo al bebé en la pos-alta. Sobre todo nos interesa que ella tenga capacidad de detectar cambios en la frecuencia respiratoria, cambios en el color, lo que nosotros llamamos, desde el punto de vista médico, los signos de alarma. (Médica).

Es la madre la que reconoce, sabe lo que va a hacer en la casa, en la casa no vamos a estar nosotros, es la mamá la que tiene que reconocer. Ese conocimiento se obtiene con el tiempo, porque cada enfermera o cada médico le va enseñando a la madre: “bueno, mire, este color no es normal, este color sí, esta respiración es normal, esta no”, pero eso lleva mucho tiempo de aprendizaje, entonces si vos dejás entrar a la madre nada más que cinco minutos cada tres horas para darle de comer, es imposible. No conoce directamente a su bebé, y se lleva un chico a su casa que no tiene la menor idea de cómo reacciona. (Médica)

En el trabajo de preparación para el alta con las familias se hace hincapié en la prevención de las infecciones respiratorias, la principal causa de re-internación de los bebés prematuros durante el primer año de vida.

Nuestra estrategia es la prevención de las infecciones respiratorias. Hay un gran capítulo de lo que le enseñamos que está dedicado a eso. Se entrega material impreso que informa cómo proceder cuando se resfría la mamá, o algún miembro de la familia, qué hacer si el bebé tiene fiebre, si empieza a respirar más rápido, cómo preparar la casa, bueno, en fin, son cosas muy sencillas pero que son clave para que nosotros podamos evitarles a los chicos infecciones respiratorias agudas. Porque los nenes nuestros no son como los otros chicos, tienen más riesgo de tener una enfermedad severa si se infectan. (Médica)

Toda estrategia de prevención va de la mano de las acciones de promoción de la lactancia materna que se inician desde el nacimiento.

La lactancia materna, aparte de muchas otras ventajas biológicas, protege contra la severidad de las infecciones. Amamantar un bebé que pesa menos de 1500 gramos es muy difícil, entonces eso requiere que nuestra estrategia de promoción de la lactancia se genere desde el primer día que nace el bebé. Es un proceso que se inicia tempranamente donde hay que informar para qué sirve la leche de la mamá, para qué se la saca, para qué le sirven al bebé dos centímetros de leche cada tres o cada cuatro horas, y contar un poco qué es lo que nosotros esperamos que suceda en los próximos meses y cómo vamos a ayudar para que vengan al lactario y para que se saquen leche. Es un trabajo de mucho peso que se le pide a la madre. Y hay que sostenerlo. En general nos va bastante bien, prácticamente el 100% de los bebés, cuando se van de alta, toman teta y un complemento de una fórmula para prematuros que el programa de seguimiento les provee. Pero toman leche materna y nosotros tratamos de seguirla hasta que el bebé crece porque eso los va a proteger de las infecciones. Después están todos los otros componentes que tiene la leche humana que la hacen el nutriente más apto y el que más probablemente ayuda a superar la desventaja biológica que es la prematuridad. (Médica)

Además, como parte del modelo centrado en la familia, en el transcurso de la internación del bebé se facilitan consultas para atender problemas de salud de la madre ya sea dentro de la misma institución o en otros hospitales.

Dentro de la check-list en la historia clínica también están las enfermedades maternas no resueltas, porque muchas veces las enfermedades de la mamá son la causa de algunos casos de prematuridad y queda todo olvidado porque nació el bebé. Entonces este tiempo que la mamá está en

residencia de madres o que viene todos los días al hospital es el tiempo que nosotros usamos para decirle: ¿Fue al cardiólogo? ¿Se volvió a tomar la presión? ¿Fue al ginecólogo, qué le dijo? ¿Le volvió a cultivar el flujo, usted tiene una infección? (Médica)

También se recomienda a la mujer realizar una consulta en el servicio de planificación familiar a fin de que adopte un método anticonceptivo. Las voluntarias funcionan de nexo con el consultorio de planificación familiar gestionando los turnos para las mujeres de la residencia.

Nosotros tratamos que todas las mamás vayan al consultorio de planificación familiar, o tengan un turno y les explicamos a ellas que no es para avanzar sobre su privacidad sino para ofrecerles la oportunidad de elegir, cuándo quiere tener su próximo hijo, y también porque pensamos que a este bebé prematuro le va a venir muy bien que su próximo hermanito nazca cuando ya esté más crecido y no dentro de un año. Porque es un bebé que va a necesitar más dedicación, más cuidado, que en algunos aspectos madurativos va a necesitar más tiempo y que entonces a él le vendría muy bien, para desarrollarse bien, que la mamá no tenga otro bebé pronto. (Médica)

Bienestar emocional del RN y su familia

Uno de los propósitos del modelo MCF es contribuir al bienestar emocional de la familia del RN a través de diferentes acciones que reducen el stress y favorecen la organización emocional materna y familiar. Por un lado, el ingreso irrestricto de madres y padres les permite estar junto al bebé todo el tiempo que deseen. Esto facilita el desarrollo del vínculo entre madre/padre e hijo y a su vez les permite a los padres desempeñar un rol directo en el cuidado y atención del bebé, lo cual impacta positivamente sobre su autoestima. Particularmente el contacto piel a piel permite que las madres y padres se familiaricen con su hijo, pierdan el miedo a tocarlo y sostenerlo en brazos.

Lo que a mí me impactó más cuando empecé con el piel a piel, es el grado de satisfacción que tiene la madre, es algo que no se puede medir, le veía la cara de satisfacción y a lo único que atiné es a sacarle fotos, y sí, para demostrar esas caras, porque no hay evidencia científica de cómo demostrar cuán satisfecha está la madre. Y cuán satisfecho está el bebé porque los chicos cambian de expresión, los ves despatarrados, encima del pecho de la madre, una cosa placentera... (Médica)

El equipo mantiene una escucha atenta en relación a las necesidades y opiniones de las madres y padres y pone en marcha los mecanismos para ofrecer confort y privacidad. Asimismo, si bien el contacto piel a piel se recomienda siempre, no se impone como una práctica obligatoria en términos de horarios o duración.

Cuando hicimos el grupo focal sobre contacto piel a piel las madres dijeron “todo esto está muy bien, pero nosotras sentadas tanto tiempo no podemos”. Nos dieron las pautas para modificar algunas cosas y a partir de ahí se compraron los sillones con los almohadones. Con los horarios, ellas decían que a la mañana, por ejemplo, hay tanto movimiento en la sala, entre radiólogos, inter-consultores y demás, que preferían, por una cuestión de pudor, por una cuestión de intimidad, hacerlo a la tarde o a la noche que cuando ya está todo más tranquilo y se pueden bajar las luces. Y entonces, poquito a poco, conversando con las madres hemos logrado hacer la norma ajustada al protagonista. La otra cosa que nos dijeron fue “horarios no, si yo me siento y quiero tres horas, déjenme tres horas, si quiero media hora, media hora”. (Médica)

Por otro lado, estar presentes y ser testigos de la atención médica que reciben los RN, poder consultar al equipo de salud ante cualquier duda y recibir permanentemente información acerca de la evolución de su hijo reduce la ansiedad y tranquiliza a los padres.

Se trata de que los padres participen y vean, vean el accionar con su bebé. Yo creo que eso es importante. (Médica)

A veces nos preguntan “¿y ustedes cómo hacen para manejar la agresividad de los padres?”, nosotros decimos “la agresividad de los padres, se desmonta abriendo las puertas”. Vos abris la puerta y el padre es otro, y es muy raro que tengamos un padre agresivo en la unidad. (Médica)

Otro eje fundamental es la contención de la madre frente a la desorganización familiar que deviene de su ausencia del hogar muchas veces distante del hospital y la separación del resto de su familia. Ambos padres enfrentan múltiples demandas que los sobrepasan en sus posibilidades, y la madre es la más exigida en este sentido. La visita de hermanos y abuelos constituye una estrategia de acompañamiento de la familia y uno de sus propósitos es brindar sostén emocional a la madre.

Los hermanos cuando no ven al que está internado, pueden presentar manifestaciones tales como: trastornos escolares, trastornos del sueño, alteraciones transitorias de pautas de conducta, etc. Estos síntomas en general mejoran luego de las visitas... Los dibujos que los hermanos realizan en las reuniones previas a la intervención, son muy desorganizados, y van mejorando en los encuentros sucesivos. (Psicóloga)

Los hermanitos entran, están en contacto con el bebé, hasta lo tienen alzado, y a los que están en respirador los hermanitos meten la manito en la incubadora los tocan, después las madres dicen que los hermanitos han bajado los niveles de ansiedad que tienen cuando se quedan solos en la casa y la madre acá. Al saber cómo está el hermanito duermen más tranquilos. Hubo madres que me dijeron “mi nene ya no se hace pis en la cama desde que vino a visitar al hermanito”. Y las madres me cuentan las experiencias que tienen, muy buenas, que por lo menos ya se vienen más tranquilas, sobre todo las madres de prematuros que tienen que estar en la residencia, ya se quedan más tranquilas en la residencia sabiendo que los demás chiquitos están por lo menos controlados. (Enfermera)

Los abuelos pasan a ser testigos de que el nuevo nieto existe, que ser prematuro es una condición superable... (Psicóloga)

También cabe destacar el rol de las voluntarias que organizan la residencia y acompañan, orientan y ayudan a las madres.

El objetivo del trabajo de las voluntarias es que ellas ayuden a las madres para que las madres puedan estar lo mejor posible para atender a su bebé. Ellas le tienen que resolver a las madres los problemas sociales que tienen, si les falta algo, ponerle la oreja, escucharla, conseguirle por ahí un cochecito o ropita. Otras cosa que hacen es organizar la residencia de madres y eso significa hacer esta tarea de contención, tratar de armonizar la convivencia, escucharlas. (Médica)

2) Internación transicional (ANI)

Este sector incluye internación de baja complejidad. La duración promedio de internación es de una semana. Los cuidados especiales (principalmente luminoterapia) podrían ser brindados sin necesidad de separar a la madre del bebé. Sin embargo, por cuestiones de infraestructura y por carecer

de suficiente personal de enfermería debidamente capacitado los bebés son separados de la madre e internados en este sector. Aquí también ingresan temporariamente bebés que no pueden estar en internación conjunta porque la madre tuvo una cesárea y no tiene una acompañante mujer para que la asista, e hijos de mujeres que luego de parir están esperando para que se las traslade a una cama. Al igual que en la unidad de cuidados intensivos se permite el ingreso irrestricto de los padres. Si bien las madres pueden utilizar la residencia ubicada en el piso superior, por lo general prefieren permanecer junto a las cunas durante todo el día.

Con otra infraestructura y personal se podría brindar internación conjunta en estos casos de bebés que no requieren asistencia respiratoria. (Médico)

Te dan un desayuno, almuerzo, merienda, cama, y después te puedes bañar e ir al baño... algunas van a dormir, pero la mayoría se queda acá, si, llora o algo vos estás acá. La mayoría están acá o vamos al baño o a comer todas juntas y la enfermera se queda y nos avisa, pero te ayudás porque si no... es difícil... nosotras nos recostamos acá... porque tenés miedo, no se... de no escucharlo. (Madre de RN internado en ANI).

Dado que los RN de la ANI permanecen internados por períodos cortos, la familia se vincula de otra manera con el equipo de salud. Existe una preocupación por parte de la coordinación de esta área para que las madres y padres puedan identificar un profesional como referente para seguir la evolución del RN.

Los papás saben que yo soy fulano de tal y que vengo todas las mañanas, y que yo entre tal hora y tal hora veo a los bebés con los residentes y las enfermeras. Entonces, ellos saben que a esa hora me encuentran, que me pueden preguntar acerca del bebé y de ellos, pero tienen que tener un referente. Porque lo que nos pasa en estas instituciones es que la gente no tiene un referente, y se pierden, te preguntan por una doctora o, un médico peladito, y el otro defecto es que no tenemos identificación. (Médico)

Por tratarse de RN que no tienen problemas graves de salud pero que necesitan un seguimiento muy cercano, la duración de la internación está también determinada por las características de la familia del RN en términos de su posibilidad de brindar los cuidados necesarios y regresar para los controles pautados.

Si la mujer es una mujer de 30 años que tiene tres hijos más, que amamantó a todos, que vive a quince cuadras de acá, que el marido tiene trabajo, digo, hay una serie de características que hacen que este bebé tenga más probabilidad de salir adelante y manejarlo desde la casa controlándolo muy seguido. Ahora, si es el primer hijo, la madre tiene 16 años y vive en Guernica¹ no lo va a poder traer acá, y no le queda otra, el bebé se queda acá. Si tiene 16 años a 40 horas del parto no le puedo dar el alta a esa chica y a ese bebé. Entonces esos bebés están acá y a las madres se les ofrece la residencia.
(Médico)

3) La atención del parto y la internación conjunta postparto

El Centro Obstétrico de la Maternidad Sardá mantiene aún las características clásicas con sector de preparto, boxes de parto y quirófanos. Esta modalidad no favorece la concepción actual que promueve la desmedicalización del parto normal. La institución ya hace más de dos años, aprobó por resolución de su Consejo Técnico Asesor la construcción de salas únicas de trabajo de parto, parto y recuperación (Salas TPR) tal cual se recomienda para favorecer la participación de la familia y más específicamente del acompañante para la mujer embarazada.

También se solicitó la ampliación del número de camas para púerperas como manera de evitar el sistema de altas precoces, desaconsejable para esta población tan vulnerable desde el punto de vista sanitario y social. Estas obras no se han iniciado a pesar de reiterados pedidos en tal sentido.

Como consecuencia, en meses en que la demanda aumenta significativamente por cierre de maternidades vecinas, como sucede habitualmente en enero y febrero, se produce la inevitable espera de madres púerperas en camillas en el sector de partos. Esta situación es sumamente incómoda para ellas y sus hijos. La tarea de desocupar camas en los sectores de internación obstétrica para su rápida reubicación, no es fácil. El alta debe ser precedida de estudios completos de madres e hijos para que se puedan atender luego por consultorios externos. Los niños no pueden ser referidos a centros periféricos ya que la **HMIRS** carece de área programática.

En resumen, este aspecto tan desfavorable e injusto, es plenamente reconocido por la institución y debe ser necesariamente corregido en el marco del modelo MCF.

¹Localidad de la Provincia de Buenos Aires, distante de la Ciudad de Buenos Aires y del centro de atención.

La internación conjunta Madre-Hijo RN sano se realiza en salas grupales, ya que no existe la posibilidad de ofrecer habitaciones individuales con el necesario apoyo por los agentes de salud las 24 horas 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 la iniciativa 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 que se suman.

Las comidas se ofrecen en las mismas salas de manera de no separar a las madres de sus hijos. Asimismo, los exámenes médicos y los controles programados se efectúan en la misma cuna del RN o en la cama de la madre nuevamente con la idea de evitar innecesarias separaciones.

A las mujeres que tuvieron parto por cesárea se les permite estar acompañadas por una persona de sexo femenino durante la internación para ayudarla con el cuidado del bebé, evitar la separación madre-hijo y facilitar el inicio de la lactancia. Cuando la mujer no tiene acompañante o sólo cuenta con un acompañante varón, los bebés son llevados a la ANI para permitir la recuperación de la madre. Si se contara con suficiente personal de enfermería en la sala de maternidad o si existieran espacios con mejores condiciones de privacidad, no sería necesario separar a estos RN de sus madres.

“Hay un déficit de enfermería en internación conjunta que es por donde pasa el 90% de los chicos que nacen acá” (Médico)

4) Consultorio de seguimiento

En este consultorio se sigue a los recién nacidos sanos hasta el mes de vida y luego se los deriva al centro de salud u hospital que corresponda según su lugar de residencia. Los niños prematuros, con síndrome de Down, fisura palatina, o trastornos neuromotores son incluidos en programas especiales de seguimiento hasta los 6 años de edad. Los hijos de madres adolescentes también cuentan con un programa de seguimiento hasta los 6 años.

En el seguimiento se trabaja en forma cercana con la familia, brindando información, atención especializada y contención. Se pone énfasis en la participación de ambos padres o de un familiar que acompañe a la madre en la consulta de seguimiento.

El registro personalizado y actualizado de la evolución de cada niño permite identificar aquellos que abandonan el programa de seguimiento. En

esos casos el equipo de salud, a través de las trabajadoras sociales, contacta a las familias para indagar acerca de los motivos del abandono de los controles y estimular el seguimiento.

Las voluntarias realizan tareas administrativas y facilitan medios (viáticos) para que los niños permanezcan en el programa de seguimiento. También proveen ayuda material para necesidades básicas del niño y su familia (leche, ropa, medicación, elementos para el bebé). Asimismo, las voluntarias manejan la asignación de turnos que se realiza por orden de llegada, y cuando es necesario priorizan la atención de pacientes aún sin que hayan obtenido un turno.

El exceso de trabajo, la escasez de profesionales rentados, el sistema de turnos, las largas esperas y el horario de atención son algunos de los puntos críticos del consultorio. Otro punto es que no existen consultorios ni horarios de atención diferenciados para niños sanos y prematuros o enfermos.

Factores críticos positivos y negativos

Este estudio de caso permite identificar determinados factores críticos positivos y negativos que facilitan u obstaculizan potenciales implementaciones del modelo. El siguiente cuadro, intenta apelar a aquellos factores relevantes que surgen de la evaluación de la propuesta. Sería recomendable que estos aspectos sirvan de ayuda o guía para aquellas instituciones que deseen implementar el modelo en el momento de analizar los factores contextuales antes de su implementación.

Factores críticos positivos	Factores críticos negativos
Institucionalización de un modelo de atención. Logro de adherencia a una cultura de trabajo	Financiamiento de insumos para el cambio del modelo de atención <i>versus</i> el empobrecimiento progresivo del sector público
Mirada introspectiva y capacidad de reflexión del equipo sobre sus propias prácticas.	Disponibilidad de los recursos humanos necesarios y capacitación continua para llevar adelante el modelo
Capacidad de escucha a las familias de los RN	Promover la presencia de centros de atención primaria para referencia y contrarreferencia
Valoración del rol auditor de las madres y padres sobre el desempeño del equipo de salud	Difícil compatibilización de la actividad programada dentro del modelo con la coyuntura y demanda creciente en algunos sectores
Decisión y participación de madres y padres sobre el cuidado de sus hijos.	Necesidad de revisión de la hegemonía médica respecto de sus posturas, prácticas y relación con los otros integrantes del equipo de salud y las familias
Efecto beneficioso sobre su autoestima	Vencer resistencias internas para la implementación del modelo de MCF en todas las áreas de la institución
Rol de la red familiar en el sostén de las madres de RN internados	
La residencia para madres ofrece un espacio confortable y gratuito que les permite estar cerca de los hijos.	

Factores críticos positivos y negativos

Factores críticos positivos	Factores críticos negativos
Familiarización directa de los nuevos residentes con el modelo MCF a través de la rotación por enfermería.	
Liderazgo y continuidad de la conducción del servicio.	
Producción de información, revisión de prácticas y sistematización de resultados alcanzados en artículos y publicaciones.	

Recomendaciones generales para la replicación u adopción del Modelo MCF

Para terminar, se incluyen las recomendaciones del equipo del **HMIRS** para la replicación del Modelo de MCF y la mención de algunas experiencias locales e internacionales:

1. Comprender y adherir a la concepción ética filosófica y solidaria del programa MCF.
2. Aceptar que se trata de un cambio de paradigma que suma acciones en el marco de la equidad sin ignorar la importancia de la medicina tecnológica en su indiscutible misión de preservar el derecho a la vida de las personas.
3. Entender que su factibilidad no se fundamenta en su bajo costo material sino en un necesario cambio de actitud. No de algunos pero sí de todos.
4. Su éxito no ensalza a quienes circunstancialmente tienen el rol jerarquizado de conducir sino a aquellos que ejecutan el programa en cualquiera de sus aspectos. Además el éxito no es un premio sino que en este caso es un compromiso.
5. El consenso debe expresarse en el Consejo Técnico Asesor Ampliado en cada hospital y con todos sus representantes.
6. Los recursos del programa MCF no pueden ser destinados luego a otros fines y el proyecto debe ser constantemente evaluado y reformulado.
7. La comunidad debe asumir progresivamente cada vez mayor participación, entendiendo que más que destinatario son los dueños del proyecto MCF.
8. Los agentes de salud deben comprender que la tarea es multidisciplinaria.

Asimismo, algunas experiencias acontecidas en el **HMIRS** permiten vislumbrar un espacio demostrativo para que la experiencia pueda ser extendida y replicada en otros ámbitos del país y de la región.

Internacionalmente, cabe destacar que los Dres. John Kennel y Mashall Klaus (†) de Cleveland, Ohio y de Oakland, California respectivamente, visitaron el Departamento de Neonatología del Hospital Sardá y

consideraron, a partir de esta visita, la necesidad de repensar la asistencia neonatológica. Por el otro lado, la visita programada de las y los hermanos fue replicada en el Hospital Port Royal de París, Francia, a partir de 1995 en el Servicio de Neonatología de ese hospital, luego de la visita de la Psicóloga V. Hellman del Hospital Sardá y continúa hasta la fecha sin interrupciones. El proceso fue iniciado por Cathérine Druon (2001). El modelo base es el del **HMIRS**, sin embargo la visita de hermanos es "al menos una vez por mes", a diferencia de éste que se realiza una vez por semana.

A nivel de Argentina el modelo se ha diseminado en algunos servicios por residentes y otros trabajadores de la salud que han rotado por el Servicio de Neonatología del **HMIRS**. Este recurso, una vez formado, se comporta como agente de transformación para futuras experiencias en el ámbito asistencial. Algunas de las experiencias con diferentes grados de adaptación se llevan a cabo en Tucumán, Quilmes y Pcia. de Buenos Aires.

Conclusiones y recomendaciones

El estudio de caso, en cada uno de los servicios de la MCF, demostró que es factible la participación activa de la familia, en especial de la madre en la atención y cuidado del recién nacido, aún cuando éste está en un servicio de alta complejidad.

Por otra parte, se pudo comprobar que la incorporación de la familia (hermanos y abuelos) a través de visitas programadas no solo actúa como factor de contención y apoyo, sino también como elemento fundamental para aquellas madres que deben transcurrir largos períodos en el hospital y no pueden estar presentes en sus hogares cotidianamente. Esto a su vez, según los testimonios, es un factor clave para los hermanos, ya que no sólo atenúa la ausencia de la madre, sino que también permite la convivencia con el hermano recién nacido despejando las fantasías y permitiendo la incorporación progresiva del bebé.

Cabe destacar que la reducción de mitos respecto de los riesgos de infecciones con la incorporación de la madre y el padre en la neonatología, fue y es una de las piedras angulares para la implementación y efectividad de este modelo. En este caso, el esfuerzo por corroborar con evidencia científica lo que se observaba en términos de bienestar de los recién nacidos fue determinante.

Otra de las conclusiones derivadas de los testimonios y experiencias recogidas durante el trabajo de campo es que este modelo permite incorporar intervenciones de bajo costo pero de alto impacto como lo es el Contacto Piel a Piel (COPaP). Esta intervención arroja resultados positivos comprobados no solo a nivel vincular, sino también biológico, como la reducción del tiempo de llanto, un aumento en el estímulo fisiológico, y la lactancia controlada con los beneficios que esta conlleva.

Otro de los elementos que hacen a esta conclusión y que pudieron comprobarse en el trabajo en terreno, tanto a partir de la observación directa

como en las entrevistas realizadas, es el haber obtenido un ambiente más amigable para los recién nacidos y sus madres. Esto pudo ser llevado a cabo a través de un trabajo en conjunto de cuidado entre los profesionales de la salud y familiares, cuyo resultado es un clima en el cual no solo se ven beneficiados los profesionales porque dan cuenta de los cuidados y atención médica otorgada, sino también los familiares, puesto que adquieren un rol activo y partícipe en la recuperación de la salud del recién nacido. Estas condiciones permiten una mejor evolución y desarrollo del recién nacido en condiciones críticas. Por el otro lado, esta participación permite la responsabilidad compartida entre unos y otros que garantiza el haber hecho todo lo posible para cuidar a ese bebé.

Finalmente, a nuestro entender, este modelo otorga al recién nacido el estatus de sujeto de derechos al cual se le debe respetar y garantizar la permanencia y contacto con su familia además de la mejor atención de su salud que sea posible. Este gozo de los derechos se extiende a la familia dado que se convierte en defensora y garante a la vez que se empodera por haber adquirido la capacidad para cuidar a un sujeto vulnerable y poder tomar decisiones más informadas.

Lecciones aprendidas

- Pasaje de la aparatología al sentido amplio de la tecnología: promover intervenciones menos costosas pero con beneficios más significativos (ejemplo: CoPaP).
- Ruptura con el mito de la "intromisión" en las unidades de cuidado intensivo neonatal de las familias y su consiguiente riesgo potencial para la transmisión de gérmenes patógenos. En la práctica, con el cumplimiento de la exigencia del lavado sistemático de manos se resuelven todos los temores y preconceptos.
- Posibilidad de desarrollo de dispositivos pedagógicos que incorporan a las enfermeras como "cuidadoras y transmisoras (advocates)" del modelo frente a los nuevos profesionales que se incorporan al sistema.
- Desarrollo de capacidades para entrenar a la mujer y su familia en los cuidados y detección de signos de alarma post externación.
- Poder pasar desde el interior del servicio, de una lógica apoyada en las voluntades individuales a la replicación del modelo en distintas áreas con un sentido colectivo y solidario.
- Necesidad de desarrollar capacidades para identificar aliados para la implementación, acortando los tiempos para lograr la institucionalización y apelando a un cambio en la cultura del cuidado de la salud.

Anexo 1

Fundamentos para promover cambios en los modelos de organizaciones para la asistencia perinatólogica.

El interés por promover cambios en los modelos de organización fue una condición necesaria y permanente de parte de los profesionales del hospital. Según ellos (ASAPER, 1996): "Un centro perinatólogico es: una manera de organizar recursos para:

- Promover el respeto por la mujer embarazada, su hijo y su familia
- Ofrecer un sistema de medicina preventiva y anticipatorio
- Garantizar el derecho a la vida de la madre y el niño
- Fortalecer el vínculo padres-hijos
- Modificar la actitud de los agentes de salud
- Sumar esfuerzos de todos los especialistas involucrados en la asistencia de mujeres embarazadas, sus hijos y sus familias
- Promover educación en todas sus formas
- Acortar los plazos de la necesaria transformación porque el futuro empieza ahora.

Referencias bibliográficas

ASAPER, *Primera Guía Argentina de Perinatología, Organización de un Centro Perinatológico*, Tomo II, Asociación Argentina de Perinatología, 1996.

Achaval A., Buscaglia J. C., Larguía M. A., "Remodelación del Servicio de Neonatología. Propuesta de un modelo racional y funcional", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2003, 22, N° 1, pp. 16-18.

Als, H., "Assessing and assessment. Conceptual consideration, methodological issues and a perspective of the future on the Neonatal Behavioral Assessment Scale". En: Sameroff A. J., *Organization and stability of newborn behavior. A commentary on the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale, Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1986, 177, pp. 14-28.

Aspres, N., *et al.* "Amamantamiento en R.N. Prematuros de muy bajo peso al nacer (PMBPN =1500 g). Analisis de una experiencia en una institución pública", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1994, 13, N° 3, pp. 115-122.

Aspres, N., "Consultorios Externos de Pediatría, desde sus comienzos hasta hoy", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1998, 17, pp. 175-183.

Benítez A., Schapira I., Aspres N., "Evolución alejada de prematuros nacidos antes de las 29 semanas de gestación: morbilidad, crecimiento y desarrollo durante los 2 primeros años de vida", *Saludarte. Revista de Salud por los Niños de las Américas*, N° 4, Año 2, p. 19, diciembre 2001-febrero 2002, Bogotá, Colombia.

Referencias bibliográficas

- Bocaccio, C., *et al.*, “Aspectos relacionados con el psiquismo y el desarrollo de los recién nacidos”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, (3): 1997
- Brazelton, T. B., “Psychophysiological reactions in the neonate. The value of the observation of the neonate”, *J. Pediatr.*, 38:50, 1961.
- Brundi, M., “Contacto Piel a Piel madre/hijo prematuro. Conocimientos y dificultades para su implementación”, *V Congreso Argentino de Lactancia Materna*, SAP, Buenos Aires, 2005.
- Brundi, M., *et al.* “Contacto Piel a Piel madre/hijo prematuro y lactancia materna”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2007, en prensa.
- Dinerstein N. A., *et al.*, “Crecimiento y neurodesarrollo al año en niños de muy bajo peso al nacer. Comparación de dos estrategias nutricionales durante el periodo neonatal”, *Nutrición*, Año 5, Nº 1, febrero 2006.
- Druon, Cathérine, “L’entrée des frères et sœurs en médecine néonatale, une expérience à Port Royal”, *XXIèmes Journées Nationales de néonatalogie*, Paris, France, 2001.
- Escardó, Florencio: *Abandónicos y Hospitalismo*. Cuadernos de EUDEBA, 208, 1981.
- Grandi, C. y C. Bellecchi, “Sardá 2003 Grupo Colaborativo Neocosur”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 23, Nº 4, 2004.
- Gonzalez, M. A., “Acerca de la conflictiva familiar en una Unidad de cuidados intensivos neonatales”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1996, pp. 87-91.
- Gonzalez, M. A., “Problemática de los padres de los Recién nacidos en unidades de cuidados intensivos. Abordaje interdisciplinario”, *Arch. Argent. Pediatr.*, (94), pp. 178-82, 1996.
- Hellman, V. *et al.*, “La presencia de la familia en la alta complejidad neonatal. Ingreso de familiares a una unidad de Cuidados intensivos neonatales”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1996, (15), pp. 107-112.

Kennel, J.H. y M. H. Klaus. “Paradigma perinatal. ¿Ha llegado el momento de cambiarlo?”, *Clínicas de Perinatología* 1988, (4), pp. 827-841.

Larguía, A. M., *et al.*, “Estadísticas Vitales 1995”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1, 8, 1999.

Larguía, A. M. “Proyecto Maternidades Centradas en la Familia”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2000. 19, N° 4, pp. 177-195.

Larguía, A. M., Lomuto, C., González, M. A., Naddeo, S., Tortosa, G., Andina, E., Otheguy, L., Aspres, N., Waisman, M. “Programa Maternidad Centrada en la Familia (MCF) Segunda Etapa (2003). Propuestas para el Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2003, 22, N° 2, pp. 74-81.

Larguía, A. M., Lomuto, C., Tortosa, G., Naddeo, S., González, M. A., “Detección de interferencias y evaluación cuali-cuantitativa de actividades para transformar el Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá en Maternidad centrada en la familia”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2003, 22, N° 2, pp. 53-873.

Larguía A. M., “Manejo Integral de los Padres en los servicios de Neonatología”. En Larguía, A. M. (ed.), *Manejos integrales en neonatología*, Buenos Aires, Ergón, 1986, pp. 176-203.

Larguía, A. M., *et al.*: “Proyecto maternidades centradas en la familia”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2000. 19, pp. 177-89.

Larguía, A. M., Lomuto C., González M. A., *et al.* *Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia*. Fundación Neonatológica para el recién nacido y su familia, Buenos Aires, Argentina, 2006 (www.msal.gov.ar).

Martínez J. C., “El contacto madre e hijo prematuro piel a piel. Un aporte a la moderna asistencia neonatal”, *Arch. Argent. Pediatr.*, 1991, 89, pp. 142-146.

Martínez J. C., “International Perspectives, Skin to Skin Contact: a Paramount Contribution to Modern Neonatal Paradigm”, *Neoreviews* 2007: 8 (2) pp. 55-7.

Referencias bibliográficas

Martinez, J. C., “Atención Individualizada del recién nacido Pretérmino”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1993, 12, pp. 46-9.

Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud, *Indicadores Básicos 2006*, Argentina, 2006.

Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Argentina, *Estadísticas Vitales, Información Básica 2006*.
<http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/serie5nro49.pdf>

Muzaber, L. e I. Shapira, “Parálisis cerebral y el concepto de neurodesarrollo”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1998, vol 17, N° 2, pp. 84-90.

Organización Panamericana, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. *Indicadores Básicos 2006*.

Roy, E. *et.al.*, “Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 319 niños de 1-24 meses de la consulta ambulatoria de los hospitales Ramón Sardá y Luisa Gandulfo”, *Arch. Arg. Pediatr*, 86,1988.

Roy, E. *et.al.*, “Desarrollo Neurológico del Prematuro”, A. Miguel Larguía (ed.) *Manejos Integrales en neonatología*, Edit. Ergón, Buenos Aires, 1986.

Roy, E. *et.al.*, “Atención Pediátrica primaria,: evaluación del desarrollo y efectos de la estimulación temprana del niño sano durante el primer año de vida”, *Arch. Arg. Pediatr*, 1985. pp. 83-87.

Shapira, I., *et al.*, “Estudio Prospectivo de recién nacidos Prematuros hasta los 2 años. Evaluación de un método de medición del neurodesarrollo”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Vol 17, N° 2, 1998, pp. 52-58.

Shapira, I., *et al.* “Intervención ambiental y en el desarrollo de recién nacidos de alto riesgo”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Vol 13, N° 3, 1994.

Shapira, I. y N. Aspres, “Estrés en recién nacidos Internados en Unidad de Cuidados Intensivos: Propuesta para minimizar sus efectos”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 23 N° 3, 2004, pp. 113-121.

Shapira, I., *et al.*, “Hallazgos en dibujos de la figura humana en niños de 2 a 5 años, nacidos prematuros”, *Arch. Argent. Pediatr*, 99 (1), 2001.

Shapira, I., “Evaluación sistemática del desarrollo psicomotor y social desde la atención pediátrica primaria”, en *Neuropediatría, temas relevantes*, Benasayag *et al.*, Edit. CELCIUS, Buenos Aires, pp. 118-130, 1989.

Shapira, I., “Evaluación del desarrollo psicomotor y detección precoz de trastornos del neurodesarrollo y sensoriales durante el seguimiento en recién nacidos prematuros”, en: Meneghello, *Pediatría*, Capítulo 74, Editorial panamericana, Buenos Aires, 1997.

Shapira, I., *et al.*, VI Congreso Argentino de Perinatología, Buenos Aires, 1998.

Shapira, I., *et al.*, “Dos problemas 'ocultos' en la infancia: trastornos del desarrollo y accidentes. Propuestas para su prevención”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 24, N° 3, 2005

Shapira, I., “Características del desarrollo humano perinatal. Un método para la evaluación del sistema nervioso joven”, *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 23, N° 2, 2004, pp. 59-69.

World Health Organization, Proceedings of the Symposium “The Mother-Baby package” *International Confederation of the Midwifery Congress-Philippines*, May 1999.

