

PROGRAMA MATERNIDAD CENTRADA EN LA FAMILIA (MCF) SEGUNDA ETAPA (2003)

PROPUESTAS PARA EL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL RAMÓN SARDÁ

Dr. A. Miguel Larguía*, **Dra. Celia Lomuto***, **Lic. María Aurelia Gonzalez****,
Lic. Silvana Naddeo**, **Lic. Gabriela Tortosa*****

Colaboradores:

Dra. Elsa Andina****, **Dra. Lidia Otheguy***, **Dra. Norma Aspres***, **Dra. Mónica Waisman***

Introducción

A partir de la evaluación cuali-cuantitativa de las interferencias institucionales y referencias de satisfacción detectadas dentro de la Maternidad Sardá, los resultados obtenidos se dieron a conocer a la Dirección del Hospital, a los Jefes de cada área involucrada y finalmente fueron comunicados en ateneo central.

El estudio y la implementación de muchas propuestas, algunas ya presentadas en discusión, se resumen a continuación en coherencia con el objetivo del trabajo: *producir cambios en búsqueda de un modelo nacional de maternidades centradas en la familia.*

Propuestas para el servicio de Neonatología

Índice

1. Información a los padres.
2. Apoyo al desempeño paterno.
3. Contención de padres en crisis.
4. Contención de padres de recién nacidos (RN) con internaciones prolongadas.
5. Relación de los padres con enfermería.
6. Participación de enfermería en la visita de hermanos y abuelos.

7. Permanencia de los padres durante los procedimientos.
8. Normatización del contacto piel a piel madre-hijo prematuro.
9. Manejo del duelo.

1. Información a los padres

La información médica en todos sus aspectos diagnósticos, pronósticos, evolutivos, perspectivas de alta, estudios a efectuar, procedimientos asistenciales, interconsultas, participación de especialistas, riesgos de complicaciones, etc. es parte esencial de nuestra profesión y de la relación médico-paciente. Del estudio que se presenta surgen evidencias de disconformidad de los padres por la información recibida tanto en sus contenidos como en su forma, coherencia, continuidad y actualización. Es cierto que los RN internados en UTI/UCI son muy especiales por su condición a veces crítica y siempre cambiante. También es cierto que los contenidos de los mensajes a transmitir y compartir no se ajustan a códigos conocidos por los padres. Agregamos que además muy frecuentemente desconocemos el diagnóstico real y peor aún el pronóstico inmediato y/o alejado. Es difícil neutralizar esta incertidumbre médica y generar confianza. Tampoco se puede prometer lo desconocido ni garantizar resultados malos o buenos. Finalmente, para resumir el complejo panorama, la información queda muchas veces a cargo de médicos en formación o

* HMIRS, Médico Neonatólogo.

** HMIRS, Psicóloga.

*** HMIRS, Socióloga,

**** HMIRS, Médica Obstetra.

transversales en su condición de médicos de guardia.

Ante esta realidad las propuestas para el Proyecto MCF son:

- a. Realizar encuestas a profesionales médicos de planta, guardia y residentes para conocer su opinión y actitud frente al tema "información a los padres".
- b. Reorganizar con estos resultados la información reasignando la responsabilidad de la información, identificando el Médico de cabecera y definiendo el lugar y las oportunidades para brindarla.

2. Apoyo y motivación del rol paterno

Las madres de los RN en cuidados especiales tienen el ingreso irrestricto al Servicio, utilizan libremente la Residencia a ellas destinadas y asumen su rol maternal estimuladas por todos los agentes de salud. Participan activamente del cuidado de su hijo e incluso acceden rápidamente al contacto físico piel a piel.

Los padres, por su parte, tienen un horario ampliado de visita de 8 a 22 horas y también pueden participar activamente en el cuidado de sus hijos. Una intervención reciente tendiente a fortalecer su protagonismo demostró que muchos de ellos modifican favorablemente sus pautas de conducta en la Maternidad y aún más importante, también el hogar. Este cambio de actitud sirve de ayuda a la madre tanto en internación como en su casa.

La trascendencia de esta intervención obliga a incorporarla como norma del Servicio incluyendo en la acción a todos los padres.

3. Contención de padres con crisis

El Servicio de Neonatología del HMIRS asiste en UTI/UCI más de 1.000 RN por año que reúnen la condición de graves por patologías varias que incluyen prematuros extremos (<1.000 gramos) y malformados. En pocas palabras se puede afirmar que los padres de un hijo enfermo están igual o más enfermos (emocionalmente al menos). Este hecho de tan fuerte impacto existencial y anímico que implica la posibilidad verbalizada o no

de la muerte o invalidez del hijo exige en MCF un enfoque especial. Además de la propuesta enunciada de mejorar la información médica, individualizada y personalizada, el problema debe ser además abordado grupalmente. La condición de hijos internados actúa como un común denominador que prepara a los padres, para la escucha en reuniones multidisciplinarias con la participación interactiva de médicos, psicólogos, enfermeras y asistentes sociales. La contención emocional intentará así ser más abarcativa.

4. Contención de padres (RN) con internaciones prolongadas

La sobrevida creciente de prematuros extremos (<1.000 grs.) ha creado una nueva morbilidad consecuencia de su corta edad gestacional y de sus patologías asociadas: displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, sepsis tardía, déficit nutricionales, etc. Esta nueva morbilidad es la internación prolongada en sectores no diseñados para pacientes pediátricos. En esta realidad quedan también involucrados los padres expuestos a un importante desgaste que los afecta como parejas y personas. La convivencia con médicos y enfermeras se deteriora por intolerancia, enojos y críticas que producen inútiles enfrentamientos y aislamientos. También se afecta la convivencia de las madres en la comunidad de la RM donde el alta que se posterga actúa como detonante de enojos que el servicio de voluntarias debe corregir.

El Programa MCF ofrecerá un enfoque de parecida concepción al de los padres en crisis con reuniones semanales para la detección anticipada de desbordes emocionales.

5. Relación de los padres con enfermería

La participación activa de los padres y su permanencia por tiempos prolongados en el Servicio de Neonatología, sumados al ingreso irrestricto de las madres y su alojamiento en la Residencia tiene beneficios indiscutibles para los RN internados, es decir en sus hijos.

Sin embargo los agentes de salud, específicamente enfermería, quedan inevitablemente muy expuestos a situaciones enojosas, críticas no

siempre justificadas y exigencias a veces desmedidas. El control de estos conflictos reales y cada vez más frecuentes por la creciente sobrevivencia de prematuros extremos que condiciona internaciones muy prolongadas, de hasta meses, es esencial para su prevención y/o compensación.

Reuniones semanales para la detección de estos problemas son esenciales en el marco de MCF a partir de las cuales, los responsables de conducción de enfermería en conjunto con la jefatura de Servicio y el equipo de Salud Mental elaborarán estrategias pertinentes para dicha situación, incluyendo cuando correspondiere la individualización de casos particulares.

6. Participación de enfermería en la visita de hermanos y abuelos

En la Maternidad Sardá esta oferta de servicios es un "standard care" que se cumple satisfactoriamente desde hace años y está a cargo del equipo de psicólogas de Salud Mental. Esta actividad se hará más abarcativa mediante la participación de enfermeras/os, como escuchas y luego guías en la visita. El objetivo es colaborar con las psicólogas en la actividad y recibir de los hermanos y abuelos los estímulos apropiados para jerarquizar la tarea de enfermería. La actividad será rotativa en número de dos para comprender todo el personal de los turnos mañana y tarde.

7. Permanencia de los padres durante los procedimientos

Señalamos la importancia del ingreso irrestricto de los padres (madres especialmente) al Servicio de Neonatología y su permanencia continua de manera de participar activamente en el cuidado de sus hijos y de fortalecer el trascendente vínculo madre-hijo tan comprometido en situaciones de enfermedad e internaciones prolongadas. Sin embargo la necesidad de efectuar procedimientos asistenciales en los RN en cuidados especiales motiva que con demasiada frecuencia se les solicite a los padres que se alejen temporariamente de las áreas de internación. Esta salida si bien transitoria, deberá disminuirse para evitar estas situaciones de a veces injustificadas separa-

ciones. La propuesta consiste en permitir la permanencia de los padres en procedimientos que no revistan complejidad, tales como extracción de muestras de sangre por catéter, canalización de vasos umbilicales, estudios ecográficos, estudios radiológicos, etc. Es más, durante estos procedimientos la permanencia de la madre servirá para la contención emocional de sus hijos. Será motivo de pensamiento y estudio considerar la posibilidad de que los padres permanezcan también durante los procedimientos dolorosos ya que está demostrado que su presencia actúa atenuando los mismos.

8. Normatización del contacto piel a piel madre-hijo prematuro

La salida transitoria de incubadora de RN prematuros para ser colocados en contacto piel a piel con su madre o padre, es una de las intervenciones de mayores beneficios demostrados para ambos. En tal sentido, esta acción de costo operativo cero, no debe quedar librada a iniciativas de enfermería o de los propios padres. Tratándose de una acción tan positiva desde múltiples puntos de vista, deberá estar normalizada para asegurar la oferta en forma cotidiana. Para ello se redactará un protocolo que incluirá la definición de la población beneficiada, el momento y la continuidad del procedimiento.

9. Manejo del duelo

La muerte de recién nacidos es un acontecimiento desgraciado e irreparable. En Centros Perinatológicos de alta complejidad ocurre inevitablemente con relativa frecuencia por lo que no debe negarse su impacto en padres y agentes de salud. La inherente vulnerabilidad de prematuros extremos y la letalidad asociada a malformaciones son causales de la mayoría de estos desenlaces no deseados pero reales.

El duelo por la pérdida de un hijo es un estado emocional conocido que transita etapas consecutivas hasta la superación necesaria para reasumir roles existenciales. Esta secuencia de condiciones anímicas puede alterarse y la elaboración del duelo transformarse en enfermedad.

Las MCF deben ofrecer un seguimiento especializado para estos padres con pautas de escucha, información oportuna y continencia afectiva.

Para ello, los padres serán citados periódicamente (al primer mes, sexto y al año) para reunirse con un equipo interdisciplinario que controlará la evolución del duelo y actuará frente a situaciones de anormalidad del mismo.

Propuestas para la Residencia de Madres de RN prematuros y/o enfermos

Índice

1. *Creación de un área de recepción para las familias.*
2. *Visitas organizadas de ex prematuros con sus padres.*

En el estudio realizado, la Residencia de madres fue el sector más reconocido por su calidad, utilización y oferta de servicios. Las voluntarias a cargo recibieron ponderaciones unánimes por parte de las madres y el agradecimiento por su acción solidaria fue manifestado enfáticamente. Las propuestas para este sector se resumen a continuación.

1. Creación de un área de recepción para las familias

Se trata de un ambiente externo a la Residencia de madres que ofrezca las comodidades necesarias como un área de recepción para las familias. Es decir que permita la visita de maridos, padres, hijos y familia en general mejorando la condición actual (permanencia en los pasillos).

2. Visitas organizadas de ex prematuros con sus padres

Ex prematuros y RN con patologías diversas que estuvieron internados en el Servicio de Neonatología en Cuidados Especiales, concurren periódicamente a la Maternidad para seguimientos por equipos multidisciplinarios en los consultorios externos de Pediatría, a veces por muchos años. Estas personas con sus padres, son los visitantes ideales para las madres en Residencia de madres. Constituyen pruebas reales y visibles de

un futuro posible para RN hoy internados en condiciones comparables a las que ellos tuvieron y superaron. El Servicio de Voluntarias presente en ambas áreas del hospital organizará visitas semanales con estos testimonios vigentes para el estímulo de madres con un presente comprometido y a veces alarmante. Las visitas se realizarán cada dos semanas coordinadas con los responsables de los seguimientos especializados mencionados.

Propuestas para las salas de Obstetricia y de Internación conjunta madre/hijo

Índice

1. *Modificación de la planta física.*
2. *Acompañante femenino.*
3. *Ampliación del horario de visita.*
4. *Coordinación de actividades multidisciplinarias.*
5. *Adecuación de los mecanismos de información.*
6. *Capacitación de enfermería perinatólogica.*

1. Modificación de la planta física

- Reemplazando las salas actuales con 12 camas por salas de 4 camas (Mx) con un baño por cada una de ellas.
- Baños para visitas estratégicamente distribuidos en las unidades.
- Contar con un salón esparcimiento (televisión juegos, actividades manuales, etc) y encuentro familiar, para que las pacientes que deambulan puedan recibir visitas sin restricciones.

2. Acompañante femenino

Informar a las pacientes que aquella con cesárea o con dificultades para atender a su hija/o pueden tener un acompañante femenino las 24 horas contando con la autorización del Jefe de Unidad correspondientes. La información deberá ser realizada fehacientemente a través de una leyenda en la ficha que se le entrega a cada paciente con el número de sus RA o de su HC y con afiches en los consultorios externos y el consultorio de guardia. Estas personas, no podrán retirar al RN de la sala en que se encuentre internada su madre.

3. Ampliación del horario de visita

Se sugiere ampliar los horarios de visita de 14,30 a 16,30 horas, para todas las visitas e irrestricto para los padres del RN, reteniendo el documento de todos aquellos que ingresen al Hospital, el cual deberá ser devuelto cuando la persona se retire de la institución. Fuera del horario de visitas, los familiares podrán acercarse o ingresar para situaciones especiales si cuentan con la autorización del Jefe de Unidad; de lo contrario lo harán acompañados por el personal de vigilancia, pero de ningún modo se les prohibirá el acceso. En todos los casos se cumplirá con la indicación de retener su documento mientras permanezca dentro del Hospital.

Se recomienda asimismo, detectar una/un enfermera/o por turno y por sector, que tenga mayor disposición para el trato con la familia fin de evitar conflictos que pudieran suscitarse por la percepción por parte del personal de que esta apertura pudiera interferir con su trabajo, teniendo presente que la información de la evolución médica deberá ser dada exclusivamente por un médico ya sea de planta o de guardia.

4. Coordinación de Actividades Multidisciplinarias

Internación conjunta (IC) es un área fundamental en los CP como la Maternidad Sardá para realizar actividades de Educación para la Salud y para ofrecer acciones de prevención esenciales, para el presente y el futuro de madres e hijos. Estas actividades y oferta de acciones asistenciales se originan desde diferentes agentes de salud, especializados en sus conocimientos. Por tal motivo, el Programa MCF deberá incluir un sistema de coordinación que represente los objetivos y consensos de dichas intervenciones. Necesariamente la participación será como en las demás propuestas de todo el Hospital, evitando superposiciones y omisiones.

A continuación enumeramos los temas prioritarios a coordinar en I.C. garantizando además una cobertura total:

a. Lactancia materna (Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño. Política Institucional).

- b. Puericultura. Capacitación de los padres para el cuidado integral de sus hijos Recién Nacidos.
- c. Puerperio. Cuidados básicos y signos de alarma incluyendo pesquisa de depresión puerperal, detección de factores sociales o personales de riesgo.
- d. Salud reproductiva incluyendo acceso a consultorios de procreación responsable, corrección de déficits nutricionales y pesquisas universales (VDRL, HIV Chagas, Hepatitis B, etc.)
- e. Programa de Apoyo a madres adolescentes con seguimiento multidisciplinario (PROAMA).

Las propuestas a considerar como medidas complementarias son:

- f. Realizar talleres de reflexión, rol playing, con expertos en estas técnicas.
- g. Producir y utilizar videos existentes propios y de sociedades científicas u Organismos Internacionales (UNICEF, OMS, etc.).

5. Adecuación de los mecanismos de información

Ver propuesta desarrollada en el área de Servicio de Neonatología. Incluye la preparación actualizada de un instructivo o video educativo.

6. Capacitación de enfermería perinatólogica

Motivar y capacitar a enfermería para el cuidado continuo e integral del binomio madre-hijo Recién Nacido.

Consultorios externos de Pediatría

El consultorio funciona en base a la asistencia con criterio preventivo de poblaciones vulnerables, de alto riesgo biológico y/o ambiental.

Poblaciones que se asisten:

1. Seguimiento de RN <1.500grs de peso de nacimiento.
2. Seguimiento de RN de madres adolescentes.
3. Seguimiento de RN de madres portadoras de HIV, chagas, toxoplasmosis, rubeola, citomegavirus, VDRL.
4. Seguimiento de niños con cardiopatías congénitas.

5. Seguimiento de Niños de madres RH (-) sensibilizadas.
6. Seguimiento de niños con encefalopatía hipóxico isquémica.
7. Seguimiento de niños con síndromes genéticos y/o malformativos (Trisomía 21, mielomeningocele, alteraciones orofaciales).

El tiempo de seguimiento de cada población de pacientes está determinado por los objetivos de cada programa.

Los RN entre >1.500 grs. <2.500 grs. de PN y que no pertenecen a ninguno de estos programas, se siguen hasta el año.

Los RN de término sanos se controlan hasta el mes, luego se derivan al consultorio más cercano a su domicilio.

Se cuenta con un centro de lactancia, donde las madres pueden consultar todos los problemas que se presenten en el amamantamiento.

Un consultorio de neurodesarrollo, donde se evalúan a los niños que pertenecen a los distintos programas de seguimiento, y se realiza intervención temprana a aquellos niños que lo requieren.

Además se cuenta con las siguientes especialidades:

- Neurología
- Cardiología
- Oftalmología
- Fonoaudiología
- Infectología
- Genética.

Acciones

En la actualidad se está ejecutando, con colaboración de la ONG Fundación Bemberg, un nuevo proyecto en el cual se han contemplado las sugerencias surgidas de la encuesta efectuada a los usuarios-pacientes. La superficie resultante será de 700 m² y permitirá:

- Mejor acceso.
- Mejor señalización.
- Higiene continua del sector, a cargo de personal de limpieza estable y permanente.
- Baños para el público.

En Sala de espera

- Mas espacio, mayor cantidad de asientos, decoración más agradable para padres y niños, (fotografías de niños saludables y madres amamantando, juegos) Presencia de vigilancia.

En los Consultorios

- Aumentar el número de los mismos.
- Garantizar mayor privacidad durante la atención.
- Agruparlos en centros donde se desarrollan actividades específicas: Centro de lactancia, Centro de genética, etc.

Propuestas para Consultorios externos de Pediatría

Índice

1. *Optimización del sistema de turnos y de la recepción de pacientes.*
2. *Favorecer el ingreso de la familia y en especial del padre durante la consulta.*
3. *Implementación de actividades de educación para la salud durante el tiempo de permanencia en sala de espera.*
4. *Exención de todo pago de aranceles, las contribuciones se harán en alcancías y de carácter voluntario, únicamente.*
5. *Propuestas destinadas a mejorar la relación equipo de salud-pacientes.*
6. *Evaluación periódica de la calidad asistencial.*

1. Optimización del sistema de turnos y de la recepción de pacientes

- Mejorar el sistema de turnos: En la actualidad se atiende por orden de llegada a todos los niños que concurren espontáneamente al consultorio sin turno previo, lo que hace que el número diario de pacientes a asistir sea impredecible y que el tiempo de espera de las familias sea muy prolongado. Con el fin de solucionar esto se propone la creación de una Central de turnos que permita la reserva programada de turnos para el consultorio general y los consultorios de especialidades, personalmente, telefónicamente (varias líneas rotativas) y por correo electrónico. Esto permitirá a cada familia conocer anticipadamente el día y la ho-

ra en que será atendida, implicando la programación de un número fijo y conocido de turnos diarios, el que podrán ser adecuado al número de médicos disponibles cada día. Sin embargo, se contemplará la situación de aquellas familias que concurren sin turno previo por intercurrencias, o que por problemas económicos hayan perdido su turno y concurren a control cuando les es posible, evitando así oportunidades perdidas.

- Con el fin de que cada médico conozca con la mayor exactitud posible la evolución durante la internación de pacientes a menudo muy complejos, se propone el acceso de cada médico a la historia clínica original de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión en alguno de los programas de seguimiento.

La central de turnos deberá entregar al archivo de historias (H.C.) el listado de niños citados con un día de anticipación, a fin de que el archivo las prepare.

Los recién nacidos de término sanos se podrán atender con resumen de su H.C. para agilizar la asistencia.

- Para que las familias se sientan contenidas y orientadas desde su llegada, todos los pacientes deberán dirigirse en primer lugar a la recepción, donde serán recibidos por voluntarias o secretarias.

Su tarea será verificar los turnos programados, separando las H.C. de estos pacientes y abrir una ficha a los pacientes que se atienden con resumen de H.C.

A estos se les entregará un número por orden de llegada.

Las secretarias-voluntarias orientarán a los pacientes sobre la ubicación de su lugar de asistencia, explicando como utilizar el sistema de señalización.

2. Favorecer el ingreso de la familia y en especial del padre durante la consulta

Dada la importancia de la participación del conjunto de la familia en la consulta, lo que permite que todos compartan la información que en ella se vuelca y que a su vez el médico tenga un

mejor y más directo conocimiento de sus miembros, se alentará el ingreso a la misma de los acompañantes, valorizando especialmente la presencia del padre.

3. Implementación de actividades de educación para la salud durante el tiempo de permanencia en sala de espera

Con el fin de que la espera sea también tiempo útil, aún en la percepción de nuestros usuarios se propone:

- Organizar actividades grupales de educación para la salud.
- Entregar material impreso que refuerce estas actividades.
- Exhibir videos educativos.
- En base al conocido valor que tiene para los padres de los niños internados el conocimiento de la experiencia de padres de ex-prematuros, y de la evolución a largo plazo de estos pacientes, se invitará a las familias de pacientes en seguimiento a concurrir a las reuniones de padres que se realizan en la unidad.

4. Exención de todo pago de aranceles, las contribuciones se harán en alcancías y de carácter voluntario, únicamente

Dado que los pacientes que asisten a nuestro consultorio son predominantemente de bajo nivel socioeconómico, no se solicitarán contribuciones monetarias, solo se colocarán alcancías para contribuciones voluntarias.

5. Propuestas destinadas a mejorar la relación equipo de salud-pacientes

- Se tratará a los pacientes en forma amable, cálida y sin autoritarismo. Deberá tenerse en cuenta el alto porcentaje de extranjeros que se asisten en la Maternidad, los que se manejan de acuerdo a otra cultura, con códigos y lenguaje diferentes.
- Cada integrante del Equipo de Salud deberá portar en forma visible una placa identificatoria con su nombre y apellido y su puesto.
- En lo posible cada paciente deberá tener un mismo médico en todas sus consultas, esto va

tejiendo una relación particular que lo transforma en el pediatra de esa familia.

- Al cabo de la consulta el médico deberá asegurarse que su mensaje ha llegado correctamente a los padres de su paciente.

6. Evaluación periódica de la calidad asistencial

Con una frecuencia a establecer, se efectuarán controles de la calidad asistencial mediante:

- Encuestas que permitan conocer el grado de satisfacción del usuario en aspectos puntuales de su asistencia.
- Trabajo grupal del equipo de salud que permita analizar las encuestas e identificar oportunidades de mejora (problemas) y sugerir acciones tendientes a dar respuesta a las mismas.
- Se deberá además analizar el impacto real de dichas acciones mediante indicadores elaborados a tal fin por el equipo de salud.

Propuestas para disminuir las interferencias en el contacto entre madre-hijo durante la internación puerperal

Índice

1. *Puérperas que reingresan por motivos obstétricos.*
2. *Puérperas de cesárea.*
3. *Puérperas normales cuyos hijos RN requieren internación neonatal.*

1. Puérperas que reingresan por motivos obstétricos

En estos casos se sugiere dar prioridad a la reinternación conjunta madre-hijo, reingresando al bebé junto con su madre. A tal fin se debe informar al médico pediatra/neonatólogo a cargo de la sala donde se interna la madre, para tramitar el ingreso del bebé y consignarlo en la historia clínica.

En los casos en que la madre requiera procedimientos anestésicos es aconsejable considerar su condición de madre lactante en la selección del tipo de anestesia. Asimismo se debe facilitar la reanudación de la internación conjunta tan pronto como la madre se recupere de la anestesia, se po-

drá considerar la presencia de una acompañante en los casos que así lo requieran.

2. Puérperas de cesárea

Se recuerda la vigencia de la disposición N°169/97 de la Dirección del Hospital, que autoriza la presencia de acompañante femenino para las puérperas de cesárea. El objetivo es disminuir al mínimo las internaciones de RN en Neonatología por cesárea facilitando el contacto precoz y continuado madre-hijo y la iniciación temprana de la lactancia y ahorrando al hospital insumos y recurso humano. Asimismo se sugiere referirse al Memorandum 8488/55/01, de la Secretaría de Salud del G.C.B.A., que recomienda "facilitar la presencia de una acompañante en las salas de puerperio, como ayuda y sostén de las madres que lo necesiten, fundamentalmente aquellas que han sido intervenidas con operación cesárea".

En los casos en los que la familia no disponga de acompañante, el personal podrá arbitrar las medidas necesarias para facilitar el contacto madre-hijo, aún por períodos.

Para asegurar el cumplimiento de esta disposición, es fundamental informar a las pacientes durante el control prenatal, que el hospital brinda esta posibilidad a las puérperas de cesárea. Se debe informar también la necesidad de que la acompañante presente documento de identidad.

3. Puérperas normales cuyos hijos RN requieren internación neonatal

En estos casos es función de todo el personal que asiste a la madre y/o el bebé, facilitar el contacto en las distintas formas:

- Libre acceso de las madres a los sectores de internación de sus hijos.
- Información sobre el sitio de internación y sobre la importancia de la extracción de leche materna desde el nacimiento para la alimentación del RN internado.
- Estímulo y acompañamiento para la visita.

Nota Final: *Se encuentran en elaboración otras propuestas provenientes de las áreas no incluidas en el informe precedente.*