Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

Chile CRECE contigo

Departamento Ciclo Vital
División Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
2008

MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

Primera Edición: Enero 2008
Imprenta responsable: Trama Impresores S.A.
5.000 ejemplares
Resolución Exenta N° 886
27 de Diciembre 2007
Subsecretaría Salud Pública
Departamento Asesoría Jurídica
Ministerio de Salud Chile

Derechos Reservados
Registro de Propiedad Intelectual: 168.949
ISBN: 978-956-7711-90-1

Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo
Ministerio de Salud Chile

Editor/as

Dr. René Castro Santoro	MINSAL
Miriam González Opazo	Matrona MINSAL
Dra. Carmen López Stewart	MINSAL

Revisoras

Rosa Niño Moya	Matrona Docente Universidad de Chile
Ximena Carrasco Figueroa	Matrona DEIS Ministerio de Salud
María C. Iglesias Navarro	Matrona SSM Sur Oriente

Agradecimientos

A las y los profesionales que participaron en la elaboración de este Manual

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

Chile CRECE contigo

Departamento Ciclo Vital
División Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
2008

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Prólogo

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

PRÓLOGO

El nacimiento es un momento determinante para la vida de todo ser humano y tanto el período previo como el inmediatamente posterior son decisivos para el desarrollo emocional, intelectual y social del niño, con una influencia central de la madre, el padre y la familia.

Toda persona tiene el derecho de llegar al mundo en un ambiente de afecto y respeto. En países como el nuestro, donde existe un apoyo sistemático de la red de salud durante el ciclo vital de las personas y donde la casi totalidad de los embarazos y nacimientos cuentan con atención y acompañamiento de profesionales y técnicos, la comprensión y fomento de la dimensión de acogida por parte del equipo de salud resulta fundamental.

Sin lugar a dudas, nuestro país exhibe logros significativos en la dimensión sanitaria más tradicional – reducir morbimortalidad materna e infantil – que se deben al trabajo comprometido del equipo de salud, nos ha permitido asegurar la vida de tantos que pocas décadas atrás morían.

Hoy, sin embargo, nos planteamos mayores desafíos, que se traducen en nuevas oportunidades de contribuir a la calidad de vida en nuestro país.

En la lógica de contribuir al fortalecimiento de un Sistema de Protección Social efectivo, que reduzca las inequidades, se desarrolla una nueva mirada que distingue – durante la gestación y los primeros años de vida de cada niño o niña – un espacio privilegiado para la consolidación de potencialidades que marcarán el futuro de las personas.

Chile Crece Contigo, iniciativa intersectorial que se constituye como un conjunto integrado de prestaciones, aspira a erradicar inequidades odiosas que pueden marcar la gestación, nacimiento y desarrollo inicial de los chilenos y chilenas, transformándose en verdaderas barreras para su evolución y éxito futuro.

Adicionalmente, con un énfasis en una nueva mirada de la calidad en la atención de salud, que supera la entrega correcta de prestaciones técnicamente adecuadas, debemos responder a expectativas de una población que demanda dignidad, respeto y acogida a la red pública de salud, con comprensión de la diversidad, valoración de la vulnerabilidad y sensibilidad a las incertidumbres o falta de conocimientos con que las personas se entregan a nuestros cuidados.

En este contexto, la atención integral con enfoque familiar del proceso reproductivo propone recuperar los aspectos psicológicos y sociales de la gestación y el nacimiento, ofreciendo una atención basada en la evidencia científica, personalizada y respetuosa de los derechos, valores, creencias y actitudes de la mujer y, cuando ella lo decida, de su pareja y familia.

También se busca identificar las condiciones emocionales, sociales y económicas desfavorables para focalizar el apoyo oportuno como un esfuerzo de equidad esencial desde los primeros momentos de la vida.

No todas las mujeres viven el proceso reproductivo en las mismas condiciones. No todas las familias son iguales. Los equipos de salud están llamados a trabajar con criterios flexibles que, sin perder el norte, acojan y acompañen en cada situación particular.

El presente Manual desarrollado para que los equipos de salud acompañen a las mujeres durante el control de su gestación, el parto y en el cuidado de los recién nacidos, es parte del aporte que realizamos a "Chile Crece Contigo", prioridad fundamental de las políticas de gobierno de la Presidenta Bachelet.

El proceso reproductivo no sólo constituye una alta exigencia biológica y emocional a la mujer, que experimenta cambios sustantivos en su cuerpo y aún más profundos en su vida, sobre todo si asume responsablemente las demandas de la gestación, parto, postparto y crianza. Debe entenderse también como una convocatoria fundamental al fortalecimiento de los lazos de pareja y familiares, entretejiendo una red que entregará protección al niño o niña.

Pero, sobre todo, nuestros niños – todos los niños y niñas – deben constituir una prioridad social en la que confluyen esfuerzos de país por respaldar a quienes han respondido a la vocación de formar futuros ciudadanos integrales, plenos y felices.

Se necesita que todas las personas y servicios con quienes la futura madre se relaciona (comunidad, espacio laboral, centro de salud, etc.) le brinden las mejores oportunidades para hacer de este importante momento de la vida una experiencia gratificante, que la beneficiará a ella, a su hijo/a, a su familia y a la sociedad en su conjunto.

El acompañamiento pre y postnatal favorece el desarrollo de lazos afectivos entre el hijo o hija, la madre, el padre y la familia. Así también sienta las bases emocionales y sicológicas que acompañarán al nuevo ser durante toda su vida, entregándole herramientas que le permitirán desarrollarse e insertarse en la sociedad.

Los programas de intervención basados en evidencia y dirigidos a la promoción del desarrollo infantil, con un enfoque de derechos, nos permitirán avanzar hacia el logro de una sociedad inclusiva, equitativa y cohesionada.

Estoy segura que, nuevamente, los equipos de salud serán un pilar fundamental en la gran tarea de seguir construyendo avances sustanciales para la calidad de vida de los chilenos.

María Soledad Barría Iroume
Ministra de Salud

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Indice

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

INDICE

	Prólogo	7
Capítulo I	**Marco Conceptual**	15
Capítulo II	**Modelo de Atención Integral y Humanizada en salud**	27
Anexos	Niveles de Involucramiento de Doherty y Bird	38
	Genograma	39
	Ciclo vital familiar y crisis de inclusión	43
Capítulo III	**Determinantes Psicosociales en el Proceso Reproductivo**	47
Anexos	Primera respuesta a personas con situaciones de violencia intrafamiliar - maltrato	64
	Habilidades transversales a las intervenciones psicosociales durante la gestación: Intervenciones motivacionales	66
	Evaluación psicosocial	68
	Cuestionario de autodiágnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol (AUDIT)	69
Capítulo IV	**Calidad de Atención durante el Proceso Reproductivo**	75
	Calidad de Atención	75
	Decisión Informada	82
	Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto	92
Capítulo V	**Visita Domiciliaria Integral**	99
Capítulo VI	**Atención Preconcepcional**	105
	Consejería preconcepcional	107
	Control preconcepcional	110
Capítulo VII	**Atención Prenatal**	115
	Ingreso a control prenatal	118
	Segundo control y siguientes	120
	Talleres de educación prenatal	123
	Consulta de morbilidad obstétrica en APS	130
	Beneficios legales de las embarazadas	131
Anexos	Ecografía durante la gestación	140
	Orientaciones para referencia a Nivel Secundario	143
	Componente educativo salud oral en gestantes	144
	Ejercicios físicos durante el embarazo	148
	Utilidades del uso del balón de ejercicios durante el trabajo de parto	155
	Entrenamiento respiratorio	162
	Práctica de relajación	165
	Armonización intrauterina	168
	Instrucciones de juego	170
Capítulo VIII	**Atención Nutricional**	173
	Alimentación de la mujer durante la gestación y lactancia	173
	Consejería para gestantes	178
	Consejería en nutrición y actividad física	180

Capítulo IX	**Atención de Morbilidad Específica en el Nivel Secundario**	187
Capítulo X	**Atención del Trabajo de Parto y Parto Fisiológico**	193
	Recepción de la gestante en la unidad de urgencia de la maternidad	193
	Manejo del trabajo de parto fisiológico personalizado	196
	Alternativas en manejo del dolor en el trabajo de parto y parto	200
	Asistencia personalizada del parto	201
	Apego precoz	206
	Posiciones para la primera etapa del trabajo de parto	209
	Posiciones para la segunda etapa del trabajo de parto	213
	Parto en cuclillas	215
	Clasificación de las prácticas en el parto normal	217
Capítulo XI	**Atención Inmediata del Recién Nacido/a**	223
	Procedimientos de atención inmediata	226
Capítulo XII	**Atención del Recién Nacido/a Hospitalizado/a**	239
	Marco conceptual	240
	Dolor en el recién nacido	244
	Lactancia materna	247
	Neonatos con pronóstico complejo	249
	Educación a los padres	259
Capítulo XIII	**Atención Integral durante el Postparto**	265
	Atención personalizada del puerperio	268
	Fomento de la lactancia materna	272
	Atención personalizada del postparto en el Nivel Primario	278
	Control de salud de la madre – hijo/a en Atención Primaria	280
Anexos	Modelo de atención integral para la triada madre – hijo/a-padre en puerperio	284
	Ejercicios para el período postparto	285
	Detección y manejo de la Depresión Postparto en Atención Primaria	288
Capítulo XIV	**Promoción y Apoyo en Lactancia Materna**	297
	Consulta de lactancia materna	297
	Establecimientos amigos de la madre y el niño/a	300
	Criterio global de atención amigable para la madre	301
Capítulo XV	**Atención Integral a Gestantes Adolescentes**	315
	Cuidados prenatales de gestantes adolescentes	315
	Programa de apoyo grupal a la gestante adolescente	319
Capítulo XVI	**Atención en Salud Reproductiva de Mujeres Indígenas**	323
	Bibliografía	339

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo I

Marco Conceptual y Antecedentes

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES

Las orientaciones y recomendaciones contenidas en el presente manual son una contribución, en el marco de los compromisos internacionales suscritos por el Estado de Chile y con las prioridades del programa del actual Gobierno, al logro los Objetivos Sanitarios. Son expresión del compromiso del Ministerio de Salud de mejorar el acceso y la calidad de la atención que se otorga a las personas, basada en la evidencia científica disponible.

El manual asume como marco conceptual el reconocimiento de los derechos de las personas, la salud sexual y reproductiva, la perspectiva de género, la violencia, particularmente la violencia sexual que sufren las mujeres, la participación del hombre en la gestación y en el cuidado de los hijos e hijas, y las recomendaciones basadas en la evidencia científica de las mejores prácticas en la asistencia durante el embarazo, preparto, parto y post parto.

1. DERECHOS

Según la Organización Mundial de la Salud, "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social"[1].

Este derecho involucra no solo el acceso a una atención oportuna y adecuada, sino también y en función de los determinantes ambientales y sociales de la salud, el acceso a agua potable, a condiciones medioambientales y sanitarias adecuadas, a la educación, a un trabajo en condiciones saludables y a la información acerca de temas relacionados con la salud. La no discriminación e igualdad de trato son elementos constitutivos del derecho a la salud.

Como parte de este derecho, están los **Derechos Reproductivos** de las personas, los que involucran el acceso a la información, los servicios y el apoyo necesario para alcanzar una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin discriminación de edad, género, estado civil, condición socio-económica, etnia.

Así mismo, existe un conjunto de derechos que deben ser respetados en el proceso de atención de salud, como es el derecho a un trato digno y respetuoso, a la no discriminación, a la información, a la autonomía en las decisiones y a la confidencialidad. (Proyecto de LEY DERECHOS Y DEBERES EN LA ATENCIÓN EN SALUD.)

[1] Guezmes G. A. Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. Washington, DC OPS/2004

2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

"La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos la libertad para decidir procrear o no hacerlo, cuando y con que frecuencia"[2]. La salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas a lo largo de su ciclo vital, se inicia en la niñez, se refuerza en la adolescencia, se ejerce en la vida adulta y sus consecuencias persisten en el período post-reproductivo.

La salud sexual y reproductiva está centrada en las personas y en sus derechos y reconoce a las personas como sujetos activos que participan junto a las y los profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para si mismas, sus parejas y sus familias.

Los determinantes y factores que inciden en el logro de una salud reproductiva adecuada son múltiples, por lo que es necesario un trabajo intrasectorial multidisciplinario e intersectorial, con una activa participación social.

Las acciones de salud son fundamentales para la decisión de tener un hijo(a) en el momento en que se desea (regulación de la fertilidad), la gestación, preparación para el nacimiento y la crianza, atención personalizada durante el preparto – parto, atención integral de la mujer y el niño o niña, apoyo a la crianza compartida y no solo de responsabilidad de la madre, promoción del desarrollo biopsicosocial del niño o niña y atención preventiva de salud de la familia.

3. PERSPECTIVA DE GÉNERO

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva son especialmente relevantes las diferencias de género y en el se expresan algunas de las mayores inequidades. La atención del proceso reproductivo exige considerar las diferencias entre los roles femenino y masculino predominantes y debe contribuir, en forma explícita, a la corrección de las inequidades entre mujeres y hombres.

El género es la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, diferentes formas de comportamiento y roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual. Los estereotipos de género son propios de cada sociedad y cada cultura establece lo que se supone "natural" para cada sexo, definiendo lo que es "femenino" y "masculino". Algunas de las diferencias impuestas por los roles de género vigentes son claramente innecesarias, injustas y corregibles, es decir constituyen inequidades. Muchas de ellas se dan en las vivencias y en ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

Las mujeres y los hombres tienen un perfil de morbilidad distintos y distintas necesidades en relación a la protección y atención de su salud. Algunas de estas diferencias dependen directamente de las características genéticas, anatómicas y fisiológicas ligadas al sexo (complicaciones de embarazo, parto y puerperio, cánceres ginecológicos, cáncer de próstata, enfermedades cardiovasculares en edades tempranas) y otras dependen de los roles, estereotipos y relaciones de género. Un ejemplo de estas últimas deriva de que las mujeres se exponen a riesgos múltiples, por la crianza de los hijos, el cuidado de los enfermos y discapacitados de la familia, el trabajo doméstico y, en una proporción creciente, también por el trabajo productivo. Los hombres, que continúan teniendo como rol principal el trabajo productivo, se exponen a riesgos en el trabajo, en los desplazamientos y en el esparcimiento "compensatorio" que se les reconoce socialmente más que a las mujeres.

[2] CIPD, Programa de Acción, Capítulo VII, Párrafo 7.2, 1994

A pesar de ser la sexualidad un aspecto importante del bienestar y la felicidad, su ejercicio conlleva riesgos, como son los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, la autonomía de las mujeres para tomar decisiones en el área de la salud sexual y reproductiva es menor que la autonomía de los hombres, aunque estas decisiones afecten profundamente sus vidas y las de sus hijos e hijas, a corto y largo plazo.

Este manual pretende contribuir a que las mujeres ejerzan el control al que tienen derecho en el ámbito de su salud sexual y su reproducción y de reconocer e incentivar el ejercicio del rol de los hombres en el proceso reproductivo y la crianza de los hijos e hijas.

4. VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia[8] es "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar muerte, lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer o que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.

La violencia hacia las mujeres es responsable de muertes, lesiones físicas externas o internas que producen discapacidad transitoria o permanente, de alteraciones psicológicas que pueden llevar a un trastorno psiquiátrico o del desarrollo, de embarazos no deseados como productos de violación y de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH / SIDA y Hepatitis B. Además, crecer viviendo o presenciando conductas violentas, aumenta la probabilidad de llegar a ejercerlas (transmisión transgeneracional).

La Violencia Intrafamiliar es una de las formas de violencia que viven las mujeres y pone énfasis en que esta ocurre en las relaciones familiares. Sin embargo, este término no explicita con claridad el hecho que las principales víctimas de la violencia son las mujeres y niños(as) y que esta violencia es ejercida principalmente por hombres, en un contexto de discriminación social y cultural.

Por ello, es importante tener presente que la forma más frecuente y grave de violencia intrafamiliar que sufren las mujeres es de parte de su pareja, como una forma de abuso en el ejercicio del poder que la cultura machista reconoce a los hombres, a la vez que asigna a las mujeres la condición de sumisión a este poder. El concepto de género permite comprender que esta desigualdad existente entre hombres y mujeres es parte de un sistema de relaciones de poder que mantiene la subordinación de las mujeres mediante prácticas culturales discriminatorias. Estas prácticas se expresan en todos los ámbitos de la vida social, económica y política, así como en la subjetividad de cada género, hasta el punto de que no se perciben como discriminaciones que sostienen una desigualdad.

En Chile, la violencia intrafamiliar es un grave problema de salud pública que afecta a un gran número de mujeres. En la Región Metropolitana un 50,3 % de las mujeres ha vivido alguna vez violencia en la relación de pareja.

La violencia sexual es particularmente dolorosa, ya que se produce en un ámbito en el que las personas esperan relaciones de afecto, como es la sexualidad y la reproducción. Desde que la sociedad reconoce que todas las personas tienen derechos humanos y, específicamente, el derecho de decidir acerca de la propia sexualidad, la violencia sexual es un delito, independientemente de si ocasiona o no daño físico a la víctima.

[8] OMS-OPS, 1996 Violencia contra las mujeres: responde el sector salud <www.paho.org/

Es fundamental tener presente, siempre, que una alta proporción de las mujeres que acceden a servicios de salud sexual y reproductiva está viviendo una situación de violencia - situación que no comunican directamente por vergüenza, temor o por considerarla "normal" e ignorar que se trata de un delito - y que el contacto con un prestador de salud puede ser la única oportunidad de que se reconozca su situación y de recibir ayuda.

5. PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN LA GESTACIÓN Y EN EL CUIDADO DE LOS HIJOS E HIJAS

Las mujeres, han sido, tradicionalmente, las responsable exclusivas del trabajo doméstico y del cuidado de los hijos, y del resto de los familiares (enfermos, discapacitados, adultos mayores). Este trabajo, no reconocido socialmente ni compensado económicamente, es el que ha permitido a los hombres realizar trabajo remunerado y participar en la vida social, política, científica, artística, deportiva, etc. Sin embargo cuando una mujer ingresa al mercado laboral, no se produce una justa redistribución del trabajo doméstico y el cuidado de los hijos.

En Chile[20], la mayoría de las mujeres, además de su jornada laboral (durante la cual continúan sintiéndose "responsables" de lo que sucede en su hogar), deben realizar la mayor parte del trabajo doméstico, con el consiguiente impacto de esta doble jornada sobre su estado de salud. Numerosos estudios han demostrado que a mayor tiempo invertido en el trabajo doméstico, peor es la salud, ya que no se dispone de tiempo para realizar actividades que la favorecen.

Existe evidencia de que la salud de la familia tiende a mejorar cuando ambos miembros de una pareja actúan como socios para negociar las demandas conjuntas del cuidado de los niños y la participación social. Sin embargo, la mayoría de las parejas no alcanzan este ideal de "paternidad compartida" y se requieren importantes cambios culturales para lograrlo. También es cierto que existen muchos hombres, particularmente los jóvenes, que asumen sus responsabilidades en el proceso reproductivo con un impacto positivo en la vinculación con sus hijos e hijas. Los servicios de salud sexual y reproductiva que explicitan el papel de los hombres en relación con el embarazo, el parto y el cuidado del niño o niña, además de contribuir a la equidad de género, favorecen el bienestar y la salud las mujeres, liberándolas de la fatiga y el estrés de la responsabilidad exclusiva y de los hombres, permitiéndoles desarrollar relaciones afectivas más cercanas y gratificantes con su familia.

Algunas de las conductas de los hombres, propias del estereotipo del género masculino tradicional, influyen negativamente en la salud de las mujeres. La "ideología masculina", basada en relaciones desiguales de poder entre los sexos, favorece en los hombres el consumo de alcohol, de drogas ilegales, la agresividad y de actividad sexual no protegida con múltiples parejas sexuales, conductas que aumentan el riesgo de presentar y transmitir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, la violencia sexual y los embarazos no deseados. Mas aún, muchas prácticas de auto cuidado son consideradas culturalmente "femeninas". Algunas investigaciones demuestran que las niñas son estimuladas a ser dependientes mientras que a los niños se les enseña a ser independientes y reciben menos apoyo físico y emocional.

Considerar el proceso de reproducción humana como un acontecimiento vital en la vida de mujeres y hombres que da origen al nacimiento de una nueva persona, significa reconocer que el hombre tiene un rol en todo el proceso de gestación, asumiendo tareas, compartiendo y apoyando a la mujer que experimenta los cambios en su cuerpo y asume los riesgos biológicos de la reproducción. La atención de la gestación, el parto y la crianza deben, consecuentemente, ofrecer a los hombres los espacios para cumplir su rol, entregándoles información y definiendo actividades que ellos pueden realizar, tanto en los controles, consultas y durante el parto, como en el ámbito doméstico. Los y las profesionales y técnicos deben ser capaces de reconocer que los hombres han tenido menos oportunidades de acceder a información y familiarizarse con los servicios de atención en salud.

6. ASISTENCIA DURANTE LA GESTACIÓN, PREPARTO, PARTO Y POSTPARTO

Desde hace al menos tres décadas se desarrollan dos procesos de cambios sociales y científicos que confluyen generando la necesidad de reorientar conceptualmente la atención del proceso reproductivo. Uno de ellos es el reconocimiento de un conjunto de derechos de las personas en salud (y particularmente en salud sexual y reproductiva) y el reconocimiento de que para avanzar en el desarrollo de un país es necesario la equidad de género y el empoderamiento de la mujer. Otro, es la preocupación por la creciente des - humanización de las experiencias del embarazo y particularmente, del parto que surge en países desarrollados con tasas muy reducidas de mortalidad materna.

Este último se genera, fundamentalmente, por la reivindicación de las mujeres de su derecho a participar de las decisiones relacionadas con la atención de la gestación, el parto y el postparto y de mujeres y hombres que reclaman su derecho a vivir el nacimiento de un hijo o hija de acuerdo a patrones culturales que reconocen el significado vital y social de este proceso. Esta preocupación incentivó la investigación crítica del modelo de atención del proceso reproductivo. Los resultados de los estudios cuestionan la efectividad real de muchas de las prácticas obstétricas, y se avanza hacia el reconocimiento explícito de los derechos de las personas en la atención de salud, lo que hace evidente la necesidad de modificar las recomendaciones y normativas para esta atención.

La "humanización" de la atención de salud se basa en la concepción de las personas como usuarias más que como pacientes, y a la búsqueda del bienestar de éstas como un factor de desarrollo humano.

Algunos de los más importantes aportes al proceso de humanizar la asistencia del proceso reproductivo son el de Michel Odent, destacado médico francés, con su concepto del "período primal" – que va desde la concepción hasta el primer año de vida, y el neonatólogo Marshall Klaus, del "período sensible postparto" - primeras dos horas de vida – como fundamentales para la relación madre – hijo. El profesor Caldeyro-Barcia, por su parte afirma que "a medida que se aproxima el momento del parto, crece el número de prácticas invasivas y muchas veces innecesarias, incorporadas en función de un imperativo tecnológico que dista de ser inocuo y de aportar beneficios netos a la salud de la gestante y su hijo en todos los casos".

En 1985, un grupo de Expertos, convocados por la Organización Mundial de la Salud en Fortaleza, Brasil formulan "16 recomendaciones para la Apropiada Tecnología del nacimiento", basadas en el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada y tiene un rol central en todos los aspectos de la atención. Redactan, además, las Recomendaciones para la Apropiada Tecnología del Nacimiento, "El Nacimiento no es una enfermedad "Declaración de Fortaleza" (OMS 1985).

Un estudio publicado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano" en relación a las tasas de cesáreas en 19 países Latinoamericanos, concluye que las tasas sobre 15% - someten a un mayor riesgo no justificado a mujeres jóvenes y sus hijos y representan una carga presupuestaria para los sistemas sanitarios (cifra establecida en la Red de Fortaleza).

El comité de Ética del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en Mayo 1993, señala: considerar la variable género como un factor relevante en la interpretación del sentido de la autonomía y la capacidad de la mujer en la relación médico-paciente; el embarazo y el parto, elementos centrales en la demanda de servicios médicos por las mujeres, no son enfermedades".

La Organización Mundial de la Salud ha definido un marco de referencia ética para los cuidados ginecológicos y obstétricos, cabe señalar los siguientes: el principio de autonomía de la mujer; las mujeres deberán ser provistas de información completa sobre las decisiones médicas; considerar el bienestar de la mujer y su satisfacción psicológica; que las mujeres sean tratadas con igual consideración, independiente de su situación socio económica. En el año 1999 se elabora un nuevo informe de trabajo técnico sobre Parto Normal, el cual

agrupa las diversas prácticas relacionadas con la atención durante el embarazo y el parto en 4 categorías. (Ver capítulo X)

Entre los principales beneficios de estas prácticas está el brindar un entorno íntimo para el nacimiento, en que la dignidad y decisiones de los padres sean respetadas, favorecer el vínculo de apego entre el niño/a y su madre, desde la gestación y con énfasis durante las primeras horas de vida, lo que implica entre otras medidas, restringir el uso de la tecnología innecesaria durante el proceso de gestación y parto y la promoción de la lactancia materna. Mas específicamente, medidas tales como el contacto piel a piel, amamantar dentro de la primera hora después del parto, habitación conjunta, lactancia a libre demanda y la presencia del padre o persona significativa en el parto, han resultado en una disminución de las tasas de maltrato infantil, mayor participación del padre en el cuidado del niño/a, lactancia más exitosa durante todo el primer año, y menor abandono de recién nacidos/as.

En Chile, las actuales políticas de salud centradas en las personas y con enfoque de determinantes sociales, asumen el proceso de reproducción humana como un acontecimiento vital en las vidas de mujeres y hombres que da origen al nacimiento de una nueva persona, única, destinada a jugar un rol irrepetible en el grupo familiar y en la sociedad en la que ha nacido; las intervenciones de promoción y prevención comienzan mucho antes del parto. Por ello, los futuros padres y las familias deben tener la posibilidad de crear las mejores condiciones para que el niño o niña desarrolle todas las potencialidades incluidas en su capital genético.

La alta tasa de cesáreas que se observa en Chile [23] - la más alta tasa documentada a nivel mundial, con un evidente predominio en la práctica privada - requiere de un activo proceso de cambio por parte de los profesionales de la atención obstétrica y, por parte de la población usuaria de sus servicios. La preocupación por la seguridad del binomio madre-hijo debe ser balanceada con el derecho de las mujeres a elegir, con la mejor información disponible, la modalidad de atención que le resulte más apropiada, incluyendo la pertinencia cultural.

A nivel país, en el sistema público el porcentaje de cesáreas alcanza un 33,7% y en relación a la anestesia peridural se habría administrado al 25,7% de los partos normales. La participación del padre en el parto alcanza un promedio porcentual a nivel país de 56% (Fuente: DEIS año 2006).

Con una atención profesional del parto cercana al 100 % y, con una fecundidad promedio de 2,2 hijos, cada parto debiera ser una experiencia altamente significativa para todos los participantes en el mismo: la mujer, su pareja y su hijo, como principales protagonistas del evento y, para todos los integrantes del equipo asistencial, en el ejercicio de sus respectivas capacidades y competencias.

6.1. Importancia de la Atención Prenatal

Las intervenciones prenatales preventivas favorecen la salud física y mental de la madre, el niño o niña, y la familia. Además de su importancia para promover comportamientos saludables durante la gestación y de detectar riesgo y alteraciones en el proceso biológico, existen estudios que han demostrado que algunas medidas preventivas proactivas realizadas durante el embarazo tienen efectos positivos.

La Organización Mundial de la Salud, en base a un estudio clínico multicéntrico, recomienda cuatro controles prenatales para la atención de mujeres embarazadas que no presentan complicaciones relacionadas con el embarazo ni patologías médicas y/o factores de riesgo para su salud. Dicho estudio demostró que no existían diferencias significativas en términos de anemia severa postparto, pre-eclampsia, infecciones del tracto urinario y bajo peso al nacer respecto a una atención con un mayor número de controles. Tampoco existieron diferencias significativas en los resultados secundarios maternos y/o perinatales, incluyendo la eclampsia y muerte materna y neonatal. [24]

Según un estudio nacional realizado durante la gestación, se observó que la educación en el embarazo más la protocolización de la atención del trabajo y parto, redujo las intervenciones de rutina usadas en este proceso, lográndose un 20% de parto natural y 7,5% de cesáreas en el grupo intervenido. En esta investigación se entregaron herramientas y se desarrollaron habilidades para enfrentar el trabajo de parto en forma natural y protagónica, junto a su pareja o persona de sexo femenino, elegida por la gestante, cuya función es ser acompañante, durante el proceso de la gestación, trabajo de parto y parto. [25]

6.2. Atención en el Trabajo de Parto y Parto

En las últimas décadas, una evaluación crítica del cuidado obstétrico habitual, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo, revela que diversas prácticas pueden ser físicamente abusivas, una forma de violencia contra las mujeres: realización de procedimientos dolorosos como rasurado perineal y púbico de rutina, y enemas durante el trabajo de parto, cuya eficacia no ha sido respaldada científicamente; uso de monitoreo fetal continuo en embarazos de bajo riesgo sin estar claramente demostrada su eficacia; posición decúbito dorsal durante el trabajo de parto, y en los procedimientos perineales; episiotomía rutinaria; exceso de cesáreas innecesarias, por razones no médicas.

La excesiva "medicalización" del parto promueve el uso de intervenciones innecesarias con un costo global alto de los servicios médicos y que ha llevado a desconocer o subestimar la importancia de los aspectos psicológicos del embarazo y el parto, los que pueden ser tanto o más importantes que el monitoreo electrónico fetal, la inducción del trabajo de parto y la cesárea. La evidencia científica no respalda el manejo intervencionista del preparto y parto y en cambio, fundamenta el hecho de que algunas intervenciones farmacológicas durante el trabajo de parto pueden afectar la relación madre-hijo al nacer, tales como el uso de ocitocina exógena en inducciones o aceleraciones - muchas veces innecesarias - interfiere con los procesos neurológicos que sustentan el comportamiento maternal y que el uso de sedantes potentes puede afectar la capacidad de adaptación extrauterina del recién nacido.

En los países desarrollados, y en los sectores sociales de mayores ingresos de países en desarrollo como Chile, se ha aceptado la presencia de un acompañante de la mujer dentro de la sala de partos; lo importante es estimular esta compañía - no forzarla – de una persona afectivamente significativa para la mujer (pareja masculina, madre, otro familiar, amiga). Los efectos son más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto.

La tendencia actual en la asistencia obstétrica, se basa en dos principios éticos: el respeto a la autonomía de la mujer en una experiencia de tanta significación emocional para ella y su familia y el no someter a la madre a un daño innecesario (respetando el clásico principio hipocrático "*primum non nocere*"). El rol de los profesionales de la atención obstétrica (médicos, matronas) es actuar en resguardo del mejor interés de la madre y de su hijo, mediante la entrega de una información lo más completa posible, basada en la mejor evidencia disponible, que permita a la madre tomar decisiones plenamente informadas a lo largo del proceso reproductivo – auto cuidado durante la gestación, protagonismo en el parto y postparto.

A continuación se mencionan aquellas prácticas específicas respecto a las cuales existen recomendaciones basadas en evidencia.

- **Apoyo emocional continuo en el trabajo de parto y parto**

El trabajo de parto es un período de mayor vulnerabilidad biológica y psicológica para las mujeres; el apoyo y la presencia en esos momentos de su pareja, familiar o de otra persona cercana afectivamente contribuye a disminuir el estrés y la ansiedad. Así mismo, la compañía de una persona que la apoye emocionalmente y facilite su relación con el equipo de salud que la atiende, también puede mejorar el progreso del trabajo de parto disminuyendo la ansiedad y los niveles de catecolamina circulante.

Este apoyo, favoreciendo la participación activa de la mujer en su parto, debe considerar, no solo la inclusión de la pareja u otra persona que la mujer decida sino también la atención del confort físico de acuerdo a sus preferencias y a las posibilidades, y una comunicación positiva entre la mujer y el equipo de salud para entregarle información, responder a sus dudas e inquietudes y apoyarla en la toma de decisiones. Este apoyo, continuo, es considerado como una forma de aliviar el dolor, incluso, como alternativa a la analgesia epidural (disminuye los requerimientos de analgesia) cuyos efectos adversos en el progreso del trabajo de parto son motivo de preocupación y estudios.

Muchas de las intervenciones que se realizan durante el trabajo de parto y parto involucran co-intervenciones, o aumentan las probabilidades de estas, generando una "cascada de intervenciones". El apoyo continuo y personalizado tiene el potencial de limitar dicha "cascada". Por ejemplo, si el apoyo continuo permite reducir el uso de analgesia epidural, esto a su vez puede implicar una reducción en el uso de monitoreo electrónico fetal, goteo intravenoso, uso de ocitocina exógena, fármacos para tratar la hipotensión, cateterismo vesical, extracción con fórceps, episiotomía y menos morbilidad asociada, y permite facilitar la libre movilidad durante el T. de P. y el parto espontáneo. Recomendación A Nivel de evidencia 1a. [26] [27][29]

▪ Continuidad en la atención

Un estudio realizado con el objetivo de evaluar la continuidad de la atención de los y las profesionales durante la gestación, el parto y el puerperio demostró que las mujeres que recibieron una continuidad en la atención tenían mayor probabilidad de tratar las preocupaciones antes y después del parto, menor probabilidad de recibir fármacos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y sus recién nacidos tenían una menor probabilidad de requerir reanimación. Los autores concluyen que la continuidad de la atención revela efectos beneficiosos y recomiendan que todas las mujeres debieran contar con apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto. [28]

▪ Monitoreo fetal continuo

El monitoreo fetal de rutina no ha demostrado mejorar significativamente el resultado neonatal y por lo tanto las indicaciones deben ser consideradas como relativas. En general se debieran recomendar sólo en gestaciones donde exista un mayor riesgo fetal. Durante el trabajo de parto y parto de embarazos de bajo riesgo fetal, no es recomendable el monitoreo fetal eléctrico continuo. Recomendación A Nivel de evidencia 1a. [30]

▪ Manejo del dolor en el trabajo de parto y parto

El manejo del dolor es un aspecto fundamental de la actividad del equipo de salud encargado del apoyo y asistencia profesional de una mujer en trabajo de parto y parto. Este manejo incluye alternativas farmacológicas y no-farmacológicas.

Fisiológicamente existen varias causas que explican el dolor asociado al trabajo de parto y parto, pero el dolor puede estar también influenciado por las experiencias personales y el umbral individual al dolor, por la transmisión generacional de creencias respecto al dolor durante el parto, por el entorno socio-cultural y por las expectativas de cada mujer. [31][32]

Es responsabilidad del equipo profesional informarle a la madre al momento de formular el plan inicial de manejo a su ingreso al servicio de maternidad, sobre el apoyo que recibirá al momento de solicitar ayuda para alivio del dolor. Este dependerá de los recursos locales humanos y físicos, de los problemas médicos u obstétricos concurrentes, y de los recursos psicológicos y preferencias de la parturienta.

▪ Posición de la mujer durante el trabajo de parto y parto

Existen estudios que demuestran que la posición vertical o lateral durante la segunda fase del parto tiene

ventajas sobre la posición decúbito dorsal. La posición vertical produce menos incomodidades y dificultades al pujar, menos dolor, menos trauma vaginoperineal e infecciones, y una duración menor de la segunda fase del parto. Así mismo, las y los recién nacidos presentan menor frecuencia de índices de Apgar menores de siete, menor frecuencia de alteración de los latidos cardiacos fetales.

Las mujeres prefieren las posturas verticales, ya que les produce menos dolor, mientras la posición decúbito dorsal es la más incómoda y dolorosa y además, les restringe los movimientos. Muchos de los efectos positivos de la posición vertical dependen de la capacidad de la matrona y del médico y su experiencia en la atención del parto en distintas posiciones.

Los protocolos para la atención del parto enfatizan sobre la libertad de posición en el período expulsivo, en especial la posición vertical. Esta posición, tiene ventajas por sobre la posición decúbito dorsal: tasas más bajas de cesárea, episiotomía, analgesia, ocitocina y duración del período expulsivo. La recomendación de la OMS es que las mujeres que tienen parto vaginal no deben utilizar la posición de decúbito dorsal, lo que concuerda con lo reportado por Gupta y Hofmeyr. (25) (41)

▪ Instalación rutinaria de fleboclisis con soluciones glucosadas y/o libres de sales

La instalación de fleboclisis con soluciones glucosadas ha sido evaluada en numerosos trabajos que concluyen que el aumento de los niveles de glucosa en la sangre materna se acompaña de un aumento del nivel de insulina.

Si la mujer recibe más de 25 grs. de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto y parto, se puede producir hiperinsulinismo fetal, lo que genera hipoglicemia neonatal y aumento de los niveles de lactato en la sangre. El uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales, pueden llevar a hiponatremia, tanto a la madre como al recién nacido. (33)

▪ Alimentación durante el trabajo de parto

Tradicionalmente se ha indicado el ayuno de la mujer durante el trabajo de parto. Actualmente, se recomienda considerar, en conjunto con la mujer, la posibilidad de alguna ingesta en base a que el proceso de parto requiere una gran energía; la duración del trabajo de parto y el parto no son previsibles y la restricción de líquidos puede conducir a deshidratación y cetosis. Por otro lado, la colocación de una vía endovenosa limita la movilidad de la mujer durante el proceso.

La alimentación durante el trabajo de parto debe ser entendida como un proceso natural de gran importancia y variabilidad en las mujeres, recomendándose una ingesta oral de líquidos y dieta liviana, respetando los deseos de la mujer. En el período final o etapa de transición del trabajo de parto, es probable que la mujer sólo pida líquido, o algo que la refresque; en este período es recomendable ofrecerle un cubo de hielo o helado de agua con sabor para satisfacer esta necesidad. (34) (41)

▪ Uso de Enema

No existe evidencia disponible suficiente para recomendar el uso de enemas de rutina durante el trabajo de parto. El enema causa mucha incomodidad, aumenta el costo de la atención y no hay evidencia de su beneficio. Recomendación A Nivel 1a. (35)

▪ Rasurado perineal

Se ha demostrado que el rasurado pre-operatorio con navaja de afeitar puede provocar micro laceraciones de la piel las que pueden favorecer la colonización de micro-organismos. Los estudios sobre rasurado perineal

de rutina no muestran evidencia de que este disminuya la morbilidad febril postparto en la madre o el recién nacido, por lo tanto no está recomendado realizarlo en ningún caso. Recomendación A Nivel 1a. [36][37][38]

▪ Episiotomía

La realización rutinaria de una episiotomía es considerada como de daño, porque crea una incisión quirúrgica de una magnitud mayor que lo que muchas mujeres podrían haber experimentado si no se hubiese realizado. Existe poderosa evidencia para recomendar el uso restrictivo de la episiotomía. Recomendación A Nivel 1a. [39] [40]

▪ Indicación de pujar en el periodo expulsivo

No es adecuado iniciar la fase activa del parto animando a la mujer a pujar una vez se ha diagnosticado la dilatación completa: el manejo fisiológico es esperar a que la mujer sienta deseos de pujar. Es posible que, incluso estando la dilatación completa, la mujer no sienta la necesidad de pujar y basta con esperar de 10 a 20 minutos para que esta sensación comience. No existen estudios acerca del efecto del comienzo temprano o tardío de la fase activa. Sí existen estudios cuando se utiliza analgesia, que demuestran que con la analgesia el reflejo del pujo se inhibe, por lo que se puede esperar hasta que el vértice esté bien visible en el introito.

La evidencia demuestra que la decisión de acortar la segunda fase del parto debe estar basada en la vigilancia de la condición materna y fetal y en el progreso del parto. La existencia de signos de distrés fetal o cuando la presentación no desciende en la pelvis, son buenas razones para terminar el parto; pero si la condición de la madre es satisfactoria, el feto está en buenas condiciones, y existe evidencia de descenso de la cabeza fetal, no hay razón para la intervención. Eso si, cuando la segunda fase del parto se prolonga por más de dos horas en una mujer nulípara o más de una hora en multíparas, las opciones de un parto espontáneo decrecen y debe considerarse terminar con el parto. [41]

▪ Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Anderson GC, Moore e, Hepworth J, Bergman N)

Numerosos estudios han documentado efectos estadísticamente significativos y positivos del contacto temprano piel a piel en la lactancia, con más probabilidades de seguir amamantando uno a tres meses después del nacimiento. El contacto piel a piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna (Uvnas-Moberg 1998). Las rutinas hospitalarias de las salas de parto y postparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el recién nacido (WInberg 1995). [42]

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO

- Carmen López Stewart. Médica Encargada de Equidad de Género de la Subsecretaría de Salud Pública. Encargada de Violencia de Género en el Ministerio de Salud.
- Miriam González Opazo. Matrona Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.
- René Castro Santoro. Encargado Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud
- Michelle Sadler Spencer. Antropóloga Social, Magíster en Estudios de Género y Cultura, MSc en Antropología Médica. Directora Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo II

Modelo de Atención Integral y Humanizada en Salud

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO II

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA EN SALUD

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de atención en salud, constituye un espacio de interacción entre personas; por una parte, aquellas que integran los equipos de salud y, por otra parte, los usuarios y usuarias.

Tanto los equipos de salud como usuarios y usuarias, tienen necesidades, expectativas y son ciudadanos y ciudadanas sujetos de derechos.

Factores como: la complejidad del sistema sanitario, el desgaste de los profesionales y técnicos, la creación de sistemas masivos de atención en salud, como también; la tecnificación, especialización, biologización de la medicina, la súper especialización de la ciencia, la aplicación de la tecnología y la farmacología en forma irresponsable, influyen en la relación entre los equipos de salud y la comunidad usuaria

Los estilos autoritarios de dirección, el paternalismo, los modelos de relación entre los miembros del equipo de salud y, en muchas ocasiones, características personales de los integrantes de los equipos técnicos, y, por otro lado, la falta de participación de los y las usuarias en la toma de decisiones respecto a la mantención y cuidado de su salud, pueden también influir en la naturaleza y calidad de la relación.

La despersonalización de la atención, tiene que ver con la incapacidad de crear vínculos, con mantener el anonimato de aquellos a los que se sirve, con el desconocimiento de las necesidades emocionales de las personas, con respuestas estereotipadas ante la diversidad del sufrimiento, entre otras cosas.

El origen de tal deshumanización es múltiple y entre las situaciones que la explican está el modelo asistencial predominante desde décadas, centrado en la enfermedad como entidad ajena a la vivencia de la persona y carente de una mirada integradora del ser humano.

Una respuesta ante la frustración, muchas veces, agresiva de parte de usuarios completaría la espiral de interacción despersonalizada.

De un modo general, el comportamiento paternalista de los profesionales, la falta de atención a los síntomas que más preocupan a los enfermos, el lenguaje poco claro, la privación de la intimidad y de la libertad del enfermo, la incomunicación y el silencio agravan la situación ya crítica de las personas.

La frustración o insatisfacción de expectativas, como el contexto en que se desarrolla esta interacción, las condiciones de trabajo, sistemas de acogida, cantidad y calidad de la oferta, cantidad y calidad de la información, respeto por la diversidad, respeto a la autonomía de las personas, pueden determinar también, el carácter de la relación.

En las últimas décadas ha habido un florecimiento de grupos que destacan la necesidad de humanizar la

atención de salud. Esta humanización, es la búsqueda activa de una relación cercana con las personas sujetos de atención. En lo posible, marcada por la capacidad empática, de carácter participativa, sustentada en lazos de confianza.

Es generar vínculos que produzcan sensación de seguridad y protección en las personas. Es abrir la atención de salud a una interacción de carácter horizontal, participativa, igualitaria, equitativa.

Es reconocer la dimensión personal y única del enfermar. Pero por sobre todo es crear una relación comprensiva, empática y comprometida.

Humanizar la atención es reconocer que en la relación profesional-usuario hay más de dos personas con sus necesidades, potencialidades, expectativas y patrones de interacción. Es aceptar también, la dimensión subjetiva de ésta relación.

¿Cómo humanizar la atención de salud y de qué manera el modelo de atención integral responde a esta búsqueda?

El Ministerio de Salud inicia en el año 1992, en Atención Primaria, la transformación de los Consultorios a Centros de Salud, poniendo la preocupación por la salud y la persona como lo esencial de la relación con los usuarios, enfatizando la prevención y promoción como actividades centrales del proceso de atención e incorporando a la comunidad, como entidad participante en la atención de salud.

A partir de 1998 se avanza en intencionar un cambio paradigmático del comprender la salud-enfermedad. Si el proceso anterior mantenía su mirada desde la perspectiva técnica de priorizar la prevención y promoción, el nuevo desafío se aboca a incorporar el enfoque biopsicosocial y con él la perspectiva humana de la salud - enfermedad, con conceptos de malestar, vivencia de la enfermedad, atribuciones y significados personales del sufrimiento, etc.

Con la Reforma de la salud, se introduce el concepto de redes y el Modelo iniciado en Atención Primaria, se hace coherente con un cambio global. El modelo entonces, debe impregnar a la Red.

2. OBJETIVOS DEL MODELO:

2.1. Aumentar la satisfacción del usuario acercando la atención de salud a la población beneficiaria y mejorando la capacidad resolutiva.

2.2. Aumentar las acciones de promoción y prevención, sin desmedro de las acciones curativas, pero impactando en el largo plazo en la situación de salud de las personas.

2.3. Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

2.4. Entregar una atención de calidad, con el uso de la tecnología adecuada, basada en la evidencia, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.

3. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN:

Valores :
Salud como un derecho Equidad Solidaridad
Principios:
Accesibilidad Oportunidad Calidad Uso eficiente de los recursos
Elementos que lo constituyen:
Integral en su mirada al proceso salud - enfermedad: biopsicosocial Centrado en el usuario Énfasis en lo promocional y preventivo Con enfoque familiar Centrado en la atención abierta Con participación de la comunidad en salud Con enfoque intersectorial

Los diferentes elementos planteados apuntan por una parte, a aspectos generales de la relación del Sistema de salud con la población y sus necesidades, como por ejemplo, la accesibilidad y la resolutividad, y por otra parte, a la relación entre los equipos de salud, y las personas y, la comprensión de sus problemas desde una mirada multidimensional y comprehensiva.

En este segundo aspecto, de manera esquemática, el Modelo de Salud Integral debe, por lo menos manifestarse en 4 ámbitos:

- Una forma sistémica e integral de comprender el proceso salud-enfermedad, introduciendo, la perspectiva de las personas, su entorno familiar y social en la vivencia del proceso.
- Un cambio relacional, que rescata la empatía, el respeto, la aceptación incondicional, la congruencia, como características del vínculo humano entre equipo de salud y usuarios, familia y comunidad.
- Una forma participativa de gestión, que modele la relación expresada en el punto previo y
- El diseño y aplicación de formas integrales de responder a las necesidades en materia de salud.

4. ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL Y SISTÉMICO EN LA ATENCIÓN DE SALUD:

El Modelo de Salud Integral, que se plasma en la Atención Primaria en el Modelo Biopsicosocial con Enfoque Familiar y Comunitario, al tener una mirada sistémica sobre el proceso salud-enfermedad, se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, y se constituye en uno de los pilares fundamentales para el logro de los objetivos de la Reforma del sector salud.

Los siguientes son los objetivos que se enfatizan en los cuidados primarios:

- Proporcionar cuidados continuos de salud, a individuos, familias y comunidad, de una manera integral, resolutiva, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, con equipos de salud multidisciplinarios capacitados, que basan su acción en el modelo biopsicosocial con enfoque familiar y comunitario para satisfacer las necesidades de los usuarios y usuarias.

- Asegurar, a la población beneficiaria del Centro de Salud, el derecho a recibir y demandar una atención personalizada, digna, de calidad y con base en los principios de la bioética, para el conjunto de prestaciones contempladas en el Plan de Salud Familiar y las Garantías en él explicitadas.

- Establecer un sistema de atención que responda a las necesidades de la población con una adecuada relación oferta-demanda.

- Lograr articulación adecuada con la red de salud, optimizando los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

El enfoque familiar tendrá distintos énfasis dependiendo del punto de la red en la cual se otorguen los servicios. Si bien es cierto que la mirada sobre los condicionantes debe estar presente en todos quienes atienden a personas y familias, su nivel de involucramiento será diferente.

El enfoque biopsicosocial ha sido operacionalizado por M. Stewart, Ian Mc Whinney y otros, en el método clínico centrado en el usuario y usuaria, a través de los siguientes componentes que debieran ser desarrollados en el contacto con las personas y sus dolencias:

1. Explorar la situación ("síntomas y signos" del problema) y el padecimiento (la experiencia personal de la situación)
2. Comprender al paciente como una persona única, con sus emociones, con una historia personal y un componente sociocultural también únicos.
3. Negociar con la persona tanto la explicación como el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
4. Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona y una forma explícita de habilitar a usuarios y usuarias para mejorar su participación en el cuidado de la salud.
5. Reforzar el aspecto relacional, de manera autocrítica y reflexiva, retroalimentándose para un crecimiento permanente.
6. Usar de manera realista el tiempo y los recursos.

5. CAMBIO RELACIONAL:

Como consecuencia lógica y así está expresado en lo planteado en el punto anterior, surge la necesidad de un nuevo estilo relacional con los usuarios.

El Modelo de análisis del proceso de salud-enfermedad (biomédico) y el modelo relacional (paternalista) no favorecen la participación de los usuarios. Las decisiones puestas en un saber técnico, prescinden de las opiniones que los usuarios y usuarias puedan tener en los ámbitos que les afectan.

En una mirada biopsicosocial y cultural (holística) de la salud-enfermedad, la persona pasa a ser relevante para una mejor comprensión de la situación de salud de parte de los profesionales y técnicos y por lo tanto para un diagnóstico más integral.

Según algunos autores, la relación debe ser construida activa y reflexivamente. Lo anterior implica que la relación pasa a ser una forma de crecimiento personal y profesional, parte constitutiva de la competencia profesional y en función de ello, debe ser mejorada. Pero, a diferencia de una técnica cualquiera, esta requiere: de capacidad empática, actitud reflexiva, autocrítica, consideración de la dimensión subjetiva en la relación usuarios, usuarias y prestadores, y respecto por los derechos de las personas en salud como pilares que sustentan el desarrollo de una forma humanizada de atención.

Con lo anterior, dice, las habilidades de comunicación adquieren relevancia y entre ellas, de manera relevante, la capacidad de escucha activa. De esta manera será posible percibir las señales desde las personas usuarias y, también las señales internas del profesional, que hablan de cuanto la relación satisface las expectativas de ambos. La habilidad "de ser consciente y de monitorizar sus propios sesgos como un marcador de la competencia profesional", es un elemento a considerar.

En esencia, el cambio relacional tiene como base un cambio de actitud de querer vincularse con otro en toda su integralidad, considerando la vulnerabilidad frente a la enfermedad, las expectativas de ayuda, la emocionalidad implícita en la esperanza de ser acogido, de ser escuchado, de ser comprendido, de ser informado, de ser considerado.

Entre las actitudes que bloquean la comunicación y dificultan una adecuada relación profesional – usuario / usuaria están:

- Ordenar, dirigir, mandar: en el afán de "educar", se entrega indicaciones sin considerar las experiencias y expectativas del otro. La tarea es obedecer.
- Advertir, amenazar: a lo anterior se agregan las consecuencias de la negación de cumplir lo ordenado.
- Moralizar, sermonear: mantiene al otro en una situación de inferioridad y dificulta la corresponsabilidad en salud. Transmite falta de confianza en la capacidad del otro.
- Juzgar, criticar, culpar: pone al otro en situación de inferioridad de tipo moral.
- Poner apodos, uniformar, ridiculizar: elimina la sensación de ser único pasa a ser parte de un conjunto de "pacientes" de determinado tipo.
- Poner en duda: transmite falta de confianza en el otro.

BLOQUEOS DE LA COMUNICACIÓN: elementos que entorpecen el intercambio
Desconfiar de lo que dice el otro. Poco interés en el asunto que se cuenta. Estar preocupados de un asunto distinto de lo que se está tratando. Reaccionar con hostilidad al relato del otro. Mostrar mucha prisa por finalizar la conversación; por ejemplo, mirar frecuentemente el reloj. Mirar fijamente al otro cuando habla sin hacer ningún gesto ni emitir palabra. Aparentar indiferencia. Cuestionar todo lo que el otro dice. Responder a lo que el otro cuenta, remitiéndole permanentemente una historia personal. Realizar generalizaciones.

Sin importar si el vínculo establecido es de mayor continuidad (cuidados primarios) o episódica (cuidados especializados y hospitalización), las características que reflejan una atención humanizada son:

- Actitud de respeto por la legitimidad del otro.
- Aceptación de que el otro es un ser distinto, único y autónomo.
- Empatía: entender el contexto del otro, sus motivaciones y sentimientos.
- Interés por la persona, su historia, sus temores y expectativas.
- Interés por el otro como ser social: aceptar su necesidad de compañía (de familia, amigos) y la influencia que estas redes sociales tienen sobre él.

- Continuidad en el vínculo
- Reconocimiento de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del otro
- Atención a lo que el otro necesita saber
- Honestidad frente a los propios límites
- Disposición a cuidar siempre
- Disposición a ayudar a bien morir

Algunos elementos específicos, pero no menos importantes son:

- Llamar por su nombre
- Mirar a la cara y especialmente a los ojos
- Evitar la actitud de apuro
- Dejar tiempo al otro para hablar, preguntar, explicar
- Chequear el grado de comprensión de lo que se ha informado
- No dejar cabos sueltos, responsabilizar en las distintas personas que participan en el proceso, los diferentes elementos que darán continuidad a la situación clínica o preventiva
- Especialmente en la persona hospitalizada/o, generar sensación de protección, neutralizando de manera cálida y acogedora sus angustias, miedos y manejando cuidadosamente su malestar

Forma participativa de gestión:

La manera en que los directivos ejercen su rol, no es indiferente en términos de la relación que los integrantes del equipo de salud establecen con los y las usuarios/as.

Muchas veces formas autoritarias de gestión determinan relaciones agresivas entre los miembros del equipo y entre ellos y los usuarios/as.

Una gestión participativa, permite un trabajo en equipo más horizontal e incentiva la mirada transdisciplinaria y además modela la relación que los equipos establecerán con las personas usuarias.

6. DISEÑO Y APLICACIÓN DE FORMAS INTEGRALES DE RESPONDER A LAS NECESIDADES

La respuesta tradicional a las necesidades ha enfatizado el aspecto biológico de la enfermedad con estudios centrados en el individuo y sus características orgánicas.

Un modelo biopsicosocial basa su diagnóstico (contextualizado) en la recopilación de antecedentes, experiencias, atribución de significados de los distintos ámbitos del ser humano.

En el enfoque centrado en la familia, los equipos de atención primaria recogen información relevante de la familia, hábitos, aspectos relacionales, mecanismos de afrontamiento de la enfermedad y el estrés familiar, formas de organización de los recursos y tipos de redes de apoyo existentes. A través de la utilización de instrumentos de estudio de familias, efectúan una aproximación al diagnóstico biopsicosocial.

Lo anterior les permite generar respuestas que abordan estos distintos ámbitos.

En la atención episódica, generada en la atención especializada ambulatoria o cerrada, puede ser de utilidad la utilización de dicha información, por lo cual el flujo de la misma, de manera confidencial, mantiene una cierta coherencia entre los distintos puntos de la red y se evita a usuarios/as y familias la repetición de situaciones que les puede generar estrés.

En estos puntos de la red, el enfoque familiar estará dado por la recopilación o captura desde la atención primaria, de información pertinente, que ayude a la mejor comprensión de lo que le pasa a la persona y para el diseño de indicaciones basadas en la realidad de aquellas y sus familias.

Esta actitud se evidenciará con profesionales que involucran a algún familiar en el acompañamiento a la enfermedad o a la situación clínica en cuestión, favoreciendo la participación de un familiar significativo para la persona.

Otra evidencia se observará en la forma que se entrega la información a familiares respecto a diagnóstico, evolución, pronósticos de la situación clínica, en ambientes de confianza, protegidos, acogedores.

Una evidencia contundente de cambio en la perspectiva que el equipo tiene del rol que juega el o la usuario/a, es la puesta en marcha de estrategias que aumenten su participación y la expresión clara de sus derechos y deberes.

La autonomía de la persona en la atención ambulatoria se expresa en su capacidad para tomar decisiones, en la posibilidad de interaccionar con los profesionales de la salud e incluso en el acto libre de no seguir las indicaciones acordadas con los profesionales, si percibe o descubre elementos que le dificultan seguirlas, para más adelante expresarlo abiertamente a aquellos.

En el caso de la persona hospitalizada el riesgo de pérdida de autonomía es mayor y la posibilidad de discutir u opinar sobre los actos que sobre ella ocurren se ve drásticamente disminuida. En este ámbito una actitud proactiva, alerta, reflexiva y comprensiva del equipo de salud hospitalario, es imprescindible en la defensa de los derechos de la mujer.

La actitud esperable del equipo de salud y de cada profesional o técnico que se relacione con la mujer o su familia, independiente del punto de la red en el cual se encuentre:

Apertura a la participación de un(a) otro(a) activo(a) y de quienes acompañan a la mujer, en este caso.

Uso adecuado del poder. Cuando existan restricciones fundadas para no responder a alguna solicitud o restringir algún derecho, que esto sea manifestado en un plano de respeto y empatía, de manera que sea comprendido y aceptado por el o la afectada.

Evitar juicios morales y apropiación valórica de actos, hechos, antecedentes. Conocer y aceptar los principios de la relación de ayuda.

El buen trato en términos de amabilidad, estar atento a las necesidades de los (las) usuarios (as), evitando pérdidas de tiempo innecesario, en las mejores condiciones posibles, es un derecho de toda persona y debiera ser cumplido en cualquier ámbito de la vida ciudadana, más aún en salud, en que hay una situación de necesidad aumentada.

Respeto, tolerancia a la diversidad.

Empatía que implica comprensión de los temores, incertidumbres, necesidad de apoyo afectivo que la situación de embarazo y parto genera.

Capacidad de negociar y respeto a la autonomía: Implica poner al otro en situación de tener la capacidad de tomar decisiones informadas.

El sistema de cuidados primarios con su énfasis en lo promocional y preventivo, requiere establecer relacio-

nes continuas con su población usuaria, conocer su entorno familiar y comunitario, comprender las interacciones entre los miembros de la familia, evaluar el contexto familiar y de alguna manera determinar el riesgo, para orientar mejor las intervenciones.

Cuando es necesario derivar hacia la atención especializada, ambulatoria o cerrada, debiera evaluarse la pertinencia de acompañarla con información que sea de utilidad a un manejo más integral.

El punto de destino de la derivación debiera recibir tal información con el respeto y confidencialidad que se requiere.

Ejemplo de información que pudiera ser de utilidad para el punto de destino de la derivación (una o varias de ellas):

- Redes de apoyo con que cuenta la persona (posibilidad de acompañante, ayuda en su hogar para seguir indicaciones más complejas, ayudar en contactos próximos para seguimiento, etc).

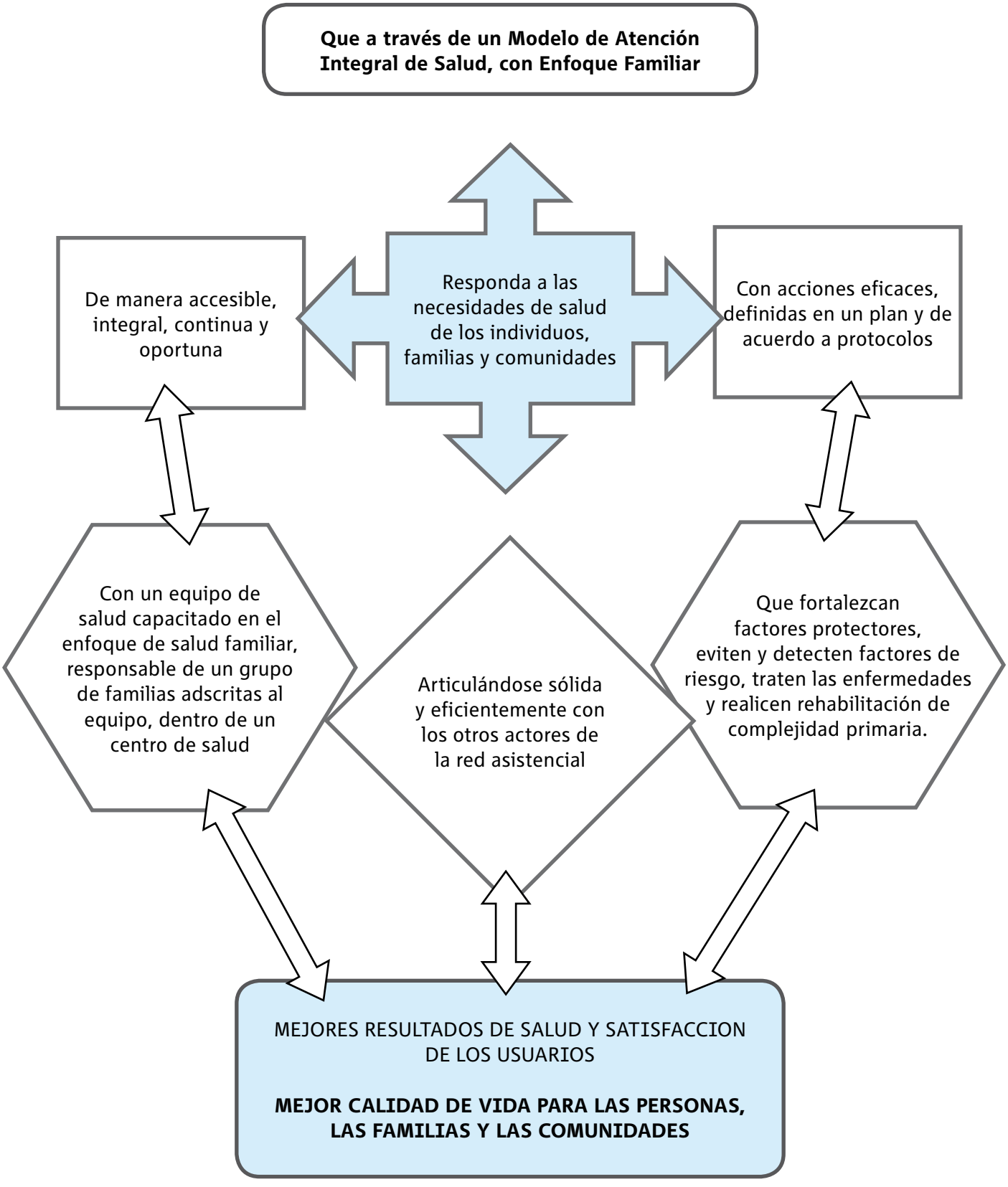
- Antecedentes familiares o culturales que impidan el seguimiento de alguna indicación. Ejemplo: temas que hayan sido conversados con su equipo de cabecera en cuanto a opciones del o la paciente o familia y que requieran un acercamiento desde la visión del otro.

- Antecedentes de eventos relevantes que de alguna manera puedan influir en la evolución del cuadro actual.

- Factores de riesgo psicosocial cuya consideración mejorará el pronóstico de la situación.

- Factores protectores cuya potenciación favorecerá la evolución.

7. LA REFORMA: DEFINE UNA ATENCIÓN PRIMARIA...



Fuente: Adaptado de presentación de Dra. Carmen Aravena.

Anexos

ANEXO 8.1. NIVELES DE INVOLUCRAMIENTO DE DOHERTY Y BIRD

ANEXO 8.2. GENOGRAMA

ANEXO 8.3. CICLO VITAL FAMILIAR Y CRISIS DE INCLUSIÓN

ANEXO 8.1. NIVELES DE INVOLUCRAMIENTO DE DOHERTY Y BIRD

De acuerdo a los problemas de salud presentados por las personas los requerimientos variarán en 5 niveles de involucramiento con las familias y estos niveles determinarán diferentes habilidades y destrezas a desarrollar por los profesionales.

	NIVELES DE INVOLUCRAMIENTO	CAPACIDAD DEL PROFESIONAL
1	Mínimo énfasis en la familia	▪ Técnicas básicas de comunicación, escuchar
2	Proporcionar información continua y dar consejería informativa Comunica información Escucha atentamente sus preguntas e inquietudes Involucra la colaboración de la familia en su plan de manejo	▪ Conocimiento básico del desarrollo familiar
3	Entendimiento de los aspectos afectivos de la familia: sentimientos y apoyo Realiza apoyo emocional Conversa con la familia sobre sus sentimientos, inquietudes y cómo podrían afectar la familia	▪ Conocimiento del desarrollo familiar, de las reacciones familiares a situaciones de estrés ▪ Capacidad de atender ▪ Capacidad de responder a signos sutiles de necesidades emocionales ▪ Autoconocimiento de sus relaciones con pacientes y familias
4	Evaluación sistemática de la función familiar e intervención planificada Planifica una intervención diseñada para ayudar a la familia a enfrentar sus problemas. Ej. redefinición del problema y nuevas maneras de enfrentar dificultades	▪ Conocimiento de la teoría de sistema aplicada a la familia y de los modelos de disfunción familiar ▪ Capacidad de realizar entrevista familiar ▪ Capacidad de manejo de grupo
5	Terapia familiar Realiza una intervención terapéutica con familias disfuncionales El nivel de Terapia Familiar se considera un nivel especializado de atención ante problemas severos de funcionamiento familiar	▪ Capacidad de intervención en el funcionamiento de la familia

ANEXO 8.2. GENOGRAMA

Un genograma es un formato para representar a la familia y sus relaciones sobre por lo menos tres generaciones.

Provee, a través de un vistazo rápido, información de patrones familiares complejos y una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar.

Los genogramas muestran:

- La estructura de una familia.
- Las relaciones entre los miembros de una familia.

Al hacer un genograma tenga presente:

- Objetivo claro: Qué espera lograr sobre la situación de salud de la familia al efectuar el genograma. Esto ayuda a decidir a quienes incorporar en el esquema (Ej.: vínculos sanguíneos con una o dos personas clave) y quienes no y cuántas generaciones, si agregar líneas relacionales o no, o hacerlo posteriormente.
- Esté preparado para recibir mucha información y chequearla antes de anotarla (use lápiz de mina), generalmente tendemos a entender parcialmente o confundirnos con información que se va agregando.

Lo principal de un genograma, es la descripción gráfica de como los diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente relacionados entre otros de una generación a la siguiente.

Cada miembro de la familia se representa como un cuadrado o círculo dependiendo de su género.

Mujer Hombre

Género

La persona clave (o paciente identificado) alrededor de quien se construye el genograma se identifica con una línea doble o con una flecha:

Sujeto Principal

Mujer Hombre

Persona Clave

Para una persona muerta, una X se pone dentro del símbolo, usualmente indicando la edad al fallecer. Los años de nacimiento y muerte se indican por arriba o a los lados del símbolo. En genogramas extendidos, que alcanzan más de tres generaciones, los símbolos en el pasado distante usualmente no llevan una cruz, dado que están presumiblemente muertos. Sólo las muertes relevantes son indicadas en dichos genogramas.

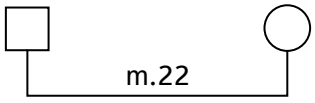
Fallecimiento

Mujer Hombre

Fallecimiento

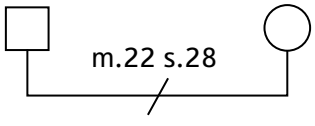
Matrimonios

Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra "M" seguida por una fecha indica cuando la pareja se casó. Cuando no hay posibilidades de confundirse de siglo, se indica sólo los dos últimos dígitos del año.

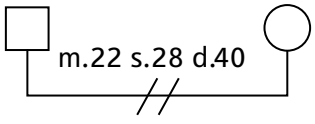


Matrimonio

La línea que los une también es el lugar donde las separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio.

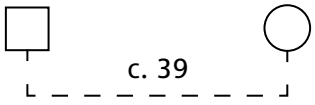


Separación



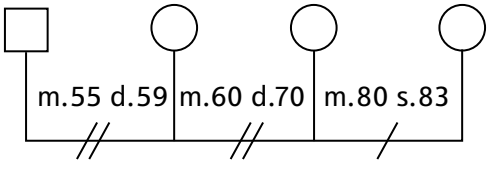
Divorcio

Las parejas no casadas se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuando se conocieron o empezaron a vivir juntos.



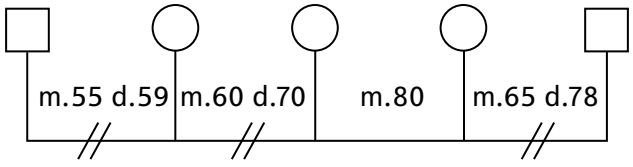
Convivencia

Los matrimonios múltiples agregan complejidad que es difícil de representar, la regla es que: cuando sea factible los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final. Por ejemplo: un hombre que tuvo tres esposas:



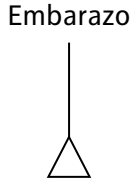
Matrimonio Múltiple

Esto no es posible de hacer cuando una de las esposas, ha tenido un matrimonio anterior a su vez; en tal caso, se listan los matrimonios más recientes al centro:

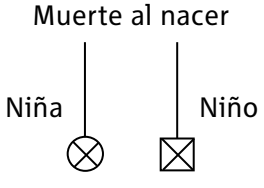


Matrimonio Complejo

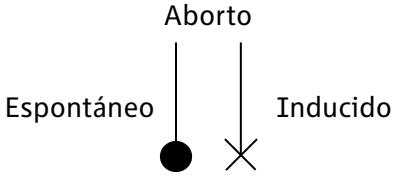
Hijos(as)
Símbolos para: embarazos, pérdidas, abortos y muertes al nacer.



Embarazo

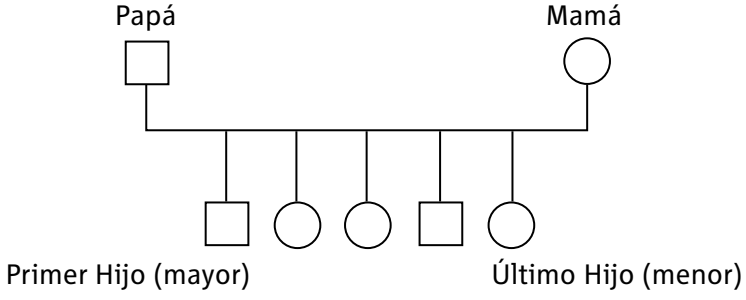


Muerte al Nacer

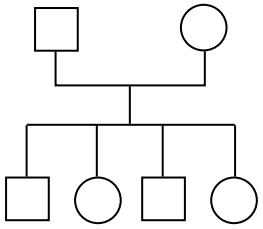


Aborto

Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta la pareja; los hijos se dibujan de izquierda a derecha, comenzando con el más viejo.

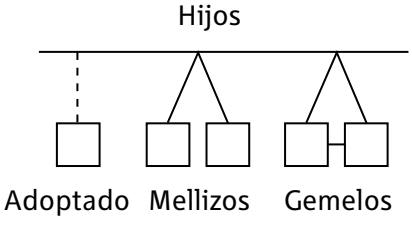


Hijos en una pareja
El siguiente es un método alternativo para los hijos, usual en familias más numerosas.



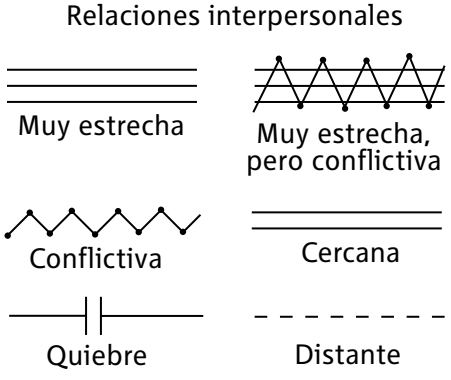
Otros tipos de hijo

Otros tipos de hijo también pueden aparecer:



Otros tipos de hijo

Relaciones en la familia
Claramente, una cronología familiar puede variar en detalle dependiendo del alcance y profundidad de la información disponible. El nivel de relaciones en la familia es el elemento más inferencial de un genograma: esto involucra delinear las relaciones entre miembros de la familia. Tales caracterizaciones se basan en informes de los miembros de la familia y observación directa.



Relaciones entre dos miembros

Relaciones entre dos miembros
Lo usual es que se incluyan algunas de estas alrededor del sujeto en estudio.
La información del genograma se puede obtener entrevistando a uno o varios miembros de la familia. Claramente, el obtener información de varios miembros de la familia entrega la oportunidad de comparar perspectivas y observar directamente las interacciones. A menudo, cuando se entrevista varios miembros de la familia, se obtiene el efecto Rashomon, nombre tomado de una famosa película japonesa en que un suceso es mostrado desde la perspectiva de varios distintos personajes.

Software para hacer genogramas: Open Directory Project, sección Software para Genealogía

Fuente: Adaptado de Carlos Castillo

ANEXO 8.3. CICLO VITAL FAMILIAR Y CRISIS DE INCLUSIÓN

El ciclo vital familiar hace referencia a la serie de etapas por la que transcurre la familia desde que se constituye la pareja, hasta que mueren los cónyuges.

El pasaje de una etapa a otra implica tareas, cambios y probabilidades de crisis.

Las etapas son, en general conocidas y predecibles. Esto ayuda a adelantarse a algunos de los problemas frecuentes que se suceden frente a dichos cambios, para aminorar los efectos que estos provocan en la situación emocional de los individuos.

Aunque pueda existir superposición de etapas o no sucederse de la manera en que el CVF teórico lo explicita, las tareas y crisis siguen siendo parte de él, por lo que al identificar los probables puntos de tensión es posible generar conductas que se anticipen y/o preparen el espacio físico, psicológico o afectivo, para disminuir la probabilidad de crisis.

Dentro del ciclo vital podemos reconocer las siguientes etapas: Constitución de la pareja, Nacimiento y crianza, Familia con hijos/as en edad pre escolar, Familia con hijos/as en edad escolar, Familia con hijos/as adolescentes, Salida de los hijos/as del hogar, Pareja en etapa madura, Pareja en ancianidad.

Etapa de Nacimiento y crianza

El nacimiento de un hijo o hija crea muchos cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia.

Desde la gestación el sistema de dos pasa a estructurarse de a tres, ya incluso desde el embarazo los padres van creando un espacio para este bebé, que primero es intrapsíquico (expectativas con respecto al sexo, búsqueda del nombre, elegir un lugar en la casa) que después se traslada al afuera y se concreta (comprarle ropa, decoración del espacio elegido, etc.).

Este nuevo triángulo (madre–padre–bebé) reactiva en los padres experiencias propias anteriores vividas con su familia de origen. Aparecen nuevos roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna); y con ellos los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc.

Las funciones de los padres se diferencian para poder brindarle al niño o niña la atención y cuidados que necesita. La madre se unirá simbióticamente con el bebé, interpretando y descifrando sus demandas de cuidado y alimentación. Esta unión es normal y necesaria para la buena evolución de toda la familia.

Durante este período el padre es un observador que participa desde afuera haciendo el nexo entre madre–hijo/a mundo exterior.

La incorporación de un hijo o hija en la familia provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja. Son frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas. En muchas ocasiones, especialmente con el primer hijo o hija, el padre se siente excluido.

Es un momento de vuelco hacia la familia extensa. A veces esto es tomado con alegría y en forma positiva y en otras aumenta la tensión o los conflictos.

Hacer el espacio para la llegada del hijo o hija, puede resultar muy estresante para la familia, por cuanto podría significar la exclusión de otros, como por ejemplo el padre o los hermanitos/as mayores. Por otro lado

implica variar las rutinas a las que la pareja o familia estaban habituadas, renunciar a ciertos pasatiempos o generar otros. La tarea, en esencia, es adaptar lugares, actividades y tiempo a la llegada del nuevo integrante. El no logro o desarrollo disarmónico, puede generar crisis.

Problemas frecuentes

- Persistencia de la simbiosis madre–bebé a lo largo del tiempo.
- Intolerancia por parte del padre de ocupar un lugar secundario en esta tríada durante los primeros meses.
- Excesiva participación de la familia extensa en el cuidado del bebé, con la consecuente dificultad de los padres para adaptarse al nuevo escenario.

Orientación:

El desafío anticipatorio debe enfocarse a poner en la reflexión de la pareja las tareas que es necesario cumplir para superar la tensión de esta etapa; esto es:

Dar una corta información sobre las crisis observadas en otras parejas. Luego hacer preguntas abiertas, tales como: ¿han pensado cómo se distribuirán los roles? ¿de qué manera va a participar el papá con la guagua (otro adulto significativo, si no hay padre presente)? ¿Cómo harán para que el (la) hermanito (a) no se sienta abandonado (a), ¿tienen quién, de vez en cuando, les cuide la guagua para que puedan descansar o salir solos?, etc.

La orientación podría incluir el contar cómo lo han hecho otros para organizarse, pero en esencia se trata de invitar a la pareja a reflexionar sobre lo que ellos podrían hacer.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Ruth Depaux Vega. Médico Familiar. Dpto. Atención Primaria. Ministerio de Salud.
- Nora Donoso Valenzuela. Asistente Social. Jefa Unidad de Participación Social. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo III

Determinantes Psicosociales en el Proceso Reproductivo

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO III

DETERMINANTES PSICOSOCIALES EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

1. INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de los derechos de las personas, y la importancia que la maternidad – paternidad y el nacimiento tienen en el bienestar a lo largo de la vida, unido a un concepto amplio de familia, y de bienestar social están en la base del modelo de atención que el sistema de salud se ha propuesto instalar. Esto significa considerar, además de los condicionantes biológicos, el impacto que los determinantes sociales y psicológicos tienen en la salud.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, incluyendo tanto las características específicas del contexto social que inciden en la salud, como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive, se traducen en efectos en salud. Este concepto, enfoca la mirada sobre el modo crucial en que el contexto y las formas de vida social abren o cierran oportunidades para desarrollar el potencial de salud de las personas a lo largo de su ciclo de vida. Asimismo, constituye un modo de explicar la producción de inequidades y, al mismo tiempo, identificar los puntos de entrada para su abordaje o corrección.

Existe evidencia científica suficiente, demostrando que si bien el sector salud tiene un rol esencial en la promoción, prevención y cuidado de las personas, las acciones coordinadas con otros sectores como educación, protección social, y ambiente son cruciales para influenciar los determinantes sociales de la salud y disminuir brechas de equidad. Mediante los servicios asistenciales es posible tener llegada a las condicionantes culturales, ambientales, sociales, económicas y de comportamiento que inciden en la salud y no sólo en los aspectos biológicos de ésta.

Por ejemplo, las acciones tendientes a disminuir brechas de inequidad de género en la familia, y la sociedad, y a invertir en programas sociales que transforman las actitudes de cuidado de hombres y mujeres, de tal forma que los hombres comiencen a tener igual responsabilidad en el cuidado de su hijo/a, tienen un impacto directo en la salud de la mujer, y su familia[1].

Según investigaciones, los determinantes sociales claves que influyen sobre la salud de la población son: ingreso y posición social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entornos físicos seguros y limpios, características biológicas y constitución genética, desarrollo del niño o niña y los servicios de salud.[2]

Por otra parte, los aspectos psicosociales que actúan como protectores, son aquellos que favorecen y estimulan la resiliencia ante condiciones ambientales y sociales que predisponen al deterioro del estado de salud. Los factores de riesgo psicosocial y la inequidad son los que aumentan la probabilidad de iniciar, agravar o prolongar un problema de salud. Por ejemplo, el fomentar factores protectores y/o a controlar los factores de riesgo para la salud de las personas, contribuyen a reducir las tasas de morbilidad, evitar sufrimiento, aumentar los años de vida saludable y reducir el gasto público. Realizar estas acciones en la atención de las mujeres gestantes es aprovechar una gran oportunidad para actuar promocional y preventivamente para mejorar la calidad de vida de las mujeres, sus hijos/as y sus familias. El período de gestación es fundamental para las políticas públicas centradas en la disminución de brechas de inequidad, promoción del bienestar y la prevención de los daños tanto biológicos como psicosociales.

La investigación actual sobre intervenciones preventivas, se centra en la modificación de aspectos estructurales en la vida de la mujer, como la perspectiva de género en políticas públicas, acceso a beneficios sociales, la modificación de factores de riesgo y refuerzo de factores protectores desde la vida intrauterina. Esto ha llevado a considerar el período de gestación como un eje fundamental de las políticas públicas centradas en la equidad, la promoción y la prevención en salud. La atención del embarazo, parto y puerperio, como procesos naturales de la reproducción humana constituyen una oportunidad para realizar intervenciones en los determinantes psicosociales de la salud, que son susceptibles de ser modificados para minimizar su impacto u orientar para su atención posterior cuando están altamente asociados a un daño.

"El desafío en la mortalidad materno – infantil supone superar la brecha de la equidad social y económica y tener acceso de calidad a bienes y servicios, esto implica superar las desigualdades entre lo urbano y lo rural, atender prioridades de salud en los grupos más vulnerables adoptando modelos participativos, educativos y de prestación de servicios específicos para los desplazados, para permitir el acceso universal de calidad de los usuarios/as a la atención de salud".[3]

Existen otras brechas que afectan la calidad de los servicios de salud, que se refieren a la continuidad de la atención y la participación ciudadana, siendo necesario un monitoreo estricto de la calidad de atención en las redes de salud para aumentar su capacidad resolutiva.

La educación sexual y reproductiva orientada a la paternidad y maternidad responsables a partir de la educación escolar y el acceso a regulación de fertilidad para la población vulnerable, son elementos esenciales de salud pública que pueden ser mejorados.

2. DETERMINANTES PSICO SOCIALES DURANTE LA GESTACIÓN

El propio embarazo es una situación de mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y social para la mujer. Dado que la gestación constituye un período de alta demanda fisiológica, en el que se ponen a prueba todos los sistemas fisiológicos de la mujer (cardiovascular, endocrino, etc.), varios autores proponen considerar este período como un test de esfuerzo, en el que puede quedar en evidencia la vulnerabilidad de la mujer para enfermar más adelante. Es frecuente que en esta etapa de la vida aparezcan las primeras manifestaciones de enfermedades crónicas tales como hipertensión, diabetes o depresión. Además, es posible que durante la gestación pudieran prevenirse algunas enfermedades de inicio en la vida adulta que han demostrado estar relacionadas en su origen con una "programación fetal" influida por el ambiente intrauterino.

[3] Bogotá D.C. 2005 – Colombia APS "Intervenir sobre los determinantes sociales y mejorar la calidad". http://www.col.opsoms.org/diamundial/2005/Comunicadodeprensa13deabril.pdf

La presencia de factores de riesgo psicosocial durante la gestación aumenta la probabilidad de que la mujer presente síntomas físicos, emocionales, conductas de riesgo, maltrato a los hijos/as, violencia e, incluso, enfermedades, tales como depresión, hipertensión arterial y otras.

Las personas y familias tienen distintas probabilidades de presentar alteraciones en su salud, dependiendo de la tensión o equilibrio entre factores de riesgo y factores protectores. Este principio justifica la detección de estos factores con el fin de orientar de manera óptima la red de cuidados y aprovechar los recursos disponibles en función de las necesidades particulares de cada persona y familia.

Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que los procesos que permiten identificar a las mujeres en riesgo, no son un fin en si mismos. No es útil, ético ni adecuado identificar problemas si no existen los recursos ni estrategias para tratarlos (Dra. Beverly Winikoff).

Aceptando esta mayor vulnerabilidad biológica, el embarazo también se constituye en una oportunidad valiosa de apoyar a la mujer y su familia para generar condiciones que faciliten la readecuación de los roles dentro de la familia, incluyendo la redistribución del trabajo doméstico.

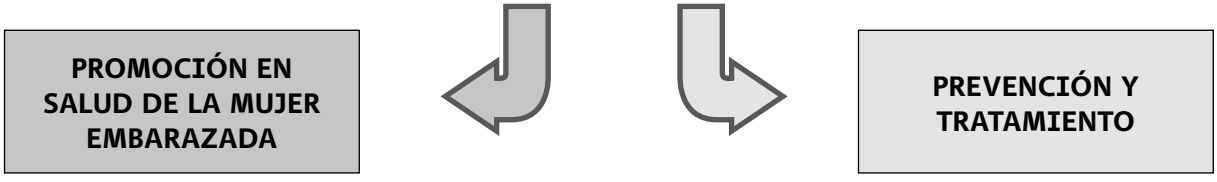
Detectar las determinantes biopsicosociales que generan desigualdades en el desarrollo integral de niños y niñas desde antes de nacer - potencialmente modificables en los primeros años de vida - e intervenir para aminorar su impacto, ha demostrado ser una estrategia efectiva para disminuir las inequidades sociales.

Idealmente, los factores de riesgo debieran ser detectados en la primera atención prenatal, especialmente aquellos que requieren acciones rápidas y multidisciplinarias.

Otros ámbitos pueden ser explorados en las sucesivas atenciones, ya que puede ser agotador e incómodo preguntar por todos los factores posibles en una sola entrevista.

FACTORES DE RIESGO BIOPSICOSOCIAL MÁS IMPORTANTES EN LAS MUJERES GESTANTES

Mujer en Gestación	Dimensiones	Situaciones de Riesgo
Determinantes biológicos	Actividad física Alimentación	Adolescente menor a 18 años Enfermedad física grave
Determinantes psicológicos	Resiliencia Autoeficacia Optimismo Autocuidado	Embarazo no deseado Consumo perjudicial alcohol/drogas Eventos de vida estresantes o traumáticos los últimos 6 meses. Antecedentes cuadros depresivos
Determinantes socio–culturales	Redes sociales Valores y creencias positivas relativas al embarazo Capital social	Violencia pareja Abuso sexual Baja escolaridad Mujer sostenedora (económica y afectiva) Pobreza Aislamiento social Marginación social
Determinantes ambientales	Ambiente comunitario (áreas verdes, acceso a lugares de recreación) Servicios y suministros básicos	Entorno alcohol / drogas Mala calidad vivienda Tóxicos / Higiene ambiental Condiciones laborales inseguras



3. EVALUACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL DURANTE LA GESTACIÓN

La aplicación de sistemas para la detección de factores psicosociales de riesgo y protectores durante la gestación es una recomendación de primera línea, dado que permite intervenir precozmente sobre factores que han demostrado un potencial efecto negativo sobre la salud de la madre y el feto (The American College of Obstetricians and Gynecologists)[5].

El presente manual ofrece, en este capítulo, recomendaciones prácticas sobre como explorar, con la mujer gestante, los factores psicosociales de riesgo y protectores durante la entrevista.

Además, entrega un breve análisis de los factores más importantes de detectar en esta etapa, por su frecuencia poblacional, por la evidencia de su potencial impacto negativo y particularmente por la información disponible de que existen intervenciones con capacidad para modificarlos o para aumentar la fortaleza de la mujer y familia frente a ellos.

Por último, describe las intervenciones que pueden ser ofrecidas desde la atención de salud, enmarcadas en las políticas públicas intersectoriales vigentes y en los recursos comunitarios.

Los objetivos de estas intervenciones son, en general:

- Mejorar la percepción de la mujer gestante respecto al apoyo con que cuenta y favorecer la utilización de su red social existente, fomentando la búsqueda y el acceso a recursos sustitutos
- Favorecer la expresión de sentimientos
- Favorecer la identificación de problemas, cuando procede
- Fortalecer la autoestima y la identificación de sus propios recursos personales y familiares
- Fomentar el autocuidado
- Anticiparse a los daños

3.1. ¿Cómo preguntar?

Incorporar en la entrevista a una mujer gestante algunas preguntas que permitan conocer su realidad psicosocial es un desafío para los equipos de salud. Les exige administrar el tiempo de atención en forma diferente y desarrollar algunas habilidades para establecer un diálogo respecto a aspectos privados que habitualmente no se preguntan y que difícilmente las personas relatan en forma espontánea.

Muchos equipos de salud ya han incorporado el enfoque de atención centrado en la familia y su condición biopsicosocial, para ellos, este manual será un aporte complementario. Para aquellos que están en etapas iniciales del cambio de modelo de atención, este manual les entrega conocimientos e instrumentos para avanzar en ese esfuerzo.

Al iniciar una entrevista con énfasis en aspectos psicosociales, se debe considerar la especial sensibilidad que estos temas despiertan. Se recomienda informar a la mujer de la necesidad de tocar estos ámbitos como apoyo a una mejor valoración de su situación de salud. Por ello, es recomendable que se plantee como una conversación, más que como una entrevista estructurada, de manera de no perder la dimensión afectiva y emocional que su abordaje requiere.

Tenga una actitud respetuosa, trate de crear una relación de confianza, no presione ni se anticipe en "interpretar" la actitud y el comportamiento de la persona entrevistada. Si tiene dudas respecto a una respuesta que recibe, corrobore si la mujer ha comprendido correctamente la pregunta. Intente que la entrevista no se transforme en un interrogatorio. Puede explicar que se trata de una nueva actividad dentro de los cuidados prenatales que busca favorecer el desarrollo saludable de la gestación.

Recordar:

- Como toda solicitud de información personal, la entrevista es voluntaria; solicite permiso a la persona para realizarla.
- Inicie la conversación de manera cálida, presentándose y dando tiempo a la llamada "fase social" de la entrevista, facilitará la introducción al tema; esto es importante para evitar violentar a la persona con preguntas que puedan parecerle fuera de contexto.
- Respete siempre la libertad de las personas de rehusarse a tocar ámbitos privados o difíciles, entendiendo que son parte de la autonomía, como un principio ético básico.
- Preserve la privacidad durante la entrevista y sea explícita/o en que la información es confidencial, a menos que la mujer misma autorice comunicarla a otros; estos son elementos relevantes para crear un clima de confianza.
- No reaccione de manera explícita ni emita juicios ante el relato de situaciones que puedan ser impactantes.
- Recuerde que la presencia de factores de riesgo no asegura la aparición de un daño (no implican causalidad), sino que sólo aumenta su probabilidad.
- Sea positivo (a) y confíe en la capacidad de la consultante.
- Incluya siempre preguntas sobre factores protectores.

- Identifique recursos de la persona, su entorno, profundice en ellos.
- Identifique sus propios recursos personales, los del resto del equipo, del consultorio, del hospital y de la red social y de servicios en el sector; serán una importante fuente de apoyo en su trabajo.
- Respete las diferencias culturales y explore el modo particular de esa persona de ver el mundo.
- El tomar conocimiento de múltiples factores adversos, puede abrumar al equipo de salud. Converse con sus compañeras (os), y en lo posible establezcan un programa de autocuidado de equipo.

3.2. ¿Qué preguntar?

En la siguiente pauta se señalan los factores de riesgo que son necesarios de identificar en primer lugar:

VARIABLES DETECCION DE RIESGO PSICOSOCIAL

1. Edad igual o menor a 17 años 11 meses
2. Escolaridad igual o menor a sexto básico
3. Ingreso a control prenatal después de las 20 semanas
4. Rechazo al embarazo
5. Ausencia de pareja, aislamiento social
6. Presencia de síntomas depresivos, antecedentes de depresión recurrente o de otro diagnóstico psiquiátrico severo
7. Presencia de Violencia Intrafamiliar o Abuso Sexual
8. Uso o abuso de sustancias: tabaco, alcohol, drogas adictivas.

En presencia de una o varias de estas condiciones, se debe elaborar un plan de apoyo personalizado para la mujer durante su atención pre natal, del parto y posterior.

4. COMO EXPLORAR Y QUE HACER FRENTE A CADA FACTOR DE RIESGO

Los tres primeros factores de riesgo son condiciones individuales que están registradas en la ficha clínica. La presencia de uno o más de ellos, debe alertar a una atención prenatal especialmente enfocada a las necesidades de la mujer y a una evaluación de los otros factores de riesgo especialmente cuidadosa y exhaustiva.

Estos son:

4.1. Edad igual o menor a 17 años 11 meses:

Consecuencias para la madre:

Las adolescentes menores de 17 años enfrentan una probabilidad de muerte debida a complicaciones del embarazo y parto 4 a 8 veces mayor que la observada en el grupo de 15-19 años. Las principales complicaciones que amenazan a las madres muy jóvenes son hipertensión arterial, eclampsia, anemia y distocia por desproporción céfalo-pelviana.

También existen consecuencias psico-sociales como la interrupción del proceso educativo, lo que disminuye las oportunidades de ingresar al mercado del trabajo más calificado, la limitación de la participación en actividades propias del grupo de pares y los costos emocionales de una maternidad no planeada o no deseada.

Consecuencias para los hijos e hijas:

La consecuencia más importante es la mayor mortalidad infantil, cuya principal causa es el bajo peso al nacer, asociado a deficiencias nutricionales de las madres adolescentes. La mortalidad aumenta en la medida en que la madre es de menor edad: en Chile, durante el año 2003, fallecieron 17 de los 994 hijos/as nacidos/as de madres menores de 15 años (1.7 %) y 335 de los 33.838 hijos/as nacidos/as de madres de 15 a 19 años (1%). También el bajo peso al nacer (menos de 2500 g) es más frecuente en hijos/as de mujeres menores de 15 años (7.8 %) que en hijos/as de mujeres entre 15 y 19 años (5.5 %).

Dentro de las posibles consecuencias tardías se pueden presentar problemas de salud mental, especialmente en niños/as que no han sido deseados/as o que han sido rechazados/as por el grupo familiar.

Otros factores que pueden afectar el desarrollo psicomotor, emocional y social de los/as hijos/as de madres adolescentes son: inestabilidad familiar, familias uniparentales, diversos roles maternos y paternos (que cumplen los/as abuelos/as), padres aún dependientes económicamente o con bajos ingresos, entre otros.

4.2. Escolaridad de sexto básico o menos:

En Chile en el período comprendido entre 1990 y 1995, las tasas de mortalidad neonatal de los niños y niñas de madres sin instrucción formal fueron 12 veces mayores que las de los niños y niñas cuyas madres tenían 13 años o más de escolaridad. Entre los primeros, las tasas de mortalidad posneonatal fueron dos veces mayores que entre los segundos (Informe Anual del Director – año 2000 - La salud en el desarrollo humano).

Los 2 factores anteriores no son modificables y como se dijo anteriormente es preciso tenerlos en consideración por su demostrada relación con una mayor morbimortalidad materna y perinatal. Tenerlos en consideración implica cuidar focalizadamente a este grupo de madres.

4.3. Ingreso a control prenatal después de las 20 semanas:

Las razones de este inicio tardío de cuidados, pueden ser limitaciones de acceso, por ejemplo en mujeres que residen en zonas rurales o sensación de seguridad en mujeres multíparas, por ejemplo; sin embargo, existe evidencia de la asociación entre el inicio tardío de cuidados prenatales en primigestas y violencia de género.

Es muy probable que una consultante que inicia tardíamente estos cuidados tenga dificultades con la aceptación del embarazo, se sienta ambivalente o haya ocultado el embarazo por miedo o temor (adolescentes, relaciones extramaritales, abuso sexual o violación por parte de familiar, allegado u otro). El inicio tardío de los cuidados constituye un factor de riesgo para el logro del vínculo emocional con el niño o niña.

Preguntas que aportan información: se considera como ingreso tardío la primera consulta después de las 20 semanas de gestación.

No haga preguntas directas en relación al ingreso tardío, puede parecer una descalificación o crítica, más bien téngalo presente.

¿Qué hacer?

- Sospeche siempre de violencia de género y realice la entrevista a solas para favorecer la relación de confianza y confidencialidad.
- Es esencial favorecer la adherencia al sistema de cuidados, nunca critique el ingreso tardío, favorezca el reforzamiento positivo de su ingreso a los cuidados prenatales.

5. LAS CONDICIONES DE RIESGO POR LAS QUE SE DEBE PREGUNTAR Y QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INMEDIATA SON LAS SIGUIENTES:

5.1. Presencia de síntomas depresivos, antecedentes de depresión recurrente o de otro trastorno de salud mental

Preguntas que aportan información: ¿Alguna vez en su vida ha tenido problemas emocionales? ¿Ha recibido tratamiento por estos problemas?; ¿Ha sido derivada o le han sugerido ir a un psicólogo o psiquiatra?

Pregunte por síntomas depresivos utilizando el instrumento de detección del Programa de Depresión, recuerde que los síntomas deben haber estado presentes por lo menos dos semanas y haber afectado la vida cotidiana de la mujer.

En el Programa Nacional de Depresión implementado en el Sistema Público de Salud desde el año 2000 se utilizan las siguientes preguntas, considerándose sospecha cuando una o más preguntas son respondidas afirmativamente.

Se recomienda para un screening general

Preguntas para Pesquisa de Trastornos Depresivos:

1. ¿Se ha sentido cansada o decaída casi todos los días?

2. ¿Se ha sentido triste, deprimida o pesimista casi todos los días?

3. ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

Fuente: Guía Clínica Tratamiento de personas con Depresión. Pág. 6. MINSAL 2006

Si los síntomas no cumplen con los criterios de duración e impacto en la vida cotidiana, continúe preguntando por ellos en las siguientes atenciones y por los posibles desencadenantes de éstos.

Depresión actual

Habitualmente, la gestación se asocia a un estado de bienestar emocional. Sin embargo, en las últimas décadas se ha demostrado que es frecuente (30% a 40%)[4] que las mujeres gestantes presenten síntomas depresivos y/o ansiosos inespecíficos. La presencia de un trastorno depresivo durante la gestación aumenta considerablemente el riesgo de depresión en el postparto, incluso es posible que la depresión después del nacimiento de un hijo constituya la continuación de un trastorno depresivo pre existente.

Los síntomas depresivos leves y moderados se asocian con frecuencia a una menor capacidad psíquica y física, promoviendo sentimientos de incompetencia y de insuficiencia. La falta de apoyo social, los problemas de pareja y las dificultades económicas, son las principales circunstancias relacionadas con la aparición de los síntomas depresivos. Explore los temores frente al parto y los cambios de ánimo relacionados con el ciclo menstrual (disforia premenstrual) Pregunte por tristeza o desánimo y falta de capacidad para experimentar placer. Evalúe ideas e imaginería suicida.

¿Qué hacer?

- Ante respuesta afirmativa a cualquiera de las 3 preguntas derivar a médico para diagnóstico y tratamiento o derivación según corresponda.
  RECUERDE QUE ES UNA GARANTIA AUGE (Ver Guía Clínica en: http://www.minsal.cl)
- El profesional debe considerar que el uso de antidepresivos en el embarazo y durante el período del postparto no está contraindicado en sí mismo y es una alternativa a considerar para reducir el daño que la enfermedad depresiva puede generar a la salud de la mujer, a la evolución del embarazo y la salud de su hija o hijo.

Antecedentes de Depresión Recurrente o de otro trastorno de salud mental

La existencia previa de problemas o trastornos mentales puede constituirse en factor de riesgo durante el embarazo, por lo cual es importante recabar información respecto del diagnóstico y tratamiento recibido, actitud de la persona respecto de la enfermedad y de su proceso de tratamiento (adherencia, apoyo familiar, etc.)

Es necesario considerar que, ante la presencia de una enfermedad mental crónica, el objetivo principal debe ser evitar descompensaciones, para lo cual es conveniente programar controles más frecuentes y un seguimiento de la farmacoterapia.

¿Qué hacer?:

- Analice el caso en su equipo de sector.
- El equipo de cabecera tome contacto con el equipo tratante y establezcan consultorías de salud mental para cuidados compartidos durante la gestación.
- Informe claramente lo que puede significar para su propia salud mental y la de su hijo o hija, la suspensión del tratamiento.
- Proponga atenciones más frecuentes y pregunte siempre por la adherencia al tratamiento durante la gestación.
- Fortalezca los factores protectores y neutralizar los factores de riesgo de un nuevo episodio o reagudización.
- Identifique la necesidad de apoyo social adicional durante el embarazo, parto y crianza, extra postparto en caso de riesgo de depresión.
- Realice una visita domiciliaria para fortalecer vínculo, hacer seguimiento e involucrar a la familia.

5.2. Violencia intrafamiliar o abuso sexual

La violencia de género y el abuso sexual son expresión de las máximas inequidades de género. Culturalmente los hombres se han sentido con el derecho de controlar y mandar a las mujeres y con el poder para hacerlo. Las mujeres, por las mismas razones, han estado dispuestas a aceptarlo. Actualmente la ley reconoce a todas las personas el derecho a no sufrir violencia y el Estado desarrolla políticas públicas para protegerlas y castigar a los agresores.

El primer paso para modificar una situación de violencia es tomar conciencia de ella. Los y las prestadores(as) de salud que no son conscientes, indiferentes o tienen prejuicios, pueden perder la oportunidad de ayudar a una mujer que la sufre. Todos los que atienden mujeres en salud sexual y reproductiva y especialmente durante una gestación deben tener información y ser sensibles no solo a los daños producidos por la violencia sino especialmente a las situaciones que anteceden a la violencia contra las mujeres y contar con las competencias necesarias para responder a éstas.

Siempre que se atiende a una mujer gestante, hay que estar atento(a) a encontrar o buscar signos de daño físico o psicológico atribuibles a violencia.

La mejor manera de determinar si una consultante está viviendo una situación de violencia o abuso es preguntarle. Las mujeres que viven la violencia no revelan la información por iniciativa propia, pero pueden hacerlo

si alguien de confianza les habla del tema. El control prenatal es un espacio particularmente apropiado para ello.

Cuando existe violencia durante la gestación existen dos víctimas: la mujer y el niño o niña en desarrollo. La violencia durante el embarazo causa un gran deterioro de la autoestima, síntomas depresivos y conductas de riesgo para la salud, como uso de sustancias, insuficiente adherencia a los cuidados prenatales, etc.

Existe evidencia de que es frecuente que la violencia de parte de la pareja se inicie durante un embarazo y que se intensifique durante la gestación. El abuso o violencia psicológica o emocional puede ir acompañado de violencia física y habitualmente no desaparece con el parto. Un principio relevante en la atención a las personas que la sufren es que la violencia **Nunca es Justificada ni Aceptable.**

Existe, desde el año 2004, un "Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar en Establecimientos de Atención Primaria", cuyas prestaciones están incluidas en el financiamiento de la salud municipalizada (per. cápita). Este programa esta orientado a la detección de violencia en las consultas de morbilidad y control de salud y por demanda espontánea. Se realiza una evaluación integral de la mujer y su situación y se lleva a cabo una intervención de primer orden encaminada a fortalecer sus recursos personales y relacionales para su protección. Las actividades son Intervención Psicosocial Grupal en Violencia Intrafamiliar, consulta social y jurídica, plan de protección (elaboración de estrategias puntuales frente a signos de crisis), derivación a Redes Primarias y Grupos de Autoayuda y Coordinación Interinstitucional y Trabajo en Red. De acuerdo a la evaluación diagnóstica, las mujeres son derivadas al nivel de especialidad. En el año 2005 fueron atendidas 19.766 personas por violencia Intrafamiliar y/o abuso sexual (Fuente: DEIS).

En convenio con el Ministerio Público se comienzan a instalar "Salas de Primera Acogida para Personas Víctimas de Violencia Sexual" para ofrecer una atención acorde a los derechos que la ley reconoce a todas las personas que son víctimas de estos delitos en Servicios de Urgencia Generales, Pediátricos, de Gineco - Obstetricia. Actualmente existen Salas en los Hospitales Regionales de Iquique, Temuco, Puerto Montt, Concepción, Viña del Mar, Rancagua, Antofagasta, Punta Arenas y en la Región Metropolitana en los Hospitales Barros Luco en la comuna de San Miguel, Sótero del Río en Puente Alto, Calvo Mackenna en Providencia, Hospital de Talagante y San Juan de Dios en la comuna de Santiago.

Preguntas que aportan información: Pregunte a la mujer por la conducta de su pareja, tales como si trata de impedir que vea a amigos o familiares, si quiere saber donde está en cada momento, si la toma poco en cuenta o la humilla, si se enoja cuando ella habla con otro hombre, si sospecha constantemente de infidelidad o la intimida. Algunas preguntas que pueden hacerse son: ¿Su pareja le ha dicho que no debería estar embarazada?, ¿Le dice que usted no sirve para nada?, ¿Le habla fuerte o con malas palabras?, ¿No la deja hablar con amigas?; ¿Controla sus actividades?; ¿La amenaza?, ¿Controla el dinero que usted gasta?, ¿La obliga a tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?, ¿La golpea, empuja, le tira el pelo?

Para evaluar el riesgo vital o para la integridad física y psicológica de la mujer, pregunte: ¿está aumentando la frecuencia e intensidad de los episodios de violencia? ¿Siente que existe amenaza inminente para su integridad física y psicológica?, ¿Ha tenido ideas o intentos de suicidio?, ¿Cree usted que existe riesgo de que la mate? ¿Existen armas de fuego u otras en el domicilio común?

¿Qué hacer?

- Utilice las orientaciones para la primera acogida para Mujeres que Viven Violencia. (ver anexo al final del capítulo)
- Maneje siempre información actualizada y coordínese con "Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar en Establecimientos de Atención Primaria" de su establecimiento o de los consultorios correspondientes al área territorial de la maternidad, así como de otros dispositivos y redes de

apoyo a las mujeres que sufren violencia, teléfonos útiles, casas de acogida, etc.

- Ofrezca a la mujer un espacio de confianza que le permita hablar; esta es quizás la primera vez que se lo cuenta a alguien. Explore la red de apoyo de la consultante y contacte directamente a un miembro de la red especializada en violencia. Evalúe el riesgo que significa para la mujer volver al hogar.
- Siempre debe considerarse que la decisión de recurrir a la justicia corresponde a la propia mujer, ella sabe los riesgos que asume si denuncia. En el caso de adolescentes menores de 18 años, debe informarse a la dirección del consultorio u hospital para la comunicación con la Fiscalía. Siempre, debe entregarse información acerca de los derechos y de los servicios a los que puede acceder, además de entregar apoyo emocional.

5.3. Consumo problemático y/o dependencia a tabaco, alcohol u otras drogas

Durante la gestación aumenta el reflejo de vómito, se modifica el gusto y el olfato y existe una mayor preocupación por conductas saludables para el feto y la propia mujer. Estos cambios favorecen la reducción o suspensión del consumo de tabaco, alcohol y drogas adictivas. Ello ocurre de manera espontánea y habitualmente es suficiente la entrega de información, algunas recomendaciones y el refuerzo activo de la reducción o suspensión del consumo. Sin embargo existen mujeres gestantes en mayor riesgo de continuar el consumo y en ellas el impacto es muy negativo.

El uso de tabaco durante la gestación ha demostrado aumentar el riesgo de bajo peso al nacer y, a más largo plazo, problemas de regulación conductual, como Déficit Atencional y/o Hiperactividad.

El consumo de alcohol, cuyo impacto en el feto y recién nacido es ampliamente conocido, suele constituir un factor de riesgo difícil de pesquisar, dado la mayor censura social a que se exponen las mujeres que abusan del alcohol a diferencia de los hombres que lo hacen. Sin embargo, estudios nacionales recientes muestran que la prevalencia de abuso de alcohol en mujeres consultantes de atención primaria en grandes ciudades es muy alto.

Preguntas que aportan información: Con relación a tabaco y alcohol, las preguntas deben partir del supuesto que la mujer los consume habitualmente: ¿Cuántos cigarrillos fumó en la última semana?; ¿Cuántos vasos de vino, cerveza o trago tomó en el último mes? En caso de que haya bebido vino, cerveza o trago en el último mes, se sugiere aplicar la Encuesta de Beber Problema (AUDIT, ver anexo al final del capítulo).

Al referirse al uso de medicamentos y drogas adictivas, las preguntas deben ser distintas: ¿Consume habitualmente tranquilizantes (benzodiacepinas) o medicamentos para adelgazar (anfetaminas)? ¿Alguna vez en su vida ha consumido marihuana, coca, pasta base u otra droga? ¿Cuándo fue la última vez que consumió alguna droga? ¿Con qué frecuencia consume? Si actualmente consume, ¿Ha necesitado consumir mayores dosis para lograr el efecto esperado? ¿Ha intentado detener el consumo? ¿Lo ha logrado? ¿Presenta molestias cuando intenta dejarlas?

¿Qué hacer?

- En ningún caso emita críticas o juicios respeto al consumo de sustancias, considere que este hábito puede ser fuente de incomodidad y vergüenza para la mujer. Interésese en conocer el patrón de consumo, la motivación al cambio, las estrategias utilizadas para el logro de la abstinencia o para la reducción del consumo. Es fundamental generar un ambiente de confianza, con la intención de potenciar la adherencia al sistema de control prenatal.
- En el caso del hábito tabáquico, es altamente probable que una intervención breve orientada a aumentar la ambivalencia frente al consumo y que favorezca la búsqueda de estrategias alternativas, tenga un buen resultado en la reducción y el logro de la abstinencia.
- Si considera que la mujer está abierta al cambio, facilite información respecto a los efectos negativos del consumo en ella misma y en el desarrollo del feto.

- En el caso del uso de alcohol, tranquilizantes y drogas, la intervención más efectiva es aumentar la motivación para la abstinencia. Para ello es necesario conocer que piensa la mujer de su consumo y que factores la hacen desear la abstinencia, para luego reforzar sus pensamientos y vivencias que apuntan a un cambio positivo. Si la mujer tiene 16 o más puntos en el AUDIT, se automedica con tranquilizantes en dosis mayores a las terapéuticas y/o consume drogas ilícitas se debe hacer motivación y derivación (con seguimiento) a un programa de atención de alcohol y drogas.
  Es una **GARANTIA AUGE PARA PERSONAS MENORES DE 20 AÑOS CON CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DE RIESGO BAJO O MODERADO A ALCOHOL Y/O DROGAS.**

5.4. Ausencia de pareja

La ausencia de pareja o la falta de apoyo de parte de ésta es un predictor de síntomas depresivos durante el segundo y tercer trimestre de la gestación y en el postparto.

Durante la gestación son esperables algunas modificaciones en la relación de pareja, tales como cierto distanciamiento en el plano sexual, sensación de falta de apoyo o soledad; aún cuando la pareja está presente y disponible.

La relación de pareja puede constituir fuente de apoyo, pero también de tensión y dolor emocional cuando no está presente. Se estima que en Chile 2 de cada 10 mujeres gestantes experimenta abandono o una disfunción considerable en la relación de pareja, lo que puede llevar a malestar psicológico o el desarrollo de enfermedad depresiva. Un predictor de la calidad de la relación de pareja después del parto es la calidad de ésta durante la gestación.

Preguntas que aportan información:

¿Tiene pareja? Si la respuesta es positiva, pregunte ¿Cómo cree que se involucrará su pareja en el cuidado del hijo o hija que esperan?, ¿Se siente apoyada?, ¿Ha cambiado su relación desde que supo que estaba embarazada?

Si la respuesta es negativa, pregunte por la o las personas que la apoyan o están involucradas con su embarazo y quienes (madre, padre hermanas/os, amigas)

¿Qué hacer?

- Si no tiene pareja, explore con la mujer la forma de satisfacer sus necesidades de apoyo en todos los ámbitos (económico, doméstico, afectivo, social) con la red social con que cuenta. Entréguele información acerca de sus derechos y las formas de acceder a ellos. Infórmela y motívela para incorporarse a grupos de apoyo.
- Si tiene pareja, explore con la mujer los aspectos insatisfactorios de su relación de pareja y los cambios desde que está embarazada. Exprese empatía reconociendo que sus sentimientos son importantes, propóngale involucrar a la pareja en el control prenatal y si es posible, oriéntelos a encontrar soluciones conjuntas a sus conflictos. Considere la necesidad de derivación para atención de salud mental.

5.5. Otros condicionantes Psicosociales

Además de los anteriores, existen otros ámbitos psicosociales que son fundamentales durante la gestación. En ellos, es posible encontrar debilidades o fortalezas para hacer frente al proceso de gestación, parto y crianza. También es posible realizar intervenciones simples que ayuden a la mujer a disminuir sus debilidades y aumentar sus fortalezas. Estos condicionantes son: apoyo social, capacidad de enfrentar eventos estresantes, nivel socioeconómico, relación con la familia de origen y autoestima.

a. Apoyo Social

Contar con apoyo social efectivo permite a las mujeres enfrentar las condiciones de riesgo con un menor impacto negativo en su salud y bienestar, aunque es frecuente que la presencia de más de un factor de riesgo se asocie a un apoyo social insuficiente (marginalidad). Es importante recordar que el aislamiento social es una característica frecuente en las mujeres que viven violencia de género, ya que impedir el acceso a la red social es una de las formas de control en las relaciones abusivas.

El "apoyo social" entendido como el conjunto de personas o grupos (formales e informales) con los cuales la persona interactúa y que están interesadas y disponibles para apoyarla, favorece la sensación de estar segura y confiada en el entorno familiar y comunitario. Contar con apoyo social suficiente y adecuado es un buen predictor de la salud mental. Más importante que la extensión o densidad de las redes de apoyo (número de personas o grupos y espacios de relación), es la efectividad, facilidad y rapidez del apoyo que brindan.

Durante la gestación, la mujer comparte con su red social la experiencia de tener un hijo o hija, es acompañada, recibe apoyo afectivo, comparte las tareas domésticas y otras cargas de trabajo y encuentra personas dispuestas e interesadas en apoyarla si enfrenta eventos estresantes.

Debe considerarse que existen importantes diferencias culturales en la forma en que se manifiesta este apoyo. Para la atención de mujeres indígenas es necesario comprender las manifestaciones particulares del apoyo social en cada pueblo originario. También es importante considerar que las mujeres provenientes de otras zonas geográficas del territorio, con mucha probabilidad, están carentes de su red de apoyo, así como las mujeres inmigrantes de otros países. La falta de una familia extendida accesible puede ser una situación difícil durante la gestación.

Preguntas que aportan información: ¿Cómo recibió la noticia de este embarazo su pareja y familia?, ¿Tiene amigas que la apoyen si lo requiere?, ¿Tiene a alguien que la pueda ayudar cuando nazca su hijo (a)?, ¿Cuenta con el apoyo de su familia cuando lo requiere? A inmigrantes extranjeras pregunte especialmente por fuentes de apoyo reales actuales: ¿Echa de menos a su familia? ¿De qué manera se comunica con ellos? ¿Quién puede ayudarla o apoyarla en los meses de embarazo que restan y cuando nazca su hijo (a).

¿Qué hacer?

Si la mujer dispone de redes suficientes y efectivas, felicítela y refuerce su importancia.

Si usted evalúa que una mujer carece de redes de apoyo social efectivas:

- Favorezca el que ella misma encuentre, desarrolle o utilice las redes a su alcance, sin sugerir a alguien en especial.
- Explore junto a ella su entorno más cercano, siempre es posible encontrar otra persona significativa.
- Favorezca la integración de la madre u otro familiar significativo de la consultante cuando ello sea pertinente.
- Facilite la comprensión de lo importante que es contar con alguien que le pueda ayudar luego del nacimiento.
- Ayude a pensar en como incrementar el apoyo de su red.
- Considere la posibilidad de una visita domiciliaria, puede ayudar mucho.
- Entregue información sobre grupos de mujeres gestantes que se reúnan habitualmente en la comunidad.
- Consigne en el registro esta información con objeto de reevaluar la situación y considere la necesidad de visitas domiciliarias en el postparto.

b. Capacidad de enfrentar eventos estresantes

Los eventos estresantes son experiencias que generan tensión y agotamiento emocional con distintas fuen-

tes de origen: problemas económicos, perdida de fuente laboral personal o de la pareja, enfermedad o muerte de una persona significativa, problemas con la justicia, cambio de casa o ciudad, etc.

Parte importante de las estrategias para afrontar el estrés son aprendidas muy temprano en la vida. Cuando las respuestas aprendidas son efectivas, la persona puede vivir la situación estresante, con el impacto emocional que corresponda, sin presentar molestias ni conductas riesgosas.

Las reacciones mal adaptativas al estrés se manifiestan frecuentemente por somatizaciones y durante el embarazo, por ejemplo, por agudización o prolongación de las molestias más allá del primer trimestre (gestosis). Cuando han existido conflictos severos en la familia de origen, se puede generar el aprendizaje de mecanismos deficientes de adaptación al estrés, tales como, el abuso de alcohol y drogas, conducta violenta y desorganizada frente a la frustración, aislamiento social o intentos de suicidio reiterados.

En todo caso, si la mujer no tiene mecanismos eficientes de adaptación al estrés pueden generarse conductas riesgosas para la salud materna y fetal y aumenta la probabilidad de una crisis. Por eso, es importante evaluar si son adaptativas o no las respuestas para enfrentar el estrés, tanto de la mujer como de su familia.

Preguntas que aportan información: ¿Qué cambios importantes ha experimentado en su vida durante el último año, por ejemplo ha tenido problemas económicos, ha tenido un familiar enfermo?, ¿Cree que tendrá algún otro cambio en los próximos meses?, ¿Qué hace comúnmente para afrontar la tensión (estrés)?, ¿Cómo enfrenta su pareja las situaciones de tensión (estrés)?, Cuénteme alguna situación estresante que recuerde y como la enfrentó: ¿Qué sintió?, ¿Qué hizo?

¿Qué hacer?

- Colabore a disminuir el estrés propio de la incertidumbre por el embarazo mismo.
- Si existen síntomas o signos de estrés, considere incluir en la visita a una persona significativa con la cual pueda compartir las experiencias que han generado tensión.
- No deje ir a una mujer que está viviendo una situación altamente estresante y está muy angustiada, sin orientaciones claras.
- Ayude a identificar estrategias que han sido útiles en el pasado para afrontar situaciones de estrés.
- Favorezca el uso de técnicas de reducción del estrés: ejercicios de yoga, respiración, visualización, relajación muscular progresiva; pregunte en cada nueva visita como va el uso de tales estrategias.
- Entregue información sobre actividades (lúdicas, sociales, deportivas etc.) que ayudan a reducir el estrés y que estén disponibles en la comunidad.

c. Nivel Socioeconómico

La condición socioeconómica es un importante determinante del nivel de salud, sea éste medido como riesgo de salud, incidencia de enfermedades o también como auto percepción y auto reporte de salud.

El bienestar socioeconómico y la satisfacción de las necesidades básicas permite a las personas enfrentar de mejor manera los eventos vitales, como el embarazo, parto y crianza. El nivel socioeconómico bajo aumenta la probabilidad de parto prematuro, hipertensión, dislipidemias, obesidad y otros.

Aunque el nivel socioeconómico en si mismo no es un factor de riesgo modificable, las intervenciones del equipo de salud pueden favorecer la reducción del riesgo a través del acceso a programas y beneficios del sistema de protección social.

Preguntas que aportan información:

En general, este es un dato que debiera ser conocido en el Centro de Salud, especialmente si la familia pertenece al porcentaje más pobre y por lo tanto, desde el momento del diagnóstico de embarazo se debiera conectar a todos los Programas de ayuda social.

Si se trata de un dato no conocido es importante evaluar la relación entre ingreso y número de personas que habitan el hogar, la presencia de desocupación en miembros de la familia y nivel de endeudamiento. También es importante considerar cómo cree la consultante que hará frente a los gastos que generarán los cuidados del recién nacido. La auto percepción de suficiencia económica es un buen dato a considerar: ¿Usted siente que el dinero disponible en su hogar les alcanza para sus gastos?

¿Qué hacer?

- Ante la insuficiencia de recursos económicos, ayude a explorar estrategias usadas en el pasado para conseguirlos, facilite el acceso a programas de apoyo social, recurra a la trabajadora social para apoyar el proceso de optimización del uso del dinero, favoreciendo la satisfacción de necesidades básicas.

d. Sentimientos acerca del embarazo

Durante las primeras semanas de gestación, muchas mujeres experimentan ambivalencia respecto a la gestación. En ello puede influir la falta de planificación de éste, ausencia de pareja o problemas socioeconómicos. El rechazo activo al embarazo, es un factor de riesgo poderoso para conductas de maltrato intrauterino. Es común que en estas situaciones los sentimientos de ira lleven a consumir drogas, conductas parasuicidas y maniobras abortivas. Usualmente el rechazo activo al embarazo está acompañado de situaciones de violencia y de aislamiento social.

Preguntas que aportan información: Explore estos sentimientos utilizando preguntas abiertas del tipo ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada?; ¿Cómo se siente en este momento respecto al embarazo?; ¿Sabe su pareja y su familia, del embarazo? ¿Cómo recibió su pareja la noticia del embarazo?

¿Qué hacer?

En consultantes que después de cumplidas las 20 semanas de gestación (o cuando ya se perciben los movimientos fetales) presentan sentimientos intensos de ambivalencia o rechazo explicito al embarazo:

- Favorezca el hablar de estos sentimientos sin juzgarlos, no intente cambiarlos; es útil hacer ver a la mujer que estos sentimientos son frecuentes y que es conveniente explorarlos.
- Explore con la mujer el origen de tales sentimientos; ofrezca un espacio para que pueda discutir estos temas.
- Informe de la alternativa de entregar al niño(a) en adopción.
- Considere que puede existir sospecha de violencia y/o depresión.
- Consigne en la ficha esta situación, para su seguimiento.
- Considere una visita domiciliaria después del parto: las mujeres con severas dificultades para aceptar su embarazo tienen mayor riesgo de desarrollar conductas de maltrato y negligencia.

e. Autoestima

La autoestima puede ser definida como el tener una opinión favorable respecto de uno mismo. Una mujer con una autoestima saludable se sentirá bien respecto a si misma. Muchas mujeres primerizas sienten cierta ansiedad respecto al cuidado infantil, pero, al mismo tiempo, poseen seguridad y sentimientos positivos con relación a sus habilidades maternales.

Mujeres con baja autoestima, frecuentemente tienen sentimientos de inseguridad respecto a sus futuras habilidades como madre. Estos sentimientos de inseguridad pueden estar asociados a cómo vivenciaron los sentimientos de competencia y habilidades maternales de sus propias madres; un factor que puede contribuir desfavorablemente en estas mujeres son los mensajes "alarmistas" provenientes de su entorno cercano, que sobreestiman posibles riesgos durante la gestación, o problemas durante el proceso de crianza. Existe una alta correlación entre la baja autoestima materna y el abuso, tanto infantil como intrafamiliar.

Preguntas que aportan información: ¿Qué preocupaciones tiene usted acerca de convertirse en madre?, ¿Cómo cree que será como madre?

¿Qué hacer?

- Refuerce los sentimientos positivos y felicite la adecuada percepción de logro.
- Explore los sentimientos de incompetencia y favorezca la identificación de conductas positivas hacia sus capacidades como madre.
- Explore la auto percepción de la mujer acerca de la probable influencia del modelo de sus padres en su propia conducta maternal.
- Favorezca la inclusión en grupos de educación para el desarrollo de habilidades en el cuidado de los hijos o hijas.
- Evalúe si hay depresión.

Indicadores: En capítulo Modelo de Atención Prenatal.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO

- Aixa Contreras Mejías. Enfermera Matrona, Jefa Departamento Salud de la Mujer, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Miguel Cordero Vega. Psicólogo, Maternidad Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Investigador Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP). Departamento de Estudios, Ministerio de Salud.
- Ruth Depaux Vega. Médico Familiar. Departamento de Atención Primaria. Ministerio de Salud.
- Francisca Infante Espínola. Coordinadora de determinantes sociales de la salud, División de Políticas Públicas y Promoción de Salud Subsecretaria de Salud Publica Ministerio de Salud.
- Carmen López Stewart. Médica Encargada de Equidad de Género de la Subsecretaría de Salud Pública. Encargada de Violencia de Género en el Ministerio de Salud.
- Alberto Minoletti. Jefe Dpto. de Salud Mental. Ministerio de Salud.
- Patricia Narváez Espinoza. Matrona, Asesora Depto. de Salud Mental, Ministerio de Salud.
- Andrea Poblete Saa. Médico Psiquiatra, Asesora Depto. de Salud Mental, Ministerio de Salud.
- Alfredo Pemjean Gallardo. Médico Psiquiatra Dpto. Salud Mental. Ministerio de Salud.
- Irma Rojas Moreno. Enfermera Asesora Dpto. Salud Mental Ministerio de Salud.

Anexos

ANEXO 6.1. PRIMERA RESPUESTA A PERSONAS CON SITUACIONES DE VIOLENCIA INTRAFAMILAR Y MALTRATO

ANEXO 6.2. HABILIDADES TRANSVERSALES A LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES DURANTE LA GESTACIÓN

ANEXO 6.3. EVALUACION PSICOSOCIAL ABREVIADA (EPA)

ANEXO 6.4. CUESTIONARIO DE AUTODIAGNÓSTICO SOBRE RIESGOS EN EL USO DE ALCOHOL (AUDIT)

ANEXO N° 6.1. PRIMERA RESPUESTA A PERSONAS CON SITUACIONES DE VIOLENCIA INTRAFAMILAR Y MALTRATO

Se trata de una intervención individual con elementos de orientación social y psicológica, que puede ser realizada por distintos integrantes del equipo de salud y eventualmente agentes de la comunidad o de otros sectores. Su objetivo es iniciar un proceso individual y familiar que ponga término a la violencia y permita desarrollar acciones de protección y recuperación de los efectos adversos. Se realiza en el marco de las acciones o actividades regulares de salud donde se detecta el problema o en una consulta de referencia.

Objetivo de la primera respuesta

Que la persona o el grupo familiar se enfrente al reconocimiento personal o del ambiente, de la existencia de una situación de violencia o de maltrato y se inicie un proceso orientado a la interrupción de los episodios de violencia y a la protección del o los afectados(as).

¿Cuándo se realiza una primera respuesta?

- Cuando el integrante del equipo de salud detecta activamente a través de una exploración intencionada una situación de violencia hacia la mujer.

- Cuando, en el curso de una atención de salud, se produce el relato espontáneo de una situación de violencia intrafamiliar por parte de la persona afectada o por un acompañante en el caso de los menores.

- Cuando la sintomatología detectada en el examen clínico aporta evidencias sobre una situación de violencia intrafamiliar.

- Cuando un integrante del equipo ha detectado una situación de violencia y ha derivado la persona a otro profesional o técnico.

¿Cómo se desarrolla la primera respuesta?

Se inicia invitando a la persona a conversar sobre la situación que esta viviendo, con preguntas claras, directas, pero considerando la dificultad que implica para esta persona afectada o testigo de violencia revelar el problema a un integrante del equipo y considerando además, que puede ser la primera vez que una persona que vive o conoce una situación de violencia tome la iniciativa de explicitar esta situación.

Esta conversación debe darse en un clima de comprensión, de respeto, de aceptación, de confidencialidad y de privacidad, lo que facilitará el relato de la o las personas afectadas, la expresión de sentimientos y temores asociados a la situación de violencia intrafamiliar y las dudas o inquietudes acerca de "que hacer", "como actuar".

Una primera respuesta contempla:

- **Acoger**: esto significa crear un ambiente de confianza, de respeto en el cual la persona afectada se sienta escuchada y comprendida.

  La acogida implica no enjuiciar a la persona o la familia. El juicio significa una victimización secundaria de la persona afectada y se produce con preguntas tales como ¿qué hiciste? ¿Por qué no lo dejas? ¡Que tonta/o que eres!, ¿Cómo se le ocurre pegarle a un niño(a)?

Es importante comunicar a la persona que se le quiere escuchar y brindar ayuda. Que usted cree en su relato.

Evitar usar frases que puedan culpabilizar a la persona afectada

- **Contener los sentimientos**: para esto es preciso permitir que la persona exteriorice sus sentimientos, sus intenciones, sus temores. No disminuirlos diciendo "Si no es para tanto" "No llores" "En otra oportunidad podremos conversar más".

  Reforzar la invitación a conversar la situación y la disposición a escuchar a la persona o los integrantes de la familia.

  Legitimar el derecho de sentir emociones y sentimientos tales como: rabia, tristeza, vergüenza, soledad, miedo. Comprender que estos puedan ser contradictorios (Amor y odio al mismo tiempo).

- **Orientar empáticamente**: esto significa por un lado, fortalecer la iniciativa de buscar ayuda y por otro lado, implica mostrar las distintas alternativas de salida, identificando los recursos personales y los recursos del entorno.

- **Ante riesgo inminente y ausencia de redes de apoyo** se debe notificar a la Fiscalía para solicitar una medida de protección o derivar a una Casa de Acogida.

ANEXO N° 6.2. HABILIDADES TRANSVERSALES A LAS INTERVENCIONES PSICOSOCIALES DURANTE LA GESTACIÓN:

- Validar el relato, las emociones y las reacciones. Nota: En las acciones se consideran excepciones, como el hacerse daño a sí o a otros.
- No enjuiciar.
- Connotar positivamente. (Por ejemplo, el que esté pidiendo ayuda)
- Mantener el foco.
- Escuchar activamente. (Reflejos, preguntas abiertas, rapport y preguntas de chequeo).
- No mentir y no contar un cuento irreal, no minimizar, no dar consejos y no ser autoreferente.
- Manejo de la distancia y de tolerancia social y física (poder acoplarse al ritmo del otro).
- Hacer contacto psicológico.
- Importancia de definir el contexto (definir rol: quién es quién).
- Ver las redes disponibles de la persona en crisis.
- Indagar síntomas.
- Evaluar el riesgo vital y psicológico de la(s) persona(s) involucrada(s).
- Derivación vincular (derivar a conciencia).
- Seguimiento (para evaluar la efectividad de la red y para promover el autocuidado de los prestadores).

Intervenciones Motivacionales

Las Intervenciones Motivacionales están centradas en la mujer y se articula en torno a metas específicas en la búsqueda de ayuda para cambiar conductas, busca resolver la ambivalencia frente al cambio y encontrar alternativas. Requisitos básicos:

1. Expresar empatía.
- La aceptación facilita el cambio.
- Escuchar con atención y diestramente es fundamental para expresar empatía.
- La ambivalencia es normal.

2. Desarrollando Discrepancia.
- Desarrollar conciencia sobre las consecuencias para ayudar a examinar su comportamiento.
- Una discrepancia entre el comportamiento actual y las metas importantes, motiva el cambio.
- El cliente debe presentar los argumentos para el cambio.

3. Evitando Argumentos.
- Los argumentos son contra productivos.
- Defenderse germina defensividad.
- La resistencia es una señal de las estrategias de cambio.
- Etiquetar es innecesario.

4. Moviéndose con la resistencia.
- El impulso se puede usar para su beneficio.
- Las percepciones se pueden cambiar.
- Las perspectivas nuevas se fomentan, pero no se imponen.
- El cliente es un recurso valioso para encontrar soluciones al problema.

5. Autoeficacia.
- Creer en la posibilidad de cambio es un motivador importante.
- La mujer es responsable de escoger y llevar a cabo el cambio personal.
- Hay esperanza en los diferentes acercamientos disponibles como alternativa de cambio.

Recomendaciones útiles:

- Catastros de organizaciones o grupos de autoayuda y tenerlas siempre "a mano".
- Listas de teléfonos útiles.
- Talleres permanentes de apoyo psicosocial a la embarazada con y sin factores de riesgo. Esta puede ser una fuente de derivación efectiva.
- Programas educativos grupales para embarazadas: estos generan vínculos entre pares.
- Programas estructurados de visita domiciliaria durante el embarazo y en el postparto orientados fundamentalmente a mujeres en alto riesgo; abuso de sustancias, depresiones severas, aislamiento social, etc.
- Estrategias de consejería aplicada a diversos temas propios de la gestación y la crianza. Durante este período se pueden modelar muchas conductas protectoras para el desarrollo saludable de niños y niñas.
- Programas de atención psicológica dirigida a parejas, en horarios adecuados a la realidad laboral local.
- Utilice su propia red de apoyo para "consultorías" con su equipo de sector: estos pueden ser fuente de aprendizaje, autocuidado y apoyo.

RESUMEN:

- Buscar los factores protectores es un excelente apoyo para reforzar los propios recursos y habilidades de la embarazada.

- Buscar los factores de riesgo implica trabajar para neutralizarlos mediante su control directo, cuando esto es posible, o minimizar su efecto mediante el desarrollo de factores protectores.

- Una respuesta individualizada otorga a la mujer la sensación de ser atendida como persona y como ser único.

- Las respuestas grupales o colectivas sirven para optimizar recursos, pero sobre todo para poner en común problemas y estrategias comunes.

ANEXO N° 6.3. EVALUACION PSICOSOCIAL ABREVIADA (EPA)

Nombre: _____ Edad de la madre _____

Edad Gestacional al ingreso _____

1.– Ingreso posterior a las 20 semanas ☐ SI ☐ NO
2.– Escolaridad ≤ a 6º Básico ☐ SI ☐ NO
3.– Edad ≤ a 17 años 11 meses ☐ SI ☐ NO

	Ingreso	3° Trimestre
4. **Rechazo al embarazo.** ¿Ha pensado en interrumpir la gestación? o ¿Preferiría no estar embarazada? *Marque SI, si pensó en interrumpir o aún se siente así.*	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
5.– **Insuficiente** apoyo social familiar (pareja, familia u otro que acompañe en el proceso de gestación y nacimiento) ¿Se siente insatisfecha con el apoyo recibido de la familia y/o pareja durante el embarazo? *Marque SI, si se siente insatisfecha*	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
6. **Síntomas depresivos** a. ¿Se ha sentido cansada (o) o decaída (o) casi todos los días? b. ¿Se ha sentido triste o deprimida(o) o pesimista casi todos los días? c. ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas? *Marque SI, si una o más respuestas son afirmativas.*	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
7. **Uso o abuso de sustancias** ¿Ha consumido durante este embarazo alguna de estas sustancias? a) Cigarrillo b) Cerveza, vino, trago fuerte u otras bebidas con alcohol c) Tranquilizante sin receta médica d) Marihuana, coca, pasta base, anfetamina u otra droga *Marque SI, si ha consumido cualquiera de estas sustancias (subraye la/s que usa*	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
8. **Violencia de Género** – pareja o una figura masculina a. ¿Alguien la ha insultado, humillado o amenazado, le ha dicho que no debería estar embarazada? ¿Controla con quien conversa o el dinero que gasta? VIOLENCIA PSICOLÓGICA. b. ¿Alguien la ha golpeado o empujado? VIOLENCIA FÍSICA c. ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida? VIOLENCIA SEXUAL. *Marque SI, si le ha sucedido cualquiera de estas manifestaciones de violencia, subraye el tipo de violencia del que ha sido victima.*	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

9.– **¿Hay algún otro factor de riesgo que deba ser considerado?:** _____

_____

ANEXO N° 6.4. CUESTIONARIO DE AUTODIAGNÓSTICO SOBRE RIESGOS EN EL USO DE ALCOHOL (AUDIT).

Las siguientes preguntas le permitirán conocer mejor un riesgo para la salud que con frecuencia, pasa desapercibido: Se trata del consumo de alcohol.

Nuestro organismo y nuestra persona pueden ser más o menos resistentes a los efectos adversos del alcohol.

Hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia, o su contrario, su vulnerabilidad. Este cuestionario es uno de esos instrumentos.

Muestre sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá.

Si bien Ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.

Si la consulta con el profesional confirma que Ud. se encuentra en riesgo por su manera de beber, se le ofrecerá practicarse un examen de sangre llamado "GGT", más una "Consejería de Buena Salud" en la que se le darán a conocer sus resultados y de acuerdo a ellos, se le ofrecerán alguno de los siguientes caminos :

a) Confirmar que Ud. bebe alcohol con responsabilidad para con Ud. mismo.
b) incorporarse al "Programa de prevención de riesgos: Ud. decide",
c) incorporarse a un programa de tratamiento, o
d) la interconsulta a un especialista.

Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.

Antes tenga presente lo siguiente:

▪ Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a :
1 botella o lata individual de cerveza (330 a 350 cc), o
1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.), o
1 trago de licor solo o combinado (45 cc. de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.

▪ Embriaguez: desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", "algo cocido", "curado", "pasado".

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna amarilla de la derecha y el puntaje total abajo.

Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o caso a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerida que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		SÍ, el último año	
					TOTAL	

Puntaje e indicaciones adaptadas para casos especiales:

a) Embarazadas

Puntaje	Significado	Conducta a seguir
0	Sin riesgo	Información y refuerzo
1 a 7	Bebedora con riesgo	Consejería
8 a 15	Bebedora con alto riesgo	Consejería y Seguimiento cercano. Solicitar GGT.
16 a 19	Consumo perjudicial Bebedora problema	Requiere tratamiento, controles y seguimiento postparto
20 y más	Dependencia	Requiere tratamiento, controles y seguimiento postparto

b) Adolescentes mujeres.

0 a 5 (*)	Bebedora sin riesgo	Información y refuerzo
6 a 15	Bebedora con riesgo	Consejería
16 a 19	Consumo perjudicial	Tratamiento en APS
20 y más	Dependencia	Tratamiento en nivel de especialidad

(*) Arteaga, O., Alvarado, ME., Garmendia, ML., Acuña, G., Santis, R.
"Validación Test AUDIT para consumo problemático de Alcohol en Población General y Adolescente en Chile". Informe Final FONIS. 2007.

Felicitaciones. Ud. ha sido franco con Ud. mismo. Ahora Ud. puede decidir presentar o sus respuestas a lo profesional que lo atenderá.
UD DECIDE.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo IV

Calidad de Atención durante el Proceso Reproductivo

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE ATENCIÓN DURANTE EL PROCESO REPRODUCTIVO

A. CALIDAD EN LA ATENCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Ofrecer una atención de salud con la mejor calidad posible es un desafío permanente. Más aún durante el proceso reproductivo, el que involucra, en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales a una mujer y su hijo/a, al padre y a la familia. El proceso reproductivo es un proceso fisiológico, que no está exento de riesgos.

En general, la mayor o menor calidad de una atención en salud no sólo está determinada por parámetros relacionados con los aspectos estrictamente técnicos (oportunidad, efectividad, integralidad) que inciden en el "resultado" de la intervención o conjunto de intervenciones realizadas y que han sido tradicionalmente la principal preocupación de las y los prestadores de los servicios. Está determinada también por aspectos que son importantes para las personas atendidas, además de la resolución de su problema o condición de salud, como son el trato, la información recibida, la posibilidad de opinar y decidir acerca de los procedimientos, los tiempos de espera, la limpieza y comodidad de las instalaciones, entre otros.

Una atención de salud de calidad óptima resguarda los derechos de las personas (Proyecto de ley de Derechos y Deberes de las Personas en la Atención de Salud, actualmente en proceso de discusión parlamentaria), entre los que se incluye el derecho a que se respete su dignidad, a la información, a tomar decisiones, a ser acompañada, etc. Por ello, un componente fundamental de la calidad de la atención del proceso reproductivo es el **Consentimiento Informado.**

Para la bioética, la obligación profesional de obtener el **consentimiento informado** se fundamenta en la obligación de respetar las decisiones autónomas de los pacientes, procurarles el mayor bien y ayudarles a realizar su propio proyecto vital. El objetivo principal del consentimiento informado es ofrecer al paciente una información comprensible y relevante de modo que pueda participar en la toma de decisiones que le conciernen; por eso el profesional de la salud debe ayudar a que el paciente establezca en él la confianza necesaria.

Es importante considerar que la calidad de la atención tiene importantes implicancias éticas y considera las percepciones y actitudes individuales y las relacionadas con la cultura y el nivel socioeconómico de cada persona que es atendida. Mas aún, que el acceso a servicios de alta calidad puede contribuir al empoderamiento de las mujeres, en la medida que se perciban a si mismas como sujetos de derechos. Para las parejas, recibir servicios de alta calidad puede contribuir a que mujeres y hombres aprendan a reconocer y respetar sus diferencias, a negociar las libertades de ambos, a asumir responsabilidades, y a resolver los conflictos de manera compartida.

2. DEFINICIÓN

OPS define calidad como "alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente y un alto grado de satisfacción para el paciente y un impacto final en la salud". OPS. 1996

En esta definición se aprecia que la calidad necesariamente debe considerar las expectativas de diferentes actores, entre ellos: prestadores, usuarios y financiadores.

La evaluación de la calidad por tanto requiere de la participación de todos los actores del proceso, mediante: auto evaluación, evaluación por pares y participación de usuarios/as. La gestión de calidad o mejoramiento continuo permitirá lograr mayor productividad y la reducción de costos.

3. FUNDAMENTOS DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD

▪ Satisfacción de los principios éticos:

- Garantizar el acceso a los servicios de salud
- Equidad: asegura la distribución de los recursos según necesidades
- Respeto del derecho a decidir informadamente respecto a los procedimientos

▪ Eficacia, eficiencia y participación social:

- Realizar intervenciones de mayor impacto sobre la salud.
- Abrir espacios de auténtica participación comunitaria.

4. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

4.1. Dimensión técnica: consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponibles en favor del paciente. La calidad técnica es aquella que busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como oportuna, eficaz y segura para los usuarios de los servicios. (OPS 2000). El consentimiento informado para la realización de algunos procedimientos, es un instrumento que resguarda el derecho a la participación de la persona en las decisiones técnicas que se toman en el proceso de atención de su salud; en el caso de la salud reproductiva, para una cesárea y para el uso de anestesia.

La seguridad se mide en el riesgo que acarrean los servicios ofrecidos para el paciente. Esta depende de su condición, de la eficacia de la estrategia definida y de la destreza con que se aplique. Es una dimensión impuesta por la Joint Commission, que se refiere a la eliminación y o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación de servicios de salud, tanto para el usuario como para los proveedores.

4.2. Calidad percibida: Entendida como la toma en cuenta de las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que las acciones de salud se desarrollan.

Se considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto por el paciente y permitir su privacidad y comodidad (Donabedian).

La calidad percibida abarca todos los aspectos del proceso de atención, desde la nueva percepción del trato recibido, la provisión de la información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de cuidados entre niveles de atención.

4.3. Costo racional de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y los riesgos que se derivan de ella. Mejorar la calidad puede redundar en un aumento de los costos, pero el uso innecesario o inadecuado de servicios aumenta los costos sin acrecentar la calidad, dilapidando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales y cuyo costo afecta el acceso y la continuidad.

4.4. Satisfacción de los proveedores de la atención: es una causa principal de buen desempeño, siendo un condicionante fundamental de la calidad.

Tienen relevancia los usuarios/as del proceso de la atención sanitaria, quienes definen como debe ser la calidad de los servicios recibidos, los cuales serán valorados en función de las necesidades y expectativas de los mismos.

Algunos ámbitos a considerar

Calidad Técnica	Calidad Percibida
Competencia Acceso a tecnología Beneficios / riesgos Costo monetario Evaluación utilidad	Acceso Mejoría Trato Seguridad Comodidad

5. METODOLOGÍA (Donabedian)

La metodología de evaluación comprende la identificación de estándares, su definición y su posterior medición en tres dimensiones: estructura, proceso y resultados.

Estándar: puede ser definido como "señales que se pueden utilizar y ayudan a orientar el desempeño. Es necesario que estén bien definidos, claros y conocidos por todos". [1]

Estándar de calidad: puede ser definido como "un estado de la calidad esperada".

Identificación y definición de Estándares:

- **Estándares de Estructura:** Definen las condiciones deseadas de los recursos del sistema de salud, los requerimientos específicos de personal, políticas, planes, normas, procedimientos, equipos, local, muebles, materiales e insumos necesarios para la entrega de servicios.

- **Estándares de proceso:** Definen la manera como se ejecutan los procesos clínicos o administrativos, cuyo fin es disminuir las variaciones no deseadas en la prestación de servicios clínicos, técnicos, de apoyo y administrativos.

- **Estándares de resultado**: Definen los resultados esperados directos de un proceso, aunque a veces se pueden consignar los efectos indirectos sobre los clientes o los impactos más indirectos sobre la comunidad.

Elaboración de Instrumento de evaluación

Una vez identificados y definidos los estándares, es necesario definir la escala de medición que permitirá

[1] La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, DC.: OPS 2001

evaluar el grado de cumplimiento para cada uno de ellos. Esta información permite la elaboración del Instrumento de Evaluación.

La aplicación de este Instrumento permitirá:

- Exponer en forma explícita la calidad esperada en:
  - el espacio físico en donde se desarrolla la atención (infraestructura) y equipo de salud
  - el proceso de atención (cumplimiento de manuales, guías clínicas, normas de procedimientos)
  - conocer los resultados obtenidos.
- Identificar las deficiencias en insumos, procesos y resultados
- Medir la brecha entre el desempeño real y el esperado o previsto por la organización, y encontrar oportunidades de mejora de la calidad.

6. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD [2]

	Estructura	Proceso	Resultados
Componentes de la evaluación	Recursos Humanos e infraestructura Normas de organización de los servicios	Cumplimiento de actividades	- Cambios en la salud - Satisfacción
Metodologías	- Aplicación de instrumento de evaluación - Encuesta	- Auditoria - Observación directa - Supervisión	- Análisis estadístico - Resultados según objetivos - Estudio de tendencias - Encuestas Entrevistas Grupos focales

Evaluación de resultados

Metodología:

- Entrevistas a informantes claves
- Sesiones de grupos focales

Temario de las entrevistas:

- Acceso: distancia – horario de atención – tiempos de espera – rechazo
- Relación con el equipo de atención: recepción – información
- Satisfacción acerca del proceso de atención: aspectos físicos – comprensión de aspectos clínicos – comprensión de indicaciones – solución de problemas - referencia

[2] Moreno, E M. Jornada Internacional APS – España 2004.

7. PARÁMETROS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Existen distintas propuestas de parámetros específicos y medibles para evaluar la calidad de atención en salud sexual y reproductiva especialmente desde el punto de vista de las personas atendidas. Estos parámetros son de estructura, de proceso y de resultados:

7.1 Estructura: se refiere a elementos tangibles incorporados en la atención: número y tipo de profesionales; tipo y vigencia del equipamiento; espacio físico necesario; organización.

▪ Capacidad – competencia técnica

Las y los prestadores de salud deben tener los conocimientos y habilidades necesarias para realizar una atención integral. Es decir, considerando todos los aspectos relacionados con el proceso salud–enfermedad en cada persona y no focalizada solamente en la mejor alternativa para intervenir en un órgano, un problema, o un caso clínico determinado. Implica preguntar por las condiciones de vida, los comportamientos, los aspectos emocionales y los significados que una determinada condición de salud o enfermedad tiene para la persona.

Significa, además, estar al día en los programas de salud y otros beneficios (incluyendo la oferta de la red social de apoyo), preocupándose de que la mujer, la o el niño y la familia puedan acceder a ellos, aunque no tenga que ver directamente con la atención que se está realizando en ese momento.

Requiere contar y utilizar habilidades para entregar conocimientos (educar) e incentivar la aplicación de estos conocimientos, para que las personas aumenten su capacidad de autocuidado, adhieran a las indicaciones, controlen los riesgos a los que se exponen e influyan positivamente en el desarrollo de sus hijos e hijas.

Por último es fundamental reconocer las limitaciones que cada profesional, intervención, programa o servicio tiene para resolver un determinado problema y derivar oportunamente a las personas.

▪ Mecanismos para incentivar la adhesión a los programas de seguimiento

La atención debe considerar los medios y acciones de los y las profesionales y cómo los aplican con el objeto de lograr que las personas atendidas asistan a los controles programados. Son necesarias habilidades para explicar los objetivos de cada control y las ventajas de realizarlo en la fecha prevista, con el fin de motivar a las personas a cumplir con la próxima citación.

▪ Interrelación con otros servicios

Las y los profesionales deben estar en condiciones de utilizar y entregar información acerca de los servicios con que cuenta el sistema público y privado. Criterios de referencia, donde, a quien y como referir a las personas cuyos problemas o patologías están fuera de su alcance resolver.

▪ Comunicación

El lenguaje verbal es la forma de comunicación formal con que el o la proveedor/a se comunica con la persona atendida y es importante que este sea el adecuado para ella, adaptando los términos médicos al lenguaje según su edad, nivel educacional, etnia o cultura etc.

El lenguaje no verbal es una forma de comunicación mediante posturas, gestos, ademanes y actitudes, las que deben estar marcadas por la empatía y el interés hacia la persona. Debe ser coherente con el lenguaje verbal y evitar expresiones corporales de desinterés, apuro, impaciencia o molestia.

▪ Privacidad

El lugar en que se realiza la atención debe permitir una relación interpersonal en un ambiente de privacidad. Es imprescindible respetar la privacidad necesaria también evitando las interrupciones no imprescindibles, la circulación de personal y la contaminación auditiva por ruidos, o peor aún, que se escuchen conversaciones o entrevistas a otros pacientes. Esto es especialmente importante en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva en que las personas deben estar seguras de la confidencialidad de la información que entregan.

▪ Confidencialidad

El resguardo y confidencialidad de la información que entregan las personas atendidas es un derecho y, por lo tanto, es una obligación para las y los prestadores, particularmente importante en la atención de salud sexual y reproductiva.

▪ Presentación y orden

La presentación personal de quienes brindan la atención así como el orden y limpieza del establecimiento asistencial son importantes. Es especialmente importante la limpieza de los servicios higiénicos utilizados por el público.

Si el lugar no está limpio, las personas no sólo pueden sentirse incómodas (también las y los prestadores) sino también considerar que no se les respeta ni se tiene consideración por su dignidad. Además, el lugar debe contar con las comodidades mínimas de luz, ventilación, temperatura, sillas suficientes etc.

▪ Trabajo en equipo

Un equipo es un grupo que trabaja con el propósito de lograr un objetivo bien definido. La participación en un equipo les da a los empleados mayor control en la tarea de mejorar la calidad, lo que lleva a una mayor satisfacción, motivación y eficiencia.

La calidad de la atención aumenta si el personal a cargo trabaja en equipo. Para ello, debe haber acuerdo en las características del servicio que quiere prestar. Los mensajes explícitos (señalética, formularios, mensajes educativos....) e implícitos (comentarios, formas de recibir y resolver problemas, grado de flexibilidad....) deben ser coherentes y complementarios, logrando mayor credibilidad de parte de las personas usuarias. El trabajo en equipo es importante también para disminuir el estrés personal y laboral.

Existen actividades personales e institucionales que contribuyen a prevenir el síndrome de burnout y mejorar la satisfacción laboral, tales como breves pausas saludables de relajación o ejercicios, instancias para analizar casos, incentivos de reconocimiento profesional, reuniones de camaradería, etc.

7.2 Proceso: se refieren a las acciones involucradas en la provisión y entrega de atenciones en salud: normas; programas de salud; guías de práctica clínica; protocolos de atención; procedimientos.

▪ Relación proveedor/a usuaria/o

Se refiere al vínculo que establece el o la proveedora con las y los usuarios. Esta es una relación entre personas y no una relación de poder – que debe darse mediante un trato respetuoso, amable, interesado en escuchar, preguntar, responder, informar y hacer lo mas confortable posible la situación para la persona atendida y también para quien la atiende.

▪ Intercambio de información entre proveedor/a y usuaria/o

Este intercambio de información entre dos personas debe permitir al proveedor/a contar con elementos apropiados para ofrecerle la atención más efectiva y pertinente. Es importante que exista el tiempo adecuado para escuchar y realizar una entrevista competente y amable, dando confianza al usuario/a para contestar los datos requeridos y expresar dudas. Esto es especialmente importante en la atención en salud sexual y reproductiva, en que la información requerida tiene que ver con un ámbito íntimo y privado de las personas.

Pero también debe permitir a la persona atendida recibir toda la información que necesita para opinar y tomar decisiones respecto a su salud, su enfermedad y los distintos tratamientos posibles. Esta información debe ser veraz, pertinente, actualizada y en un lenguaje comprensible para la persona que la recibe. Aunque un procedimiento no deba ser objeto de consentimiento informado, la persona tiene derecho a saber lo que le va a suceder y para qué.

▪ Evaluación de la calidad de la atención

Es importante identificar regularmente las barreras para una óptima calidad de atención. Por ejemplo, una o un observador ajeno puede observar el proceso de atención e identificar mejor que los protagonistas, por ejemplo, las causas de las demoras. O bien realizar breves entrevistas grupales con personas usuarias para recoger su percepción y sugerencias. Con esta información es posible acordar las medidas necesarias a implementar.

7.3 Resultados: Efecto de las atenciones en salud en el o la usuaria: calidad de vida; condición funcional; satisfacción usuaria/o:

- Tasa de Mortalidad evitable
- Tasa de Complicaciones evitables
- Proporción de cesáreas respecto al total de partos, según tipo de servicio (público o privado)
- Casos de violencia doméstica y violación sexual atendidos por sexo y edad.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO

- Gabriela Artigas Kaempffer. Enfermera Dpto. Calidad de Atención. Ministerio de Salud.
- María E. Casado González. Matrona
- Carmen López Stewart. Médica Encargada de Equidad de Género de la Subsecretaría de Salud Pública. Encargada de Violencia de Género en el Ministerio de Salud.
- Miriam González Opazo. Matrona. Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.

B. LA DECISIÓN INFORMADA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. FUNDAMENTOS Y EVIDENCIAS

La obligación de obtener el consentimiento informado tiene su base en el respeto fundamental por los derechos humanos, enunciados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), los Pactos Internacionales paralelos de Derechos Civiles y Políticos y Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención Internacional para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (1979) y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989). La Conferencia Internacional de la Población de El Cairo (1994) también ha identificado como Derechos Humanos los Derechos Sexuales Reproductivos, reafirmados en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing (1995).

De los instrumentos de Derecho Internacional, Pactos, Convenios y Declaraciones dictados en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, como de la Organización de Estados Americanos destacan: la Declaración de los Derechos del Niño (1959), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984).

De la explicitación de Derechos contenidos en los instrumentos anteriormente señalados y en nuestra propia Carta Fundamental, la búsqueda del resguardo a su posible vulneración, es también el objetivo de este documento.

En el ámbito de la atención Obstétrica y Ginecológica el Comité de Ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstétricia (FIGO) ha precisado los aspectos éticos de la reproducción humana.

Sin lugar a dudas en el contexto de la Ética esta concepción fluye desde larga data en la convicción del deber de entregar una información adecuada, veraz y oportuna a todos los pacientes sobre los riesgos de someterse a un procedimiento médico de intervención diagnóstica o terapéutica en su corporalidad y ha sido la raíz de la emergencia hacia el mundo de lo legal.

La existencia de un proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en salud, en estado fetal desde el año 2000, y que ha generado la emisión de opiniones de los más variados actores sociales: legisladores, abogados, jueces, médicos, del mundo académico, de la ética, de agrupaciones y asociaciones etc.; con las modificaciones propuestas a ese proyecto, en el año 2006, se formula un nuevo proyecto de ley, actualmente en trámite.

El proyecto de ley que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud es uno de aquellos que invitan a la reflexión en relación a la Decisión y Consentimiento Informado y otros derechos y deberes en las personas; "muchas ideas deben correr largos caminos antes de alcanzar su vuelo" y da la impresión que felizmente aunque sea por la vía legal, "ya agita sus alas aunque en las esferas de la ética vuela desde hace ya mucho tiempo".

De los principios inspiradores del proyecto y que se relacionan con el presente Manual se destacan:

1. Dignidad de las personas.
2. Autonomía de las personas en su atención de salud.
3. Derecho de las personas a decidir informadamente.
4. Respeto de los menores de edad.
5. Respeto de las personas en situación de salud terminal.
6. Respeto de la autonomía frente a la investigación científica.
7. Respeto por las personas con discapacidad psíquica o intelectual.
8. Confidencialidad de la información de salud.
9. Reconocimiento al derecho a la participación ciudadana en salud.
10. Marco legal para la tutela ética en los servicios asistenciales.

En relación a la Decisión Informada "El proyecto consagra el derecho de toda persona a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. El ejercicio de este derecho es libre, voluntario, expreso e informado.

Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal. Sin embargo, el proyecto se encarga de establecer que esta decisión debe constar por escrito en ciertos casos: intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo importante para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, deben constar por escrito y la persona tiene que haber sido informada acerca de lo que esos casos implica".

John Stuart Mill (Filósofo Inglés, 1859): "la única libertad que merece este nombre es la de buscar nuestro propio bien, por nuestro propio camino, en tanto no privemos a los demás del suyo.... sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano".

2. DEFINICIÓN

Es la aceptación de una intervención médica por parte de un o una paciente competente, en forma libre, voluntaria y consciente después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención, así como de las alternativas posibles con sus riesgos y beneficios.

Competencia: capacidad de ejercer la autonomía

3. OBJETIVOS GENERALES

- Tomar conciencia de las características de la relación clínica clásica Paternalista y sus inconvenientes: asimétrica, desequilibrada, vertical, lejana, autoritaria, monopólica, no participativa, paternalista–maternalista y disponerse al cambio.
- De una relación Paternalista–Maternalista se deberá ir hacia una Autonomista, Participativa; para hacer este cambio ha existido y siguen existiendo dificultades en todo el mundo. El cambio de los paradigmas no es fácil de realizar, en particular para quienes han tenido el control en este tipo de relación, el personal de salud.
- Estimular a fortalecer la Relación Clínica (relación Médico–Paciente).
- Dar a conocer al personal de Salud y a la población de la necesidad de la existencia de formularios de Consentimiento Informado para cada tipo de intervención o procedimiento.
- Informar que los Consentimientos Informados Generales como los Específicos, en sus contenidos no son la mejor opción, y lo adecuado es usar los Intermedios.
- Dar a conocer que el Consentimiento Informado no libera a los profesionales de las responsabilidades médico legales que se puedan derivar del Acto Médico.
- Informar que el proyecto de ley en trámite generará la incorporación con carácter de obligatorio de este documento escrito de Decisión Informada.
- Enfatizar que el Documento de Consentimiento Informado no es el objetivo de la intervención sino fortalecer y documentar que la relación Clínica se ha establecido y realizado como un "Acto Conciente".
- Promover la autonomía de las personas.
- Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas.
- Proteger a los y las enfermos/as y sujetos de investigación.
- Evitar el fraude y la coacción.
- Alentar auto–evaluación y auto–examen en los profesionales de la salud.
- Disminuir recelos y aliviar temores.
- Introducir una mentalidad más probabilística y más capaz de hacer frente a la incertidumbre.

4. PROCEDIMIENTOS

a. Se entrega referente de un Consentimiento Informado tipo que considera las variables a tener presentes en su confección.
b. En cada Servicio se deberá evaluar sobre la forma más adecuada de la toma del C.I. Se sugiere iniciar la sensibilización de la usuaria desde el nivel primario.
c. La formalización del documento deberá ser realizada por el Profesional que atenderá a la usuaria en el parto, Matrona o Médico.

5. INFORMACIÓN SOBRE EL FORMULARIO

- Formularios generales NO.
- Formularios específicos extensos NO.
- Formularios intermedios SI.
- Los formularios de C.I. deben ser específicos para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico a realizar y deberían contener información en cantidad y calidad suficiente.
- El formulario escrito es el soporte documental que certifica que la persona ha recibido y entendido la información.
- El C.I. es un acontecimiento dialógico y no se obtiene mediante la sola consecución de la firma de un formulario "legal".
- Los C.I. no deben ser rígidos, deben revisarse periódicamente.
- La estructuración de los C.I. debería ser de responsabilidad compartida entre el Servicio Clínico que realiza la atención y el Comité de Ética del Hospital, con asesoramiento Jurídico.

6. DEL FORMULARIO

6.1. Identificación

De la persona y del profesional que solicita el C.I.

- Información: debe ser escrita, no sólo verbal; completa, suficiente, correcta, veraz.
- Debe incluir: diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento, complicaciones o riesgos.
- Lenguaje simple y comprensible, Redacción simple, frases cortas.
- Cantidad de información suficiente para tomar una decisión.
- Nombre del procedimiento a realizar, explicación resumida del procedimiento, objetivos perseguidos, molestias y riesgos.
- Curso espontáneo del padecimiento, alternativas posibles, opiniones y recomendaciones del profesional, consecuencias positivas, beneficios.

6.2. Consentimiento

- El formulario escrito es sólo el soporte documental que certifica que el paciente ha recibido y entendido la información. El objetivo no es la firma sino el C.I.
- Declaraciones y Firmas del "Consentimiento"
- Paciente Sr./a..... He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca de..... El médico que me atiende me ha explicado qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles, así como los riesgos en relación con mis circunstancias personales. Se me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas y he comprendido todo lo anterior perfectamente.

- Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.
- Por tanto doy mi consentimiento a la práctica del procedimiento que se me propone, por los profesionales que corresponda.
- Puedo retirar este Consentimiento cuando lo desee y deberé informar al equipo que me atiende del cambio de decisión.
- Firma y nombre del Médico Dr..... Firma del Paciente Sra.....
- Firma y nombre del Representante Legal Sr. / Sra .....
- Ciudad ..... fecha.....
- He decidido no autorizar la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.
- Firma y nombre del Médico .....
- Firma de la Paciente .....
- Firma nombre del Representante Legal Sr. / Sra .....

6.3. Requisitos de la Paciente para Consentir

1. Disponer de información suficiente.
2. Comprender la información adecuadamente.
3. Encontrarse libre para decidir.
4. Ser competente para tomar la decisión.

6.4. Excepciones a los Consentimientos Informados

- Urgencia vital.
- Grave Riesgo para la salud pública.
- Pacientes incompetentes. (incapacidad paciente)
- Derecho a no saber.
- Privilegio terapéutico del Médico.
- Renuncia expresa del paciente.
- Situaciones inesperadas en el curso de la cirugía.
- Tratamientos exigidos por la ley.

6.5. Recursos Humanos

Médicos Obstetras–Ginecólogos, Matronas, Anestesistas, Pofesionales integrantes de los Comités de Ética Clínico.

6.6. Sistema de Registro

Establecer que en todas las usuarias a excepción de las que ingresen en el período expulsivo o muy avanzado en el parto (urgencia), se dejará constancia en la ficha clínica de un documento formulario de C.I.

El C.I. debe considerarse como un acto clínico más, que debe quedar recogido en la historia clínica, haciendo referencia a todo el proceso gradual de información y posterior toma de decisiones.

6.7. Obstáculos o dificultades: o discursos habituales, que deben explicitarse a los equipos y así actuar con respeto a los usuarios/as:

1. El paciente no puede comprender adecuadamente la información.
2. El médico rara vez conoce los datos con precisión y la certeza que requieren los pacientes.
3. Los pacientes ni quieren información ni quieren participar, lo que buscan es que alguien tome decisiones por ellos (autonomía moral).

4. La información asusta a los pacientes, puede inducirles a una ansiedad innecesaria y a rechazar intervenciones de riesgo mínimo.
5. Los pacientes no desean ser informados de malas noticias.
6. Conocer la verdad desnuda, y las limitaciones del médico, priva al paciente del efecto placebo, que dan la esperanza y la confianza.

Argumento a favor del Consentimiento Informado:

¡¡¡Las/os usuarias no son hijas/os menores a los que se tiene que proteger como un padre o una madre, sino adultos autónomos, a los que se ha de enseñar a que se cuiden ellos mismos!!!

Sobre como se puede influir en las y los usuarias/os

- Persuasión: argumentos razonables para inducir a la aceptación de una opción.
- Manipulación: medios no persuasivos, falsear información, desfigurar u ocultar ciertos hechos, manipulación psicológica.
- Coacción: uso de amenazas creíbles de daños importantes, evitables si se accede a los deseos de quien ejerce dicha influencia (físicos, psíquicos, económicos, legales etc.)

Tareas pendientes

- Estructurar todos los consentimientos informados en equipo, lo cual deberá formar parte de la Lex Artis profesional.
- La Institución que cumple función Docente–Asistencial debe declarar a la comunidad su rol y solicitar a las personas su consentimiento implícito.
- Elaborar guías clínicas para tener conductas apropiadas y prudentes.
- Promover el ejercicio profesional leal y ético.
- En la tarea médica, más que competir,.....unir.
- Al momento de programar las actividades en Salud y de gestionar los recursos se deberá considerar el C.I.

¿Amenaza u Oportunidad?

- ¡¡¡El C.I., esta lejos de constituir una molestia o una amenaza para el profesional de la salud, debe ser visto como la oportunidad para una relación más plena con los/as usuarios/as de sus servicios y como la posibilidad de satisfacer uno de los derechos más específicos de la persona humana: el derecho a saber y a decidir!!

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Wilma Schmied P. Matrona Jefe del Servicio Obstetricia y Ginecología. Integrante del Comité de Ética Clínico del Hospital Santiago Oriente. S.S.M. Oriente.
- Manuel Sedano L. Médico Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Presidente del Comité de Ética Clínico del Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisne Brousse". Integrante del Comité de Ética Clínico del Hospital del Salvador y del Comité de Ética Científico del S.S.M.Oriente.

Anexos

ANEXO 7.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA REGIONAL: EPIDURAL – RAQUIDEA EN EL PARTO.

ANEXO 7.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTO.

ANEXO: 7.1

HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE
Dr. Luis Tisné Brousse

(identificación del paciente)

COMITÉ DE ÉTICA CLÍNICO
SERVICIO GINECO–OBSTETRICIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA REGIONAL: EPIDURAL – RAQUIDEA EN EL PARTO.

A: IDENTIFICACIÓN:
Nombre y firma del Médico que solicita: Fecha:

B: INFORMACIÓN SOBRE ANESTESIA EN EL PARTO:
La anestesia epidural y raquídea son procedimientos que permiten aliviar o suprimir el dolor y han demostrado ser el método más efectivo tanto en el parto normal como por cesárea. Estos tipos de anestesia permiten bloquear la sensibilidad y movilidad en la zona que requiere ser intervenida quirúrgicamente, permanecer despierta y consciente pudiendo participar del nacimiento de su hija(o).

1. ¿Se usará anestesia en mi parto?
   Iniciado el proceso de parto y en la alternativa de parto normal, me será ofrecida anestesia epidural según mis molestias de dolor y guías de carácter técnico Obstétrico–Anestésico. El uso de anestesia es obligatorio en los partos quirúrgicos, y también se me ha informado por el Anestesista y el equipo Médico Gineco–Obstétrico que su aplicación o colocación se asocia a bajos riesgos.
2. ¿Cuándo me será colocada la anestesia? en parto normal, según dolor y siempre que Ud lo desee. En los operatorios se deberá administrar siempre.
3. ¿En qué consiste la anestesia epidural? A través de una aguja, se instala un catéter en el espacio epidural de la columna vertebral a través del cual se administran analgésicos y/o anestésicos locales. Para el caso de una raquídea con una aguja se inyecta directamente el anestésico en el canal raquídeo.
4. ¿La técnica es dolorosa? Es prácticamente indolora ya que se pone con anestesia local.
5. ¿Existe algún riesgo en la aplicación de esta anestesia?
   Sí, como en todo procedimiento es posible que se presenten algunas complicaciones. Inmediatas: hipotensión arterial, ascenso de la anestesia, sangrado en el sitio de punción, persistencia del dolor. Tardías: cefalea, retención urinaria, dolor lumbar, y muy raramente hematoma subdural o meningitis.
6. ¿Existe algún riesgo para mi Recién Nacido? No.
7. ¿Requeriré otra anestesia si mi parto es operatorio cesárea o Fórceps/Espátulas? Habitualmente no. Ocasionalmente pudiera ser necesario aplicar otra anestesia y excepcionalmente requerir ser dormida con anestesia general.

C: CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA EN LA ATENCIÓN DEL PARTO

- Fui informado de la naturaleza de los procedimientos, sus objetivos, riesgos y beneficios.
- He entendido la información que he recibido sobre la atención.
- He tenido oportunidad de preguntar para aclarar mis dudas.

☐ AUTORIZO al equipo de salud para realizar el procedimiento. FIRMA Paciente.....
Nombre Representante Legal (en incapacidad del Paciente).....
RUT: .....Parentesco (padre, madre, tutor, esposo, otro) FIRMA.....
Además autorizo que la información relacionada a mi atención sea otorgada al Sr./a .....
FIRMA Paciente.....

☐ No deseo saber de los riesgos a que me expongo en esta atención Médica. Doy mi consentimiento.

FIRMA del Paciente..... FIRMA del Representante Legal .....

ANEXO: 7.2.

HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE
Dr. Luis Tisné Brousse

(identificación del paciente)

COMITÉ DE ÉTICA CLÍNICO
SERVICIO GINECO–OBSTETRICIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTO.

A: IDENTIFICACIÓN:
Nombre y firma del Médico o Matrona que solicita: Fecha:

B: INFORMACIÓN SOBRE EL PARTO:
Parto es la forma en como el feto se separa de la madre. La resolución del embarazo, el parto, implica un proceso que podrá ser iniciado espontáneamente o necesitar ser inducido o acelerado mediante medicamentos de indicación profesional y concluirse por vía natural espontánea o requerir de una intervención: Episiotomía, Fórceps o Espátulas, o Cesárea.

1: ¿E XISTE ALGÚN RIESGO EN EL PARTO?
He sido informada por el equipo (Médicos y Matronas) que este proceso dinámico de parto tiene, cualquiera sea la vía de resolución, posibilidades de complicaciones maternas (desgarros, hematomas, hemorragias, transfusiones, infecciones, operaciones), y fetales (sufrimiento fetal, daño neurológico, infecciones, trauma, muerte fetal) que me han sido explicadas y que, en razón de ello, seré evaluada permanentemente por el equipo Médico a fin de evitarlas o controlarlas si se producen, lo cual puede requerir de otras intervenciones. Asimismo he sido informada que durante el parto, se pueden producir situaciones de riesgo y que ellas podrían requerir de intervenciones Médicas o Quirúrgicas de Urgencia.

2: Si tengo factores de alto riesgo en el embarazo, cuál es mi condición en el parto?:
En la condición personal de ser portadora de factores de mayor riesgo Obstétrico, entiendo que estos pueden generar mayores posibilidades de complicaciones en mi parto.

3: Se usará anestesia en mi parto?
Iniciado el proceso de parto y en la alternativa de parto normal podré optar al uso de anestesia epidural, la que me será ofrecida según mis molestias de dolor y guías de carácter técnico Obstétrico–Anestésico. El uso de anestesia es obligatorio en los partos quirúrgicos, y también se me ha informado por el equipo Médico Gineco–Obstétrico que su aplicación o colocación se asocia a bajos riesgos.

C: CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DEL PARTO

- Fui informado de la naturaleza de los procedimientos, sus objetivos, riesgos y beneficios.
- He entendido la información que he recibido sobre la atención.
- He tenido oportunidad de preguntar para aclarar mis dudas.

☐ AUTORIZO al equipo de salud para realizar el procedimiento. FIRMA Paciente.....
Nombre Representante Legal (en incapacidad del Paciente).....
RUT: .....Parentesco (padre, madre, tutor, esposo, otro) FIRMA.....

Además autorizo que la información relacionada a mi atención sea otorgada al Sr./a .....
FIRMA Paciente..... .....

☐ No deseo saber de los riesgos a que me expongo en esta atención Médica. Doy mi consentimiento.

FIRMA del Paciente..... FIRMA del Representante Legal .....

C. BIENESTAR MATERNO EN SITUACIÓN DE PARTO PARA LA SATISFACCIÓN DE NUESTRAS USUARIAS

1. ANTECEDENTES

El concepto de persona, en una situación determinada de salud, demanda de cada profesional una mirada integral, en un sentido multidimensional, en la entrega del cuidado. Gran parte de los sistemas actuales de atención se inclinan por modelos biomédicos de especialidad, en los que la persona (principalmente enferma), se ve reducida o fraccionada a aquella dimensión física que está afectada. Corresponden a modalidades funcionales, cómodas y objetivas pero que, más que estar centradas en la persona y en sus necesidades, facilitan el trabajo del profesional que brinda el cuidado, y lo alejan del compromiso con el otro, en su situación global de salud.

En el área específica de la salud maternal, el cuidado de las embarazadas durante el proceso del parto se centra en el riesgo, aún cuando corresponda a mujeres en riesgo menor, y específicamente, en la atención de los dos focos que comandan el proceso: progresión del trabajo de parto y bienestar fetal (Pincus, 2000), desplazando el bienestar materno a un papel secundario. (CIMS, 1996). Si bien, al privilegiar esta mirada se logra aumentar la seguridad biológica, transforma el proceso de nacimiento en un fenómeno desviado de la normalidad, en el que la oportunidad de fortalecer las capacidades de madre–padre en pos de propiciar un proceso real de promoción de la salud, pasa a un segundo plano. La prevalencia del enfoque biomédico, desde el punto de vista histórico, se puede entender por la necesidad que hubo en Chile (y el mundo) de controlar la morbimortalidad materna y perinatal. Si bien, esta prioridad se justificó en décadas pasadas, lo cierto es que la atención de salud a la mujer sigue impregnada de esta tendencia, en circunstancias que los objetivos sanitarios se centran con mayor énfasis en la promoción y prevención de la salud, y en la equidad y calidad de la atención.

Nuestra iniciativa surge, entonces, del deseo de recuperar el protagonismo que tienen los verdaderos actores del evento, lo que se suma a diversas iniciativas humanizadoras de los procesos de salud en el ámbito maternal, que consideran a la mujer y al hijo como foco principal. Sin embargo, pese a que se ha tenido la experiencia de atención, a nivel local, basada en una modalidad de participación activa de la mujer durante su proceso de parto (Uribe, Poupin y Rodríguez, 2000), no se cuenta con instrumentos claros, objetivos y validados en nuestra población, que permitan evaluar si nuestros esfuerzos están, o han sido encaminados a satisfacer las necesidades reales de nuestras usuarias. Por otro lado debemos introducir el concepto de bienestar que tiene relación con la satisfacción en las experiencias de salud, es decir, se hace necesario contar con instrumentos de satisfacción de las usuarias elaborados a partir de perspectivas subjetivas y cualitativas que den cuenta del fenómeno completo de bienestar.

La evidencia de carácter cualitativo, últimamente ha enriquecido la comprensión de los fenómenos de bienestar y satisfacción con el proceso de parto. Es así como autores norteamericanos, europeos y asiáticos han aplicado metodologías cualitativas como la fenomenología, la teoría fundada en los datos y la etnometodología, entre otras, en el desarrollo de sus investigaciones sobre percepción de bienestar y/o satisfacción de las madres que han vivido la experiencia de parto. Para estos estudios la naturaleza de la satisfacción materna se ordena principalmente en torno a la percepción y alivio del dolor (Baker, Ferguson, Roach & Dawson, 2001; Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004) y sufrimiento (Low, Martin, Sampselle, Guthrie & Oakley, 2003), durante el proceso de parto; a lo significativo del acompañamiento durante el proceso, tanto del profesional como de las personas significativas (Chen, Wang & Chang, 2001; Maimbolwa, Sikazwe, Yamba, Diwan & Ransjö–Arvidson, 2001; Tarkka & Paunonen, 1996); y a la participación activa y el control que tienen las mujeres de su propia experiencia (Callister, Vehvilainen–Julkunen & Lauri, 2001; Viisainen, 2001; Green & Baston, 2003), entre otros.

A nivel nacional, a través del proyecto FONIS SA05I20050 (Construyendo una herramienta de bienestar materno durante el proceso de parto desde una perspectiva cuali–cuantitativa), durante los años 2006–2007, se ha pretendido elaborar un instrumento objetivo, que dé cuenta del bienestar materno durante la experiencia del parto, a partir de un diseño metodológico mixto cuali–cuantitativo.

La fase cualitativa del proyecto correspondió al período de recolección de la información a través de las técnicas de grupos focales y entrevistas en profundidad; junto al análisis cualitativo, aportó valiosa información para la construcción del concepto subjetivo de bienestar materno, y para la elaboración del instrumento preliminar. La muestra se constituyó por 29 participantes; puérperas de bajo riesgo, atendidas en una Institución de nivel terciario del área sur oriente, que tuvieron una permanencia mínima en el preparto de 4 horas.

A partir del método de análisis cualitativo, aportado por Colaizzi en el año 1978 (Streubert & Carpenter, 1994), se definió en esta etapa del estudio, el bienestar materno subjetivo, como: Fenómeno complejo multidimensional, dinámico e interdependiente de satisfacción de la mujer durante su proceso de parto; resultado de una serie de situaciones que se relacionan entre sí, las que se ordenan en torno al "buen trato" (Uribe, Contreras, Rivera, Cornejo, Contreras y Villarroel, 2006).

De esta misma etapa cualitativa se obtuvo un instrumento preliminar confeccionado a partir de las situaciones vividas por las participantes, constituyéndose en indicadores de bienestar y malestar. El instrumento preliminar estuvo compuesto inicialmente por 55 reactivos que agruparon los distintos factores que influyen en las distintas dimensiones subjetivas de bienestar: la dimensión corporal, la relacional, la afectiva, la cognitiva, la espiritual, y lo relacionado al entorno físico, siendo la dimensión relacional del buen trato, la que agrupa mayor cantidad de reactivos en torno a la temática del bienestar materno durante el proceso de parto. Este se organizó como escala de Likert de 5 niveles para cada indicador o reactivo, asignando una puntuación de 1 a 5 según el grado de acuerdo.

La fase cuantitativa se inicia con la prueba piloto del instrumento preliminar en una muestra de 50 puérperas, provenientes de la misma población. El instrumento fue aplicado para determinar la satisfacción de las participantes con el formato; paralelamente fue evaluado, respecto a contenido temático, por 5 jueces expertos provenientes de distintas disciplinas: enfermería y matronería, medicina, psicología y bioética. La prueba estadística del instrumento en esta etapa arrojó una consistencia interna determinada por un alfa de Cronbach de 0,88, con un total de 54 reactivos o indicadores.

La prueba final de validación estadística se realizó en el área sur oriente de Santiago en una muestra de 306 participantes; mujeres puérperas con los mismos criterios de inclusión de la población original, incluyendo en esta oportunidad, las situaciones de cesárea que hubiesen tenido una permanencia mínima de 4 horas en el preparto. La prueba de validación arrojó una consistencia interna de 0,90 según el alfa de Cronbach. Del análisis factorial se obtuvo un instrumento compuesto por 42 reactivos agrupados en 8 factores asociados a las distintas dimensiones del bienestar. De estos factores, el principal, y el que reúne la mayor cantidad de reactivos (12), corresponde al Cuidado Profesional de Calidad, el que se refiere a la dimensión relacional del cuidado, el que además, es percibido como oportuno y efectivo. El segundo factor agrupa aquellas situaciones (9), que influyen en el bienestar materno que deriva del respeto de los profesionales a la mujer como persona y usuaria.

El tercer factor corresponde a la agrupación de reactivos (8), que derivan de situaciones de malestar, producto de un cuidado despersonalizado a la mujer. Los cuatro factores restantes agrupan los reactivos restantes y se refieren a la provisión de líquidos y alimentos, a la oportunidad de desplazamiento y libertad de movimiento durante el trabajo de parto; a la posibilidad de permanecer junto al hijo durante en el momento del parto; y a la alternativa de vivir el proceso acompañada de una persona significativa.

La escala final obtenida (score máximo de 210 puntos) explora la situación de bienestar en tres niveles: nivel optimo (score > 172); nivel adecuado (score 152 a 172) y nivel mínimo (score < 152). Además, discrimina el nivel de bienestar reportado, según la paridad. Las multíparas experimentan un nivel significativamente mayor, comparado con el experimentado por las primíparas, tanto en el score global, como en el de las subescalas principales. Otro de los atributos que aporta la escala de bienestar materno en situación de parto (EBMSP), constituye el hecho de que por sí misma, y en forma independiente, diagnostica bienestar y satisfacción de las usuarias; simultáneamente, el score como variable numérica, o el nivel de bienestar como variable categórica,

puede ser asociado con algunos resultados maternos perinatales, asociaciones que pueden resultar en un gran aporte a la promoción y prevención en la salud de la mujer y el hijo durante el proceso reproductivo . Podrá además, ser aplicada en diversas instituciones de nivel nacional cuya población posea atributos similares a la de origen, (área sur oriente de Santiago), previa autorización de los autores, a través del procedimiento descrito por el registro de propiedad intelectual chileno (Departamento de Derechos Intelectuales. Registro Propiedad Intelectual N° 162651).

2. ESCALA DE BIENESTAR MATERNO EN SITUACIÓN DE PARTO BMSP (Uribe C., Contreras A., Rivera MS., Cornejo M., Contreras O., Villarroel L.)

El siguiente es un cuestionario que recoge el nivel de bienestar de las madres que han vivido el proceso de parto. Le rogamos leerlo cuidadosamente. En él, usted encontrará algunas afirmaciones que representan situaciones que usted pudo vivir; desde que llegó a la maternidad hasta que tuvo a su hijo, situaciones que le hicieron "sentirse bien" o "sentirse mal".

Con cada una de estas afirmaciones, usted puede estar desde muy de acuerdo (puntaje 5), hasta muy en desacuerdo (puntaje 1). Le rogamos marcar con una X el grado de acuerdo que usted tiene. Marque para cada afirmación una sola respuesta. Si marca más de una, la respuesta se eliminará.

Siéntase en completa libertad para responder. El éxito de esta evaluación dependerá de que sus respuestas reflejen lo que usted realmente vivió en esta experiencia. En el caso de no entender alguna de las situaciones expresadas en el cuestionario, solicitamos consultar a la persona encargada.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Más o menos	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	5	4	3	2	1
1. Durante todo el proceso de parto los profesionales me orientaron, me dijeron qué hacer y me animaron					
2. Me sentí siempre acompañada por algún profesional					
3. Sentí que algunas atenciones fueron bruscamente realizadas por algún miembro del personal					
4. Cada vez que lo necesité pude estar con mi pareja o con otra persona importante para mí					
5. Me sentí tratada en forma autoritaria; "fueron mandones conmigo"					
6. Creo que fui bien atendida, de manera muy profesional					
7. Pude disponer de anestesia cada vez que lo necesité					
8. Observé orden y limpieza en cada uno de los lugares donde estuve					
9. Sentí que las atenciones que me realizaron fueron hechas correctamente					
10. El trato que recibí fue cariñoso; ellas o ellos me hablaban con palabras suaves que me calmaban					
11. Pude expresar libremente mis dudas y temores relacionados con mi salud y la de mi hijo o hija.					
12. Previo al parto pude beber líquidos o comer jalea cuando lo necesité					
13. En cualquier etapa del proceso facilitaron la entrada de mi pareja u otra persona importante para mí.					
14. Las personas que me atendieron se relacionaban bien conmigo					
15. Sentí que las personas que me atendieron conocían y hacían bien su trabajo					
16. Se preocuparon de cuidar mi intimidad y la de las otras mujeres que vivieron la experiencia de parto junto conmigo					
17. Pude relajarme, rezar, o meditar sin dificultades en el momento que lo necesité					
18. Fui informada cada vez que se me administraba algún medicamento					
19. Constantemente recibí información de mi estado de salud y el de mi hijo o hija					
20. Los profesionales estuvieron "pendientes de mí" durante todo el proceso de parto					
21. Me sentí siempre respetada y participando de las decisiones que los profesionales tomaban respecto a mi proceso de parto.					
22. En el momento que mi guagua nació pudimos estar juntos todo el tiempo que fue necesario					

23. Durante mi permanencia en el preparto el personal se preocupó por el tiempo que yo llevaba sin alimentarme					
24. Cuando mi guagua nació los profesionales fueron respetuosos con el tiempo que necesitábamos estar juntos					
25. El personal estaba preocupado por respetar nuestra intimidad durante el nacimiento					
26. Las máquinas, monitores, aparatos para la presión u otros se veían seguros, en buen estado y funcionando bien.					
27. Las personas que me atendieron fueron respetuosas de mis valores o creencias religiosas					
28. Durante mi permanencia en el preparto tuve la posibilidad de recibir algún tipo de alimento cuando tuve hambre					
29. En cada momento del proceso fui atendida a tiempo por el personal de la maternidad					
30. Siento que se realizaron procedimientos que no corresponden al proceso de un parto natural					
31. Muchas veces evité expresar el dolor, mis malestares o incomodidades, por temor a que las personas del equipo de salud se molestaran conmigo					
32. Mientras estuve en el preparto tuve la oportunidad de levantarme libremente de la cama, caminar o sentarme en una silla					
33. Sentí que me atendían en un hospital antiguo y en malas condiciones físicas.					
34. Para que me sintiera cómoda en el preparto se me ofreció distintas alternativas de descanso; aparte de estar acostada en una cama					
35. Independiente de cómo me portara yo, los profesionales siempre me trataron bien					
36. La limpieza de los baños, y el funcionamiento de las duchas eran las adecuadas para un hospital					
37. Hubo momentos en que me sentí abandonada, como si mis necesidades le fueran indiferentes al personal					
38. Siempre se notó el trato respetuoso de parte del personal de salud					
39. Sentí siempre la presencia prudente y respetuosa del profesional, sin que ésta me invadiera en los momentos que quería estar tranquila					
40. Al ingresar a la maternidad, sentí que tuve que esperar mucho para ser atendida					
41. Pude sentir la preocupación de parte del personal para que me sintiera cómoda, limpia y con la ropa de cama seca.					
42. Hubo ocasiones en que sentí un trato diferente hacia las madres de pensionado y las que estamos en sala común.					

****** Para análisis de los resultados invertir puntaje en preguntas: 3–5–30–31–33–37–40–42

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO

- Claudia Uribe Torres. Enfermera Matrona. Magíster en Salud y Humanización. Docente Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Aixa Contreras Mejías. Enfermera Matrona. Magíster en Psicología Social, mención Comunitaria. Docente Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- M. Soledad Rivera M.PhD. Enfermera. Magíster en Salud Pública. Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Luis Villarroel del Pino. Estadístico. Magíster en Estadística. Profesor Auxiliar. Departamento Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Mariela Cornejo Abarca. Matrona. Subdirección de la Mujer. Coordinadora de Red del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo V

Visita Domiciliaria Integral

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO V

VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

1. FUNDAMENTO

Se ha identificado la visita domiciliaria como una intervención eficaz para prevenir resultados negativos, entre ellos el maltrato de menores.

Se han estudiado diversos modelos de visita domiciliaria. En algunos de ellos, las visitas se hacen a todas las familias, independiente de su situación de riesgo, mientras que en otros se concentran en las familias en riesgo de violencia, constituidas por un sólo progenitor, padres adolescentes, que viven en comunidades con altos índices de pobreza.

Durante las visitas, se ofrece información y apoyo para mejorar el funcionamiento de la familia.

Actividad definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por un problema de salud individual (caso índice) o familiar, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en que se hace relevante la necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica.

La VDI es en parte diagnóstica y en parte terapéutica, ya que además de permitir recopilar información, permite efectuar intervenciones en los ámbitos que motivaron la visita u otros detectados como prioritarios durante la misma.

Se considera un espacio ideal para efectuar acciones de consejería familiar u otras acciones preventivas.

Es un complemento a la interacción iniciada y a la información recopilada en el Centro de Salud a través de las entrevistas y aplicación de algún instrumento de estudio familiar (por ejemplo genograma) y/o de detección de riesgo.

Por sus características requiere la participación multidisciplinaria (equipo de cabecera), en su planificación y evaluación.

Como beneficios permite:

- Asegurar la continuidad de atención.
- Ayuda al equipo a tener una visión más realista de las redes comunitarias.
- Establecer interacción en el entorno más íntimo de la familia.

2. OBJETIVOS GENERALES

2.1. Observar elementos relevantes de la vivienda y el entorno.
2.2. Observar elementos de la dinámica familiar.
2.3. Potenciar el uso de los recursos familiares.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Estarán determinados por los aspectos que fundamentaron la visita.

4. HABILIDADES Y DESTREZAS DE QUIEN REALIZA LA VISITA

4.1. Capacidad de estar alerta al lenguaje no verbal: detectar señales que hablan del tipo de interacción presente entre los miembros de la familia.
4.2. Capacidad para analizar las señales físicas (de las personas y vivienda) más allá de lo biológico. Ver más allá.
4.3. Ser capaz de ponerse en el lugar del otro. Mirar con los ojos del otro y los valores del otro. No implica estar de acuerdo, sino comprender.

5. REQUISITOS

Consentimiento informado: es una actividad acordada con la familia.
Debe ser planificada en equipo: fundamentos y objetivos claros, momento de su ejecución y seguimiento.
Debe ser realizada por los profesionales o técnicos relacionados con el problema que motiva la visita.

6. INSTRUMENTO

Matrona(ón), Asistente Social, Técnico Paramédico: Idealmente realizada con la participación de 2 personas (2 profesionales o 1 profesional con un Técnico Paramédico). En su defecto es realizada por sólo 1 profesional.

En el ámbito rural, la Técnico Paramédico, habrá recogido información relevante de la familia y su entorno, para poner a disposición del (o la) profesional para establecer el riesgo y planificar la VDI.

7. RENDIMIENTO: 1.50 hora por Visita Domiciliaria

8. SISTEMA DE REGISTRO

- Se debe registrar en una "Hoja de VDI", la que será archivada en la Ficha Familiar (o Carpeta familiar).
- En cada ficha individual de los integrantes de la familia, sólo debe quedar constancia de que se realizó la VDI y la fecha. Si hubiera aspectos específicos a seguir en el caso índice u otro miembro de la familia, es preciso dejar constancia en la ficha individual, para asegurar el seguimiento de ese aspecto.
- En cartolas familiares y de Control y Seguimiento por grupo etareo o ciclo vital, se registra fecha y la realización de la VDI.
- La VDI debe ser registrada en la "Hoja de registro diario de actividades", para alimentar el REM de "Actividades en domicilio", de acuerdo a instructivo.
- Agenda Salud de la Mujer.

9. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A GESTANTES

9.1. Definición

Atención integral de salud proporcionada en el hogar a gestante y familia por inasistencia a control y/o en riesgo psicosocial.

9.2. Objetivos

- Evaluar las condiciones del entorno familiar y la factibilidad de modificar factores de riesgo biosicosocial detectados.
- Evaluar la evolución de patologías y comprobar el cumplimiento de indicaciones y tratamientos, si corresponde.
- Fomentar la adhesividad al control en el Centro de Salud.
- Coordinar con redes de apoyo existentes.

9.3. Acciones

- Realizar evaluación familiar, de su vivienda y su entorno.
- Realizar evaluación de las condiciones de salud de la gestante.
- Realizar evaluación de las condiciones que la familia tiene para apoyar a la gestante.
- Identificar situaciones de riesgo psicosocial.
- Potenciar factores protectores.
- Incentivar ambiente libre de humo de tabaco.
- Realizar consejeria para el cuidado de la gestación y preparación en la integración del futuro(a) hijo(a).
- Derivar a consulta según hallazgos.

10. VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL A LA PUÉRPERA Y RECIÉN NACIDO/A

10.1. Definición

Atención integral de salud proporcionada en el hogar a la madre y a su hijo(a), ante la presencia de factores de riesgo psicosocial y/o inasistencia a control.

10.2. Objetivos

- Disminuir la morbimortalidad de la puérpera y el recién nacido.
- Contribuir al cuidado continuo en el ambiente familiar para favorecer el desarrollo de vínculo equipo–familia.

10.3. Acciones

- Realizar evaluación familiar, de su vivienda y su entorno.
- Realizar evaluación de las condiciones de salud de la puérpera y su hijo/a, con énfasis en la depresión postparto.
- Reforzar la formación del vínculo recién nacido–madre–padre o figura de apoyo.
- Promover una alimentación sana para la recuperación del peso pregestacional.
- Entregar apoyo emocional y psicológico frente al proceso de duelo perinatal, si corresponde.
- Evaluar riesgo psicosocial.

- Evaluación de las condiciones de la familia para:
  - Apoyar a la madre en el cuidado de su hijo(a).
  - Moderar la carga de trabajo doméstico de la madre.
- Incentivar ambiente libre de humo de tabaco.
- Reforzar recursos personales para el autocuidado.
- Evaluar integración del recién nacido, roles y cuidados y efectuar consejeria según hallazgos.
- Reforzar redes de apoyo familiar y social.
- Evaluación de riesgos domésticos para la salud del recién nacido(a).
- Reforzar técnica de amamantamiento.
- Derivación a consulta según hallazgos.
- Detección de indicadores tempranos de depresión postparto.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Ruth Depaux Vega. Médico Familiar. Dpto. Atención Primaria. Ministerio de Salud.
- Derna Frinco Castillo. Enfermera Dpto. Ciclo Vital. Ministerio de Salud.
- Miriam González Opazo. Matrona Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo VI

Atención Preconcepcional

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO VI

ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

**"La salud es un derecho humano fundamental y como expresión humana,
una sexualidad plena es un aspecto fundamental de la salud, del bienestar y de la calidad de vida"**

1. FUNDAMENTO

El concepto de calidad de vida lleva implícito la Salud Sexual y Reproductiva y su promoción mediante un abordaje integral que incluya información, educación, comunicación y consejería, así como servicios de salud Pre–concepcional, planificación familiar, atención del proceso reproductivo, de la infertilidad, de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, y de la violencia intrafamiliar y sexual.

Debe ser ofrecida a hombres y mujeres, con perspectiva de género, es decir considerando las necesidades específicas de cada sexo e intencionando un mayor control de las mujeres sobre sus decisiones y relaciones de pareja más equitativas. Debe reconocer las mayores necesidades de las poblaciones más desfavorecidas por sus condiciones socioeconómicas y geográficas y la pluricultural de la sociedad chilena.

Los servicios de SSR deben incluir una oferta de respuestas y actividades que para los y las usuarias, a nivel individual, familiar y comunitario, desarrolladas en el contexto de la articulación de las redes sociales y de salud.

Esta respuesta a las necesidades a lo largo del ciclo vital, con una consideración transversal del enfoque de género, etnia, localización geográfica y nivel socioeconómico debe estar orientada a promover el desarrollo de autonomía y el empoderamiento mediante una participación protagónica y el ejercicio del control social, como expresión del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Entendemos que la Salud Sexual es "la experiencia de proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con el desarrollo autónomo y pleno de la sexualidad y sus expresiones, como aspecto fundamental de la salud integral y calidad de vida". Integra el placer, la comunicación, los afectos y en sus manifestaciones se conjugan los elementos socioculturales e históricos intrínsicos a la condición humana.

La Salud Sexual y Reproductiva ha sido definida como "Un estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, asociado a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos, la libertad de procrear y de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (CIPD, 1994). Es expresión de calidad de vida y salud, así como de la satisfacción de las necesidades en esta área y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Se estima que un porcentaje considerable de las mujeres que inician una gestación presentan problemas de salud previos. Aproximadamente entre un 15% y un 20 % de los embarazos tienen problemas médicos previos que deben ser corregidos o controlados.

Estos problemas pueden acentuarse durante la gestación y/o afectar el desarrollo fetal. Existe evidencia de que es posible detectar y tratar o controlar las siguientes patologías antes del embarazo: Diabetes (malformaciones congénitas), hipertensión arterial, anemia, patología uterina, patología de mama.

Así mismo, existe evidencia de que, antes del embarazo se pueden realizar las siguientes intervenciones preventivas:

- Reemplazo y advertencia sobre drogas teratogénicas.
- Prevención de Cretinismo Suplemento de Yodo.
- Prevención de defectos del cierre del Tubo Neural. Suplementación de ácido fólico.

El riesgo de malformaciones congénitas es dos o tres veces más alto entre las mujeres con diabetes mellitus antes del embarazo. La Diabetes gestacional está emergiendo como un riesgo de malformaciones congénitas. Se estudiaron todos los nacimientos entre enero de 1998 hasta junio del año 2004. En un total de 13.965 nacimientos entre los cuales se encontró que un 0.2% a un 0.3 % de las embarazadas tenían diabetes mellitus preexistente. Un 1% a un 5 % de los embarazos se complicaron con diabetes gestacional.

Se ha demostrado que la prevalencia de defectos congénitos al nacimiento, en madres diabéticas, se estima entre un 8% y un 10%, mientras que en la población general esta cifra es alrededor de un 3%. El ECLAM (Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas) en una revisión de más de 4 millones de nacimientos entre 1967 y 1997, encontró que el antecedente de diabetes materna, de cualquier tipo, en el primer trimestre del embarazo de mujeres que habían tenido un hijo malformado, estaba en un 6 % de ellos.

2. DEFINICIÓN

Es el conjunto de acciones de salud que se realizan con una mujer sola, con un hombre solo o con una pareja; que incluye actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo concepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación.

Es una estrategia efectiva para contribuir a la mejor calidad de vida de las personas a lo largo de su Ciclo Vital y a través de todos los Programas de Salud.

3. OBJETIVO GENERAL

Aminorar los riesgos biopsicosociales y del ambiente para que un futuro embarazo se de en las mejores condiciones, tanto para la mujer, la familia y el o la hija que deseen procrear. Es una estrategia efectiva para contribuir a la mejor calidad de vida de las personas a lo largo de su ciclo vital y a través de todos los Programas de Salud.

4. ACCIONES

En la Atención Preconcepcional se distinguen acciones de Promoción de la Salud, entregada a la población

por medio de Consejería o Asesoría Preconcepcional y acciones Preventivas que se entregarán por medio del Control Preconcepcional. Esta diferencia es importante, ya que la Consejería puede realizarse en recintos que no son del área de salud, tales como establecimientos educativos, lugares de trabajo u otros. El Control debe realizarse en establecimientos de salud porque implican exámenes físicos, obstétricos y exámenes de laboratorio.

5. CONSEJERÍA PRECONCEPCIONAL

5.1. Definición

Se entiende por Consejería Preconcepcional la atención que se realiza a una mujer, un hombre o una pareja antes de un embarazo, con el objetivo de corregir conductas, factores de riesgo reproductivo, o patologías que puedan alterar la evolución normal de una futura gestación.

Es un proceso comunicación personal y de análisis conjunto entre la o el prestador de salud y la pareja o la mujer u hombre, usuarios/as potenciales y activos/as, mediante el cual se les ofrece los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la conveniencia, desde el punto de vista de su estado de salud, acerca de los hijos e hijas que desean procrear.

Así mismo, informarles como pueden aplazar este proyecto de vida, si las condiciones de salud no son las mejores en el momento de la consejería. La consejería u orientación (este último concepto es mas apropiado, ya que el término "consejería" sitúa a las y los proveedores de salud en un plano superior en desmedro de la relación personal que forma parte del actual modelo de atención) debe ser aplicada adecuándose a las características de la población a la que va dirigida, tomando en cuenta el enfoque de género, etnia, cultura, etapa del ciclo de vida y condiciones socioeconómicas.

La Asesoría u orientación preconcepcional debe tener presente, en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los o las usuarios/as deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir ninguna opción en especial.

5.2. Población Objetivo

Está conformada por el total de mujeres y hombres en edad fértil con posibilidades de embarazo y deseos de procreación.

Esta orientación o asesoría debe priorizar los siguientes grupos poblacionales:

- Las y los adolescentes.
- Personas que solicitan información con relación a: inicio de vida sexual, conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y o, no planificados, proyecto de vida, métodos anticonceptivos, información sobre VIH/SIDA y otras ITS.
- Personas que presentan limitaciones físicas, psíquicas, que puedan afectar su calidad de vida actual y a futuro.
- Personas que presentan malos hábitos alimentarios, enfermedades nutricionales, u otros como hábito tabáquico, drogas o alcohol.

5.3. Tiempo y lugar para efectuarla

Puede realizarse en las distintas consultas o controles que él o la usuaria potencial haga a la Red Asistencial: Atención Primaria, Atención Comunitaria, Hospitales, e inclusive en el mismo domicilio durante una visita domiciliaria con otro objetivo.

Puede ser ofrecida a las parejas que van a iniciar una convivencia o contraer matrimonio, ya sea en los registros civiles o en las iglesias, como parte de la preparación matrimonial.

5.4. Pasos para una asesoría exitosa

- ATIENDA a la usuaria o el usuario o la pareja con amabilidad, comodidad, respeto y privacidad. Preséntese e invítela/o/s a decir su nombre. Asegúreles confidencialidad. No haga comentarios de las o los usuarios/as delante de otras personas. Archive los registros y no permita que otras personas no autorizadas tengan acceso a la ficha clínica.

- CONVERSE agradable y sencillamente con la o el usuario o ambos y para evitar que respondan con monosílabos, haga preguntas abiertas, tales como: ¿Cuál es el motivo de la solicitud de la Asesoría? ¿En qué etapa del ciclo vital se encuentra, la mujer y su pareja? ¿Qué sabe Ud. de la Asesoría Preconcepcional ¿Tiene hijos/as?, ¿Cuántos? ¿Cuántos hijos desea o desean tener?

- PREGUNTE ¿Qué sabe acerca de la Salud Sexual y Reproductiva? ¿Qué sabe acerca de las ITS? ¿Cómo se siente con relación a estos temas? ¿Qué método tiene pensado usar o cuál está usando?, ¿Qué piensa de la participación de la pareja? Aliente al usuario/a o a ambos a participar con preguntas o dudas relacionadas al tema. Estimule su participación activa.

- AVERIGUE sobre factores de riesgo y factores protectores que tiene la mujer (o pareja) para un nuevo embarazo o para postergar un embarazo.

- ESTABLEZCA una relación que le permita indagar sobre redes sociales que puedan ser un apoyo para erradicar conductas adictivas o perjudiciales que pudieran presentar.

- ANÍMELA O ANÍMELOS a hablar de su proyecto de vida.

- COMUNIQUE a la usuaria o usuario de forma clara y sencilla, la información pertinente a su situación de salud para enfrentar un embarazo o para no embarazarse.

- INVÍTELA/OS a que busque/n la forma de comprometerse respecto a conductas sexuales seguras y responsables. La persona o la pareja que busca asesoría debe asumir, es ella o ellos quienes deben tomar las decisiones de cuidado de su cuerpo y ser responsables de los resultados de las conductas de riesgo.

- PROPÓNGALE/S y programe, si corresponde, evaluaciones específicas posteriores, por ejemplo si decide/n el uso de un método anticonceptivo que lo requiere.

- FACILITE LA REFLEXIÓN acerca de lo que significa para ella o ellos un hijo o hija, desde el punto de vista biológico, psicológico y social y los cambios que ello involucra en su/s vida/s solo cuando la mujer o la pareja solicitan que la asesoría u orientación está/n decididos a tener un nuevo embarazo El significado de la maternidad o paternidad son distintos para cada persona, y depende de la situación que esta viviendo y de sus perspectivas. Considere también que en esta reflexión las historias familiares y sus propias historias de gestación y nacimiento. Debe incluir una mirada como pareja, relación de pareja, grado de estabilidad y redes de apoyo.

- ENTREGUE INFORMACIÓN Y RESPONDA TODAS LAS DUDAS para ayudarla/os a que desarrollen un plan de cuidados para la concepción consciente, una vez que hayan reafirmado su decisión.

- CÍTELA/OS o deje abierta la posibilidad de una nueva orientación o consulta.

- OFREZCA/LES consejería en prevención de ITS y en MAC.

5.5. Actividades de orientación grupal

Es importante ofrecer Orientación o Asesoría Preconcepcional a grupos de la comunidad que necesitan información sobre lo que implica un embarazo y un hijo o hija y de pacientes portadores de patologías crónicas o discapacidad. Los contenidos de estas actividades son:

- Estilos de vida saludables: alimentación, ejercicio físico, sexualidad responsable, consejería antitabáquica y antialcohol y antidrogas.

- Actividades de Fomento y Protección que ofrece el Programa de la Mujer, del /a Adolescente, del Adulto/a.

- Rol individual y de la pareja en el autocuidado de la salud (controles periódicos, cumplimiento de indicaciones).

- Exposición a riesgos farmacológicos, laborales y ambientales.

- Planificación Familiar, y métodos anticonceptivos.

- Orientación en condiciones de riesgo psicosocial tales como violencia intrafamiliar, mujeres jefas de hogar.

- Orientación en casos de recanalización tubaria por desear un nuevo embarazo.

- Orientación a parejas y personas con problemas de infertilidad.

5.6. Rendimiento

- Actividad grupal: 1 actividad por hora.

- Actividad individual: 2 por hora.

5.7. Concentración:

- Por lo menos una vez antes de cada embarazo.

- Se puede determinar de acuerdo al riesgo identificado.

5.8. Instrumento:

Matrona/ón de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria.
Monitores/as formadas para asesoría preconcepcional.

El perfil de las o los profesionales que realicen esta acción de Asesoría (Orientación) preconcepcional incluye estar preparado en los riesgos socio–psicobiológicos y ambientales a los que la mujer con o sin pareja está expuesta. Debe conocer la población a su cargo y debe estar preparado en el modelo de atención familiar.

6. CONTROL PRECONCEPCIONAL

Según la Organización Mundial de la Salud, la Salud Sexual y Reproductiva es "La posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y de criar hijos saludables".

6.1. Definición

Es la atención integral proporcionada por matrona en el Centro de Salud a una mujer, un hombre o pareja, para iniciar o posponer una gestación.

6.2. Objetivo general

Valorizar la condición de salud en la que se encuentran las personas involucradas en la decisión de una gestación. El enfoque integral que propone el Programa de la Mujer y la Salud Sexual y Reproductiva promueve el autocuidado previo al embarazo, los cuidados más adecuados durante el período gestacional, estimula el control pre–natal desde las primeras semanas de embarazo para lograr un embarazo, parto, puerperio y recién nacido/a en óptimo estado de bienestar tanto biológico, psicológico y social.

Contribuye a la promoción, protección y recuperación de la salud de la mujer y su pareja, idealmente dentro del año que precede al inicio de un embarazo planificado.

6.3. Objetivos específicos

- Identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo familiar y materno perinatal posibilitando su intervención y procurando las condiciones más favorables para el desarrollo del proceso reproductivo.

- Pesquisar y derivar mujeres con enfermedades crónicas y/o intercurrentes tales como: Cardiopatías, hipertensión, diabetes, epilepsia, anemias, TBC, énfasis en Cáncer de Cuello Uterino y de Mama, Isoinmunización por factor RH, entre otras.

- Identificar e intervenir riesgos de enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH SIDA.

- Identificar e intervenir problemas de infertilidad.

- Identificar e intervenir riesgos de embarazo precoz en población adolescente.

- Identificar e intervenir estilos de vida no saludables: mal nutrición (por déficit o por exceso), sedentarismo, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

- Identificar e intervenir condiciones que puedan afectar la salud psicosocial.

- Identificar factores sociales, ambientales y laborales y ambientales adversos e intervención y/o derivación a redes de apoyo.

- Facilitar el acceso de la mujer y/o su pareja a servicios de planificación familiar, cuando desee/n posponer un embarazo.

- Fomentar y favorecer el inicio de control de embarazo antes de las 14 semanas de gestación.

6.4. Acciones

- Acogida a la mujer y o a la pareja.
- Anamnesis dirigida a historia de salud, historia de pareja, ciclo vital, (identificando enfermedades crónicas, problemas en las relaciones familiares, abuso de drogas, presencia de VIF, etc.).
- Detección de riesgos Psicosociales personales y familiares, antecedentes reproductivos.
- Analizar con la persona o pareja el proyecto de vida y rol de ese hijo o hija.
- Evaluación Física General (Índice de Masa Corporal, Presión Arterial, Examen Físico Segmentario, Examen Físico de Mama).
- Evaluación Ginecológica.
- Diagnóstico Clínico Preliminar.
- Indicación de exámenes según corresponda, previa explicación de la necesidad de realizarlos.
- Valoración del progenitor, en su condición de salud general y conductas de riesgo. Realización del Examen de Medicina Preventiva si no lo tiene. Si lo tiene, evaluación de los riesgos encontrados en éste.
- Formulación de Diagnóstico Preliminar.
- Educación de estilos de vida saludables, asociado a optimizar su condición para la gestación.
- Referencia según corresponda.
- Citación con resultados de exámenes para diagnóstico definitivo y o referencia a especialidad según corresponda.
- Referencia a Regulación de la Fertilidad, si corresponde.

Las acciones contenidas en una primera consulta dependen de las condiciones específicas de cada mujer y/o pareja, aunque es posible determinar un mínimo de acciones comunes. La conducta se debe adaptar a los problemas identificados y a los que preocupan a la mujer y/o pareja que planifica su embarazo.

6.5. Registro de la actividad:

- Ficha Clínica.
- Hoja de estadística diaria de actividades.
- Agenda Salud de la Mujer.

6.6. Concentración: Mínimo 2 controles.

Rendimiento: 2 controles por hora.

6.7. Instrumento:

- Hora Matrona.
- Hora Médico General.
- Hora Médico Especialista.

El perfil de los profesionales que realicen el control preconcepcional incluye la preparación en el ámbito obstétrico, ginecológico y biopsicosocial.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Yolanda Contreras García. Matrona Docente Departamento Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina Universidad de Concepción.
- Carmen López Stewart. Médica Encargada de Equidad de Género de la Subsecretaría de Salud Pública. Encargada de Violencia de Género en el Ministerio de Salud.
- Victoria Norambuena Matrona Coordinadora del Programa de Salud de la Mujer. Encargada del Programa del /a Adolescente Servicio de Salud Osorno.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo VII

Atención Prenatal

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO VII

A. ATENCIÓN PRENATAL

1. ANTECEDENTES

La mayor vulnerabilidad de la mujer ligada al proceso reproductivo requiere apoyo y protección. Su rol protagónico en todo este proceso requiere de un estímulo y respaldo permanentes, por parte de su entorno personal, familiar y social; en este último, se incluye el personal de salud.

Los derechos fundamentales de la mujer y su familia de autodeterminación y reconocimiento de sus capacidades para contribuir significativamente a la salud materna y neonatal son el componente fundamental de los programas de cuidados prenatales.

Si la mujer está bien, en las distintas esferas de su bienestar personal – físico, psíquico, social – su hijo/a estará bien, lo cual hace que el bienestar de la madre y sus hijos(as) sea una responsabilidad social.

La condición de salud de la mujer previa al embarazo, es fundamental para el resultado final del proceso; patologías médicas previas al embarazo, o que aparecen durante el mismo como complicaciones propias, o como cuadros intercurrentes, inciden en forma importante en el pronóstico reproductivo global.

Todo embarazo implica algún grado de riesgo de presentar complicaciones o provocar la muerte, a la madre, su hijo, o ambos (concepto de Riesgo Reproductivo); una adecuada vigilancia durante el proceso reproductivo – embarazo, parto, postparto – debiera iniciarse en la etapa previa al inicio del embarazo – Control Preconcepcional – y una vez confirmado éste, seguir a través de controles periódicos programados a lo largo de todo el embarazo – Control Prenatal.

Propuesta O.M.S. de Control Prenatal (2003)

La tendencia actual se orienta más a la detección de patologías que a la evaluación del grado de riesgo. Los "factores de riesgo" no parecen ser un buen predictor de aquellos embarazos que presentarán complicaciones: la mayoría de las mujeres que sufren complicaciones son consideradas de "bajo riesgo "y, a la inversa, la gran mayoría de las mujeres consideradas de "alto riesgo" cursan sus embarazos sin presentar mayores problemas.

En estudio multicéntrico randomizado – WHO Antenatal Care Trial – realizado por la Organización Mundial de la Salud en 4 países de distintos continentes, se comparan el modelo habitual de C.P. – control mensual hasta el 6° mes, cada 2–3 semanas en los 2 meses siguientes, semanal en el último mes – con un nuevo modelo, con menor número de controles (4), que enfatiza aquellas acciones que han demostrado ser efectivas – Medicina Basada en Evidencia – para mejorar los resultados maternos y perinatales.

El modelo sugerido por la OMS, en base a evaluación efectuada en el primer control de embarazo, identifica a las embarazadas consideradas de "bajo riesgo", a quienes se les ofrece un control de rutina – componente

básico – basado en actividades orientadas al logro de objetivos definidos, científicamente evaluadas; aquellas embarazadas que necesitan un cuidado mayor – atención especial – son referidas a un centro especializado de atención secundaria o terciaria según corresponda.

La evaluación inicial se realiza en base al siguiente cuestionario:

Historia obstétrica:

- muerte fetal o neonatal previa.
- 3 o más abortos sucesivos.
- peso de nacimiento previo bajo 2.500 gramos, o sobre 4.500 gramos.
- parto pematuro previo menor de 35 semanas.
- anomalía congénita mayor.
- hospitalizaciones por hipertensión, preeclampsia o eclampsia en el último embarazo.
- cirugía uterina previa.

Complicaciones del embarazo actual:

- gestación múltiple.
- edad materna menor de 16 años o, mayor de 40.
- isoinmunización por factor Rh.
- sangramiento vaginal.
- presión arterial diastólica igual o mayor a 90 Mm. Hg. al momento del control.
- masa pélvica.

Patologías médicas generales:

- Hipertensión arterial.
- diabetes mellitus insulino–dependiente.
- patología renal o cardíaca.
- abuso de sustancias, incluído el alcohol.
- cualquiera otra patología o condición médica.

La respuesta positiva para cualquiera de estas preguntas califica a la gestante como de "alto riesgo", requiriendo una atención especial para la condición de riesgo que presenta.

Componente básico: incluye 3 áreas generales:

- pesquisa de condiciones de salud que pueden aumentar riesgo de resultados adversos específicos.
- intervenciones terapéuticas reconocidas como beneficiosas.
- alertar a la embarazada sobre posibles emergencias, educándola sobre las respuestas apropiadas en cada caso (reposo en domicilio, control en su consultorio de nivel primario, consulta en servicio de urgencia obstétrica del hospital que corresponde a su residencia).

Control Prenatal en la Red Asistencial

La coordinación entre los distintos niveles de la red asistencial requiere de un sistema de referencia–contrarreferencia adecuado – "atención continua" – que defina con claridad las causas, las vías y destinos de derivación así como las instancias de comunicación disponibles. En el nivel primario de atención, se entrega el llamado "componente básico" descrito en el modelo propuesto por la O.M.S. La referencia a un nivel de mayor complejidad, por matrona o por médico, por factores de riesgo o por patologías obstétricas, debe hacerse

cuando la condición clínica lo requiera, de acuerdo a orientaciones específicas; debe acompañarse la información obtenida en el nivel primario y, una vez atendida la misma, debe enviarse al servicio de origen toda la información necesaria para el seguimiento posterior de la gestante, si ella continua su control a ese nivel (contra–referencia).

Orientaciones para Referencia a Nivel Secundario (ver Anexo al final capítulo)

> ***Las complicaciones obstétricas más severas provienen de pacientes catalogadas inicialmente como de bajo riesgo. Por ello, la fluidez y el dinamismo en la derivación y evaluación en los distintos niveles de atención – primario, secundario y terciario – es fundamental para ofrecer un control antenatal con los mayores grados de seguridad posibles y estándares adecuados de acuerdo a la situación nacional de salud.***

2. DEFINICIÓN

Es la atención integral sistemática, periódica y multidisciplinaría, que se otorga a la gestante, con enfoque biosicosocial, integrando a la pareja o persona significativa y familia. Incluye controles prenatales y programa educativo de preparación para el parto y nacimiento.

3. OBJETIVO GENERAL

Controlar la evolución de la gestación, fomentar estilos de vida saludables, prevenir complicaciones, diagnosticar y tratar oportunamente la patología, derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda y preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.1. Contribuir al autocuidado en salud.

4.2. Generar bienestar y seguridad a la gestante durante el proceso de gestación, nacimiento y postparto.

4.3. Prevenir o minimizar el riesgo materno y fetal inherente a disfunción psicológica y/o social, nutricional, física o biomédica.

4.4. Proporcionar atención clínica basada en evidencia científica disponible.

5. ACCIONES CONTENIDAS EN LA ACTIVIDAD

5.1. Saludar en forma cálida a la gestante y su acompañante y generar un ambiente de confianza.

5.2. Escuchar con atención y generar comunicación.

5.3. Identificar el apoyo que él o la acompañante pueden brindar a la gestante.

5.4. Incentivar la participación de la gestante y acompañante en los controles y a la educación prenatal.

5.5. Orientar a la pareja con lenguaje comprensible.

El enfoque familiar en el control prenatal se evidenciará en una preocupación por comprender el contexto de la mujer y estando atentos a la influencia que la condición de gestación produce en la familia.

6. INGRESO A CONTROL PRENATAL (recomendable antes de las 14 semanas de gestación)

6.1. Objetivos

6.1.1. Acoger y guiar empáticamente a la gestante y su acompañante.

6.1.2. Establecer diagnóstico de la gestación y condición fetal.

6.1.3. Evaluar a la gestante de acuerdo a factores de riesgo biomédico, psicosocial, familiar y laboral.

6.1.4. Motivar a la gestante en la continuidad y cumplimiento de las indicaciones, destacando la importancia del seguimiento de la evolución de la gestación en compañía de la pareja o persona significativa.

6.1.5. Establecer en conjunto con la gestante y su acompañante un plan de atención prenatal.

6.2. Descripción del Procedimiento:

6.2.1. Entrevista y examen, con la pareja o persona significativa, si la mujer lo desea.

6.2.2. Anamnesis completa con enfoque familiar.
- Datos generales: identificación (según carné de identidad), etnia, nacionalidad, dirección, previsión, estado civil, escolaridad, actividad laboral anterior y actual, teléfono.
- Nombre, edad y actividad actual del progenitor.
- Antecedentes mórbidos generales personales, de la pareja y familiares. Hábitos y adicciones (tabaco, drogas, alcohol).
- Evaluación de riesgo obstétrico (según listado modelo OMS).

6.2.3. Evaluación Psicosocial Integral:
- Pesquisa y análisis de factores de Riesgo Psicosocial: embarazo adolescente, embarazo no aceptado, escolaridad menor 6º básico, falta de apoyo social, abuso sexual, VIF, depresión y abuso o dependencia a sustancias. (según capítulo III)
- Aplicar pauta breve.
- Derivar si corresponde, según capítulo de Riesgo Psicosocial de éste Manual.

6.2.4. Antecedentes gineco–obstétricos y perinatales.
- Experiencia de lactancia cuando corresponda.
- Antecedentes y evolución de la gestación actual: FUR y su grado de confiabilidad, fecha probable de concepción, fecha probable de parto, cálculo de edad gestacional actual.
- Identificar factores y conductas de riesgo a exposición de VIH tanto de la mujer y su pareja (N° de parejas anteriores, compartir jeringas, trabajadoras/es sexuales).

6.2.5. Examen físico general y segmentario (bucofaríngeo, cuello, tórax, abdomen y extremidades).
- Informar la importancia del examen físico.
- Peso y Talla.
- Toma de presión arterial por matrona/ón.
- Toma de temperatura, si el caso lo requiere.
- Examen de mamas (Inspección y palpación).
- Examen gineco–obstétrico, tacto vaginal si es necesario y/o especuloscopía si corresponde.
- Frotis cervical (PAP) si no hay contraindicación y si corresponde según norma vigente.

6.2.6. Evaluación nutricional según norma técnica, derivación si lo amerita.

6.2.7. Detección de factores de riesgo: salud bucal, laboral, familiar y derivar cuando corresponda.

6.2.8. Establecer el plan de atención prenatal en conjunto con la gestante, de acuerdo a sus necesidades.

6.2.9. Solicitud de exámenes de laboratorio, fundamentando su importancia:
- Clasificación de grupo sanguíneo y factor Rh.
- Hematocrito y hemoglobina.
- Glicemia en ayunas.
- Orina completa y urocultivo.
- VDRL o RPR.
- Solicitud de Test de Elisa para detección de VIH previa consejería, de acuerdo a la norma vigente.
- Serología Chagas en regiones endémicas.
- Otros exámenes que considere necesarios.
- Solicitud de ecografía: ver anexo ecografía obstétrica.
- Indicaciones terapéuticas de condiciones biomédicas preexistentes, si corresponde.

6.2.10. Indicaciones terapéuticas de condiciones biomédicas preexistentes, si corresponde.

6.2.11. Entregar beneficios del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, según evaluación nutricional.

6.2.12. Indicaciones generales y educación individual con énfasis en:
- Importancia del control prenatal y cumplimiento de indicaciones.
- Medidas de prevención para evitar complicaciones.
- Importancia de la incorporación de la pareja, familiar u otra persona significativa..
- Estilos de vida saludable.
- Importancia de la salud bucal.
- Entrega de bono de alimento, según norma del Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Citar a sesión educativa.

6.3. Registro de la actividad
- Ficha clínica y maternal.
- Agenda Salud de la Mujer.
- Hoja estadística diaria.
- Carpeta Familiar.

7. SEGUNDO CONTROL 20 SEMANAS Y CONTROLES SIGUIENTES: 25 – 30 – 34 – 37 – 40 semanas

La periodicidad del control prenatal dependerá del grado de riesgo obstétrico evaluado en el primer control o su detección en los controles posteriores.

7.1. Objetivos

7.1.1. Controlar la evolución de la gestación y crecimiento fetal.

7.1.2. Evaluar repercusiones de los factores de riesgo biopsicosocial personal y familiar en la vida de la mujer.

7.1.3. Brindar apoyo emocional de acuerdo a los hallazgos y derivar si es pertinente.

7.1.4. Evaluar cumplimiento de indicaciones.

7.1.5. Revisión y evaluación de exámenes de laboratorio y ecografía cuando corresponda.

7.1.6. Fomentar conductas adecuadas para prevenir morbilidad durante la gestación.

7.1.7. Reforzar educación entregada en las sesiones educativas.

7.2. Descripción del procedimiento

7.2.1. Revisión de los antecedentes, completando datos si es necesario.

7.2.2. Realizar anamnesis dirigida a la evolución de la gestación.

7.2.3. Examen físico general y segmentario (bucofaríngeo, cuello, tórax, abdomen y extremidades).
- Peso y Talla.
- Toma de presión arterial por matrona/ón.
- Toma de temperatura, si el caso lo requiere.
- Examen de mamas (Inspección y palpación).

7.2.4. Efectuar examen obstétrico considerando: medición de altura uterina, palpación, auscultación de latidos cardíacos fetales, monitoreo materno de movimientos fetales.

7.2.5. Análisis de FUR y FPP según ecografía precoz.

7.2.6. Estimación de peso fetal y cantidad de líquido amniótico.

7.2.7. Interpretación de exámenes de laboratorio de rutina y solicitud de exámenes complementarios en caso necesario.

7.2.8. Analizar la responsabilidad en el autocuidado y evaluar la efectividad de las indicaciones entregadas a la gestante.

7.2.9. Evaluación nutricional según norma técnica y derivación si lo amerita.

7.2.10. Evaluación de riesgo obstétrico, según definiciones de Guía Perinatal y derivar a especialista, si corresponde.

7.2.11. Detectar presencia y/o impacto de los factores de riesgo: social, salud mental, salud bucal, laboral, familiar; entregar apoyo y orientación – derivar cuando corresponda.

7.2.12. Suplementación de vitaminas y minerales (Fierro, calcio).

7.2.13. Prescripción de tratamiento y/o derivación para una atención de mayor complejidad según normas técnicas de referencia.

7.2.14. Indicaciones generales y educación individual:
- El control prenatal y la importancia de la participación del padre en el proceso.
- La alimentación equilibrada.
- Protección legal y laboral.
- Importancia de la preparación para la lactancia natural.
- Medidas de prevención para evitar la aparición de complicaciones más frecuentes de la gestación y puerperio.
- Evaluación de sistematización de ejercicios indicados en el Programa Educativo.
- Beneficios legales de la madre y del niño/a (entrega de certificado para la asignación prenatal).
- Reforzar citaciones a sesiones educativas.

Según Edad Gestacional:
- Entregar educación en Salud bucal (1° y 3° control).
- Promover el vínculo (3° control).
- Reforzar las propias capacidades de llevar a término la gestación, nacimiento (4° control).
- Fomento de la lactancia materna (5° control).
- Importancia de cumplir las indicaciones de tratamiento y/o derivación a niveles de mayor complejidad.
- Reforzar síntomas y signos del Trabajo de Parto, Parto y signos de alerta.
- Entrega de Licencia Prenatal (5° control).
- Reforzar ejercicios para el piso pelviano (6° control).
- Educación para el parto a la gestante y su pareja o persona significativa: estimulación prenatal, refuerzos de ejercicios físicos, relajación y respiración en todos los controles según corresponda.
- Importancia del control precoz de la puérpera y recién nacido/a (antes de los 7 días de vida).
- Orientaciones sobre regulación de fertilidad.

7.3. Registro de la actividad

- Ficha clínica y maternal.
- Agenda Salud de la Mujer.
- Hoja estadística diaria.
- Carpeta Familiar.

7.4. Acciones específicas

7.4.1. Exámenes de laboratorio
- 26 semanas de gestación:

Hematocrito y Hemoglobina.
Prueba de sobrecarga a glucosa oral 75g: entre 24 – 28 semanas.
VDRL o RPR.

- 32 semanas de gestación:

VDRL o RPR.
Urocultivo entre 28 y 32 semanas en caso de diabetes mellitus.

7.4.2. Ecografía: ver anexo ecografía obstétrica.

7.4.3. Suplementación de vitaminas y minerales (Fierro, calcio).

7.5. Recurso Humano – Rendimiento

Matrona/ón para atención clínica.
Técnico Paramédico.

Ingreso: 1 por 40 minutos.
Controles: 3 por hora.
Concentración: mínimo 7 controles.

7.6. Equipamiento básico para control prenatal

- Esfigmomanómetro.
- Fonendoscopio.
- Huincha de medir.
- Estetoscopio de Pinard.
- Doppler sin imagen.
- Instrumental básico (material toma PAP y flujos vaginales, espéculos, cintas ph vaginal).
- Sabanillas o papel desechable.
- Calefacción.
- Formularios e insumos de escritorio.
- Lavamanos.
- Porta toalla.
- Escritorio.
- Piso giratorio.
- Biombo.
- 3 sillas.
- Camilla ginecológica.
- Lámpara de pie.
- Vitrina.
- Basurero.

7.7. Indicadores

- Número de ingresos a control prenatal por grupo etáreo.
- Número de embarazadas que ingresan a control con E.G. menor o igual a 14 semanas.
- Cobertura de pesquisa de VIH.

$$\frac{\text{N° test Elisa realizados en gestantes en control}}{\text{Total de gestantes en control}} * 100$$

- $$\frac{\text{Número de embarazadas en riesgo psicosocial}}{\text{Total de gestantes en control}} * 100$$

8. TALLERES DE EDUCACIÓN PRENATAL

8.1. PRIMERA SESIÓN EDUCATIVA: 16 a 18 semanas
"Iniciando a las madres en el conocimiento de la gestación y el parto como un evento normal".

8.1.1. Objetivos:

1. Introducir a la madre y/o acompañante en el sentido o significado de la gestación, a través de la interacción con el grupo de pares. Favorecer la formación del vínculo seguro.
2. Generar un ambiente cálido y de confianza.
3. Motivar la participación de la pareja o persona significativa en la asistencia a los talleres de educación prenatal.

8.1.2. Apertura:

Presentación de los participantes y monitores.
Diagnóstico de expectativas de los participantes para planificar en conjunto el desarrollo de los temas a tratar en las próximas sesiones.
Rompehielos: Juego de conocimiento del grupo: Ver anexos.
Realizar intercambio de experiencias, inquietudes de los integrantes del grupo.

8.1.3. Tema:

Desarrollo del hijo(a) y los cambios físicos y psicológicos de la madre durante el embarazo.
Primeras manifestaciones del vínculo, estimulación prenatal. Ver anexo.
Metodología para desarrollar el tema:
Discusión o trabajo de grupo con tarjetas de preguntas relacionadas con el o los temas.
Video de estimulación prenatal, según disponibilidad.

8.1.4. Actividades:

Introducción a los ejercicios de respiración, ver anexo.
Introducción al uso del balón, ver anexo.

8.1.5. Evaluación y cierre de la sesión:

- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales.
- Evaluar la sesión con los participantes.
- Invitarlos a la próxima sesión dando a conocer en forma general el tema a tratar.
- Citación a control Prenatal.
- Anotar experiencias y dudas, preguntas para la próxima sesión.
- Reforzar necesidad de repetir los ejercicios en la casa y anotar las sensaciones, preguntas,

Moderan: matrona/ón.
En esta primera actividad, sería importante la participación de todos los profesionales que pueden interactuar con la madre a lo largo del período gestacional (tanto en aspectos educativos, como en referencias específicas).
Duración: tiempo recomendado 120 minutos.

8.2. SEGUNDA SESIÓN EDUCATIVA: 22–23 semanas.
"Reforzando estilos de vida saludable y cuidados de la gestación".

8.2.1. Objetivos:
1. Que las mujeres y sus parejas o persona significativa refuercen o desarrollen estilos de vida saludable y practiquen los cuidados de la gestación.
2. Fomentar un ambiente armónico madre–padre–hijo/a–familia.

8.2.2. Valoración previa: auscultación de LCF (o, percepción de movimientos por la madre). Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

8.2.3. Apertura:
Rompehielos: Juego de conocimiento del grupo: Ver anexo N°
Intercambio de experiencias, inquietudes de los integrantes del grupo.

8.2.4. Tema: Estilos de vida saludable (alimentación saludable y actividad física, cuidados odontológicos, salud mental, consumo de tabaco y drogas) y cuidados de la gestación.
Metodología para desarrollar el tema:
Discusión o trabajo de grupo con tarjetas de preguntas relacionadas con el o los temas.

8.2.5. Actividades:
- Ejercicios de respiración, ver anexo.
- Ejercicios físicos: prevención de várices, edema y ejercicios perineales.
- Uso del balón, ver anexo.
- Ejercicios de relajación con música suave, ver anexo
- Ejercicio de vinculación – imaginería por profesional capacitado.

8.2.6. Evaluación y cierre:
- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales.
- Evaluar con los participantes la sesión.
- Invitarlos a la próxima sesión dando a conocer en forma general el tema a tratar.
- Citación a control prenatal.
- Reforzar necesidad de repetir los ejercicios en casa y anotar las sensaciones, preguntas, dudas y compartirlas en la próxima sesión.

Modera: matrona/ón, nutricionista, asistente social.
Duración: tiempo recomendado 120 minutos.

8.3. TERCERA SESIÓN EDUCATIVA 27 a 28 semanas.
"Aprendiendo a reconocer el trabajo de parto y parto".

8.3.1. Objetivos:
1. Aprender las distintas posiciones que se pueden adoptar durante el trabajo de parto y parto.
2. Reconocer el proceso del trabajo de parto, parto y entregar orientación para el nacimiento.
3. Promoción del vínculo extrauterino madre–padre–hijo(a)–APEGO.
4. Rol del padre en el proceso.

8.3.2. Valoración previa: Control de presión arterial a las gestantes y auscultación de LCF (monitoreo materno movimientos fetales).
Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

8.3.3. Apertura:
Intercambio de experiencias y responder a consultas de los integrantes del grupo.
Se sugiere realizar juegos. Ver anexo.

8.3.4. Tema:
- Signos y síntomas del trabajo de parto.
- Definir los tipos de parto: natural, normal, cesárea y fórceps y los períodos del parto.
- Orientación para el nacimiento dirigida a la gestante y su pareja y/o persona significativa.
- Rol del padre en el proceso.

Metodología para desarrollar el tema:
Se sugiere orientar con: imágenes, modelos, videos de partos, pelvis.
Rotafolio o cualquier material audiovisual con el que se cuente.

8.3.5. Actividades sugeridas de preparación para el parto.
- Practicar ejercicios perineales. Uso del balón, ver anexo.
- Practicar la respiración, ver anexo.
- Reforzar ejercicios de relajación con música suave, ver anexo.
- Imaginería por profesional capacitado.
- Ensayar en colchoneta las distintas posiciones para el parto cuclillas, sentadas, acostadas de lado (ayudadas con balones, cojines, con la pareja o doula), masajes.
- Ensayar apego con modelo (muñeco).

8.3.6. Evaluación y cierre:
- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales (signos de trabajo de parto y motivos de consulta a Urgencia de Maternidad).
- Evaluar sesión con los participantes.
- Invitarlos a la próxima sesión dando a conocer en general el tema a tratar.
- Citación a control prenatal.
- Reforzar las ventajas de ejercitar todos los días los ejercicios perineales, respiración y relajación.

Modera: Matrona/ón.
Duración: tiempo recomendado 120 minutos.

8.4. CUARTA SESIÓN EDUCATIVA: 32–33 semanas de gestación.
"Aprendiendo a amamantar, cuidados del recién nacido y del puerperio".

8.4.1. Objetivos:
1. Entregar orientación sobre el puerperio, importancia de la lactancia materna, ventajas y técnicas de amamantamiento.
2. Cuidados del recién nacido/a.
3. Reforzar el vínculo madre–padre–hijo/a–familia.

8.4.2. Valoración previa: Control de presión arterial a las gestantes y auscultación de LCF (monitoreo materno movimientos fetales).
Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

8.4.3. Apertura:
Intercambio de experiencias y responder a consultas de los integrantes del grupo.

8.4.4. Temas:
- Técnicas y ventajas de la lactancia materna.
- Puerperio y cuidados del o la recién nacido/a.
- Reforzar importancia del vínculo madre–padre–niño/a–familia.

Metodología para desarrollar el tema:
Uso de video, imágenes, rotafolio o cualquier material audiovisual con el que se cuente.
Muñecos, para demostrar el cuidado del recién nacido – Devolución de procedimientos.

8.4.5. Actividades:
- Reforzar preparación física y psicológica para el trabajo de parto y parto.
- Reforzar ejercicios físicos, perineales (uso del balón) (ver anexo).
- Reforzar ejercicios de respiración (ver anexo).
- Reforzar ejercicios de relajación con música suave (ver anexo).

8.4.6. Evaluación y cierre:
- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales.
- Reforzar signos de trabajo de parto y motivos de consulta a Urgencia de Maternidad.
- Evaluar sesión con los participantes.
- Citación a control prenatal.
- Citación a la próxima sesión educativa en la Maternidad.
- Aplicar encuesta de satisfacción del programa educativo.

Modera: matrona/ón, nutricionista.
Duración: tiempo recomendado 120 minutos.

8.5. QUINTA SESIÓN EDUCATIVA: 36 semanas de gestación en la Maternidad
"Reconociendo el lugar del parto y nacimiento, a través de visita guiada a la maternidad"

8.5.1. Objetivo:
1. Entregar orientación respecto a la planta física, personal de las distintas unidades de la maternidad y la participación de la madre, padre o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto.
2. Reconocer el personal de las distintas unidades de la maternidad.

8.5.2. Valoración previa: Control de presión arterial a las gestantes y auscultación de LCF (monitoreo materno movimientos fetales).
Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

8.5.3. Apertura:
Bienvenida a la maternidad e intercambio de experiencias.

8.5.4. Tema: Preparación para el parto.
Discusión o trabajo de grupo.

Metodología: Observación directa.
Devolución de procedimientos.

8.5.5. Actividades
- Refuerzo de los ejercicios físicos, de respiración y relajación durante el proceso, para aplicar durante el trabajo de parto y parto (ver anexos).
- Visita guiada por la matrona por las distintas unidades de la maternidad: observación del espacio físico, flujograma de la maternidad.
- Sistema de la Maternidad – OIRS.
- Reconocimiento del personal de la maternidad.
- Entrega de tríptico con indicaciones para ingresar a la Maternidad.

8.5.6. Evaluación y cierre:
- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales (signos de trabajo de parto y motivos de consulta a Urgencia de Maternidad).
- Evaluar sesión con los participantes.
- Citación control prenatal.
- Reforzar la necesidad de ejercitar todos los días los ejercicios perineales, respiración y relajación.
- Responder a consultas de los integrantes.
- Preparación para la hospitalización en la maternidad.

Modera: matrona/ón de la maternidad.
Duración: tiempo recomendado 120 minutos.

8.6. SEXTA SESIÓN EDUCATIVA: 38 semanas de gestación en la Maternidad.
"Participando en el proceso del Trabajo de Parto y Parto".

8.6.1. Objetivo:
1. Entregar orientación respecto a la participación de la madre, padre o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto.
2. Reconocer la importancia del apego y sus fundamentos.

8.6.2. Valoración previa: Control de presión arterial a las gestantes y auscultación de LCF (monitoreo materno movimientos.fetales).
Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

8.6.3. Apertura:
Intercambio de experiencias y responder a consultas de los integrantes del grupo.

8.6.4. Tema:
- Trabajo de parto y resolución del parto: espontáneo, fórceps o cesárea.
- Participación de la mujer, pareja o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto (deambulación, realizar ejercicios en el preparto y poder de decisión con respecto al uso de analgesia y los diferentes procedimientos).
- Apego y sus fundamentos.

Metodología para desarrollar el tema:
Discusión o trabajo de grupo.
Devolución de procedimientos.
Uso de video, rotafolio o cualquier material audiovisual con el que se cuente.

8.6.5. Actividades
- Refuerzo de los ejercicios físicos, de respiración y relajación durante el proceso, para aplicar durante el trabajo de parto y parto (ver anexos).

8.6.6. Evaluación y cierre:
- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales (signos de trabajo de parto y signos de alarma para consultar en Urgencia de Maternidad).
- Evaluar sesión con los participantes.
- Reforzar la necesidad de ejercitar todos los días los ejercicios perineales, respiración y relajación.
- Responder a consultas de los integrantes.
- Preparación para la hospitalización en la maternidad.

Modera: matrona/ón de la maternidad.
Duración: tiempo recomendado 120 minutos.

8.7. Rendimiento: duración 120 minutos por sesión.
Número de sesiones: mínimo 4 sesiones en el Centro de Salud.
mínimo 2 sesiones en la Maternidad.

Se recomienda un número máximo de 10 a 13 gestantes por sesión educativa.

8.8. Instrumentos:
- Hora matrona/ón.
- Hora nutricionista.
- Hora asistente Social.
- Hora técnico Paramédico.
- Hora kinesiólogo.

8.9. Equipamiento básico para sala educación grupal
- Sala.
- Doppler sin imagen.
- Colchonetas individuales.
- Balones kinésicos.
- CDs para Musicoterapia.
- Equipo de música.
- Calefacción.
- Muñecos tamaño bebé.
- Rotafolio, afiches.
- Televisor con DVD.
- Piso para la atención vertical, para demostración.

8.10. Indicadores
- Promedio de sesiones educativas en APS y Maternidad, de la población bajo control (nivel local)
- $\frac{\text{Número de talleres realizados en APS y Maternidad *100}}{\text{Número de talleres programados}}$
- $\frac{\text{Número de gestantes asistentes a los talleres en APS *100}}{\text{Número de gestantes en control}}$
- $\frac{\text{Número de gestantes asistentes a los talleres en Maternidad *100}}{\text{Número de gestantes en control}}$

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO

- Clemencia Cabrera Fajardo. Matrona Profesora Asistente Dpto. Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina Universidad de Concepción.
- René Castro Santoro, Encargado Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.
- Ruth Depaux Vega. Médico Familiar. Dpto. Atención Primaria. Ministerio de Salud.
- Amanda Estrada Mancilla.Matrona, Red SSR – SSMSO. Encargada Prevención VIH/SIDA.
- María Bernardita Fernández Rosales. Matrona Encargada Programa Salud de la Mujer SSM Sur.
- María Isabel Flores Rivas. Matrona Departamento de Coordinación de Red SSM Oriente.
- Mónica Guitart Acuña. Matrona Jefe Clínica Santa María.
- Mónica González Herrera. Matrona CESFAM Bernardo Leighton SSM Sur Oriente.
- Miriam Gonzalez Opazo, Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.
- Rogelio González Pérez, Gineco–obstetra Asesor DIPRECE. Ministerio de Salud.
- Eghon Guzmán Bustamante. Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Ex Presidente de la Sociedad Chilena de Ultrasonografía en Medicina y Biología.
- María Cristina Gómez. Matrona de Atención Primaria, Jefa de sector y Coordinadora del Programa Salud Sexual y Reproductiva. SSM Central.
- Elena Henríquez Silva. Matrona Coordinadora Técnica DAP SSM Central.
- Hilda Ithurralde Ruiz. Matrona – Enfermera Unidad Salud del Adolescente. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Alvaro Insunza Figueroa. Médico Obstetra Jefe Unidad de Obstetricia. Hospital Padre Hurtado.
- María Cecilia Iglesias Navarro. Matrona Encargada Red SSR – SSM Sur Oriente.
- Carmen Soto Labra. Matrona. Profesora Asistente. Depto. de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.
- Inés San Martín Mena. Matrona ecografista. Área de Salud Corporación Municipal de Puente Alto.
- Claudia Uribe Torres. Enfermera Matrona. Docente Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Carmen Vega Gómez. Matrona Encargada Salud Sexual y Reproductiva SEREMI Maule.

9. CONSULTA MORBILIDAD OBSTÉTRICA EN APS

9.1. Definición:

Es la atención proporcionada a la gestante o puérpera en el nivel primario, que acude espontáneamente o por referencia, por presentar alguna sintomatología de patología obstétrica.

9.2. Objetivos:

9.2.1. Diagnosticar morbilidad obstétrica.

9.2.2. Tratar y controlar la patología hasta la recuperación de la consultante, según normas.

9.2.3. Derivar oportunamente a nivel de mayor complejidad.

9.3. Acciones:

9.3.1. Anamnesis y examen físico.

9.3.2. Examen obstétrico.

9.3.3. Examen ginecológico si procede.

9.3.4. Indicación de exámenes de laboratorio o complementarios, si lo requiere el caso.

9.3.5. Diagnóstico de patología existente y determinar grado de riesgo.

9.3.6. Indicación terapéutica o derivación a centro de mayor complejidad.

9.3.7. Derivación al nivel secundario, cuando corresponda.

9.3.8. Promoción de factores protectores para hacer frente a la patología.

9.3.9. Identificar factores de riesgo psicosocial y apoyo o derivación.

9.3.10. Otorgar licencia médica cuando proceda.

9.3.11. Educación con énfasis en:
- Importancia del control y del cumplimiento de las indicaciones y tratamientos.
- Conceptos generales de factores de riesgo y morbilidad presente.

9.3.12. Citar a control si es necesario

9.4. Registro de la actividad:

- Ficha clínica y maternal.
- Agenda Salud de la Mujer.
- Hoja de estadística diaria y mensual.

9.5. Rendimiento: 3 por hora.
Concentración: mínima 1.
Instrumentos: Horas Médico General o Gineco–Obstetra.
Hora Matrona(ón).
Hora Técnico Paramédico.

PROFESIONAL QUE PARTICIPA EN EL CAPÍTULO:

- Dr. Eghon Guzmán B. Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Ex Presidente de la Sociedad Chilena de Ultrasonografía en Medicina y Biología.

B. BENEFICIOS LEGALES DE LAS EMBARAZADAS

Marco normativo que establece el ordenamiento jurídico[1] en beneficio de las mujeres embarazadas.

A. BENEFICIOS ECONÓMICOS:

1) Subsidio Maternal: El artículo 195 del Código del Trabajo, establece que la trabajadora tiene derecho a un descanso de maternidad de seis semanas antes del parto y doce semanas después de él. Este derecho no puede ser renunciado por la trabajadora por disposición expresa del legislador, quedando prohibido durante dichos períodos el trabajo de las mujeres embarazadas y puérperas. Pero dichos períodos no son estáticos, sino por el contrario han de ser entendidos y aplicados habida consideración del caso particular, razón por la cual se podrá aumentar dichos períodos legales cuando:

» La trabajadora ha sufrido una enfermedad comprobable durante el embarazo, una vez acreditado por el médico tratante tendrá derecho a un periodo prenatal suplementario.

» Si el parto se produjera fuera de las 6 semanas contempladas como período prenatal, este se entenderá prorrogado hasta el momento en el que se produzca el parto. Y a partir de dicha fecha, el parto, comienza a contar el período de post natal, lo cual será acreditado por el certificado médico correspondiente.

» Si durante el período que comprende el postnatal la madre sufre una enfermedad que le obliga a extender dicho periodo por sobre las 12 semanas establecidas por la ley, este se entenderá extendido por el tiempo que el médico tratante determine necesario para la recuperación de su salud.

Durante dicho período la mujer embarazada tiene derecho a un subsidio maternal, el cual corresponde a un monto que ha de ser calculado teniendo como parámetros el promedio de las remuneraciones, subsidios o ambos que haya recibido durante los tres últimos meses anteriores al prenatal. Lo cual ha de compararse con el monto límite que posee dicho beneficio, con todo a dicho beneficio se le han de descontar los montos correspondientes a la previsión y demás descuentos legales.

Es importante recordar que la ley hace mención al parto como época determinante, por lo que no es necesario que el o la menor permanezca vivo una vez producido el parto o que nazca viva, sino que se produzca el parto con lo cual ya se es titular de dicho beneficio legal. Por contraposición a lo que sucede ante el evento de un aborto, sea natural o provocado, caso en el que no se tendrá derecho a este beneficio.

En el evento de que la madre muriese durante el parto o luego de él, es el padre quien tendrá derecho a este beneficio, por el tiempo que le restare o la totalidad de este. De tal manera que tendrá derecho a una

[1] Dirección del Trabajo, Código del Trabajo, Gobierno Regional Metropolitano, Ministerio de Salud.

subvención que sea equivalente a su remuneración y subsidios a la que sólo se le descontarán lo establecido por ley.

Respecto de la licencia que es presentada por la mujer al momento de hacer exigible dicho beneficio, es el empleador quien se encuentra obligado a presentarlo dentro del tercer día a la institución que corresponda, dicho plazo es de días hábiles siguientes a la presentación del documento.

En el caso de la mujer embarazada carente de recursos y sin previsión social, el Estado otorga un subsidio equivalente o similar a una asignación familiar.

El pago de esta Asignación se hace exigible a partir del 5º mes de embarazo, previa certificación médica, extendiéndose con efecto retroactivo por el período completo de gestación y con un máximo de 10 meses. Sólo se paga una Asignación Maternal, aún en el caso que el parto fuere múltiple. Con todo, para acceder a este beneficio debe verificar los montos y condiciones establecidas por ley, los que pueden ser modificadas.

Las pensionadas y las cónyuges de pensionados, no causan Asignación Maternal. Para acceder a esto, la mujer embarazada debe dirigirse al municipio que corresponde a su domicilio, adjuntando carné control maternal, carné de identidad, certificado de residencia y certificado de embarazo. Para efectos del INP, se autoriza subsidio maternal a la mujer embarazada como cotizante o por derecho del cónyuge. Se autoriza maternal para que el empleador lo pague, y si ya no trabaja con ese empleador, el INP solicita a la Inspección del Trabajo, la inspección y verificación para que pague el INP.

2) Subsidio por Enfermedad del hijo o hija menor de 18 años: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 199 bis del Código del Trabajo para tener derecho a este permiso y al pago de un subsidio equivalente a la remuneración y asignación que perciba, sin perjuicio de las deducciones que por ley correspondan; deberá presentar licencia médica al empleador dentro de 2 días (sector privado) y 3 días (sector público) a contar de la fecha de inicio del descanso. Deberá acreditar la enfermedad de un hijo o hija menor de 18 años, con motivo de un accidente grave o de una enfermedad terminal en su probable riesgo de muerte la que deberá acreditar esta situación mediante un certificado médico. La madre tendrá derecho a ausentarse de su trabajo por un período equivalente a 10 jornadas laborales al año, las cuales podrán ser distribuidas por ella de la manera que estime conveniente, las que serán consideradas como trabajadas para todos los efectos legales. Si la madre y el padre son trabajadores dependientes, cualquiera de ellos puede usar este permiso a elección de la madre con los mismos derechos y beneficios. En el evento de que se ausentara más de lo permitido las horas no trabajadas deberán ser restituidas por el trabajador a su empleador, mediante la imputación a su feriado anual o en trabajo de horas extra o de la manera en que las partes acuerden se realice, con todo si no hubiese acuerdo en la forma en que se han de restituir las horas no trabajadas, se podrán descontar de la remuneración mensual en la modalidad de un día por mes, por fracción según sea el acuerdo o de manera íntegra si el trabajador cesara su labor por cualquier motivo.

3) Enfermedad del hijo o hija menor de un año: En el artículo 199 del mismo cuerpo legal, se establece que cuando el o la menor de un año requiera de un cuidado en su hogar con motivo de una enfermedad grave, la que deberá ser acreditada por certificado del médico tratante, la madre tendrá derecho a un subsidio y permiso por el período que el médico establezca. Es importante recordar que si bien es un beneficio a favor de la mujer, el padre del o la menor podrá gozar de éste en la medida que la madre lo permita, siendo excluyente de uno u otro. El padre tendrá derecho al mismo beneficio cuando la madre haya fallecido o cuando tenga la tuición del menor. Por este concepto la madre tendrá derecho al total de las remuneraciones o subsidios que reciba, sólo descontándose aquellos montos que la ley establece y lo que corresponde a la previsión, teniendo como criterio el promedio de lo recibido en los tres últimos meses anteriores a la licencia presentada.

Con todo, también tendrán este derecho y subsidio, la trabajadora o trabajador que tenga a su cuidado un niño o niña menor de un año, cuando se le ha otorgado la tuición judicialmente o como medida de protección.

B. OTROS BENEFICIOS:

4) Cambio de labores: El artículo 202 del Código del Trabajo establece que durante el período de embarazo, la trabajadora que esté ocupada habitualmente en trabajos considerados por la autoridad como perjudiciales para su salud, deberá ser trasladada, sin reducción de sus remuneraciones, a otro trabajo que no sea perjudicial para su estado. Así lo establece la dirección del Trabajo cuando establece: "La prohibición establecida por el artículo 211-I del Código del Trabajo, respecto de la mujer embarazada, debe entenderse referida no sólo a la ejecución de operaciones de carga y descarga manual, entendiéndose por tales las tareas regulares o habituales que implique colocar o sacar carga sobre o desde un nivel, superficie, persona u otro, sino además, a todas aquellas labores que la obliguen a efectuar un esfuerzo físico, entendiéndose por tal las exigencias biomecánicas o bioenergéticas que impone el manejo o manipulación manual de carga, esto es, de cualquier objeto cuyo peso supere los 3 kilogramos."[2]

El sentido de esta norma está dado por el interés del legislador, que busca evitar un perjuicio en la salud de la madre no sólo respecto de la carga y descarga de materiales, sino todas aquellas tareas que exijan un esfuerzo físico, lo que incluye el permanecer de pie durante períodos de tiempo muy largos, la ejecución de labores en horario nocturno o la obligación de realizar trabajos durante horas extraordinarias.

5) Hora alimentación La madre tendrá el derecho a dar alimento a su hijo o hija menor de dos años, conforme lo establece el artículo 206 del Código del Trabajo. Este permiso podrá ser dividido en dos porciones de tiempo que en conjunto no excedan de una hora al día, las que se consideran efectivamente trabajadas para el pago del sueldo, cualquiera sea el sistema de remuneraciones a que esté afecta la dependiente, por lo que se trata en la especie de un derecho remunerado. Esta porción de tiempo se puede hacer efectiva en cualquier momento dentro de la jornada de trabajo o postergando o adelantando en media hora, o en una hora la jornada laboral.

Este permiso no puede ser renunciado por la trabajadora, ya que es un beneficio en favor del o la menor, es por esto que no se exige por parte del legislador que el o la menor permanezca necesariamente en una sala cuna; podrán hacer efectivo este derecho aún cuando no se goce del beneficio de sala cuna y el o la menor permanezcan en un lugar distinto a ésta.

Asimismo, aún cuando el derecho está relacionado con "la alimentación del o la menor", la jurisprudencia se ha pronunciado en reiteradas ocasiones advirtiendo que el fin último de este derecho radicado en el niño o niña es incentivar el apego de la madre trabajadora con sus hijos e hijas, lo que implica que la madre tendrá derecho a este beneficio por el sólo hecho de que el o la menor sean menores de dos años, sin exigir que necesariamente ese tiempo se destine a la alimentación del niño o niña.

En relación al tiempo que destina la madre para ser efectivo este derecho,[3] será el empleador quien absorberá los costos de desplazamiento[4] en los que incurran sus trabajadores en virtud de este beneficio, siempre que sea ejercido durante la jornada laboral.

6) Fuero: El fuero maternal es el derecho de toda mujer trabajadora embarazada a no ser despedida durante su

[2] Normativa laboral de la dirección del Trabajo, Protección a la Maternidad. Trabajos perjudiciales. Carga y descarga. Alcance. ORD. Nº 520/6, ello es de acuerdo a La ley Nº20.001, de 5 de febrero de 2005, que regula el peso máximo de carga humana y que constituye la materialización de la aplicación del Convenio 127 de la OIT, ratificado por nuestro país, incorporó, en el Libro II del Código del Trabajo, un nuevo Capítulo V. Fuente la Dirección del Trabajo.

[3] Fue un dictamen de la Dirección del Trabajo la que restringió este beneficio sólo a aquellas trabajadoras que gozan de sala cuna para sus hijos de hasta dos años de edad. Sentencia Nº 7486/171 de 18.10.90.

[4] Establece la Dirección del Trabajo que al no existir en la norma en cuestión elementos que determinen la distancia o lejanía que deba mediar entre la sala cuna y el lugar de trabajo, habrá que estarse a las situaciones de hecho que se vayan configurando, y en razón de ellas es que se deberá entregar los montos necesarios para su desplazamiento a fin de dar cumplimiento a este beneficio. Así lo sostuvo en su sentencia Nº 6754/3912 de 10.12.93.

embarazo, ni hasta un año después de terminado el postnatal, salvo que el juez lo autorice. En este evento el juez deberá desaforar a la mujer[5], pudiendo hacerse en los siguientes casos:

» En los contratos a plazo fijo, por haberse cumplido el plazo en que se hallaba estipulado en el mismo.

» En los casos de contratos por obra, faena o pieza terminada se podrá desaforar cuando se hubiese terminado con el servicio u obra que dió origen al contrato laboral.

» Por falta de probidad o conductas indecorosas graves o injurias debidamente acreditadas o por incumplimiento grave del contrato laboral, ello respecto de las obligaciones que impone el contrato.

Esta situación se encuentra regulada en el Art. 201 del Código del Trabajo, durante dicho período la dependiente se encuentra sujeta a lo establecido en el artículo 174 del referido Código, norma que prescribe que el empleador no puede poner término a su contrato de trabajo sino con autorización previa del juez competente, al no hacer diferencia alguna la normativa en cuestión goza de dicho derecho toda mujer trabajadora dependiente, lo que incluye a las asesoras del hogar[6].

Por ser uno de los aspectos centrales de la protección laboral respecto de la mujer embarazada, se entiende que todo despido realizado durante dicho período se entenderá no realizado siempre que: se acredite mediante certificado el estado de gravidez ante el empleador. Una vez cumplido con dicho requisito debe ser reincorporada a sus labores, debiéndosele hacer entrega integra de las remuneraciones durante el período que duró el "despido", ello por que la ley entiende que se deja sin efecto dicho despido al contradecir una norma de orden público. En los casos de adopción de menores se entiende que se es titular de este derecho desde el momento en que se tiene la tuición o el cuidado personal del menor, el que ha de ser decretado por un juez.

Si por ignorancia del estado de embarazo o del cuidado personal o tuición de un menor se produce el despido, éste quedará sin efectos en los mismos términos señalados en el párrafo precedente.

Ante el evento que no fuese reincorporada, la madre, debe presentar un reclamo ante la dirección del trabajo que corresponda al domicilio del empleador. Pero, puede ser que la inspección no logre solucionar el problema se debe interponer una demanda ante el Juzgado del Trabajo correspondiente, lo que hasta la fecha requiere de la representación de un letrado.

Ante el evento de la muerte de la madre, el beneficio se hace extensible al padre sobreviviente, en los mismos términos y criterios establecidos para las madres.

Vale la pena hacer referencia a lo que la Dirección del Trabajo[7] ha establecido en los casos en los que se produce un aborto o el menor muere, ya que habiendo entendido que el fuero maternal es un beneficio orientado a asegurar a la madre los medios necesarios para la subsistencia de su hijo, para lo cual se protege la permanencia del empleo, al no estar el hijo dejaría de existir el motivo.

7) Sala Cuna De conformidad con lo establecido en el artículo 203 del Código del Trabajo, el empleador que ocupa 20[8] o más trabajadoras de cualquier edad o estado civil, tiene la obligación de tener salas anexas donde las mujeres trabajadoras pueden dar alimento a sus hijos e hijas menores de dos años y dejarlos mientras trabajan.

[5] Lizama Portal, Luis, "Derecho del Trabajo", Ed. LexisNexis, año 2003, Pág. 219.
[6] De acuerdo a lo establecido en la Ley 19.591 en relación a lo establecido en los Art. 201, 174
[7] Sentencia administrativa de la Dirección del Trabajo, Nº 3143 del 27.05.85
[8] A partir de 1998 no es necesario que en cada sucursal o departamento de cada empresa cuente con 20 empleadas, sino que basta con que en la **totalidad** de la empresa se encuentren trabajando 20 mujeres.

Este derecho lo gozan sólo aquellas mujeres que trabajan en una empresa, en un centro o complejo con una única razón social o personalidad jurídica, que en suma tengan 20 trabajadoras. Asimismo el empleador se encuentra obligado a entregar el valor de la locomoción que se emplee a fin de llevar al menor a la sala cuna.

Con todo, se ha entendido que este derecho no se extiende a aquella trabajadora que se encuentra gozando de licencia o se ausenta del trabajo por alguna razón, por lo que se trata de un derecho que sólo se tiene en la medida en la que se encuentre desarrollando un trabajo en la empresa. Ello es consecuente con la posibilidad que se le entrega al empleador para no mantener una sala cuna propia, sino a pagar los gastos de alguna o a suscribir convenios con alguna ya existente. De lo anteriormente expuesto se desprende que lo central en la norma, es que se encuentre realizando un trabajo para su empleador.

Es tal vez uno de los aspectos menos claros de la normativa la que establece que, si la empleada o trabajadora no lleva al o la menor a la sala cuna elegida por el empleador o el mantenerlo en casa, su valor no será reembolsado por este a la empleadora.

C. REQUISITOS DE LA MUJER PARA OPTAR A LOS BENEFICIOS ANTES ESTABLECIDOS.

Para la trabajadora dependiente: Tener 6 meses de afiliación a algún sistema previsional. Tener a lo menos 3 meses de cotizaciones declaradas dentro de los 6 meses anteriores a la fecha en que se inicia su licencia (descanso, subsidio maternal, subsidio por enfermedad hijo, Reposo, Cambio de trabajo, Silla, Hora alimentación, Fuero).

Atención de salud cotizante FONASA e inscrita consultorio (Alimentación complementaria)

¿Quién otorga los beneficios?

a) Estado: Es una obligación estatal el proveer los medios para una integración equitativa e igualitaria entre los sexos, estas medidas o beneficios tienen por objeto el disminuir las brechas de inequidad a favor de la mujer embarazada. El Estado ha asumido el costo de estos beneficios, en particular: el subsidio maternal, el subsidio por enfermedad hijo menor de un año.

b) Al empleador el Código del trabajo obliga: En consideración a que la trabajadora embarazada se encuentra en un estado de subordinación y dependencia respecto del empleador. Es este quien se encuentra obligado a entregar los medios necesarios para que la mujer trabajadora pueda realizar sus labores en compatibilidad con su estado, asimismo debe prestar colaboración en lo que a éste le concierne en otorgar las facilidades para que estos beneficios establecidos por ley a favor de las trabajadoras sean efectivamente gozados por ella. Estos son: Reposo, Cambio de trabajo, Silla, Hora alimentación, Fuero.

c) Atención de salud: La Constitución Política del Estado asegura a todos los ciudadanos el derecho a acceder al sistema de salud provisto por el Estado. Las instituciones llamadas a cumplir con dicha obligación son los establecimientos pertenecientes al SNSS.

Y es que el Sistema de Seguridad Social Chileno, contempla beneficios de Asistencia Social para aquellas personas carentes de recursos que, por diversas razones, no han podido obtener un beneficio de un régimen previsional, de modo de garantizarle un nivel mínimo de subsistencia. Entre estos figuran las pensiones asistenciales y los subsidios familiares, además de las prestaciones de salud que otorga el Sistema Nacional de Servicios de Salud, a estas personas, en forma gratuita.

Al respecto la Ley 18.020 conocida como Ley de Subsidio Familiar (SUF) para personas de escasos recursos, que establece un régimen de Subsidio Familiar, para personas de escasos recursos, que no pueden acceder al beneficio de Asignación Familiar del DFL Nº 150, de 1982, por no ser trabajadores dependientes afiliados a

un sistema previsional. Dentro de los beneficiarios se encuentra expresamente mencionado el beneficio a las mujeres embarazadas. Los requisitos que los beneficiarios han de cumplir son: a). Haber solicitado por escrito el beneficio en la Municipalidad que corresponda al domicilio. b). No estar en situación de proveer por si sólo o en unión del grupo familiar, a la mantención y crianza del causante, atendidas las condiciones sociales y económicas del beneficiario.

Quien debe dar cumplimiento es el Subsidio Familiar lo paga el Instituto de Normalización Previsional; su financiamiento es fiscal.

Es importante recordar que el Subsidio de Asistencia Maternal, se rige por las mismas normas que el Subsidio Familiar. Tienen derecho a este subsidio, las mujeres embarazadas que lo soliciten por escrito en la Municipalidad correspondiente a su domicilio, siempre que hayan percibido un ingreso inferior a 48 Unidades Tributarias Mensuales, incluido el del grupo familiar con el cual vive, durante el año anterior a aquél en que perciba efectivamente el beneficio. Su pago se hace exigible a partir del quinto mes de embarazo, previa certificación médica correspondiente, extendiéndose con efecto retroactivo por el período completo de gestación. Producido el nacimiento, el menor será causante de SUF desde el día de su nacimiento. Pero como en todo estado de derecho, todo derecho lleva aparejado un deber, y por lo tanto una sanción que busca castigar a quienes no cumplan con ellos. Así respecto de este punto se ha establecido como sanciones:

> El que percibiere indebidamente el Subsidio Familiar, ocultando datos o proporcionando antecedentes falsos, será sancionado de acuerdo con el Art. 467º del Código Penal, y además, deberá restituir las sumas indebidamente percibidas, reajustadas de acuerdo al IPC, más un interés mensual del 1%.

Con todo, deberá verificarse los beneficios en relación con la maternidad que otorga el plan de AUGE que asegura acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a las garantías explícitas en salud.

D. FORMULARIOS PARA OPTAR A LOS BENEFICIOS

Descanso maternal: Para acreditar el derecho al descanso maternal, sea el prenatal o el postnatal, la dependiente debe presentar la correspondiente licencia médica, debiendo el empleador tramitarla en la institución de salud correspondiente, como se hizo referencia en el punto 1) respecto a dichos beneficios.

Subsidio por enfermedad del hijo: Se refiere a aquellos menores de un año enfermo que requieran la atención en el hogar con motivo de enfermedad grave, hecho que debe ser acreditado con certificado médico otorgado o ratificado por los servicios que tengan a su cargo la atención médica del menor. Punto que se encuentra desarrollado en el punto 2) de este trabajo.

Manera de hacer valer estos Derechos: Frente al incumplimiento de estos beneficios o la no entrega de los mismos, las mujeres trabajadoras poseen dos medios para hacer valer sus derechos:

a) Administrativamente: Presentar un reclamo o denuncia ante la Inspección Comunal del Trabajo correspondiente al domicilio (comercial) del empleador. En este caso, si el empleador no concurre a la Inspección o las partes no llegan a un acuerdo, se puede recurrir a la vía judicial.

b) Judicialmente: Presentar una demanda ante el Juzgado del Trabajo. Para ello requiere ser patrocinada por un abogado/a. Si no tiene recursos puede recurrir a la Corporación de Asistencia Judicial de la comuna de la trabajadora. Plazo para presentar la demanda: Es de 60 días hábiles contados desde la separación de su trabajo, si se pone término a su contrato por cualquier causa, y la trabajadora considera que el despido es injustificado, indebido o improcedente.

Este plazo de 60 días se suspende si dentro de éste la trabajadora interpone un reclamo a la Inspección del Trabajo por cualquiera de las causales indicadas. Este plazo seguirá corriendo, una vez concluído este trámite ante la Inspección, pero en ningún caso podrá recurrirse al tribunal transcurridos 90 días hábiles desde la separación de la trabajadora.

¿Cuándo se puede interrumpir los beneficios?

Fuero Maternal: Estando acogida la trabajadora al fuero maternal, sólo es procedente que el empleador le pueda poner término al contrato si cuenta con autorización expresa del Juez del Trabajo, procedimiento que se llama desafuero y procede respecto de todo trabajador que se encuentre beneficiado con el fuero, de acuerdo a lo que establece el propio Código del Trabajo.

Sala Cuna: La Ley lo establece como un beneficio que se otorga a la madre para sus hijos o hijas menores de 2 años, por lo que cesan en el goce de dicho beneficio aquellos niños o niñas mayores de 2 años.

Descanso postnatal: Como se sostuvo, sólo es necesario que se produzca un parto, sin que se exija que la criatura nazca viva o se mantenga viva durante el transcurso de dicho descanso. Por ello, existiendo parto, aun cuando este sea prematuro, procedería que se otorgue descanso postnatal a la trabajadora. A contrario census, si se trata de un aborto o interrupción del embarazo no habría derecho a ese beneficio, sin perjuicio de que a la trabajadora se le otorgue una licencia médica común por el tiempo que necesite para su recuperación. Ello por que el sentido en que la norma fue pensada, ya que busca permitir que se cree un lazo entre la madre y el o la menor, al tiempo que busca que la madre se recupere del parto, ello de acuerdo a la historia fidedigna de la ley.

Licencias: Consiste en un beneficio mediante la cual se permite a la trabajadora ausentarse del lugar en que realiza sus labores, como consecuencia de una enfermedad de la madre o de sus hijos e hijas acreditada por un médico, quien otorga la licencia en los casos que estime conveniente y por el período que crea necesario para la recuperación del paciente.

DEPARTAMENTO ASESORÍA JURÍDICA
MINISTERIO DE SALUD

Anexos

ANEXO 9.1. ECOGRAFÍA DURANTE LA GESTACIÓN

ANEXO 9.2. ORIENTACIONES PARA REFERENCIA A NIVEL SECUNDARIO

ANEXO 9.3. COMPONENTE EDUCATIVO SALUD ORAL EN GESTANTES

ANEXO 9.4. EJERCICIOS FÍSICOS DURANTE LA GESTACIÓN

ANEXO 9.5. UTILIDADES DEL USO DEL BALÓN DE EJERCICIOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ACTIVO

ANEXO 9.6. ENTRENAMIENTO RESPIRATORIO

ANEXO 9.7. PRÁCTICA DE RELAJACIÓN

ANEXO 9.8. ARMONIZACIÓN INTRAUTERINA

ANEXO 9.9. INSTRUCCIONES DEL JUEGO

ANEXO 9.1. Ecografía durante el embarazo (Guía Perinatal MINSAL 2003)

En la actualidad el ultrasonido representa un recurso importante para el diagnóstico y determinación del riesgo individual durante el embarazo. En el país, la recomendación ideal ha sido de tres exámenes ultrasonográficos durante la gestación; sin embargo la cobertura y su utilidad son variables entre los diferentes centros asistenciales. Permite el diagnóstico de malformaciones mayores en centros terciarios, en aproximadamente un 50% de los casos.

Objetivo General: disminuir la morbimortalidad perinatal, mediante la identificación oportuna de la población con riesgo perinatal.

1. Ultrasonido de rutina durante el embarazo.

Objetivos Específicos
- Certificación de edad gestacional.
- Certificación de vitalidad fetal.
- Número de fetos.
- Ubicación placentaria.
- Detección de anomalías congénitas mayores.

Para el cumplimiento de estos objetivos, se propone las edades gestacionales en las cuales se recomienda realizar los exámenes ultrasonográficos durante la gestación; de acuerdo a la disponibilidad de medios de cada Red Asistencial, se puede realizar uno, dos, tres o cuatro ultrasonidos durante el embarazo.

2. Exámenes ultrasonográficos durante el embarazo normal, de acuerdo a la disponibilidad de recursos

(jerarquizados según importancia)
- 18 a 24 semanas.
- 30 a 34 semanas.
- 11 a 14 semanas.
- Primer trimestre*

* Por indicación

La recomendación es que en condiciones óptimas de recursos humanos capacitados y físicos adecuados se realicen estos tres exámenes ultrasonográficos: el primero a las 11 a 14 semanas, un segundo entre las 18 a 24 semanas y un tercero entre las 30 a 34 semanas.

3. Examen ultrasonográfico 18 y 24 semanas. Utilidad

Biometría Diámetro biparietal (DBP), diámetro fronto–occipital (DFO), longitud del fémur (LF) circunsferencia abdominal (CA).

Anatomía Cabeza: DBP, DFO, atrio anterior y posterior, cisterna magna, cerebelo.
Cara y cuello: distancia interorbitaria, labio superior, mentón, cuello.
Tórax: tamaño y simetría, campos pulmonares.
Corazón: posición, cuatro cámaras, tractos de salida.
Abdomen: CA, pared anterior, estómago, riñones, pelvis renal, vejiga, arterias umbilicales e inserción del cordón umbilical.

Columna: evaluación de arcos en plano sagital y transversal.
Genitales: sexo.
Extremidades: LF, presencia y movimientos, posición de las manos y pies, eje de las piernas.
Placenta y anexos: ubicación y características de la placenta, número de vasos del cordón y sitio de inserción, cantidad de líquido amniótico.

Este examen es el más importante, por lo cual si la disponibilidad de recursos permite realizar sólo un examen de ultrasonido durante la gestación, éste es el que se debe efectuar en la población de gestantes de bajo riesgo.

Este examen permite realizar un estudio biométrico, anatómico y funcional del feto y la madre; desde el punto de vista anatómico, se debe hacer un examen fetal detallado (cabeza, cara, cuello, tórax, corazón, abdomen y extremidades), al igual que de los anexos ovulares.

Desde el punto de vista biométrico permite, con un error aceptable, precisar la edad gestacional en aquellos casos que no tengan fecha de última menstruación confiable y no cuenten con un examen ultrasonográfico de 11 a 14 semanas o de primer trimestre.

La evaluación anatómica del feto representa una buena oportunidad para realizar el diagnóstico de malformaciones fetales; los casos pesquisados con anomalías congénitas estructurales deben derivarse a centros terciarios para estudio anatómico más detallado y evaluar la posibilidad de estudio de cromosomopatías

4. Examen ultrasonográfico 30 y 34 semanas. Utilidad.

Biometría: DBP, DFO, CA, LF, estimación de peso fetal, curvas de percentiles.

Ubicación placentaria: Normoinserta o previa.

Líquido amniótico: Indice de líquido amniótico (PHA, OHA).

Presentación fetal: Cefálica, podálica o transversa.

Este examen es el segundo en el caso de embarazos considerados como de bajo riesgo; está fundamentalmente orientado a la evaluación del crecimiento fetal. En él, se evalúa la indemnidad de la unidad feto–placentaria y la ubicación de la placenta.

5. Examen ultrasonográfico 11 y 14 semanas. Utilidad.

Biometría y vitalidad: Longitud céfalo–nalgas (LCN), DBP y Frecuencia cardiaca.

Embarazo múltiple: Número de fetos y placentas, corionicidad, amnionicidad, signo lambda, signo T.

En este examen es posible evaluar la vitalidad fetal, certificar la edad gestacional y el número de fetos, observar la anatomía fetal gruesa (indemnidad estructural de la cabeza y la pared anterior del abdomen, presencia de estómago, vejiga, y extremidades), diagnosticar la corionicidad y amnionicidad en los embarazos múltiples.

Existen centros terciarios con protocolos de estudio de diagnóstico precoz de aneuploidias.

6. Examen ultrasonográfico de primer trimestre. Utilidad.

Biometría y vitalidad: LCN y frecuencia cardiaca.

Ubicación: Normotópico, ectópico, heterotópico.

Embarazo múltiple: Número de sacos gestacionales, grosor de membrana divisoria.

Este examen es el menos prioritario como rutina; su realización se justificaría por antecedentes de pérdida reproductiva, o de patología del embarazo actual. Permite evaluar la ubicación del embarazo, la vitalidad embrionaria, la edad gestacional, y evaluar parámetros pronósticos como la frecuencia cardiaca y la proporcionalidad embrión–saco amniótico, entre otros. Permite además el diagnóstico de amnionicidad y corionicidad en los casos de embarazo gemelar.

Conductas recomendadas según resultado de la Ecografía Obstétrica

Los embarazos con patologías diagnosticadas en los diferentes exámenes – malformaciones congénitas, placenta previa u otras – serán manejados de acuerdo a las normas específicas para cada una de ellas.

Aquellos casos identificados como de riesgo en los exámenes ultrasonográficos de rutina, deberán ser sometidos a programas especiales de control de embarazo, exámenes diagnósticos específicos, y a planes de prevención o tratamiento de acuerdo a los riesgos identificados.

Para que los exámenes ultrasonográficos realizados durante el embarazo, de acuerdo a una normativa, tengan un impacto sobre las cifras de morbimortalidad materna y perinatal, es necesario que sean realizados por personal capacitado, máquinas de ultrasonido adecuadas y en un formato de informe comparable.

ANEXO 9.2 Orientaciones para Referencia a Nivel Secundario (Guía Perinatal, 2003)

Diagnóstico	A Nivel	Momento
Aborto habitual (> 2)	II	Antes 12 semanas
Bajo peso previo < 2500 grs.	II	24 semanas
Cicatriz uterina una o más	II	35 semanas
Muerte perinatal previa	II	INMEDIATO
Anomalía Congénita	II	INMEDIATO
Gestante < 16 o > 40a.	II	18 semanas
Con patología asociada	II	INMEDIATO
Anemia Severa y mas de 36 s	III	INMEDIATO
Anemia Moderada	II	INMEDIATO
Enfermedades Crónicas	II	INMEDIATO
Diabetes	II	INMEDIATO
Síndrome hipertensivo	II o III	INMEDIATO
Colestasia intrahepática: Ictérica	III	INMEDIATO
No–ictérica	II	INMEDIATO
Pielonefritis	III	INMEDIATO
RCIU o Macrosomía (sospecha ecográfica)	II	INMEDIATO
Oligoamnios ecográfico	II	INMEDIATO
Genitorragia severa	III	INMEDIATO
Embarazo múltiple		
Sin patología	II	18 semanas
Con Patología	II	INMEDIATO
Rh (–) sensibilizada	II	INMEDIATO
Placenta Previa:		
Sin metrorragia	II	INMEDIATO
Con metrorragia	III	INMEDIATO
Presentación distócica	II	36 semanas
R.P.M.	III	INMEDIATO
Embarazo > o = 41 semanas	II	INMEDIATO
Antecedente de prematurez	II	INMEDIATO
Enfermedad del Trofoblasto	II	INMEDIATO

ANEXO: 9.3. COMPONENTE EDUCATIVO SALUD ORAL EN GESTANTES

La información educativa, debe ser entregada durante el control prenatal y examen de salud realizado por el odontólogo respecto a hábitos saludables de salud bucal, como instrucción sobre técnicas de cepillado y hábitos dietéticos, especialmente respecto a frecuencia de consumo de alimentos, bebidas azucaradas y uso de fluoruros.

También se pueden realizar talleres educativos grupales para reforzamiento periódico, ésta puede ser realizada en Centros de Salud por personal paramédico de odontología, educadoras sanitarias u otro profesional capacitado. (Nivel Evidencia IIb, Recomendación B).

La técnica de higiene bucal debe ser reforzada y retroalimentada por el equipo de salud maternal, cada vez que la gestante acuda a control, hasta finalizado los controles prenatales y de puerperio.

Consejería grupal o masiva a través de Programas en Consultorios.

Localmente debe existir un profesional o personal responsable de establecer coordinaciones locales con los equipos de salud de manera de formar una red que permita dar soporte de colaboración y mantención de la salud bucal a las primigestas, reforzando hábitos y promoviendo el autocuidado del grupo familiar, alcanzando un abordaje sistémico.

Conceptos:

Caries

Durante el período de la gestación la primigesta está más receptiva a la educación y más proclive a realizar cambio de hábitos por el bien de su hijo(a), por lo cual en el componente educativo no sólo se debe entregar la información sino también la motivación y el empoderamiento de la importancia de ser madre.

En la actualidad se sabe que la caries es una enfermedad infecto contagiosa. Esta trasmisibilidad se realiza por S. Mutans y puede ser trasmitida por intercambio de saliva. Una forma de prevención es evitar la infección o posponerla el mayor tiempo posible. Estudios clínicos demuestran que mientras más tarde un niño es infectado con S. Mutans, presentan menos riesgo de tener caries dentales.

La forma de transmisión puede ser directa o indirecta. El contacto directo se produce a través de los besos, dónde la flora oral es trasmitida por la saliva. El contacto indirecto ocurre por la vía de uso de objetos, tales como cepillos de dientes, tenedores o cucharas u otros objetos que pueden estar contaminados con flora bacteriana cariogénica. La evidencia de la transmisión de estreptococos mutans, se basa en la aislación de cadenas comunes entre familiares, especialmente entre madre e hijo.

Por lo anterior se debe reforzar en la madre la importancia de completar su tratamiento odontológico, y de no besar a su hijo en la boca, ni compartir objetos como cubiertos, chupetes, cepillos dentales y otros.

Gingivitis y Enfermedad Períodontal

Se ha determinado que las embarazadas poseen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades gingivales, las que pueden derivar en períodontitis. Esto se debe a una respuesta exagerada de los tejidos gingivales a la infección bacteriana, debido a causas hormonales por altos niveles de estrógenos y progesterona También, se describe un cambio en la microbiota períodontal, caracterizado por un aumento de bacterias anaerobias y de ciertos patógenos períodontales como Prevotella intermedia.

El desbalance de las hormonas sexuales y el aumento de éstas durante el embarazo afecta a varios órganos. Tanto los estrógenos como la progesterona tienen acción directa sobre la encía. Su presencia determina un aumento de la permeabilidad capilar y del fluido gingival, además el aumento de los niveles de progesterona durante el embarazo favorece el desarrollo de microorganismos específicos (Prevotela Intermedia), de tal manera que la mayor incidencia del proceso inflamatorio depende de otras causas. Estos signos clínicos gingivales pueden ir acompañados de una mayor movilidad dentaria hasta el 8º mes de la gestación debido a una mayor laxitud del ligamento periodontal.

Diversos estudios se han efectuado sobre la prevalencia y la severidad de la gingivitis durante el embarazo. Todos los estudios muestran que aunque los valores de placa permanecen relativamente sin cambiar, la prevalencia y la severidad de la inflamación gingival gradualmente se incrementa y se resuelve una vez terminado el embarazo.

Las evidencias del rol de las hormonas, se explican a través de los siguientes mecanismos:

- Hormonas y sus metabólicos están presentes en el tejido gingival, y la concentración se halla elevada en la encía inflamada.

- Las células gingivales contienen receptores específicos para las hormonas, tales como estrógenos y progesterona. Los receptores se hallan en las capas basal y espinosa del epitelio y en fibroblastos y células endoteliales de pequeños vasos en el tejido conectivo. De esta manera la encía parece ser un órgano blanco para las hormonas.

- Se sugiere que altos niveles de hormonas pueden causar que los tejidos gingivales sean más sensibles a los cambios microbianos. Evidencias muestran que elevados niveles de ciertas hormonas sexuales durante el embarazo pueden afectar la microvasculatura de la encía y consecuentemente puede conducir a aumentar los niveles de inflamación.

- Otra posibilidad es que las hormonas son también nutrientes de Prevotella intermedia Esta forma de gingivitis asociada a cambios hormonales se caracteriza por una aparente exagerada respuesta a la presencia de placa bacteriana, que se refleja en una intensa inflamación, enrojecimiento, edema, y aumento de volumen. Severos casos pueden progresar a granuloma piogénico (tumor de la gestación).

También se debe tener presente que en la actualidad, diversos estudios donde se asocian la enfermedad periodontal y gingival con parto prematuro y bajo peso al nacer. En Chile López, N.J. y cols, en un estudio randomizado realizaron tratamiento periodontal a 351 embarazadas previo a las 28 semanas de gestación vs tratamiento postparto. Se observó una tasa de 10.2% de nacimientos prematuros en el grupo no tratado versus 1.8% en el grupo que recibió tratamiento periodontal ($P<0.001$). Se concluyó que la periodontitis en la embarazada podría ser un factor de riesgo independiente para parto prematuro.

Se debe educar a la madre en relación a:

1. Mantención de la Salud de la Madre

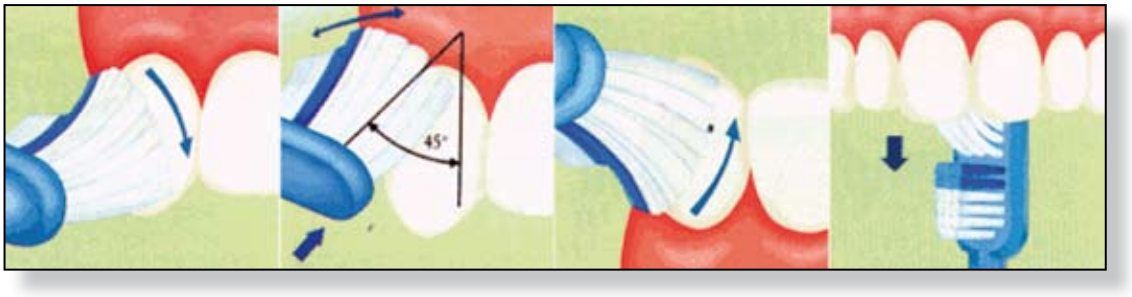
- Nutricionalmente a las primigestas se les debe reforzar el concepto de no es necesario comer por dos durante el embarazo, sólo se debe aumentar una porción de lácteos y de fruta en relación a las pautas recomendadas para las mujeres adultas (comer tres veces productos lácteos como leche, yogurt, quesillo o queso fresco, y comer todos los días tres frutas y dos platos de verduras en ensaladas o guisos).

- Consejería antitabáquica: Durante el embarazo la mujer debe abstenerse de fumar y evitar ambientes con humo de tabaco. Además de ser nocivo para su salud en general y la de su hijo en gestación, el humo del

tabaco también afecta la salud oral. Se lo ha asociado con un mayor riesgo de cáncer oral, leucoplaquia, gingivitis ulcerante necrótica aguda, candidiasis oral, fracaso de implantes dentales y enfermedad periodontal, e interfiere con el resultado de las terapias periodontales quirúrgicas y no quirúrgicas. El tabaquismo da como resultado vasoconstricción periférica y, por lo tanto, mala cicatrización de heridas en la boca. Por lo general, los fumadores tienen más placa que los no fumadores, pero este hecho puede estar relacionado con una mala higiene oral. Carecemos de evidencias importantes del efecto del cigarrillo sobre la incidencia de caries, si bien se ha sugerido que las alteraciones en el pH y la capacidad de buffer de la saliva pueden contribuir a su formación. Finalmente, el tabaquismo causa decoloración de los dientes y restauraciones dentales, afecta los sentidos del olfato y del gusto, y frecuentemente causa halitosis.

2. Mantención de la salud bucal de la madre

- Indicar Técnica de Cepillado, Técnica de Bass: La cabeza del cepillo es posicionada oblicuamente en dirección a los ápices de las piezas dentarias (45º), con el objetivo de que las cerdas se introduzcan dentro del surco gingival. Luego se deben realizar movimientos cortos hacia anterior y posterior, terminando con un movimiento rotatorio amplio de la cabeza del cepillo hacia oclusal. Aproximadamente, se realiza el movimiento, durante 10 segundos en cada grupo de 2 o 3 dientes.



- Limpieza interproximal

– Uso de Seda dental: El uso de la seda dental es un método efectivo para eliminar la placa dental de estas superficies. El uso correcto de la seda dental requiere tiempo y práctica, se recomienda su uso al menos una vez al día.

  Empiece con un trozo de seda dental de unos 45 cms. de longitud. Enrolle la mayor parte de la seda dental en el dedo medio de una mano, y el resto en el mismo dedo de la otra mano.

  Para limpiar los dientes superiores, sujete la seda dental entre el pulgar de una mano y el índice de la otra, dejando poco más de 1 cm. de seda entre ambos. Inserte la seda entre los dientes utilizando un movimiento de sierra. No fuerce la seda dental, y llévela hasta la unión encía–diente. Cúrvelo en forma de "C" contra un diente deslizándolo dentro del espacio entre encía y diente hasta notar resistencia.

3. Mantención de la salud bucal del niño

- Valorar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y relacionarlo al desarrollo estomatognático.

- Evitar hábitos disfuncionales de succión, si ha adoptado el hábito de succión digital, intentar sustituirlo por un chupete. No untarlo con azúcar o miel. Establecer el hábito de retirar el chupete cuando el niño se ha dormido.

- Evitar el uso indiscriminado del chupete, en caso de utilizarse debe hacerse como pacificador, o de entretención y una vez que el bebe se duerma debe quitarse. No permitir que el niño duerma con el chupete.

- Incorporar a temprana edad hábitos de higiene bucal, se debe iniciar el cepillado al salir el primer diente, realizado por un adulto. El cepillo dental debe ser pequeño y suave sin pasta, o utilizar una varilla de algodón húmedo (cotonito).
  Moderar patrones de consumo de alimentos azucarados, promover el consumo de agua potable pura. Si el niño está en tratamiento con medicamentos azucarados, indicar higiene o beber agua después de la administración de éste.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO

- Olaya Fernández Fredes. Odontóloga. Jefa del Dpto. Salud Bucal. Ministerio de Salud.
- María José Letelier Ruiz. Odontóloga. Asesora del Dpto. Salud Bucal. Ministerio de Salud.

ANEXO 9.4. EJERCICIOS FÍSICOS DURANTE LA GESTACIÓN

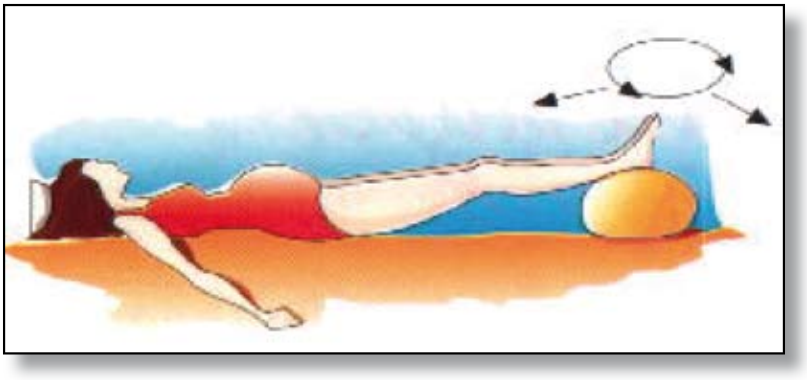
Comienza a precalentar, para esto te puedes acompañar con una música rápida. Mueve todo tu cuerpo al ritmo de la música. ¡¡Vamos!! Hazlo por 5 minutos. Ahora a preparar los músculos que necesitamos para el momento del parto.

Objetivos:

- Fortalecer los músculos abdominales.
- Fortalecer los músculos del periné para el parto.
- Mayor flexibilidad de las articulaciones lumbosacras y pelvianas.
- Evitar calambres, edema y várices.
- Evitar malas posturas.
- Evitar o aliviar dolores.

Ejercicios circulatorios

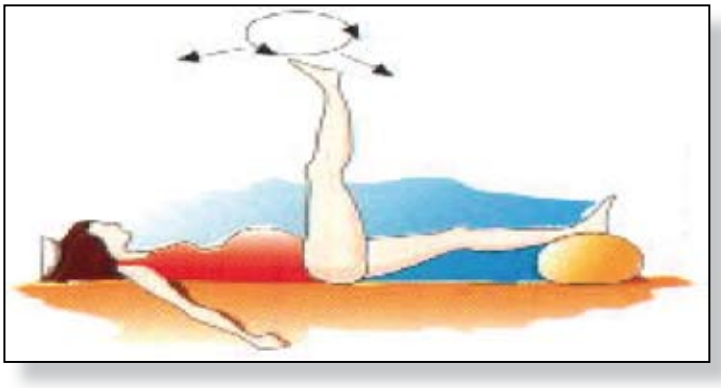
1. De espalda, con las piernas extendidas, pies apoyados y elevados unos treinta centímetros. Hacer rotación del tobillo izquierdo hacia afuera, 6 veces. Descanso. Luego hacia adentro, 6 veces. Descanso. Repetir con el tobillo derecho.



2. a.– De espalda flexionar la pierna derecha, estirar, 3 veces. Descanso. Luego la pierna izquierda. 3 veces. Descanso.

2. b.– De espalda flexionar la pierna derecha, con el pie realizar rotaciones del tobillo a izquierda, 6 veces. Descanso. A derecha, 6 veces. Descanso. Repetir con la otra pierna.

3. Elevar la pierna recta y rotar el tobillo a izquierda, 6 veces. Descanso. Rotar a derecha, 6 veces, Descanso. Repetir con la otra pierna.

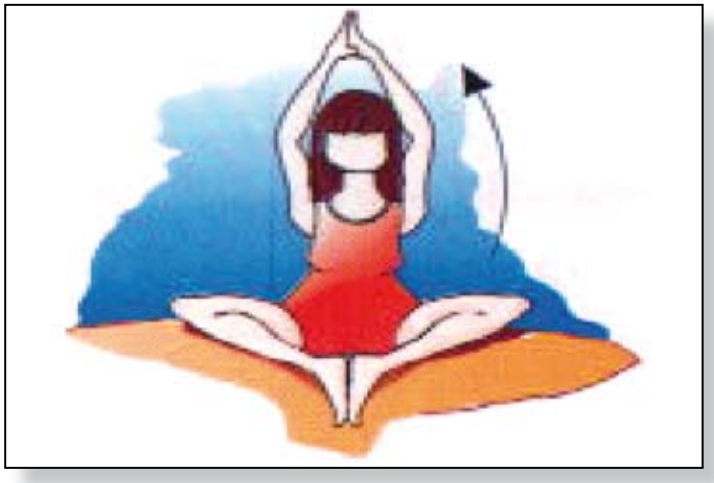


Ejercicios Dorsales

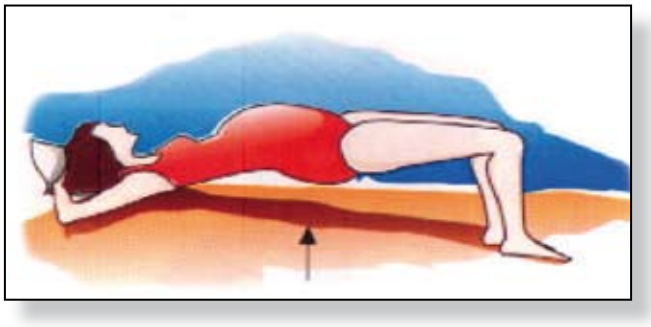
1. En posición de Buda, extender ambos brazos a la altura de los hombros, extensión de ambas muñecas, rotación de los hombros hacia delante y hacia atrás alternando series de seis.

2. a.– Elevación de los brazos por encima de la cabeza, uniendo ambas manos para forzar la extensión suave pero firme de la espalda.

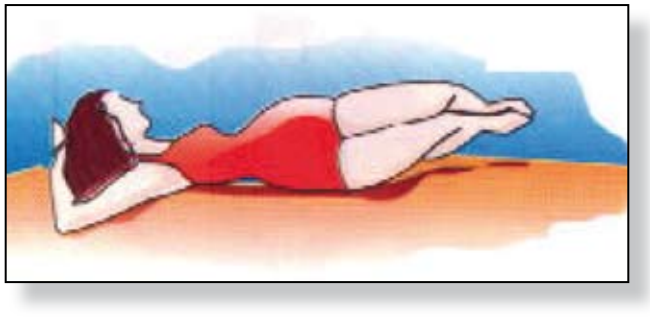
2. b.– Con ambos brazos por detrás de la cabeza, hacer un giro suave hacia izquierda, luego hacia la derecha. Repetir 4 veces. Descansar.



3. De espaldas, flexionar las piernas, apoyando los talones próximos a los glúteos. Elevar las caderas contando hasta 5. Descansar. Repetir 4 veces.

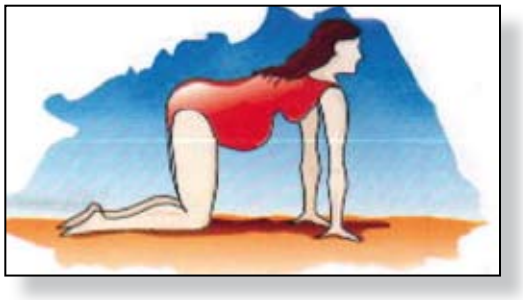


4. De espaldas, hacer suavemente un giro de cintura hacia la derecha, apoyando la cadera y la rodilla, volver a la posición inicial. Repetir hacia el lado izquierdo, suavemente. Descansar.



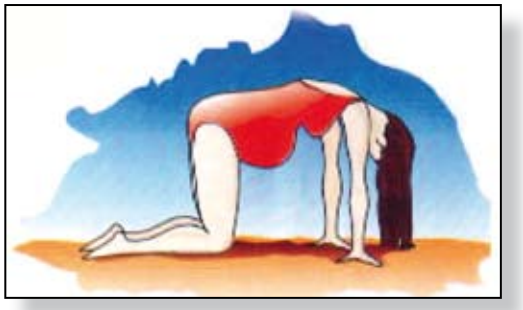
Ejercicios Dorsales

5. En posición de gato:



1. Elevar la cabeza inspirando y hundiendo la espalda y extendiendo la pelvis hacia atrás.

2. Flexionar la cabeza con el mentón pegado al pecho, elevar la espalda arqueándola.



3. Estirar los brazos hacia adelante para quedar sentada en los talones, forzando la extensión de la espalda.

Ejercicios Pectorales

1. En posición de Buda, colocar ambos brazos flexionados, los codos a la altura de los hombros, sujetarse ambas muñecas y aproximar las manos hacia el codo contrario, enviando la fuerza hacia los músculos pectorales mayores, sostén de las mamas.

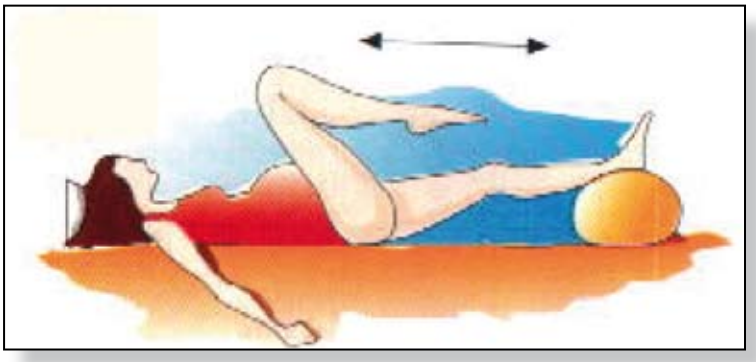
2. Con las manos abiertas, unir las palmas de ambas manos y presionar.

3. Con las manos abiertas, vamos presionando los dedos de ambas manos, uno a uno, solamente se unen los pulpejos, enviando la fuerza hacia a través de los brazos hasta el pecho.

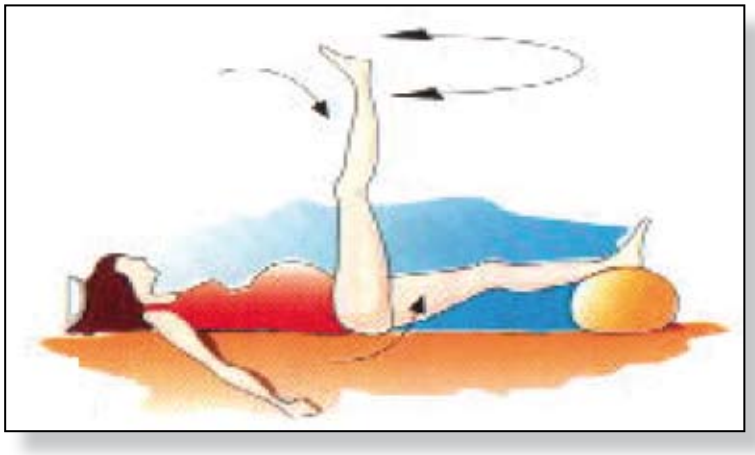
4. Con ayuda, brazos detrás de la cabeza, tratar de juntar los codos hacia delante, mientras el compañero hace una pequeña presión hacia fuera.

Ejercicios Perineales

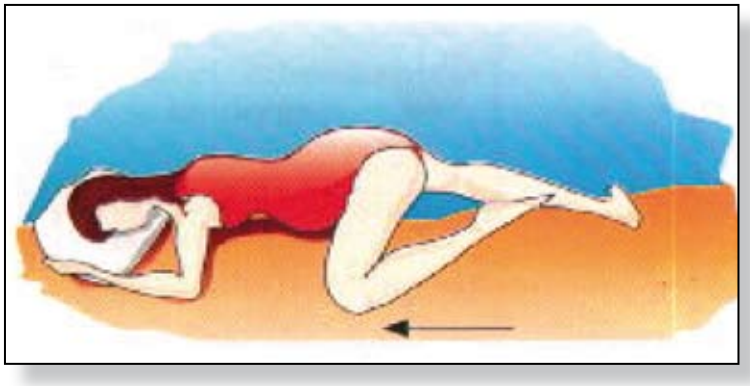
1. De espaldas, flexionar la pierna derecha, abducción externa de la pierna, mantener 1, 2, 3,4, extender. Repetir con la pierna izquierda.



2. De espaldas, elevar la pierna derecha extendida, tratando de lograr un ángulo recto con respecto al tronco, abducción de esta pierna que describiendo un amplio semicírculo volverá lentamente a su posición inicial, Descansar. Repetir con la otra pierna.



3. En decúbito lateral derecho, flexionar la pierna izquierda levantando la rodilla hacia el vientre, con el pie apoyado en la pierna derecha. Descansar. Repetir con la pierna derecha. Descansar.



4. En posición de Buda, apoyando las manos en las rodillas, forzar suavemente hacia el suelo, series de 6.Descanso.

5. En posición de Buda, con ambas plantas enfrentadas, intentar aproximar los pies hacia el periné. Mantener. Descansar.

Ejercicios Perineales

- De espaldas, con las piernas flectadas, los brazos a los lados, apoyar los pies y levantar los glúteos contrayendo la vagina. Mantener 1, 2, 3.
- Apoyar los glúteos y relajar.
- De espaldas con las piernas cruzadas una sobre la otra. La pierna que está encima presiona la otra, levantando los glúteos y contrayendo la vagina. Mantener 1, 2, 3. Apoyar los glúteos y relajar.

PUJOS:

Se recomienda el pujo espontáneo, no indicar más ese pujo largo e intenso forzado.
Se recomienda toser corto, varias veces, lo que favorece el descenso de la presentación, la relajación del periné y la expulsión fetal.

Referencia

- Gastambide, M. Préparateur mental et psycho–somatothérapeute, Lille, France.
- Cabrera, F. CL. Nuevo Enfoque en la Atención del Parto. Matrona – Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina Universidad de Concepción.
- Soto, L.C. Matrona. Profesora Asistente. Depto. de Obstetricia y Ginecología.
  Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

ANEXO: 9.5. UTILIDADES DEL USO DEL BALÓN DE EJERCICIOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ACTIVO

Ejercicio 1 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.

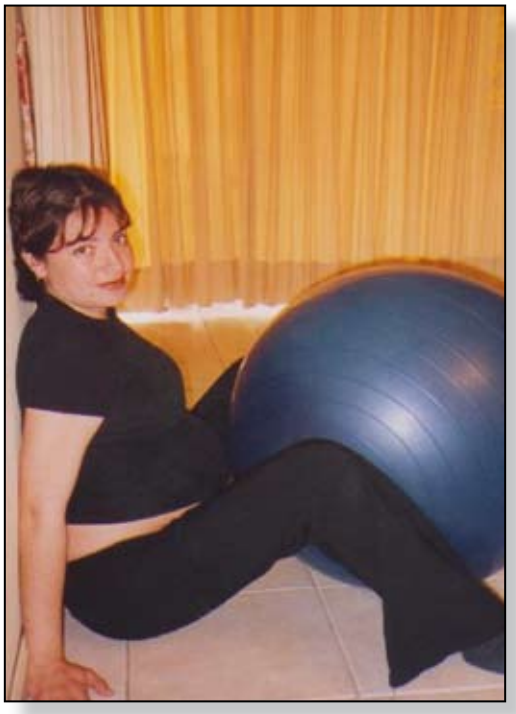
Procedimiento: tomar el balón entre las manos e inspirar y llevarlo a los costados o hacia adelante expirando.

Ejercicio 2 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.

Procedimiento: Con los brazos extendidos hacia arriba inspirar, luego expirar lentamente hasta apoyar los antebrazos y las manos sobre el balón y relajarse.

Ejercicio 3 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.

Procedimiento: Sentada en la cama o en el piso, presionar el balón con las piernas y luego soltar.



Ejercicio 4 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.

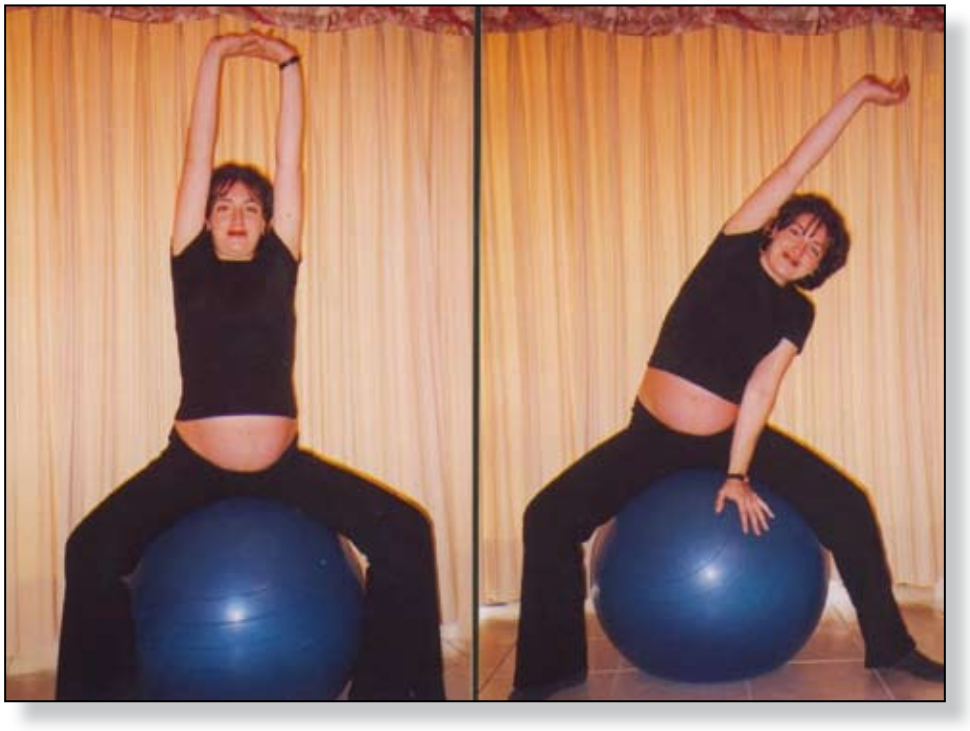
Procedimiento: Apoyar brazos y tórax sobre el balón y balancearse de adelante hacia atrás.

Ejercicio 5 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.

Procedimiento: Apoyar brazos sobre el balón encorvando la columna y relajarse.

Ejercicio 6 Utilidad: Relajación, disminución del dolor, favorece la dilatación y el encajamiento fetal

Procedimiento: Sentada sobre el balón inspirar suave y profundamente extendiendo ambos brazos, luego bajarlos. Hacer lo mismo con cada brazo.



Ejercicio 7 Utilidad: Relajación, disminución del dolor, favorece la dilatación y encajamiento fetal.

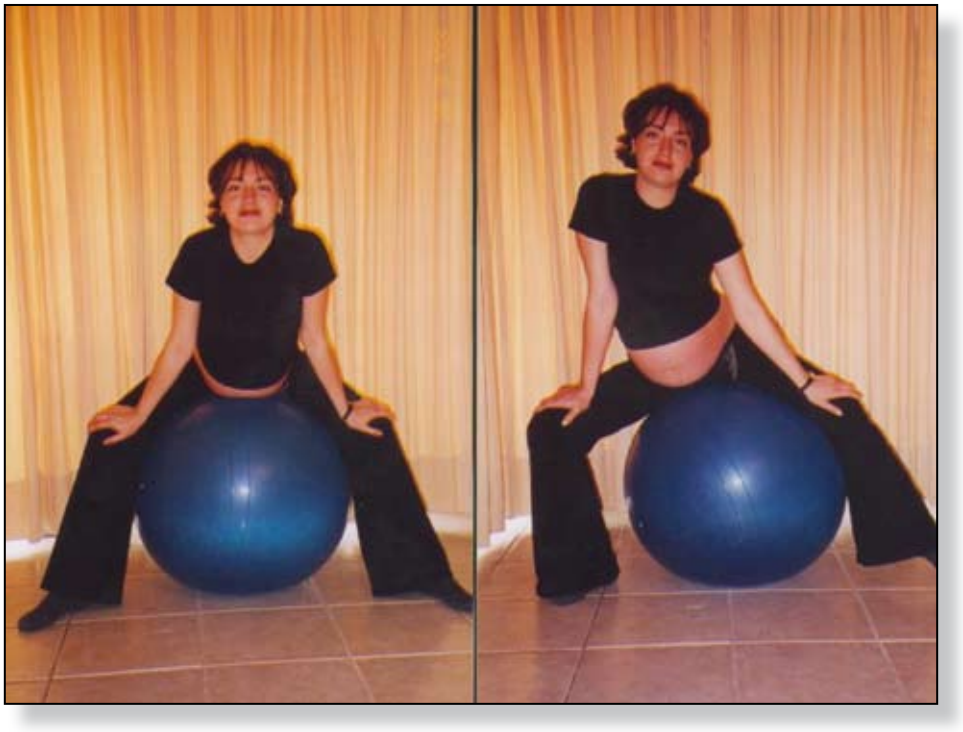
Procedimiento: Sentada sobre el balón, con los brazos extendidos e ir de un lado a otro.

Ejercicio 8 Utilidad: Relajación, disminución del dolor, favorece la dilatación y el descenso fetal.

Procedimiento: Sentada sobre el balón elevar la pelvis con un movimiento de rebote.

Ejercicio 9 Utilidad: Relajación, disminución del dolor, favorece el posicionamiento y el descenso fetal.

Procedimiento: Sentada sobre el balón balancear la pelvis de adelante hacia atrás, lateral o en diagonal.



Ejercicio 10 Utilidad: Disminuye el dolor de espalda incluso durante las contracciones y favorece el descenso fetal.

Procedimiento: De pie y contra la pared apoyar la espalda sobre el balón y subir–bajar presionando constantemente.

Ejercicio 11 Utilidad: Relajación, favorece el encajamiento fetal y el masaje del periné anterior.

Procedimiento: Sentada sobre el balón con los brazos sobre la cama, u otra superficie realizar suaves movimientos rotatorios manteniendo el contacto del balón con la zona del pubis.

Cuantas noches lo soñaste, cuantas ganas tienes de tenerlo entre tus brazos. Sabemos lo difícil que es esta etapa y por eso estamos contigo para apoyarte, ánimo, ya queda poco.

Material Educativo – Fuente: Sra. Claudia Uribe T. Profesor Auxiliar – Doris Bonnemaison S.
Egresada de Enfermería – Obstetricia. Departamento Salud de la Mujer.
Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Buenas razones para usar la pelota durante y después del parto

La pelota especial para ejercicios, disminuye el dolor y ayuda al progreso del parto. Las tres posiciones básicas son: 1) sentada, 2) hincada y recargándose sobre ella, 3) parada y recargándose en ella. Estas posiciones son más cómodas con la pelota que sin ella.

- El uso de la pelota con estas tres posiciones brinda los siguientes beneficios:
- Facilita las posiciones filológicas que se requieren durante el parto.
- Ayuda en el balanceo de la pelvis y otros muchos movimientos del cuerpo.
- Facilita moverse o mecerse con ritmo.
- Se puede utilizar a pesar de tener colocado el monitor electrónico.
- Ayuda a la movilidad de las articulaciones pélvicas.
- Aprovecha la ventaja de la gravedad durante y entre contracciones.
- Distribuye el peso del cuerpo para sentirse más cómoda.
- Permite posiciones fisiológicamente adecuadas durante el reposo.
- Puede hacer que el trabajo de parto sea más rápido.
- Es adecuada para las técnicas a utilizar cuando se detiene el progreso.
- Ayuda a que las contracciones sean menos dolorosas y más productivas.

Sentarse en la pelota tiene ventajas adicionales:

- Fomenta la relajación de la región pélvica.
- Provee apoyo a los músculos pélvicos sin presión innecesaria.
- Elimina la presión que de otra forma se percibe al sentarse sobre una superficie dura como una silla, cama o mecedora.
- Arrodillada o parada e inclinada sobre una pelota también tiene ventajas adicionales:
- Promueve el descenso del bebé.
- Ayuda a que el bebé rote cuando se encuentra en posición posterior.
- Ayuda a aliviar el dolor en la región lumbar.
- Disminuye el esfuerzo que requieren las muñecas y palmas de las manos que resulta de adoptar la posición sobre manos y rodillas.
- Permite el libre acceso para recibir un masaje o presión en la cadera.
- Puede facilitar la rotación y descenso del bebé en un parto difícil.
- Ayuda a disminuir la presión en hemorroides (especialmente en posición de rodillas apoyada sobre la pelota).

Además, después del parto la pelota tiene estas ventajas:

- Sentarse y brincar suavecito sobre la pelota y sosteniendo al bebé sobre los muslos o sobre el hombro cuando está incómodo, suele calmarlo.
- La pelota es un maravilloso instrumento para realizar ejercicios postnatales con objeto de restablecer fuerza y flexibilidad.

Referencia:

- Cabrera, F. CL.Nuevo Enfoque en la Atención del Parto. Matrona Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina Universidad de Concepción. [www.lamaze.org.]

ANEXO 9.6. ENTRENAMIENTO RESPIRATORIO

Estrategias de respiración

Las estrategias de respiración rítmica promueven una respuesta psicofisiológica óptima a los estresores. La respiración modula y es modulada tanto por el sistema nervioso central como por el sistema nervioso autónomo.

Los principios generales incluyen:

- Mantenimiento de oxigenación adecuada de la madre y el feto.
- Mejoramiento de la apertura de las vías aéreas y de los músculos que facilitan la respiración disminuyendo el esfuerzo de la respiración.
- Promover un medio para concentrar la atención y al mismo tiempo desviarla de un aspecto negativo (por ej. el dolor).
- Adecuación de la velocidad respiratoria de acuerdo a las características fisiológicas respiratorias de cada individuo.

Tipos de patrones de respiración

1. Respiración de limpieza: es respiración relajada y sin esfuerzo, de una profundidad cómoda, similar a un suspiro, que se realizan al principio y al final de la contracción. Sirven como señal para enfocar la atención y la concentración.

2. Respiración rítmica lenta: este es un patrón rítmico lento, a una velocidad repetitiva que es cómoda para cada mujer. La frecuencia más lenta de este patrón de respiración debe ser de no menos de la mitad de la frecuencia de respiración normal de la mujer.

3. Respiración rítmica modificada: La respiración modificada se hace a una velocidad ligeramente más rápida que la normal. No debe ser más veloz que el doble de la frecuencia respiratoria de la mujer. Una variación es el uso de ritmo modificado intercalados con suaves soplidos para crear un patrón. Esa se llama respiración rítmica con patrón.

   Respirar para el parto.
   Abrir la glotis con vocalización a voluntad.
   Abrir la glotis con vocalización leve.
   Aguantar la respiración por un período.

Objetivos

1. Satisfactorio aporte de oxígeno al útero y al feto.
2. Disminución de las molestias ocasionadas por las contracciones uterinas.
3. Liberar la tensión y aumentar la relajación.

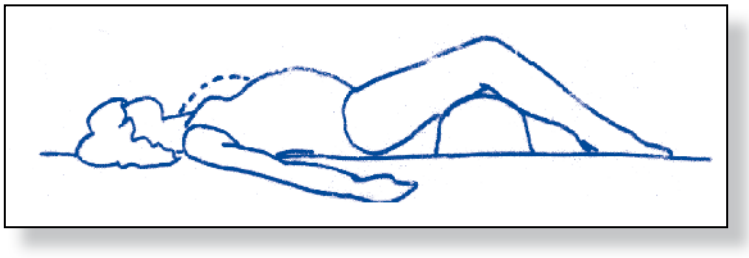
Tipos básicos de respiración
- Abdominales.
- Toráxicos.
- Combinadas.

Según la profundidad y rapidez
- Profundas y lentas.
- Superficiales y lentas.
- Superficiales y rápidas.

Respiración toráxica

Esta respiración la ocuparán durante el período de dilatación, entre las contracciones, les servirá para relajarse.

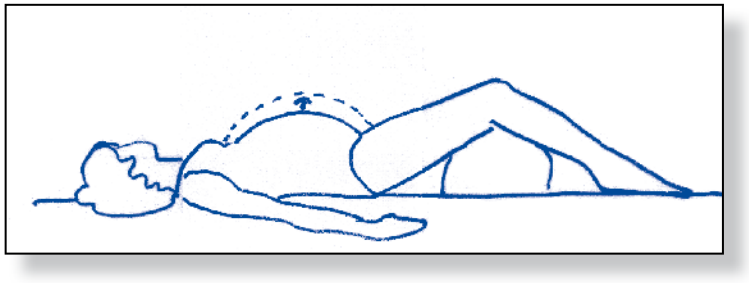
- Inspiración por la nariz elevando el tórax y desplegando las costillas.
- Expiración por la boca y deshinchando lentamente el tórax y apretando suavemente las costillas.



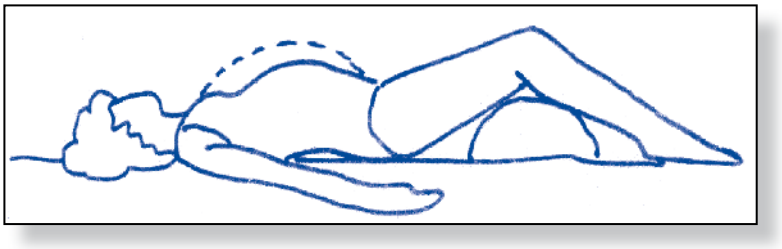
Respiración abdominal

Esta respiración la ocupará en el período de dilatación, les servirá para disminuir el dolor.

- Inspiración, cogiendo aire por la nariz, hinchando progresiva y lentamente el abdomen.
- Expiración, expulsando el aire por la boca y contrayendo el abdomen.



Respiración Combinada



En posición de Buda, (con las piernas cruzadas, la espalda bien derecha y apoyada) los brazos estirados hacia delante, inspirar, elevando los brazos a la altura de las orejas, mantener la respiración.

Expirar bajando los brazos hacia los lados con las palmas hacia arriba. Repetir 5 veces.

Referencias:

- Nichols, F.; & Humenick, S. (Eds.) Educación para el parto: práctica, investigación y teoría. Philadelphia W.B. Saunders, 1988.
- Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. ISSN 0717-7526 versión on-line. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. v.71 n.2 Santiago 2006.

ANEXO 9.7. PRÁCTICA DE LA RELAJACIÓN.

9.7.1. Los objetivos fundamentales de la relajación son:

- Proporcionar sedación y paz interior, combatiendo la tensión y la angustia, que son sustituidos por el autodominio.

- Evitar la contracción innecesaria de los músculos corporales estirados, que no deben intervenir en el momento del parto. Esto significa por una parte un notable ahorro de energía, que puede ser empleada en el trabajo de parto, y por otra una mejor oxigenación del feto.

- Mejorar la funcionalidad uterina. La desaparición de la tensión y el ahorro energético posibilita una buena coordinación de la dinámica uterina que, por lo general, se torna más efectiva.

Como consecuencia de ello, la dilatación cervical se hace con mayor facilidad, acortándose sensiblemente este período, debido tanto a la mayor eficiencia contráctil uterina, como a una más fácil distensibilidad de la estructura cervical.

El autodominio alcanzado con esta preparación permite, además, una perfecta colaboración de la mujer en el momento del expulsivo, adoptando la posición, la respiración o el esfuerzo muscular más adecuado en cada momento del mismo.

9.7.2. Definición

Mediante la relajación se busca poner en reposo el cuerpo (relajación física o neuromuscular) y la mente (relajación psíquica o emocional).

Existen múltiples métodos aplicables a la preparación del parto que se distinguen según su base sea esencialmente muscular o psicológica (Relajación progresiva, de Jacobson), o autosugestiva o psicológica (Entrenamiento autógeno, de Schultz, Sofronización de Caicedo, relajación Stanilavski, etc.)

Utilizaremos un sistema mixto que, creemos, reúne las ventajas de ambos métodos. Por un lado procuramos la relajación controlada y progresiva de todos los músculos inútiles para el trabajo de parto, y por otro se persigue modificar el nivel de conciencia, utilizando algunos ejercicios de autosugestión.

9.7.3. Ejercicios de Relajación

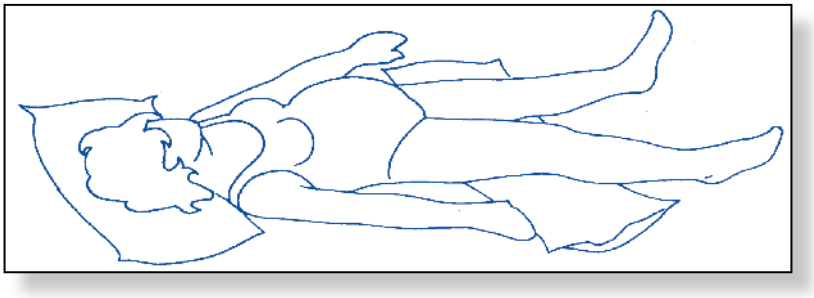
Los ejercicios siguientes buscan la relajación progresiva y ordenada, tanto física como psicológica, de los diversos grupos musculares.

Posición Básica de relajación.

Aún cuando no existe una posición única para conseguir la relajación, los ejercicios siguientes se iniciarán preferentemente en decúbito supino o dorsal (acostada boca arriba) sobre una cama, colchoneta, o alfombra, con un almohadón debajo de la cabeza, otro debajo de las rodillas, los brazos extendidos y un poco separados del cuerpo, y la vista hacia el techo.

Se procurará efectuar los ejercicios de relajación en una habitación silenciosa, alejada de interferencias (teléfono, visitas, etc.) y, si es posible, con una música suave y relajante.

Antes de empezar los ejercicios de relajación específicos de cada región o segmento corporal, es importante efectuar un ejercicio de concentración.



9.7.4. Entrenamiento de la concentración.

Se trata de una etapa previa importante que no debe ser nunca excluida de los programas de relajación, ya que es sumamente útil en el momento decisivo del parto, justamente durante las contracciones del expulsivo.

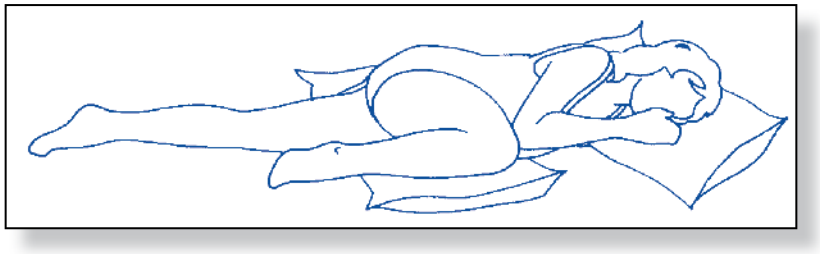
Una vez adoptada la posición básica de relajación descrita, conviene permanecer inmóvil durante unos minutos, efectuando el siguiente ejercicio mental:

- Elección de una idea, que puede ser, por ejemplo la representación gráfica del viaje que realiza el niño durante el trabajo de parto. Al principio puede ser útil contemplar el esquema de un libro durante un minuto. Después de un cierto tiempo ya no es preciso.

- Cerrar los ojos, y representar mentalmente aquella figura, centrando el pensamiento en la parte del organismo que se ve en ella. Imaginar que esta parte se vuelve primero pesada y luego relajada.

- Idéntico ejercicio sin cerrar los ojos, pero mirando un punto fijo de la habitación.

El aprendizaje de la concentración mental, lo que en yoga recibe el nombre de "harana" es un elemento básico para que los ejercicios de relajación específicos tengan éxito.



El Método Jacobson, es esencialmente muscular y se trabaja el cuerpo de forma analítica o progresiva, parte por parte. A partir de la contracción y relajación muscular se pretende disminuir las tensiones corporales y evitar gastos inútiles de energía que luego necesitaríamos más adelante.

En estos ejercicios, se contrae o tensa un grupo muscular del cuerpo durante 7 segundos y luego se relaja abrupta y completamente por 20 a 60 segundos. Este patrón de tensión–relajación se repite nuevamente y luego este mismo ciclo se repite secuencialmente para varios grupos musculares a través de todo el cuerpo.

9.7.5. Instrucciones

- Antes de comenzar la relajación, se dejan 5 minutos para lograr una buena respiración (rítmica)
- Los músculos deben permanecer contraídos por durante 7 segundos.
- Cuando se pide relajar un músculo hacerlo completamente, no en forma gradual y observar la diferencia entre estado de relajación y estado de tensión.
- Hacer dos ciclos de tensión–relajación por cada grupo muscular. Se trata de trabajar el contraste tensión–relajación de los diferentes músculos del cuerpo en el siguiente orden: brazos, piernas, vientre, nuca y por ultimo, cabeza.
- Se debe contraer los brazos y sentir la tensión para luego a continuación relajarlos e ir notando como estos se relajan. Este proceso será llevado al resto de las partes del cuerpo siguiendo minuciosamente el orden en el que se han distribuido los músculos corporales.
- Con este ejercicio se pretende que la persona alcance el máximo control psicológico y corporal, que controle su cuerpo y su mente. Se podrá subdividir cada parte para obtener un mayor rendimiento del ejercicio; por ejemplo, la cabeza la podemos subdividir en ojos boca, frente, nariz...

9.7.6. Procedimiento

- La forma más elemental de relajación es la siguiente:
- Tenderse en el suelo, con los ojos cerrados, lo más cómodo posible tratando de relajarse lo más posible. Eliminar pensamientos desafiantes, pensar en algo hermoso y confortable.
- Inspirar profundamente, contener la inspiración alrededor de siete segundos, expirar lentamente y cada vez imaginar que la tensión se escapa del cuerpo. Nuevamente inspirar en forma profunda, contener siete segundos y exhalar lentamente. Se empezará a sentir que el cuerpo está totalmente relajado.
- Relajación por parejas, se trata de relajar al compañero mediante movimientos específicos llevados a cabo en las diferentes zonas corporales. Dichos ejercicios se harán en función de la actividad realizada y cambiando los papeles.

Referencias:

- Carrera, JM. "Preparación física para el embarazo, parto y postparto" Método del Instituto Dexeus. Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología y Medicina Fetal del Instituto Dexeus de Barcelona Ediciones Medici.

ANEXO 9.8. ARMONIZACIÓN INTRAUTERINA

Estos ejercicios cambian de acuerdo a las necesidades de la madre y su bebé.

Recursos básicos:

Escribir un diario: Enseñar a la madre a llevar un diario donde volcar sus pensamientos más íntimos. El diario le permitirá explorar sus pensamientos sobre el embarazo, superar los problemas que le plantée el cambio de su imagen corporal y enfrentarse con miedos profundamente arraigados.

Trabajo con los sueños: Al iniciar el programa se le enseñará a anotar e interpretar sus sueños, de modo que pueda ponerse en contacto con sus sentimientos más ocultos. Después aprenderá técnicas destinadas a la inducción de sueños emocionalmente positivos, capaces de sumergir a su hijo(a) en un relajante baño hormonal que le dará una sensación de aceptación, calma y amor.

Relajación profunda: Aprenderá a sumirse, sin dejar de estar alerta, en un estado de relajación progresiva: el cuerpo se hunde en un estado semejante al sueño, en tanto que la mente permanece totalmente alerta. La importancia de este estado de conciencia no reside solamente promover una relajación profunda y renovadora, sino también en aumentar la receptividad de la mente a las imágenes.

Visualización: Mientras se encuentra en el estado receptivo de relajación profunda puede valerse de la visualización para suscitar poderosas imágenes que favorezcan el bienestar del bebé. Por ejemplo, en un ejercicio de visualización se imagina a su hijo(a) inmerso(a) en aguas sanadoras y bañado por los rayos del sol, que dan energía. En otro, simplemente lo o la verá, y se sentirá especialmente próxima a él o ella.

Visualización Guiada: Para guiarse por la senda de los ejercicios de visualización más complejos se le mostrará la forma de preparar sus propias grabaciones de visualizaciones guiadas. Estas cintas le ayudarán a experimentar y revivir aspectos de su niñez, su primera infancia, su nacimiento y su vida intrauterina. Además le ayudarán a formar un vínculo con el niño(a) que va a tener.

Música: Grabará también sus propias cintas de música y se le enseñará a usarlas de modo que le ayuden a relajarse, intensifiquen sus poderes de visualización y estimulen al bebé en el útero.

Diálogos con su pareja: Son una serie de preguntas especificadas que les permitirá, a la madre y padre de su hijo(a), coparticipar en conversaciones dirigidas, con el objetivo de ayudarles a reconocer sus sentimientos más profundos y a fortalecer su relación.

Afirmaciones: Se trata de una técnica usada de diferentes maneras por muchos terapeutas conductistas. Una afirmación es un pensamiento positivo que se implanta en la mente consciente. Al repetir insistentemente y de manera sumamente específica una afirmación, puede uno terminar abriéndose más a las sugerencias positivas que ésta contiene. Al mismo tiempo, se entenderán y finalmente quedarán borradas.

Estimulación táctil: A medida que el bebé crece, se puede aprender a comunicarse con el mediante el tacto. Al palmearse el vientre, y mediante otros ejemplos táctiles, se puede iniciar un diálogo con su hijo(a). Cuando se toque el abdomen, estará reforzando en su bebé el sentimiento de ser amado, fortaleciendo su autoestima e incluso, según lo confirman investigaciones recientes, acelerando el desarrollo de su sistema nervioso periférico.

Estimulación verbal: A cierta edad del embarazo, el niño(a) puede reconocer la voz de su madre. Si sistemáticamente le habla cariñosamente, puede hacer mucho por establecer una doble vía de comunicación entre su hijo(a) y ella.

Dibujo libre: Una de las técnicas más importantes de la armonización, el dibujo libre, le permitirá generar imágenes directamente a partir del inconsciente. Gracias a un simple papel en blanco y lápices de colores, podrá ponerse en contacto con sus auténticos sentimientos por su hijo(a) aún no nacido, e incluso recuperar algunos recuerdos olvidados de su propio nacimiento.

Dibujos de mandalas: Al dibujar mandala, es decir, figuras circulares inspiradas en la antigua tradición budista que estimulan el sentido del equilibrio y la capacidad de concentración interior, se puede ahondar en la visión de los niveles más profundos del inconsciente.

Jugar con arcilla: Si cierra los ojos y empieza a jugar con un trozo de arcilla es probable que llegue a ponerse en contacto con la experiencia de su propio nacimiento, y que su sentimiento de proximidad con el niño(a) que lleva dentro se intensifique.

Respiración rítmica: Múltiples investigaciones han demostrado más allá de toda posible duda que la respiración rítmica causa cambios fisiológicos positivos, entre ellos un aumento en el aporte de oxígeno a la sangre, un funcionamiento cerebral más eficiente y una mejor eliminación de los deshechos corporales.

Fuente: Verny, T.; Weintraub, P. El vínculo afectivo con el niño que va a nacer.

ANEXO: 9.9. INSTRUCCIONES DEL JUEGO (Ej. Con figuras de animales)

1. Se colocan las cartas sobre la mesa una al lado de la otra, con la ilustración hacia arriba.

2. Los/as participantes revisan en silencio la figura incluida en cada carta.

3. Luego de unos instantes, cada cual selecciona aquella carta en la que aparece el animal con el que mejor se identifica de acuerdo a su forma de ser. Una misma carta puede ser elegida por dos o más participantes.

4. Realizada la elección, cada miembro del grupo cuenta a los/as demás el porqué de su decisión. Esta etapa del juego concluye una vez que todos/as hayan tenido oportunidad de expresarse.

5. Repitiendo el procedimiento señalado en los puntos anteriores, cada participante escoge una nueva carta, esta vez, para regalarla a otro/a miembro del grupo. Dicha carta deberá expresar una cualidad, un defecto, o bien, una característica relevante de la persona a la que va dirigida.

6. Por turnos los/as integrantes del grupo muestran a los/as demás la carta seleccionada, señalan el/a destinatario/a y los motivos que tuvieron para escogerla/o.

7. El/a participante que recibe una carta, tiene derecho a solicitar las explicaciones que considere oportunas. Los/as demás pueden también opinar acerca de lo expresado.

8. Finalizada la ronda, responden las preguntas incluidas a continuación:
   a) ¿Les costó mucho identificarse con un animal?
   b) ¿Tuvieron dificultad para escoger las cartas que debían regalar?
   c) ¿Hubo algo que no pudieran expresar durante el desarrollo del juego?
   d) ¿Qué opinan de la siguiente afirmación?: "La diversidad que a veces puede separarnos, también puede unirnos y hacernos crecer"

Referencias:

- Cabrera, F. C. Matrona Profesora Asistente Dpto. Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

- Soto, L.C. Matrona. Profesora Asistente. Depto. de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo VIII

Atención Nutricional

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO VIII

ATENCIÓN NUTRICIONAL

1. ALIMENTACIÓN DE LA MUJER DURANTE LA GESTACIÓN Y LACTANCIA.

1.1. Introducción

El ciclo reproductivo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Durante el embarazo y lactancia existe un aumento de las necesidades nutricionales de casi todos los nutrientes con relación al período preconcepcional. Tanto la desnutrición como la obesidad materna se asocian a mayores riesgos para la madre y para el niño, que pueden ser reducidos con una adecuado estado nutricional, especialmente cuando éste se logra en el período preconcepcional.

Los consejos nutricionales para la mujer y en lactancia han variado con el tiempo. Hace algunos años las mujeres fueron estimuladas "comer por dos", lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas, con mayor riesgo de patologías maternas y fetal y de obesidad postparto. El desafío de los profesionales de la salud es ayudar a establecer conductas saludables con relación a alimentación y actividad física y prevenir la exposición a sustancias tóxicas durante todo el ciclo vital y en forma muy prioritaria durante el embarazo, período de máxima vulnerabilidad.

1.2. Nutrientes críticos durante el embarazo

Durante el embarazo existen mecanismos de adaptación que determinan una mejor utilización de la energía consumida, por lo que las necesidades adicionales de energía son relativamente modestas. En mujeres de peso normal basta un incremento de sólo 110 Kcal los primeros dos trimestres del embarazo y de 220 Kcal durante el último trimestre. Ello equivale a menos de medio pan al día durante gran parte del embarazo o apenas a dos vasos de leche en la etapa de mayor requerimiento. En mujeres enflaquecidas las necesidades de energía se incrementan en 230 Kcal el segundo trimestre y en 500 Kcal para el tercer trimestre. Lo habitual es un consumo energético mucho mayor, lo que determina un aumento excesivo de peso y contribuye a una obesidad posterior.

Las necesidades adicionales de proteínas son 10 gramos diarios, cantidad que se puede satisfacer con dos tazas de leche adicionales.

De especial importancia son los ácidos grasos de la familia "omega–3" que se encuentran fundamentalmente en pescados grasos y en menor proporción en aceites de soya, raps (canola), almendras y nueces. Estos ácidos grasos son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema útero–placentario, el desarrollo del sistema nervioso y la retina del niño durante el embarazo y lactancia. Dado el bajo consumo de pescado en nuestra población, es fundamental incorporarlos en forma rutinaria en la alimentación de la embarazada y nodriza, al menos dos veces a la semana.

Las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y es prácticamente imposible cubrirlas con medidas dietéticas. Ello lleva a la necesidad de utilizar suplementos en forma rutinaria, aunque el grado de cumplimiento real de esta medida es bajo, por lo que deben buscarse mecanismos que mejoren la adherencia al tratamiento. Las principales fuentes de hierro son las carnes, leguminosas, semillas, algunos vegetales y pan y cereales fortificados. La leche Purita Fortificada con hierro y zinc del Programa Nacional de Alimentación Complementaria es insuficiente para cubrir las necesidades de estos minerales.

Las necesidades de calcio en el embarazo se estiman en 1.000 mg por día, la misma cantidad del período preconcepcional, pero difícil de cubrir con la dieta habitual de la mujer chilena. Durante el tercer trimestre se produce un importante traspaso de calcio materno al feto, que si no es obtenido de la dieta, es movilizado desde el tejido óseo materno, lo que puede tener un efecto negativo en etapas posteriores de la vida de la mujer. El déficit de calcio determina también mayor riesgo de hipertensión y parto prematuro. Las principales fuentes de calcio son los productos lácteos (leche, queso, quesillo, yogurt). El uso de alimentos fortificados y/o suplementos es una alternativa para mejorar el aporte.

El zinc también presenta una baja ingesta en la población chilena y su déficit se ha asociado a bajo peso al nacer y parto prematuro. Las principales fuentes de zinc son mariscos, carnes, lácteos, huevos, cereales integrales y pescado.

La asociación entre el déficit de ácido fólico y los defectos de cierre del tubo neural motivó al Ministerio de Salud a decretar la fortificación obligatoria de la harina el año 2000. La fortificación del pan aporta cerca del 70% de las necesidades de este nutriente en el embarazo y de acuerdo a las evaluaciones preliminares ha permitido reducir en un 50% la incidencia de esta patología. Las principales fuentes de ácido fólico son hígado, leguminosas, maní, espinaca, betarraga cruda y palta. El uso de ácido fólico en altas dosis (4,0 mg/día) es especialmente importante en mujeres con antecedentes previos de hijos con DTN desde 6 a 8 semanas antes de la concepción hasta completar el primer trimestre del embarazo.

1.3. Alimentación de la embarazada

En embarazadas con estado nutricional normal y con una alimentación de acuerdo a las recomendaciones de las guías alimentarias se les debe agregar sólo una porción de lácteos y otra de frutas o verduras con relación a las pautas recomendadas para la mujer adulta. Ello permite un aporte adecuado de todos los nutrientes con excepción del hierro. En la práctica cotidiana muchas mujeres en edad fértil tiene un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, por lo cual debe haber una preocupación especial por cubrir las recomendaciones de estos alimentos. Los mayores cambios de la alimentación deben ser cualitativos, más que cuantitativos.

En sectores de ingresos medios la educación alimentaria sea suficiente para adecuar la dieta a las exigencias de este período y no sería necesario el uso rutinario de suplementos nutricionales. Puede en cambio ser una medida útil en poblaciones de bajos ingresos, o cuando la dieta es poco variada.

No existe una límite seguro para beber alcohol durante el embarazo y lo mejor es suprimirlo del todo. La ingesta excesiva de alcohol al inicio del embarazo se asocia con el nacimiento de niños con malformaciones (síndrome de alcoholismo fetal), retardo del crecimiento intrauterino, anormalidades oculares y articulares y retraso mental. También se ha descrito un índice más elevado de abortos espontáneos, desprendimiento prematuro de placenta y prematuridad. La ingesta de alcohol en etapas posteriores de la gestación se asocia a alteraciones de crecimiento y desarrollo fetal, pero no induce malformaciones. Aún cuando no se han encontrado evidencias claras de efectos adversos asociadas al consumo de menos de dos bebidas alcohólicas a la semana, es más prudente eliminar el consumo de alcohol durante la gestación.

La cafeína atraviesa la placenta y puede alterar la frecuencia cardíaca y la respiración del feto. Las dosis masivas de cafeína son teratogénicas en animales, pero no se ha valorado bien el efecto de dosis menores. Los datos

en mujeres son limitados, pero los estudios no han mostrado una asociación con complicaciones del embarazo o características del recién nacido. Mientras no exista información más confiable, no debe incentivarse el consumo de cafeína durante el embarazo. Se recomienda que las mujeres gestantes y en lactancia no consuman más cafeína que la contenida en dos tazas de café. También debe limitarse el consumo de té y de bebidas gaseosas que la contienen.

1.4. Ganancia de peso optimo durante la gestación

Un adecuado incremento de peso de acuerdo al estado nutricional de la madre, reduce los riesgos durante el embarazo, parto, puerperio y aún en etapas posteriores de la vida. Tradicionalmente la preocupación estuvo dirigida a evitar el déficit nutricional, pero cada vez hay más conciencia de la necesidad de reducir los riesgos asociados al exceso, tales como diabetes gestacional, hipertensión, macrosomía fetal y retención de peso postparto por parte de la madre.

Tabla 1. Incremento de peso recomendado según estado nutricional de la madre.

Estado nutricional	Incremento total Kg.	Gramos/semanales a partir de la semana 10 de gestación
Bajo peso	12 a 18	400–600
Normal	10 a 13	330–430
Sobrepeso	7 a 10	230–330
Obesa	6 a 7	200–230

Los rangos propuestos deben adaptarse a cada caso particular, utilizando el rango superior en adolescentes o en madres con mayor déficit de peso o el rango inferior en mujeres de baja talla.

1.5. Resumen

1. Durante el embarazo y la lactancia, aumentan en forma importante las necesidades nutricionales de la mayor parte de los nutrientes.

2. Los principales cambios deben estar orientados a mejorar la calidad de la alimentación, más que aumentar la cantidad total.

3. Tanto el déficit como el exceso de peso materno determinan mayor riesgo de patologías del embarazo, parto y recién nacido.

4. Una mujer que inicia su embarazo con un peso normal debe consumir sólo 110 calorías adicionales durante los dos primeros trimestres y 220 Calorías adicionales durante las etapas finales. Ello equivale al aporte de media marraqueta en la primera parte del embarazo y menos de una marraqueta al final del embarazo.

5. La ganancia adecuada de peso durante del embarazo depende fundamentalmente del estado nutricional de la madre al inicio de la gestación. La recomendación según el diagnóstico al primer control del embarazo es:
   - Bajo peso: 12 a 18 Kg en total
   - Peso normal: 10 a 13 Kg en total
   - Sobrepeso: 7 a 10 Kg en total
   - Obesa: de 6 a 7 Kg en total

6. Los principales problemas en la alimentación de la mujer chilena son:
   - Exceso de consumo de grasas, sal, azúcar y calorías.
   - Bajo consumo de verduras, frutas y leche.

7. Una mujer con una alimentación adecuada durante el embarazo sólo debe agregar a su alimentación una porción de leche y una porción de frutas o verduras.

8. El tabaco es un tóxico para la madre y el niño.

1.6. Alimentación de la madre durante la lactancia

Durante la lactancia las necesidades nutricionales de la madre aumentan más que en el embarazo, aunque parte de ellos son obtenidos de nutrientes almacenados durante el embarazo.

Para la mayoría de las vitaminas y minerales las recomendaciones aumentan entre un 25 a 50%, por lo que no sólo es suficiente aumentar la cantidad de alimentos, sino que debe haber una selección para mejorar la calidad de la alimentación.

Al igual que en el embarazo es especialmente relevante el consumo de ácidos grasos de la familia omega–3. El ácido docosahexanoico (DHA) cumple un importante rol en el desarrollo del sistema nervioso y visual del niño y la cantidad presente en la leche materna varía más de 10 veces dependiendo de la dieta materna. En nuestro país el consumo de pescado es bajo, lo que determina que el nivel en la leche materna sea también muy bajo. Un estudio en nodrizas chilenas demostró bajos niveles de DHA en la leche materna, el que aumentó significativamente después de una suplementación con 160 g de jurel en conserva, dos veces por semana.

El calcio es otro de los nutrientes más críticos en las mujeres chilenas por la baja ingesta de alimentos lácteos que son los que aportan la mayor cantidad de calcio. Alrededor de un 25% de la población adulta, no consume leche ni derivados lácteos y el resto mayoritariamente consume sólo una porción de éstos. Es fundamental por lo tanto incentivar el consumo de lácteos y de alimentos fortificados con calcio, con el fin de llegar a las recomendaciones. Se debe tratar de consumir lácteos descremados o semi descremados para evitar el consumo excesivo de grasas saturadas.

Se debe estimular además el consumo de verduras y frutas para cubrir las necesidades adicionales de otros nutrientes.

La ingesta de alcohol durante la lactancia afecta el sabor de la leche materna, reduce significativamente el volumen de ella y afecta el ciclo sueño vigilia del niño, por lo cual se debe evitar en este período.

El análisis de la situación nutricional de la mujer en el país revela que coexisten, en todos los grupos etáreos, el déficit nutricional y los problemas por exceso, con amplio predominio de estos últimos en la forma de sobrepeso y obesidad, sobre todo en los grupos de menores ingresos económicos.

La Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV) implementada por el Ministerio de Salud en todo el país desde el año 2005, tiene como objetivo principal reducir la prevalencia de obesidad y de otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs), identificando precozmente la población en riesgo de desarrollar estas enfermedades.

Durante el embarazo, la mujer se encuentra más sensible y receptiva a la educación y por lo tanto es una etapa especialmente indicada para cambiar algunos hábitos que pueden ser dañinos para la salud.

Hasta ahora el énfasis sobre nutrición materna y ganancia de peso durante el embarazo ha estado centrado en la desnutrición de la gestante y en la prevención del bajo peso al nacer; sin embargo, en Chile, al igual que en toda América Latina, el sobrepeso y la obesidad materna ha ido aumentando en forma significativa, lo cual requiere reevaluar las estrategias de intervención nutricional con miras a los potenciales efectos que esta nueva condición nutricional por exceso puede tener sobre el pronóstico materno e infantil en el corto y largo plazo.

Investigaciones recientes han señalado la importancia de educar a las mujeres respecto de una alimentación y un estilo de vida sano, antes y durante el embarazo.

El ambiente nutricional intrauterino parece ser de especial importancia en términos de imprimir en el feto características metabólicas que influyen sobre su riesgo de desarrollar obesidad o ECNTs durante la vida adulta. Las interesantes observaciones formuladas en la última década sobre el "origen fetal" de las enfermedades crónicas del adulto – a partir de las pioneras observaciones del epidemiólogo inglés David Barker – requieren de una nueva mirada sobre el rol de la nutrición materna durante el embarazo y, sobre el potencial valor de la evaluación y consejería nutricional en este período para la prevención de efectos adversos en la vida adulta. Es así como tanto un ambiente de deprivación nutricional intrauterina, cuyo resultado puede ser un recién nacido de bajo peso para su edad gestacional o un prematuro, como el producto de una gestante obesa o diabética, condicionan una mayor tendencia a presentar ECNTs en la vida adulta.

Por todas las razones señaladas resulta fundamental intervenir efectivamente sobre la obesidad en la mujer, para lo cual la EINCV ha implementado dos acciones concretas: Cautelar el aumento de peso excesivo durante el embarazo particularmente en aquellos casos que comienzan la gestación con sobrepeso u obesidad y Promover la recuperación del estado nutricional pregestacional durante los primeros 6 meses postparto, a través de la consejería sobre práctica de lactancia materna, alimentación saludable y actividad física.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Xenia Benavides Manzoni. Nutricionista Asesora Ministerio de Salud.
- Cora González Alarcón. Nutricionista Consultorio Santa Julia SSM Oriente.
- Lorena Rodríguez Isaac. Médico. Asesora Dpto. de Alimentos y Nutrición. Ministerio de Salud.
- Maria Victoria Moreno Zamorano. Nutricionista del Consultorio Carol Urzua SSM Oriente.

2. CONSEJERÍA PARA GESTANTES – NUTRICIÓN Y EMBARAZO

2.1. Introducción

Uno de los aspectos relevantes del control prenatal es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la embarazada.

El embarazo es un estado fisiológico en el que se produce una intensa síntesis y crecimiento celular, necesarios para la formación de tejidos materno–fetales, lo que determina un aumento de las necesidades nutricionales en relación al período preconcepcional. Si estos mayores requerimientos nutricionales no son cubiertos, podrán afectar la salud del binomio madre–hijo/a.

En los sectores de menores ingresos, la alimentación es habitualmente deficiente en calidad y cantidad, lo que aumenta el riesgo de déficit de algunos nutrientes específicos. Entre los nutrientes críticos para el embarazo se encuentra el calcio, hierro, zinc, ácido fólico, ácidos grasos esenciales.

La situación de pobreza puede disminuir la capacidad de compra y la disponibilidad de alimentos del grupo familiar, repercutiendo esta situación en la embarazada. Además se ha demostrado que los factores económicos son los principales condicionantes en la selección de alimentos en familias de sectores populares.

Las adolescentes embarazadas constituyen un grupo especialmente vulnerable al déficit nutricional, ya que a los requerimientos fetales se agregan los propios del proceso de crecimiento, que aún no se ha completado. Las complicaciones asociadas al déficit calórico proteico pueden prevenirse con una suplementación durante el embarazo con nutrientes específicos, han demostrado el rol del zinc, calcio y ácido fólico en la prevención del retardo de crecimiento intrauterino, de la hipertensión arterial y de algunas malformaciones congénitas.

Se ha señalado que la aparición muy temprana de factores de riesgo cardiovascular, sugieren la necesidad de iniciar intervenciones preventivas prenatalmente, o durante los primeros años de vida.

El desafío de los profesionales de la salud, es ayudar a establecer conductas saludables con relación a alimentación y actividad física durante todo el ciclo vital y en forma muy prioritaria durante el embarazo, período de máxima vulnerabilidad.

2.2. Objetivo general

Contribuir a establecer y/o conservar una alimentación saludables durante el embarazo, en mujeres en etapa de gestación, propiciando la conservación de un estado nutricional óptimo de la mujer durante el embarazo, un desarrollo intrauterino adecuado del niño o niña y la recuperación postparto del peso pregestacional.

Grupo Objetivo: 10 a 15 embarazadas o individual.

2.3. Objetivos Específicos

- Reconocer la alimentación saludable en el embarazo.
- Conocer calidad y cantidad de alimentos necesarios para cubrir requerimientos nutricionales durante el embarazo y puerperio.
- Despejar mitos respecto al incremento de peso en el embarazo.
- Aprender a optimizar los recursos disponibles para lograr una alimentación saludable.
- Realizar preparaciones variadas con alimentos saludables.

2.4. Preguntas y sugerencias prácticas respecto a alimentación y nutrición

- Estoy embarazada. ¿Qué debo comer?
- ¿Debo comer por dos?
- ¿Cuánto peso debo subir?
- ¿Qué puedo hacer si padezco de náuseas y vómitos?
- ¿Qué puedo hacer si sufro de estreñimiento y hemorroides?
- ¿Qué hacer si padezco de calambres?
- ¿Qué debo hacer si tengo edema importante?

2.5. Materiales

Guías de salud Sana.
Guías de alimentación de la mujer.

2.6. Información técnica

Basado en:
Guías de vida sana.
Guías de alimentación de la mujer.
Guías para una vida saludable (parte 1 y 2.)

Disponibles en: Página web. Sección alimentos y nutrición.
Dirección de servicios de salud.
Centros de salud.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- María Isabel Flores Rivas. Matrona Departamento de Coordinación Red SSM Oriente.
- Ivonne Orellana Vergara. Nutricionista Departamento de Coordinación de Red SSM Oriente.
- Lorena Rodríguez Isaac. Médico Asesora Dpto. de Alimentos y Nutrición Ministerio de Salud.

3. CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

3.1. Antecedentes

En el contexto de la actual tendencia de aumento de la obesidad, se requiere por parte de los y las profesionales de la salud, de la aplicación de nuevas técnicas para propender hacia la adquisición de estilos de vida saludables.

Los equipos de salud juegan un rol muy importante, en la orientación a las futuras madres para que desde la gestación prevengan problemas de obesidad en sus hijos. En este enfoque promocional, las familias están llamadas a hacer el esfuerzo por convertirse en el principal modelo y referente para sus hijos. ¿Cómo lograrlo? A continuación revisaremos brevemente la técnica de la consejería, una de las herramientas que se está promoviendo desde las políticas de salud nacionales, para afrontar este tema.

Antecedentes de la Consejería

La consejería es un acercamiento relativamente nuevo, para estimular el cambio de comportamiento favorable. Esta técnica deriva de una variedad de fuentes, que incluyen la comunicación centrada en el y la usuario/a, la terapia cognoscitiva, la terapia humanista, la teoría de sistemas, y el modelo transteóretico de cambio (Sanchez et al 2004, Miller y Rollnick, 1991).

Hasta la fecha, la consejería se ha usado exitosamente con una variedad de problemas, poblaciones, ambientes, y metodologías. La efectividad de la consejería ha sido demostrada tanto para el cambio en hábitos alimentarios como de actividad física (Britt et al. 2004, Reniscow et al 2002, Scales& Millar 2003, Petrella & Lattanzzio 2002). Como técnica parece ser aplicable en forma general al cambio de conducta en distintas problemáticas, a pesar de que se desarrolló primeramente para abordar la ingesta excesiva de alcohol y cesación de hábito tabáquico. (Bien et al. 1993; Noonan y Moyers, 1997).

Por otra parte, está la técnica de consejo breve que se basa en los mismos principios que la consejería pero se ejecuta en el lapso de unos pocos minutos (Bien et al., 1993; Miller and Rollnick, 1991). Este tipo de intervención ha demostrado también efectividad en el cambio de conducta hacia una alimentación saludable y el aumento de la actividad física (Albala et al 2004 b, Bolognesi et al 2006).

3.2. ¿Qué es la consejería?

La consejería en sentido amplio es una técnica en la que el o la profesional acompaña y orienta al usuario/a en el proceso de cambio hacia una conducta saludable. Se centra en las capacidades de las personas para ejercer libre albedrío y cambiar por medio de un proceso de auto–entendimiento. Busca activar la capacidad para el cambio beneficioso que toda persona posee.

Esta técnica puede aplicarse a cualquier problema o atención de personas, por lo que tenemos distintas consejerías aplicadas a temáticas como: VIH SIDA, métodos anticonceptivos, antitabáquica, etc.

¿Qué es la consejería en Vida Sana?

- Es la atención individual o grupal, que reconoce en el usuario/a el papel de protagonista o conductor/a de la adopción de conductas saludables.
- El o la profesional actúa como facilitador/a del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona.
- Está basada en una comunicación transversal, contemplando una orientación centrada en él y la usuaria.
- Busca generar una comunicación efectiva que conduzca a promover conductas saludables y cambio de hábi-

tos, y acordar herramientas educativas prácticas que fomenten el autocuidado.

3.3. Los objetivos de una consejería en vida sana para la mujer serían, favorecer la toma de conciencia de la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable (p. e. las conductas promovidas por las guías alimentarias o de actividad física (MINSAL 2005), apoyar el desarrollo de un plan de acción al respecto, y fortalecer las conductas saludables de la familia y el niño/a.

Para profundizar sobre la técnica de consejería ver Consejería en Vida Sana, Manual de Apoyo (página web nutrición).

La Estrategia de Intervención a través del Ciclo Vital para la prevención de obesidad y otras ECNTs., inserta la Consejería como actividad en el Programa de la Mujer, específicamente en la puérpera en el tercer y sexto mes postparto. El propósito de ésta, es promover la recuperación del peso pregestacional, a través de una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular.

No obstante lo anterior, el estilo de comunicación que promueve la consejería, esto es un estilo horizontal, cálido, empático, acogedor y reflexivo, puede ser aplicado en cualquier actividad del Programa de la Mujer.

También existe material de apoyo para la realización de Talleres grupales en Vida Sana. Se recomienda que los talleres sean realzados por equipos interdisciplinarios, donde se integren matronas, nutricionistas, psicólogos, kinesiólogos, profesores de educación física, etc. El Taller de Autocuidado, Relajación y Vida Sana cuenta con un Manual del Facilitador, y manuales para cada sesión propuesta: 1.– Autoestima y Autocuidado; 2.– Mente Sana, Cuerpo Sano; 3.– Comunicación y estilos de Vida Saludable; 4.– Yo me Cuido!!!, Te invito a Cuidarte Conmigo; y está disponible en la web. Dicho taller puede ser adaptado a las necesidades y recursos locales.

¿En qué consiste la Consejería?

La consejería con un enfoque motivacional se basa en los siguientes supuestos:

- La ambivalencia sobre determinadas conductas es normal y constituye un obstáculo motivacional.
- La ambivalencia se puede resolver al trabajar con las motivaciones y valores intrínsecos del usuario.
- La alianza entre el profesional de salud y el usuario/a es una asociación colaborativa en la cual el profesional aporta con su experiencia.
- Una consejería es empática, da apoyo, a la vez que direcciona, proporciona las condiciones bajo las cuales ocurre el cambio.

3.4. Estrategias motivacionales en consejería

El abordaje motivacional en consejería es persuasivo no prescriptivo, es de apoyo más que de argumentación. Se basa en las siguientes estrategias:

- **La empatía.** Un estilo empático de comunicación establece un ambiente seguro y abierto que conduce a examinar problemas y conseguir razones personales y métodos para cambiar. Se busca comprender la perspectiva particular, los sentimientos y valores de cada persona o familia que consulta. Su actitud debe ser de aceptación, pero no necesariamente de aprobación o acuerdo, reconociendo que la ambivalencia en cuanto al cambio es de esperarse. La entrevista motivacional es sumamente exitosa cuando se establece una relación de confianza entre el personal de salud y la persona que consulta.
  El componente clave para expresar empatía es la escucha reflexiva. Si el o la profesional está imponiendo dirección y juicios en la consulta, estará creando barreras que impiden la relación terapéutica (Miller y Rollnick, 1991). El o la paciente con toda probabilidad reaccionará deteniéndose, desviándose o cambiando

de dirección. Las diferencias de género, étnicas, sociales y culturales, se tienen que considerar al expresar empatía ya que influyen cómo, tanto el equipo de salud como su público, interpretan las comunicaciones verbales y no–verbales.

- **Desarrollar la Discrepancia.** La motivación para el cambio se aumenta cuando los pacientes perciben discrepancias entre su situación actual y sus esperanzas futuras. La tarea del profesional de salud es ayudar a concentrar la atención de las personas en cómo los comportamientos actuales difieren del comportamiento ideal o deseado. La discrepancia inicialmente se resalta al hacer conscientes las consecuencias negativas de la conducta tanto en lo personal, como familiar o en la comunidad. Se busca ayudar al usuario/a a explorar de qué forma las metas personales importantes (por ej. buena salud, aceptación en el grupos de pares, éxito escolar) se están afectando por los patrones actuales de conductas. Esto exige escuchar atentamente los planteamientos de las mujeres en cuanto a sus valores y relación con la comunidad, familia u otros grupos de referencia (p. e. religiosos). Cuando la persona demuestra preocupación acerca de los efectos del comportamiento personal, es necesario subrayar esta preocupación para permitirle reconocer la discrepancia, y que finalmente pueda articular una preocupación consistente y compromiso hacia el cambio.

- **Evitar la Argumentación.** El equipo de salud podría verse tentado a discutir con el público que no está seguro o reacio a cambiar, especialmente si tiene una actitud hostil, desafiante o provocativa. Sin embargo, tratar de convencer a una persona de que el problema existe o de que se necesita un cambio, podría desatar aún más resistencia. La argumentación puede degenerar rápidamente en una lucha de poder y no aumenta la motivación por un cambio beneficioso. Cuando la usuaria y no el o la profesional, es el que manifiesta argumentos para el cambio, se puede progresar. La meta es "acompañar" o "caminar junto" a los y las usuarios/as y no "convencerlos/as" o "arrastrarlos/as" en los cambios de conductas. Acusar a las usuarias de estar en negación o forzarlas a que acepten etiquetas (p. ej. ser obesa, ser sedentaria) probablemente aumente su resistencia, en lugar de inculcar motivación para el cambio.

- **Trabajar con la Resistencia.** La resistencia es una preocupación legítima para el profesional de salud puesto que predice resultados pobres en el tratamiento y falta de involucramiento en el proceso de cambio. Una forma constructiva de ver la resistencia, es interpretarla como una señal para el profesional, de que la persona que consulta ve la situación de forma diferente. Es una indicación para que el profesional cambie el enfoque o escuche con más atención. La resistencia otorga una oportunidad para responder en una forma creativa y sorprender, tomando ventaja de la situación sin confrontar.

- **Apoyo de la Autoeficacia.** Muchas personas no tienen un sentido de autoeficacia bien desarrollado y encuentran difícil creer que pueden comenzar un cambio de comportamiento o mantenerlo. Mejorar la autoeficacia requiere hacer surgir y mantener la esperanza y el optimismo en la viabilidad del cambio. Esto exige que el o la profesional de salud reconozca las fortalezas del usuario/a y que las saque a flote cada vez que sea posible. A no ser que la persona crea que el cambio es posible, los sentimientos de desesperanza sobre lograrlo posiblemente resulten en racionalizaciones o negación para poder reducir la incomodidad. Puesto que la autoeficacia es un elemento crítico del cambio del comportamiento, es crucial que los equipos de salud también crean en la capacidad de sus clientes para alcanzar sus metas.

3.5. La comunicación en consejería

La forma en que se realiza la comunicación entre el o la profesional de salud y los padres o niños/as es central para el desarrollo de los objetivos de la consejería. Se busca un estilo de comunicación horizontal, donde a partir de lo comunicado por los usuarios/as se concuerden las estrategias para hincar el cambio conductual (Albala et al 2004 a). Para ello se recomienda:

a) **Formular Preguntas Abiertas.** Las preguntas abiertas facilitan el diálogo; no se pueden contestar con una sola palabra o frase y no necesitan ninguna respuesta en particular.

b) Escucha Reflexiva. El o la profesional demuestra que ha escuchado con precisión y entendido lo que el usuario/a desea comunicarle. Es decir, señala lo que cree que el usuario/a quiere dar a entender y lo expresa en un señalamiento responsivo, no en una pregunta. Esencialmente, escuchar con atención, exige un seguimiento alerta y continuo de las respuestas verbales y no–verbales del interlocutor/a y sus posibles significados.

c) Resumir. Rescatar la esencia de lo que ha expresado el usuario/a y repetírselo. Un resumen que vincula los sentimientos positivos y negativos de la persona sobre la conducta inapropiada, puede facilitar un entendimiento de la ambivalencia inicial y promover la aceptación de la discrepancia. Resumir también es una buena forma de empezar y terminar cada una de las sesiones de consejería y proporcionar un puente natural cuando el usuario/a está en transición entre etapas de cambio.

d) Afirmar. Cuando se hace sinceramente, afirmar al usuario/a apoya y promueve la autoeficacia. Más aún, su afirmación reconoce las dificultades que ha experimentado su cliente validando las experiencias y sentimientos de la persona.

e) Extraer Pensamientos Automotivacionales. La tarea del o la profesional es ayudar al usuario/a a reconocer cómo podría ser mejor la vida y a escoger métodos para lograrlo, a través del desarrollo de los pensamientos automotivacionales. La consejería exitosa exige que los usuarios/as, no el o la profesional, sean los que argumenten a favor del cambio y se persuadan de que quieren y pueden cambiar.

Consejo breve

La técnica de consejo breve suele confundirse con la consejería. Si bien se trata de una técnica distinta, se basa en los mismos principios que la consejería: evitar la confrontación, la responsabilidad de cambio centrada en el individuo, un estilo empático, y reforzamiento de la autoeficacia. Esta es una acción, que puede incorporarse en cualquier actividad de equipo de salud busca detectar 1 o 2 factores de riesgo en el usuario/a, valorar el estilo de vida saludable, y evaluar y/o concordar alguna estrategia de cambio (Tabla 2). El consejo breve puede aplicarse en una entrevista corta, entre 30 segundos y 5 minutos.

3.6. Modelo de las etapas del cambio

Facilitar el cambio de conductas en personas, familias y comunidades es parte de las labores del equipo de salud actual, un modelo teórico de probada efectividad es el de las etapas del cambio. El modelo de etapas de cambio o transteorético, desarrollado por Prochaska et al. sugiere que el cambio conductual relacionado con la salud se lleva a cabo a lo largo de cinco etapas diferenciadas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Tabla 2). Hay diversos factores que influyen en la transición entre las distintas etapas, y los individuos responderán mejor ante intervenciones adaptadas a la etapa del cambio en que se encuentren. El modelo parte de la base de que el cambio es un ciclo continuo, no un resultado final. Las personas pueden retroceder a etapas anteriores varias veces, lo que no implica que empiecen desde el principio cada vez. Se describe a los sujetos en términos de su progreso a lo largo de una serie de estados conductuales, además de tener en cuenta otras dimensiones relacionadas como, por ejemplo, la confianza del individuo en su propia capacidad de cambio. Esta información puede resultar útil a la hora de adaptar los mensajes educativos a las necesidades de los sujetos y a su disposición a tener en cuenta distintos tipos de información.

Las personas en etapas de precontemplación y contemplación requieren de información que sea una motivación para iniciar el cambio de conducta. Aquellas personas que han pasado a una etapa de preparación necesitan de refuerzo en su autoeficacia para lograr el cambio y prever y resolver las barreras con que se encontrará. Finalmente, con aquellos que están en etapa de acción o mantención se requiere poner énfasis en los beneficios y satisfacciones logrados.

ETAPAS DEL CAMBIO

1. **Precontemplación.** La persona no tiene ninguna conciencia de la necesidad de un cambio.

2. **Contemplación.** La persona tiene interés por modificar su conducta pero no siente motivación o capacidad para realizarlo.

3. **Preparación.** La persona tiene conciencia plena de la necesidad del cambio, y está planificando las condiciones para ejecutarlo.

4. **Acción.** Es la fase de ejecución, donde existen riesgos de recaídas y la persona debe tener un plan de acción para afrontarlas.

5. **Mantención.** Se considera iniciada a partir de los seis meses siguientes al cambio de conducta, considerando que este ya comienza a formar parte de su estilo de vida.

3.7. Cuatro etapas de un consejo breve

1. En el inicio introducir un tema / problema mediante una pregunta abierta y previa solicitud de permiso (¿Quieres que hablemos del consumo de golosinas de tu hijo/a...?).

2. Explorar los motivos de preocupación para que el o la usuaria empiece a elaborar sobre sí mismo las opciones de cambio (¿Qué dificultades crees que tienes para hacer más actividad física con tu hijo/a?).

3. Elección de opciones para el cambio mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva (Dices que cuando empiezas a privarte de la comida que te gusta te pones triste y apagado).

4. Finalizar realizando un resumen de lo expresado por el o la usuario/a y preguntándole si es correcto (¿Te he entendido bien?).

(¿Qué dificultades crees que tienes para hacer más actividad física con tu hijo/a?).

Elección de opciones para el cambio mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva (Dices que cuando empiezas a privarte de la comida que te gusta te pones triste y apagado).

Finalizar realizando un resumen de lo expresado por el o la usuario/a y preguntándole si es correcto (¿Te he entendido bien?).

PROFESIONAL QUE PARTICIPA EN EL CAPÍTULO

- Marcela Romo Marty. Antropóloga (Msc) Departamento de Nutrición y Alimentos, Ministerio de Salud.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo IX

Atención de Morbilidad Específica en el Nivel Secundario

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO IX

ATENCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN EL NIVEL SECUNDARIO

Complementario con Programa que se entrega a embarazadas de bajo riesgo, no poner todo el énfasis en la eventual patología preexistente o que aparece durante el embarazo actual.

1. INTRODUCCIÓN

En el nivel secundario de atención se concentran todas las pacientes embarazadas que cursan con una patología previa, desarrollada durante el embarazo o que potencialmente tienen factores de riesgo de desarrollar alteraciones en el curso de la gestación. El enfoque de riesgo se basa en el hecho que no todos los individuos tienen la misma probabilidad de sufrir un daño determinado. Esta diferente susceptibilidad establece un gradiente en las necesidades de atención que deben entregar los sistemas de salud, la gestante debe ser atendida según el grado de riesgo que presenta.

Las necesidades de salud en el grupo de menor riesgo se resuelven en general en el primer nivel de atención, el grupo de alto riesgo requiere ser atendido en niveles de mayor complejidad y capacidad resolutiva.

En el nivel secundario de atención se realiza la consulta de alto riesgo obstétrico y perinatal fundamentalmente a cargo del médico obstetra quien debe también enfatizar en la educación personalizada y especializada de acuerdo a la desviación de salud que presente la gestante, constituyéndose está instancia en un momento trascendental dentro de la atención, ya que influye en el proceso evolutivo de la enfermedad, sus complicaciones y riesgos para la salud.

La educación para el autocuidado de la gestante está a cargo del profesional matrona/ón, que realiza programas de educación en base a las necesidades requeridas por cada mujer, agrupándolas según características semejantes, especialmente de igual patología para favorecer el intercambio de experiencias, aprovechando este momento del ciclo vital, en el cuál se está más motivado para responder mejor al aprendizaje.

2. DEFINICIÓN

Atención profesional otorgada por matrona o matrón, a un grupo de gestantes, que tiene como finalidad el apoyo emocional y educación específica en relación a su patología.

3. OBJETIVOS

3.1. Estimular el autocuidado en salud de la mujer y de su hijo/a próximo a nacer.
3.2. Otorgar información general de los riesgos específicos de su patología.

3.3. Disminuir su ansiedad debido a una patología, a través de la psicoeducación.
3.4. Reconocer signos y síntomas de emergencia obstétrica y toma de conducta en cada caso.
3.5. Preparar al parto y la maternidad.
3.6. Estimular sobre los logros obtenidos.
3.7. Identificar las redes de apoyo de la gestante.
3.8. Promover la prevención de otras patologías de la gestación, minimizando los factores de riesgo.

4. CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOEDUCACIÓN DE EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

- La educación debe ser siempre en un ambiente de respeto, cálido y confianza.
- Aceptar la individualidad y libertad de la gestante, acerca de su propia salud.
- La educación grupal debe ser voluntaria y participativa.
- Se debe tomar en cuenta la experiencia previa de las gestantes.
- Los contenidos educativos deben atender a necesidades sentidas por ellas, de manera de utilizar los conocimientos en su práctica cotidiana.
- La presencia del padre, le brinda a ambos una excelente posibilidad de compartir el proceso, destacar la responsabilidad como pareja y motivarlos para hacer cambios de conductas juntos.
- Se deben diseñar métodos y técnicas educativas que resulten apropiadas (atractivas) para el grupo con el que se va a trabajar.
- Identificar las necesidades educativas del grupo, a través de comentar experiencias individuales, embarazos previos etc.
- Conocer sus expectativas en relación al grupo y objetivo del taller.
- El grupo idealmente debe tener características homogéneas (misma desviación de salud, por ejemplo).
- Se debe tratar un tema específico, para que el grupo participe y se estimule a cambiar hábitos o modificar conductas.
- El tiempo máximo para realizar la intervención educativa no debe ser mayor a 45 minutos, de manera de obtener su máxima atención y disposición.
- Promover un clima relajado.
- Fomentar al máximo la participación de todos los participantes (gestantes y acompañantes).
- Hacer un acuerdo de grupo previo al inicio de la sesión educativa: compromiso grupal de participar, respetar y escuchar la opinión del otro, etc.
- Investigar la experiencia que tienen las gestantes, con respecto al tema.
- Evitar usar terminología médica, que las participantes no conozcan.
- Dar a conocer al inicio de la sesión, la duración de ésta.
- Tener una técnica de evaluación que pueda ser medible, para investigaciones futuras.
- Orientar las necesidades pesquisadas hacia la clarificación del tema a tratar, en beneficio de la madre y prevención de patologías asociadas.
- El número de sesiones debe ser acuerdo a las necesidades pesquisadas.

5. ACCIONES

5.1. Entregar conceptos generales acerca de la morbilidad presente.
5.2. Orientar sobre signos y síntomas que indican complicaciones y la importancia de cumplir indicaciones y tratamiento médico.
5.3. Refuerzo de recursos personales para el auto cuidado.
5.4. Apoyo emocional, refuerzo de red de apoyo familiar / social y prevención del aislamiento emocional.

6. REGISTRO:

- Ficha maternal.
- Agenda de Salud de la Mujer.
- Hoja de estadística diaria.

7. RENDIMIENTO: 1 por hora
Concentración: mínima 2
Instrumento: Hora matrona, Hora psicólogo

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Hilda Iturralde Ruiz – Mª Jeannette Mercado Falcón.
  Matronas Policlínico Alto Riesgo Obstétrico. Centro Diagnostico Terapéutico.
  Complejo Hospitalario Dr. Sótero Del Río.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo X

Atención del Trabajo de Parto y Parto Fisiológico

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO X

ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO FISIOLÓGICO

El momento del nacimiento – parto es uno de los momentos más trascendentales en la vida del ser humano, marca la separación física, expresada por el corte del cordón umbilical, entre el nuevo ser y su madre; a partir de ese momento, el frágil recién nacido humano debe asumir el control de sus funciones vitales, independiente de su madre. En este contexto, el parto es sólo un momento en la vida del nuevo individuo, de alta vulnerabilidad, con riesgos que pueden comprometer su calidad de vida futura.

La manera en que un niño(a) llega a este mundo es de vital importancia para él, para sus padres y para la sociedad en que nace. En ese momento, el recién nacido debería ser el principal protagonista, junto con sus padres; se trata de favorecer, y no perturbar, el proceso del nacimiento, de facilitar el encuentro entre la madre, el niño y el padre.

El cambio en el modelo de relación entre profesionales de salud y usuarios/as, incorporando el derecho de los y las usuarias a recibir información sobre el estado de salud, posibilidades diagnósticas, terapéuticas y pronóstico previsible, condiciona un cambio importante en la asistencia médica con un rol más activo de los y las usuarios/as quienes tienen la oportunidad de asumir un mayor protagonismo en las decisiones sobre su salud.

La asistencia profesional de la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio es realizada fundamentalmente por el trabajo complementario de un equipo profesional formado por matronas y médicos (gineco–obstetra, anestesiólogo, neonatólogo), de acuerdo a las necesidades específicas de cada gestante y de cada etapa de este proceso (trabajo en equipo).

1. RECEPCIÓN DE LA GESTANTE EN LA UNIDAD DE URGENCIA DE LA MATERNIDAD

1.1. Definición

Es la atención brindada a la gestante en la Sala de Admisión de Urgencia del Servicio de Obstetricia y Ginecología, para el diagnóstico del trabajo de parto y según ello decidir lo que corresponda (ingreso, no ingreso); esta acción se acompaña de información y orientación atingente a la causa de consulta, incluyendo en esta atención a los acompañantes–pareja y/o familiares (enfoque personalizado).

Al momento del ingreso a la maternidad, a través de la entrega de información precisa y entendible, que permita a la madre sentirse acogida, tranquila y apoyada, el equipo profesional responsable (matrona, médico), elaborará un **plan** de atención y pronóstico del trabajo de parto:

- Presentaciones respectivas de la parturienta, su acompañante con las/los profesionales que la acompañarán durante su trabajo de parto y parto.

- Información clara sobre diagnóstico y pronóstico de su gestación al inicio del trabajo de parto.
- Situación fisiológica o patológica de su gestación: si es un trabajo de parto de término o pretérmino, y cuando corresponda, la explicación de las patologías médicas u obstétricas existentes.
- Tiempos estimados esperables en la evolución del proceso.

1.2. Objetivos Generales

1.2.1. Acoger a la gestante y pareja o acompañante.
1.2.2. Acoger y brindar apoyo psicológico y emocional a la gestante y pareja o acompañante.
1.2.3. Informar y orientar en todo momento a la gestante, pareja o acompañante durante las acciones y procedimientos que se realizan en Sala de Admisión de Urgencia.
1.2.4. Diagnosticar trabajo de parto y proceder de acuerdo a diagnóstico realizado.
1.2.5. Favorecer la evolución fisiológica del proceso, minimizando intervenciones innecesarias.
1.2.6. Identificar y manejar oportunamente las eventuales complicaciones, solicitar evaluación médica si corresponde.

1.3. Objetivos Específicos

1.3.1. Mantener un ambiente físico adecuado en Sala de Admisión de Urgencia.
1.3.2. Entregar una atención personalizada a la gestante y pareja o acompañante que consulta en Sala de Admisión de Urgencia.
1.3.3. Favorecer un ambiente sicoafectivo adecuado, que permita brindar apoyo emocional, escuchando a la gestante y/o acompañante, estimulando su activa participación en la toma de decisiones.
1.3.4. Pesquisar factores de riesgo biosicosocial, personal y familiar, y eventuales complicaciones.
1.3.5. Entregar información y orientación a la mujer, familiares o acompañantes.
1.3.6. Identificar factores de riesgo y eventuales complicaciones
1.3.7. Formular diagnóstico y definir conducta según evaluación realizada.
1.3.8. Definir conducta según diagnóstico formulado, especialmente ante una urgencia.
1.3.9. Solicitar evaluación médica si corresponde.
1.3.10. Derivar a los servicios correspondientes o al domicilio según diagnóstico.

1.4. Procedimientos

1.4.1. Metodología

- Brindar buen trato, mantener actitud empática, reconociendo que cada gestante es diferente, preguntarle cómo desea que nos dirijamos a ella.
- Mantener ambiente acogedor: luz tenue, temperatura ambiente 25 ºC, tono de voz bajo, silencio, comunicación con lenguaje adecuado.
- Escuchar atentamente el motivo de consulta de la mujer.
- Ofrecer apoyo psicológico permanente, preocupándose de disminuir la ansiedad.
- Motivar a la consultante, pareja o acompañantes a ser proactivos en el proceso.
- Responder inquietudes de la consultante y familiares o acompañante.
- Evaluar bienestar materno–fetal.
- Formular Hipótesis Diagnóstica.
- Solicitar evaluación médica si corresponde.

1.4.2. Descripción

- Realizar anamnesis completa personal y familiar, detectando factores de riesgo biosicosocial.
- Realizar anamnesis general: Identificación: nombre, RUT, domicilio, datos para ubicar un familiar, previsión,

estado civil, etnia, nacionalidad.
- Entregar información y orientación a la pareja o acompañante; acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.
- Brindar buen trato durante todo el proceso (saludo y despedida cordial, llamarla por su nombre, no usar apelativos, no tutear y mirar a la cara), tranquilizar a la consultante y pareja o acompañante.
- Explicar situaciones en las cuales se le solicitará su consentimiento informado.
- Revisar antecedentes (carné maternal, exámenes de laboratorio realizados según norma vigente, ecografías etc.). Si no presenta examen de grupo sanguíneo y Rh, clasificar de inmediato.
- A las mujeres que ingresan sin control prenatal, debe solicitarse al ingreso exámenes de laboratorio: grupo y Rh, hematocrito, hemoglobina, VDRL, glicemia, orina y cualquier otro examen que se considere necesario
- Realizar examen físico: estado general, signos vitales, talla y peso; examen segmentario: cabeza, cuello, tórax, mamas y extremidades.
- Realizar examen obstétrico: inspección abdominal, medición altura uterina, palpación, presentación (Maniobras de Leopold), auscultación de LCF y tacto vaginal si corresponde, evaluar pérdidas vaginales y estimación clínica de peso fetal.
- Formular el diagnóstico de ingreso, destacando el riesgo obstétrico–perinatal.
- Formular un plan de atención a la madre en la ficha clínica y pronóstico.
- Considerar ducha de aseo según condiciones y preferencia de la madre.
- Tomar 4° VDRL al ingreso, durante el trabajo de parto o parto.*
- En caso de patología, solicitar evaluación médica.
- Tratar y derivar si corresponde.
- Traslado de la madre a la unidad correspondiente y custodia de pertenencias.

1.5. Recurso Humano

- Matrona o Matrón.
- Médico obstetra.
- Técnico Paramédico.
- Auxiliar de Apoyo.

Rendimiento: Dos gestantes por hora.

Concentración: Mínimo una hora.

1.6. Sistema de registro

- Ficha Perinatal con énfasis en el Partograma (se puede auditar).
- Libro o planilla de consultas e ingresos.
- Hoja del SOME.

1.7. Equipamiento básico

- Sala que cumpla condiciones para privacidad, y espacio para acoger a acompañante.
- Escritorio y sillas (mínimo 3).
- Silla ginecológica para efectuar examen.
- Estetoscopio de Pinard.
- Doppler sin imagen.
- Monitor fetal.
- Huincha Métrica.

* Resolución Exenta Nº 262 del 28.04.06

- Guantes de procedimiento.
- Guantes estériles.
- Equipos de fleboclisis.
- Mueble con insumos.
- Espéculos.
- Tubos y frascos para examen.
- Camilla y silla de ruedas para traslados.

1.8. Indicadores

- Número de consultas en 24 horas.
- Número de ingresos en 24 horas.

2. MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO FISIOLÓGICO PERSONALIZADO

2.1. Definición:

Es la atención que entrega el equipo profesional que acompañará a la mujer en todo el proceso del trabajo de parto, parto y postparto inmediato, con la finalidad de ofrecer la mejor asistencia técnica según la evidencia científica disponible, donde se privilegie la intimidad y la vivencia de la pareja evaluando oportunamente tanto el progreso del mismo, como las necesidades afectivas y emocionales de ella y su acompañante.

2.2. Diagnóstico de trabajo de parto

Toda consultante debe ser examinada por una matrona o matrón. La presencia de contracciones uterinas rítmicas (tres en 10 minutos), generalmente dolorosas, con intensidad clínica que aumenta la consistencia del útero y que duran 40 segundos o más, presentes por más de 1 hora, permiten plantear el diagnóstico probable de trabajo de parto; en caso de duda, debe ser controlada por el tiempo que sea necesario, para confirmarlo y hospitalizarla, o bien, para descartarlo y remitir a la gestante a su domicilio, con información clara sobre cuando debe volver a consultar. El diagnóstico clínico se complementa por la presencia de un cuello uterino maduro (centrado, reblandecido, acortado o borrado por fenómenos pasivos), con una dilatación de de 2–3 cms. o más.

Si la consultante no tiene indicación de hospitalización y no ha tenido control prenatal previo, se le entregará una hoja de interconsulta o un carné maternal según se disponga, refiriéndola al Centro de Salud correspondiente.

Ninguna gestante en trabajo de parto debe ser rechazada. De no haber camas disponibles se referirá al centro asistencial más cercano que esté en condiciones de recibirla, previa comunicación del profesional que ha realizado la atención con éste. El traslado se hará siempre que el avance de la dilatación y el trabajo de parto lo permitan, en ambulancia y utilizando el formulario correspondiente.

Establecido el diagnóstico de trabajo de parto, la gestante es hospitalizada; ante una distocia de presentación, la gestante debe ser examinada por el médico, quien indicará la conducta a seguir.

Para evaluar la progresión del proceso, debe considerarse una serie de elementos:

- Características de las contracciones uterinas (frecuencia, intensidad, duración, ritmo y sensibilidad).
- Estado del cuello uterino (centramiento en el canal del parto, borramiento, dilatación, grosor y consistencia).
- Estado de las membranas.
- Condiciones del segmento inferior.

- Ante rotura de membrana, observar características de L.A.; aspecto, color, olor y cantidad.
- Características de los latidos cardíacos fetales (L.C.F).

2.3. Objetivos Generales

2.3.1. Personalizar la atención durante el trabajo de parto.
2.3.2. Generar un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de la maternidad, donde la mujer y su familia sean reconocidos y tratados como los protagonistas del evento.
2.3.3. Permitir la evolución fisiológica del trabajo de parto, minimizando la intervenciones (evitar la medicalización).
2.3.4. Identificar y manejar oportunamente las eventuales complicaciones que surjan en el proceso.
2.3.5. Evaluar necesidad de manejo del dolor durante el trabajo de parto, solicitar apoyo por profesional calificado.

2.4. Objetivos Específicos

2.4.1. Mantener en la sala de prepartos un ambiente físico adecuado (te perado, acogedor, luz tenue, en silencio o con música de relajación), brindando privacidad a la mujer, pareja o acompañante.
2.4.2. Apoyar el rol protagónico de la mujer y su pareja o acompañante durante el proceso.
2.4.3. Ofrecer acompañamiento continuo durante el trabajo de parto (apoyo psicoafectivo permanente).
2.4.4. Informar permanentemente a la gestante y su pareja o acompañante de todos los procedimientos a realizar.
2.4.5. Favorecer la toma de decisiones por parte de la mujer.
2.4.6. Evitar maniobras o intervenciones rutinarias, no justificadas, si el proceso evoluciona fisiológicamente.
2.4.7. Identificar oportunamente factores o condiciones de riesgo, con respaldo del equipo médico el cual indicará las acciones necesarias para corregirlas.

Fuente: Maternidad Hospital de Villarrica. Matrona Ida Cisternas García.

2.5. Procedimientos

2.5.1. Metodología

- Entregar un trato personalizado y acogedor en un ambiente íntimo y de respeto a la mujer y su pareja o acompañante, poniéndose en su lugar, reconociendo que cada mujer tiene necesidades diferentes.

- Informar a la mujer, pareja o acompañante la condición materna y fetal de cada etapa.
- Respetar la elección de la presencia de la pareja o acompañante, la cual dependerá de las necesidades de la parturienta.
- Favorecer la participación e integración del padre o persona significativa en un ambiente de privacidad, motivándolo a ser proactivo durante el proceso de parto, como apoyo para la mujer y para favorecer la formación de vínculos seguros con su hijo/a al momento del nacimiento.
- Estimular la comunicación activa entre la mujer, su pareja o acompañante, y el equipo de salud que asiste el proceso, animarlos a plantear sus inquietudes sobre el trabajo de parto y condición de su hijo/a, así como a participar en la toma de decisiones.
- Permitir que el proceso curse en forma fisiológica.
- Evaluar la presencia e intensidad de dolor y la capacidad de tolerancia de la mujer.
- Estimular que la pareja o acompañante le realice masajes en la espalda y en las piernas.
- Evaluar la condición emocional y afectiva de la mujer e identificar sus necesidades de apoyo psicológico.
- Realizar la valoración de modificaciones cervicales, frente a signos claves de avance evitando exámenes de rutina.
- Pesquisar oportunamente complicaciones y solicitar evaluación médica.
- En el caso de gestantes con patología o distocias, las acciones indicadas corresponderán a la Guía Perinatal vigente.

2.5.2. Descripción del procedimiento

- Informar cada etapa del trabajo de parto y su progresión, con el fin de disminuir miedos y ansiedad.
- Ofrecer la posibilidad de baño ducha con agua caliente, según las condiciones de la mujer, para aliviar sus molestias durante el proceso.
- Estimular la deambulación y la adopción de las posiciones más cómodas para la mujer.
- Brindar apoyo físico mediante técnicas que alivian el dolor y la incomodidad del trabajo de parto –métodos no farmacológicos de alivio del dolor– como cambios de posición, masaje, calor, descanso, realizar ejercicios de respiración, relajación y perineales con el balón kinésico, bajo la supervisión de personal capacitado y según tolerancia de la parturienta, deben primar estos métodos (recomendación de la OMS).
- Informar del uso de analgesia peridural, a petición de la parturienta (consentimiento informado).
- Evaluar y acompañar a la parturienta para identificar tempranamente la presencia de riesgo y dar una atención oportuna con el equipo médico.
- Vigilar la condición y bienestar materno:
  - Control de signos vitales –temperatura, pulso y presión arterial– como parámetros básicos cada 4 horas, en mujeres sin patología.
  - Evaluar necesidades de hidratación y permitir la ingesta de líquidos y comida liviana.
  - Observar diuresis y vaciamiento oportuno de la vejiga.
- Evaluar la condición fetal a través de:
  - Realizar una monitorización electrónica fetal a toda gestante al inicio del trabajo de parto.
  - Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal con estetoscopio de Pinard cada 30 minutos (antes, durante y después de la contracción) y cada 15 minutos en la etapa desaceleratoria (8 a 10 cm. de dilatación), restringiendo el uso de la monitorización electrónica fetal durante el trabajo de parto, salvo en gestantes de riesgo.
- Evaluar la actividad uterina a través del control manual de contracciones uterinas cada una hora.
- Realizar registros pertinentes, completos.
- Informar a la mujer y su pareja o acompañante, solicitando su consentimiento, sobre todos los procedimientos que se realicen.
- Evaluar el progreso de trabajo de parto:
  - Realizar plan de Atención, según etapa del trabajo de parto.
  - Evaluar progresión de la dilatación cervical y descenso de la presentación.
  - Realizar el mínimo de tactos vaginales y con justificación clínica, evitando exámenes de rutina.
  - Detectar en forma oportuna alteraciones en la progresión del trabajo de parto e informar a médico.
  - No realizar amniotomía de rutina, fundamentar si corresponde, según Guía Perinatal 2003.

  - Identificar oportunamente la presencia de riesgo, o de complicaciones maternas o fetales, y realizar la intervención más adecuada a la situación; las acciones a realizar serán indicadas por médico gineco–obstetra, de acuerdo a lo señalado en la Guía Perinatal vigente.
  - No realizar divulsión cervical.
  - Diagnosticar dilatación completa a través de signos obstétricos y tacto vaginal.
- Con dilatación completa:
  - Trasladar a sala de partos.
  - Favorecer la continuidad de la atención por matrona durante el trabajo de parto y parto.
  - No hacer pujar a la madre en forma innecesaria.
  - Auscultación de LCF cada 15 minutos.
  - Solicitar evaluación médica ante la presencia de alteraciones.

2.5.3. Alternativas en manejo del dolor en el trabajo de parto y parto (Guía analgesia en el parto)

El manejo del dolor es un aspecto fundamental de la actividad del equipo de salud encargado del apoyo y asistencia profesional de una madre en trabajo de parto y parto. Esto no incluye necesariamente el tratamiento farmacológico de esta situación.

En la fisiología del proceso, existen varias causas que explican el dolor asociado al trabajo de parto y parto, pero es importante destacar que el dolor también puede estar influenciado por las experiencias pasadas vividas, o transmitidas entre generaciones, en el entorno socio–cultural y las expectativas individuales ante este evento.

Es de responsabilidad del equipo profesional dar la respuesta más adecuada a la madre al momento de informarle sobre el plan inicial, en términos del apoyo que recibirá al momento de solicitar ayuda para alivio del dolor. Este dependerá de los recursos locales humanos y físicos, de los problemas médicos u obstétricos concurrentes, y de los recursos psicológicos y preferencias de la parturienta.

Una tarea fundamental del equipo de salud es ayudar a la mujer a hacer frente al dolor durante el proceso, favoreciendo:

- La posibilidad de adoptar las posiciones que le sean más cómodas a ella.
- La posibilidad de deambular según sus propias necesidades.
- La realización de masajes que resultan efectivos sobretodo cuando los aplican la pareja y/o acompañante, a los cuales se adiestra durante el período prenatal.
- La aplicación de compresas calientes, a temperatura tolerable, en zonas de máxima tensión (ingle, sacro, periné).
- La realización de esquemas respiratorios adecuados, que ayudan a la mujer frente al dolor.
- El apoyo farmacológico según las posibilidades locales del servicio respectivo.

A. ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS EN ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

De acuerdo a la revisión más reciente de la base de datos de la Universidad de Oxford, pueden ser clasificadas como técnicas que reducen el estímulo doloroso, técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos, y aquellas que aumentan las vías inhibitorias descendentes:

Técnicas que reducen el estímulo doloroso: movimientos maternos y cambios de posición, contrapresión durante contracción uterina, descompresión abdominal.

Técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos: calor y frío superficial, inmersión en agua tibia durante el trabajo de parto y parto, tacto y masajes, acupuntura y acupresión sin agujas, estimulación eléctrica transcutánea, inyección intradérmica lumbar de liquido estéril, aromaterapia.

Técnicas que aumentan las vías inhibitorias descendentes: orientación de foco de atención y distracción, hipnosis, música y audio–analgesia, bio–retroalimentación durante clases prenatales.

No existe evidencia basada en trabajos clínicos aleatorios y controlados para apoyar alguna de estas técnicas. Excepto el parto en el agua, sobre el que existen dudas razonables sobre su seguridad sobre el recién nacido, no así acerca de la seguridad de inmersión en agua tibia durante el trabajo de parto, donde existe un trabajo prospectivo canadiense que avala su seguridad y buena evaluación materna. (A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford University Press 2000).

La sugerencia es que se deben privilegiar aquellos métodos y técnicas que aunque sin soporte sólido en la evidencia médica disponible, son obviamente inocuas y seguras para la madre y el recién nacido. Se estimulará el desarrollo de protocolos locales en este sentido para el apoyo analgésico no farmacológico, según el deseo y riesgo de la madre: técnicas de relajación y de respiración aprendidas durante clases prenatales, masaje dorsal, cambios de posición, ducha o baño de tina tibio al comienzo del trabajo de parto, hielo lumbo–dorsal, masaje y ejercicio sobre pelotas de masaje.

B. ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS EN ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Analgesia epidural:

Si es elegida, la analgesia durante el trabajo de parto o parto posee poco o ningún efecto sobre el estado fisiológico del recién nacido. "Actualmente no existe evidencia que la administración de analgesia durante el trabajo de parto o parto por si mismo tenga un efecto significativo en problemas mentales o neurológicos del recién nacido a largo plazo." (Guide for Perinatal Care, American Academy of Pediatrics, The American Collage of Obstetricians and Gynecologists. 5ta Edición. Capítulo Cuidados Intraparto y Postparto de la madre. Págs. 125–61. 2002).

Si está indicado, se recomienda su uso en la etapa de trabajo de parto activo y en las menores dosis posibles, lo cual disminuiría la incidencia de prolongación del período expulsivo descrito en algunas publicaciones. Su uso dependerá de las condiciones de la parturienta y de los recursos locales. (Ver Guía Clínica: Parto con Analgesia 2007).

Analgesia Inhalatoria:

La utilización de Oxido Nitroso (N2O) en mezcla al 50% con Oxígeno, es una alternativa eficaz en analgesia del trabajo de parto.

El N2O es fácil de administrar, tiene una latencia y término de efectos cortos, no deprime la contractilidad uterina, no afecta al feto ó al recién nacido, ni afecta la lactancia. Sin embargo no ejerce un efecto analgésico potente en el trabajo de parto activo. En concentraciones de hasta 50%, es segura la auto–administración materna bajo vigilancia de médico o matrona, no se asocia a inconciencia como se ha reportado con concentraciones mayores. El uso asociado de opioides parenterales para aumentar la eficacia analgésica, aumenta el riesgo.

Para su uso se debe seguir algunas directrices:

Instruír a la parturieta sobre la técnica y sobre las expectativas razonables de alivio del dolor, explicarle que el N2O puede hacerla sentir levemente mareada y/o nauseosa. La técnica de inhalación intermitente, debe iniciarse inmediatamente al momento de ser percibida una contracción uterina. La mascarilla de inhalación debe ser retirada entre contracciones y respirar normalmente. (Ver Guía Clínica: Parto con Analgesia 2007).

2.6. Recurso Humano

- Medico obstetra.
- Matrona o Matrón.
- Médico anestesiólogo.

- Técnico Paramédico.
- Auxiliar de Apoyo.

2.7. Rendimiento: Seis horas matrona por período de dilatación o dos gestantes en trabajo de parto simultáneo, por matrona por turno de doce horas.

Concentración: Uno (1)

2.8. Sistema de registros

- Los datos obtenidos en cada control, como otras incidencias del trabajo de parto deben quedar consignados en la ficha clínica, como también la hora en que se realizó el examen y la identificación del profesional que lo efectuó.
- Partograma propuesto OMS (Friedman modificado), facilita el diagnóstico y manejo oportuno de las anormalidades durante el trabajo de parto.
- Hojas de evolución.

2.9. Equipamiento Básico

- Estetoscopio de Pinard.
- Monitor cardiofetal.
- Doppler sin imagen.
- Esfingomanómetro.
- Termómetro.
- Mueble con insumos: guantes desechables, jeringas, medicamentos, etc.
- Balón kinésico.
- Lámparas murales para mantener luz tenue.
- Ducha caliente.

2.10. Indicadores

- Total trabajos de partos, proporción de trabajos de parto eutócicos y distócicos.
- Total trabajos de parto sin conducción oxitócica, proporción de trabajos de parto con conducción oxitócica.
- Total de partos sin anestesia epidural, proporción de partos sin anestesia epidural.
- Tiempo promedio de duración del trabajo de parto en primíparas y multíparas.
- % de gestantes con acompañamiento durante el trabajo de parto por la pareja, familiar o persona significativa.

3. ASISTENCIA PERSONALIZADA DEL PARTO FISIOLÓGICO (EXPULSIVO, ALUMBRAMIENTO, POST ALUMBRAMIENTO)

3.1. Definición:

El período del parto corresponde al momento en que se produce la expulsión del recién nacido y los anexos ovulares.

Se define como normal aquel parto que tiene un comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde su inicio y se mantiene como tal hasta después del alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en presentación cefálica entre las 37 a 42 semanas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño(a) se encuentran en buenas condiciones (OMS).

Las otras modalidades de parto son las quirúrgicas: vaginal (fórceps) y la operación cesárea.

3.2. Características del Parto Normal

El parto normal reconocido como un proceso natural, debe ser asistido con el cuidado necesario, por la/el profesional (calificado) que esté expectante, asegurando el mínimo de intervención y la mayor seguridad para la madre, el niño/a y su pareja y/o acompañante.

Durante el parto de evolución espontánea, la asistencia profesional será de vigilancia, control, apoyo psicológico y emocional a la madre, pero sin realizar maniobras o acciones tendientes a modificar la evolución del proceso. (Guía para la Atención del Parto y Puerperio – Ministerio de Salud Chile. 1985).

La/el profesional que asiste el proceso debe estar atento en todo momento a las necesidades de la madre y evaluar en forma integral a la mujer, respetando la progresión fisiológica del proceso de parto y la libre expresión de sentimientos por parte de la madre y su pareja. Debe favorecerse el espacio de intimidad para la vivencia del proceso, ofreciendo un acompañamiento permanente que brinde un ambiente de seguridad y afectividad, considerados fundamentales en este momento (calidad y calidez).

Los signos y síntomas que permiten reconocer esta etapa, están asociados a la necesidad de pujar por parte de la parturienta, la cual de acuerdo a lo señalado en la literatura, coincide en un 95% de los casos con la dilatación completa; en este momento, se puede observar que la mujer refiere una sensación de alivio acompañado de la disminución del dolor, que le permite contactarse con su entorno, mostrando una activa participación y disposición a cooperar.

Durante este período es importante que el equipo de salud responsable de la asistencia, no se apresure, respetando el tiempo necesario de acuerdo a las señales del organismo de la mujer; de esta forma la dilatación vulvo–vagino–perineal se realiza de acuerdo a los procesos fisiológicos normales, aprovechándose así de manera más eficiente la energía materna.

Se debe brindar atención inmediata al recién nacido/a junto a su madre y padre o persona significativa, asegurando su adaptación al medio extrauterino y permitiendo una interacción precoz con sus padres.

El ser madre para la mujer debe ser una opción asumida por ella y por su entorno familiar. Desde la gestación se debe ir apropiando de la maternidad y a través de la vivencia de un parto fisiológico, sin intervenciones innecesarias, lograr una experiencia positiva, enriquecedora y de crecimiento personal, potenciando la afectividad y la vinculación para el desarrollo de una relación óptima con su pareja y su hijo/a.

3.3. Objetivos Generales

1. Lograr una óptima calidad en la asistencia del parto.
2. Lograr que las mujeres vivencien el nacimiento de su hijo/a en un ambiente personalizado e íntimo, junto a su pareja y/o acompañante, asegurando un apoyo integral que favorezca la evolución fisiológica del proceso.
3. Generar las condiciones por medio de las cuales la parturienta recupere un rol protagónico en el nacimiento de su hijo/a.
4. Crear un ambiente propicio para que al momento del parto, se fortalezca el proceso de formación del vínculo madre–padre–hijo/a.
5. Reconocer y manejar oportunamente las eventuales complicaciones.

3.4. Objetivos específicos

1. Mantener un ambiente físico adecuado en sala de partos, que reconozca y respete las necesidades de la parturienta y de su pareja o acompañante (privacidad, intimidad, iluminación suave, silencio, etc.).
2. Favorecer la participación de la pareja o acompañante en el proceso.
3. Evitar maniobras o intervenciones, si el proceso de parto o nacimiento evoluciona normalmente.
4. Asistir el expulsivo, alumbramiento y post–alumbramiento de acuerdo al enfoque personalizado del proceso, apoyando la iniciativa que asuma la parturienta, manteniendo una conducta expectante.

5. Promover la interacción precoz de los padres con su hijo/a.
6. Brindar al recién nacido/a una atención inmediata que asegure su adaptación natural a la vida extrauterina, en estrecho contacto con su madre.
7. Realizar intervenciones neonatales que cuentan con respaldo de la evidencia – profilaxis ocular y de enfermedad hemorrágica – al término del período de apego madre–hijo/a (45 a 60 minutos).

3.5. Procedimientos:

3.5.1. Metodología

- El Equipo que asiste el proceso debe:
  – Crear un entorno e intimidad apropiado (ambiente favorecedor del proceso).
  – Anticiparse, saber lo que va a suceder.
  – No utilizar en forma rutinaria medicamentos durante el parto.
  – Facilitar la toma de decisiones, considerando los aspectos culturales.
- Acoger a la mujer y su pareja durante los períodos de: parto y nacimiento, alumbramiento, postparto y puerperio.
- Procurar que el ambiente de la sala de partos sea privado, acogedor, temperado, con luz tenue, y en silencio.
- Apoyar el rol protagónico de la mujer y su pareja o acompañante, respetando la mayor intimidad posible durante el proceso.
- Estimular la participación activa de la pareja o acompañante, de acuerdo a las necesidades de la parturienta y de las decisiones de ambos. El apoyo sicoemocional permanente durante el parto es esencial.
- Evaluar y acompañar a la parturienta para identificar tempranamente la presencia de riesgo y dar una atención oportuna con el equipo médico.
- Evitar intervenciones injustificadas, realizando intervenciones menores sólo si es necesario (amniotomía), explicando claramente el objetivo de cada una de ellas a la madre y su pareja o acompañante.
- Evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía (con las piernas levantadas), estimular a la mujer que adopte posiciones más verticales, de acuerdo a su preferencia.
- Modificar las camillas tradicionales para los partos normales, considerar el uso de silla o piso adecuado si la madre desea parir sentada; si ella prefiere una cama para el parto, usar una cama de reposo, sin pierneras.
- Reconocer y respetar el reflejo de expulsión fetal, el cual se expresa por una necesidad imperiosa de pujar en un momento dado y que la parturienta no puede controlar, (la asistencia de un parto fisiológico no debe interferir este reflejo).
- No dirigir el pujo, la parturienta debe pujar sin estimularla y lo hará por el estímulo fisiológico de la contracción uterina y la presión de la cabeza fetal sobre el piso pelviano, el cual es mayor en posición vertical.
- Proteger el periné siempre que sea necesario.
- No realizar episiotomía de rutina, realizarla sólo si es necesaria – episiotomía restrictiva, según evaluación de elasticidad perineal.
- Estimular la vinculación de madre–padre e hijo/a en el momento del nacimiento y respetar este período por el tiempo necesario, salvaguardando el bienestar del recién nacido/a y de la madre.

Un principio fundamental en la asistencia personalizada del trabajo de parto y parto es estar atento a los requerimientos de la madre, **preguntarle que necesita, y satisfacer en forma oportuna sus demandas.**

3.5.2. Descripción del Procedimiento – Período Expulsivo

- Se sugiere la aplicación de compresas tibias sobre el periné en el período expulsivo y realizar masajes en zona perineal.
- Frente al dolor concentrar a la mujer en esquemas respiratorios adecuados.
- Sugerir a la madre una posición que ayude al avance y progreso. Se aconseja utilizar ejercicio de relajación del piso pelviano, posición cuclillas, sentada, de rodillas, de lado, o la posición que le sea cómoda, evitando la posición de litotomía.
- Preparación del campo obstétrico: aseo del periné según norma vigente.
- La/el profesional que asistirá el parto, procede a lavarse quirúrgicamente las manos y antebrazos vistiéndose

luego con ropa y guantes estériles.
- Todo el personal del sector debe ceñirse por las normas vigentes que rigen el funcionamiento de un pabellón quirúrgico.
- Durante el período expulsivo, controlar:
  - Estado general de la mujer (presión arterial, pulso, respiración).
  - Características de las contracciones y eficacia de los pujos.
  - LCF después de cada contracción.
  - Progreso del descenso y rotación de la presentación.
  - Realizar amniotomía si corresponde.
  - Realizar episiotomía solo si se considera necesario; si no está con anestesia peridural realizar infiltración de anestesia local (Lidocaína al 2%).
  - **La maniobra de Kristeller está proscrita**
- En el momento de la coronación, la mujer refiere un aumento de la sensación de dolor. Una vez que emerge la cabeza fetal, evaluar la presencia de circulares de cordón, reducirlas por los hombros o cortar de inmediato el cordón, si no es posible lo anterior.
- Recordar que cuando la presentación corona, ésta emerge gradualmente con cada contracción uterina, se debe proteger el periné para evitar los desgarros, cuando sea necesario.
- Limpiar las secreciones que acompañan la expulsión de la cabeza fetal.
- No rotar la cabeza fetal, este movimiento de rotación el feto lo hace sin ayuda de la/el asistente.
- Esperar la siguiente contracción para que sea expulsado el resto del cuerpo fetal, en el caso que no se haya producido en forma simultánea junto con la cabeza y rotación de hombros.
- Solicitar evaluación médica si se presentan alteraciones.
- Una vez que emerge el/ la recién nacido/a debe ser colocado sobre el abdomen o pecho materno abrigado, en espera de la expulsión de la placenta.
- **No seccionar ni clampear el cordón umbilical hasta que deje de latir**, con excepción de las indicaciones absolutas, (Rh (–) sensibilizado, Apgar bajo).
- Facilitar el acercamiento del recién nacido/a al pecho materno para el apego.
- Favorecer la expresión de sentimientos y de caricias por parte de la madre y el padre hacia a su hijo/a para la conformación del vínculo.

3.6. Período de Alumbramiento

- Identificar la separación de la placenta y asistir el alumbramiento, relajando y guiando a la mujer frente a la reaparición de contracciones uterinas; en condiciones normales la placenta se desprende en los primeros 30 minutos después del parto.
- En el alumbramiento normal se recomienda:
  - Colocar una pinza kocher en el cordón umbilical a nivel de la horquilla vulvar.
  - Control de signos vitales, evaluar pérdida de sangre, retracción y altura uterina.
  - Comprobar el desprendimiento de la placenta con suave presión del fondo uterino a través del abdomen. La placenta se exterioriza por su propio peso, siendo recibida por quien asiste el proceso, quién la hace rotar sin traccionar sobre sí misma, para exteriorizar las membranas.
  - Efectuar reconocimiento cuidadoso de la integridad placentaria y de los anexos ovulares (integridad, malformaciones, quistes, número de vasos del cordón), pesarla y consignar este dato en la ficha clínica.
  - Efectuar reconocimiento de la integridad del canal del parto.
  - Estimar volumen de sangre perdida en el alumbramiento, (habitualmente no supera los 350 cc.)
  - Realizar sutura de episiotomía o lesión genital (desgarros) si es necesario.
- Informar a la mujer y su pareja o acompañante sobre signos o síntomas esperados en este período.
- Promover nuevamente una instancia de intimidad de la madre, el padre y su recién nacido/a (apego).
- En el período post–alumbramiento inmediato se vigila atentamente el proceso de recuperación de la mujer y los signos que aseguran la normalización del proceso.
- La atención debe considerar los siguientes aspectos:

  - Controlar signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura, respiración).
  - Control permanente de signos generales: color de tegumentos, calor y humedad de la piel, grado de conciencia y conexión con el ambiente, sensación de bienestar y confort.
  - Control de retracción uterina (formación del globo de seguridad de Pinard) y del escurrimiento de sangre por los genitales.
  - Vigilar episiotomía, si corresponde (hematoma).
  - Realizar controles cada 30 minutos, o con mayor frecuencia según el grado de riesgo de cada mujer; solicitar evaluación médica ante la sospecha o presencia de alteraciones.
  - Manejo de alteraciones según Guía Perinatal.
- **Profilaxis de inercia uterina**: uso profiláctico de ocitocina en el tercer estadio del parto en la mujer con riesgo de hemorragia postparto, o incluso con riesgo de perder una pequeña cantidad de sangre (recomendación OMS, 1996, en Categoria A: Prácticas que son claramente útiles y debieran ser promovidas).

En el caso de gestantes con patología o distocias claramente fundamentadas, las acciones indicadas corresponderán a las contenidas en la Norma o Guía Perinatal MINSAL vigente. Sin embargo debe considerarse que la gestante de mayor riesgo requiere de mayor humanización.

3.7. Recurso Humano

- Médico obstetra.
- Médico anestesiólogo.
- Matrona o Matrón.
- Técnico Paramédico.
- Auxiliar de Apoyo.

3.8. Rendimiento

Hora matrona:
- 90 min. por parto (1 hora y media).
- 60 min. por atención del recién nacido (1 hora).

Concentración: Uno.

3.9. Sistema de Registro

- Ficha clínica de partos.
- Ficha del recién nacido.
- Libro de partos.
- Comprobante de Parto.

3.10. Equipamiento básico en sala de partos

- Lavamanos.
- Calefacción.
- Silla para asistente.
- Lámparas auxiliares.
- Mesa auxiliar para parto.
- Silla, cama o piso de parto con arco para posiciones en cuclillas.
- Cama adecuada para el postparto inmediato.
- Ropa para la mujer, camisón y sabanillas (incluidas dos para secar y abrigar al RN) .
- Ropa estéril, guantes estériles, mascarillas con protector para ojos (prevención de VIH).
- Pecheras, mascarillas, gorros, guantes quirúrgicos y de procedimientos.
- Mueble con insumos para asistencia de parto normal: cajas de parto con: tijeras, pinzas, ligadura de cordón,

caja de sutura, medicamentos, sueros, jeringas, agujas material de sutura, porta agujas, etc.
- Esfingomanómetro y fonendoscopio.
- Estetoscopio de Pinard.
- Doppler sin imagen.
- Cortinas para asegurar privacidad.
- Jarro con agua fresca, vasos.
- Recipiente para basura y solución de cloro para material contaminado (sangre y fluidos corporales), según norma de infecciones intrahospitalarias.
- Receptáculo para material corto punzante.

3.11. Indicadores

- Total partos, proporción de eutócicos y distócicos.
- Total partos eutócicos, según modalidad de asistencia: litotomía, vertical (información a nivel local).
- % de mujeres con parto vaginal con episiotomía
- % de mujeres con acompañamiento en el parto por la pareja, familiar o persona significativa.
- Evaluación peso de recién nacidos
- % de recién nacidos con apgar al minuto y 5 minutos menor a 6

4. APEGO PRECOZ

4.1. Definición

Es el vínculo afectivo entre el recién nacido y la madre, que los impulsa a permanecer juntos en el espacio y en el tiempo. Desde una perspectiva sicosocial, el apego se considera un sistema comportamental creado entre el recién nacido y su madre, dedicado a organizar de manera coherente ciertas conductas (llanto, búsqueda de proximidad, protesta frente a la separación) de acuerdo a las necesidades del recién nacido, asegurando la creación de vínculos firmes entre ambos, con el fin de favorecer la protección y la supervivencia.

Además de proporcionar protección y confort, el apego permite una sincronía psicobiológica entre el recién nacido y su madre, entre los estados emocionales internos de cada uno, donde las alegrías así como también los miedos y ansiedades se transmiten entre ambos.

Fuente: Maternidad Hospital de Villarrica. Matrona Ida Cisternas García.

4.2. Objetivos Generales

1. Favorecer el primer contacto físico y psicológico en la relación madre–hijo/a.
2. Concebir al recién nacido como persona con todos sus sentidos desarrollados.
3. Apoyar a la mujer y su pareja en el inicio de la crianza.
4. Contribuir al éxito de la lactancia materna.
5. Favorecer la colonización bacteriana con flora fisiológica.
6. Favorecer conductas de apego seguro.

4.3. Objetivos Específicos

1. Promover la interacción precoz de los padres con su hijo.
2. Incentivar la participación del padre en el proceso de apego.
3. Lograr la termorregulación adecuada en el menor tiempo.

4.4. Procedimientos

4.4.1. Metodología

- Entregar inmediatamente al RN sano a su madre, dejándolo sobre su abdomen en contacto piel a piel, cubriéndolo con un paño tibio.
- No seccionar precozmente el cordón umbilical.
- No estimular el llanto del recién nacido.
- No realizar aspiración de secreciones oro faríngeas, ni gástricas.
- Evitar estímulos luminosos y acústicos.
- No intervenir con el proceso de intimidad y apego materno que se establece espontáneamente después del parto.
- El recién nacido establece la respiración a su propio ritmo.
- El RN permanece con sus padres el tiempo que sea necesario, en un ambiente de intimidad.
- Se ofrece al padre vestir a su hijo/a.
- Los procedimientos de atención inmediata del recién nacido, se realizan una vez cumplido este período de apego temprano (deben ser diferidos al menos 60 minutos para no alterar el apego precoz).

Fuente: Maternidad Hospital de Villarrica. Matrona Ida Cisternas García.

4.4.2. Descripción

- Informar del procedimiento a la madre previo al parto, con el fin de motivar y lograr su aceptación espontánea.
- Colocar al recién nacido sobre el vientre materno o colocarlo en brazos de la parturienta, según la posición de esta durante el parto.
- Secado suave del recién nacido.
- Evaluación de las condiciones generales del recién nacido.
- Identificar al Recién Nacido, ver capítulo Atención inmediata del RN (punto 5.4).
- Cubrir al recién nacido con paños tibios.
- Presentación a la madre.
- Ligar y cortar cordón umbilical una vez que haya dejado de latir.
- Colocar al recién nacido sobre el pecho materno en contacto piel a piel.
- Evaluar índice de APGAR al minuto y a los 5 minutos.
- Mantener y vigilar al RN sobre el pecho materno, asistiendo al RN en la búsqueda del pecho, favoreciendo el acoplamiento, incentivando la lactancia.
- Incorporar al padre o al acompañante en el proceso de apego.
- Diferir atención inmediata del RN.
- Enviar al RN con su madre a sala de recuperación: contraindicaciones, ver capítulo Atención Inmediata del RN (punto 5.3 – 5.5).

4.4.3. Recurso Humano

- Matrona o Matrón.
- Técnico Paramédico.

Rendimiento: Hora Matrona. 60 minutos.
Concentración: Uno (1).

4.4.4. Sistema de Registros

- Libro de partos.
- Libro de inscripción de recién nacido en atención inmediata.
- Ficha Clínica de recién nacido.
- Ficha Clínica Materna.

4.4.5. Indicadores

- $\frac{\text{Número de RN con apego (mayor a 30 minutos)}}{\text{Total de Partos}} * 100$

- Porcentaje de Recién Nacidos con Apego Precoz realizado, que termorregula en tiempo estimado (a nivel local).
- Porcentaje de Recién Nacidos con Apego Precoz realizado que se amamanta durante la primera hora de vida (a nivel local).
- Porcentaje de Recién nacido con Apego Precoz realizado, que al alta han establecido lactancia exclusiva (a nivel local).

En la etapa inicial, por los primeros 6 meses de vigencia de la norma, los indicadores se aplicarán mensualmente, con el objetivo de corregir tempranamente problemas en la aplicación. Después de esta primera etapa, su aplicación será trimestral.

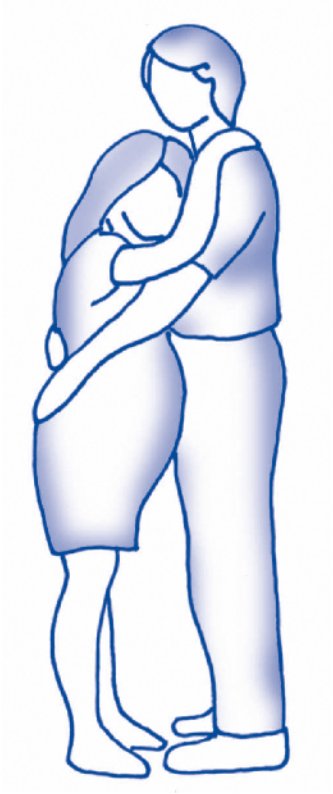
5. POSICIONES PARA LA PRIMERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO

Posición	Ventajas	Desventajas
De pie	▪ Se aprovecha la fuerza de gravedad durante y entre las contracciones ▪ Las contracciones son menos dolorosas y más eficaces ▪ El feto está bien alineado en el ángulo de la pelvis ▪ Se calma el dolor de espalda ▪ Puede acelerarse el trabajo de parto	⊗ Cansadora durante períodos largos ⊗ Puede resultar imposible con anestesia
De pie e inclinada hacia delante	▪ Las mismas que estando de pie ▪ Puede resultar más descansado que permanecer de pie	⊗ Las mismas que estando de pie
Caminando	▪ Las mismas que estando de pie ▪ El movimiento favorece el descenso	⊗ Cansadora durante períodos largos ⊗ Imposible de realizar con anestesia, analgesia o monitoreo fetal electrónico
Sentada derecha	▪ Buena posición para descansar ▪ Se saca algo de ventaja de la fuerza de gravedad ▪ Puede usarse en caso de necesitar un monitoreo electrónico	⊗ Puede enlentecer el trabajo de parto si se usa por períodos largos
Semisentada	▪ Las mismas que sentada derecha ▪ Puede usarse para realizar el procedimiento de tacto vaginal	⊗ Las mismas que sentada derecha. ⊗ Aumenta el dolor de espalda
Sentada, inclinada hacia delante con apoyo	▪ Las mismas que sentada derecha ▪ Calma el dolor de espalda ▪ Buena posición para un masaje en la espalda	
Sobre manos y rodillas	▪ Ayuda a aliviar el dolor de espalda ▪ Ayuda a la rotación del bebé ▪ Permite el balanceo de la pelvis ▪ Puede usarse cuando otras posiciones provocan una caída de la frecuencia cardiaca fetal	⊗ Las mismas que sentada derecha

De rodillas, inclinada hacia delante con apoyo	▪ Las mismas que sobre manos y rodillas ▪ Menos tensión en muñecas y manos que en la posición sobre manos y rodillas	⊗ Inconveniente para la evaluación vaginal ⊗ Manos y rodillas pueden doler o adormecerse después de un rato ⊗ Interfiere en el monitoreo fetal ⊗ Puede resultar cansadora por períodos largos
Echada de costado	▪ Posición muy buena para descansar ▪ Conveniente para muchas intervenciones ▪ Puede impulsar el progreso del trabajo de parto cuando se le alterna con la acción de caminar ▪ Segura en caso de haber sido administrados medicamentos para el dolor	⊗ Puede interferir en el monitoreo ⊗ Puede resultar cansadora por períodos largos
En cuclillas	▪ Saca ventaja de la fuerza de gravedad ▪ Puede resultar cómoda y calma el dolor de espalda ▪ Puede aumentar la alineación del feto y el descenso de la pelvis	⊗ Las contracciones pueden resultar menos efectivas y más largas ⊗ Puede ser inconveniente para el examen vaginal
Echada sobre su espalda (posición supina)	▪ Conveniente para los procedimientos que realizan los profesionales y la evaluación vaginal ▪ Puede ayudar a descansar ▪ Conveniente para el monitoreo fetal electrónico	⊗ Puede no aumentar el descenso del bebé si la situación es alta ⊗ Cansadora en períodos largos ⊗ Las piernas pueden tener sensación de adormecimiento, por período muy largo ⊗ Puede provocar hipotensión supina y peligro fetal ⊗ Puede aumentar el dolor de espalda ⊗ Psicológicamente más vulnerable ⊗ Las contracciones de trabajo de parto resultan más largas y dolorosas, menos productivas

FIGURAS

De pie.



De pie e inclinada hacia adelante.

Caminando

Sentada, inclinada hacia adelante con un apoyo.

Sobre manos y rodillas.

Sobre manos y rodillas.

Echada de costado.

Sentada en cuclillas.

Echada de costado.

6. POSICIONES PARA LA SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO

Posición	Ventaja	Desventaja
Semisentada	⊕ Conveniente para quien asiste el parto ⊕ Alguna ventaja en comparación con estar totalmente acostada ⊕ Facilidad para traslado entre cama–camilla	⊕ Puede agravar hemorroides, si existen ⊕ Puede restringir la libertad de movimiento del sacro cuando se necesita ampliar los diámetros pelvianos ⊕ Puede retardar el paso de la cabeza debajo del pubis
Decúbito lateral	⊕ Neutral con respecto a la gravedad ⊕ Útil para aminorar una segunda etapa demasiado rápida ⊕ Favorable en caso de hipertensión materna ⊕ Aumenta las posibilidades de un periné intacto ⊕ Disminuye la presión si existe hemorroides ⊕ Puede disminuir el dolor a nivel lumbar ⊕ Ayuda a la relajación entre los pujos	⊕ Puede no ser cómoda para quien asiste el parto ⊕ No favorece procedimientos de último minuto
Sobre manos y rodillas	⊕ Neutral con respecto a la fuerza de gravedad ⊕ Ayuda a la rotación del feto ⊕ Aumenta las posibilidades de un perineo intacto ⊕ Disminuye la presión sobre las hemorroides, si existen ⊕ Permite la libertad de movimientos, del balanceo, de la comba de la pelvis ⊕ Puede reducir el dolor de espalda	⊕ Cansancio materno por períodos largos ⊕ Similar a la posición decúbito lateral

Adaptado del texto: "Embarazo, Nacimiento y el recién nacido" Autoras: Simkin Penny, Whalley Janet, Keppler Ann. Editorial Atlántida.–1998

Sentada en cuclillas.

En cuclillas
con apoyo.

En cuclillas con apoyo.
"Colgada"

7. PARTO EN CUCLILLAS

Sala de Partos: Cama adecuada a esquina de Sala de Partos, tiene doble propósito, para que se siente el acompañante durante el período expulsivo, y posteriormente la parturienta se recuesta para la revisión del canal del parto y eventual sutura de lesiones de éste, cortina del ventanal es para oscurecer la sala en el momento del parto cuando éste ocurre en el día.

Parto en cuclillas: corresponde a una secundigesta, parto anterior también en cuclillas, ambos con genitales indemnes; campo estéril se coloca sólo bajo la zona genital, en este caso no fue necesario realizar protección de periné aunque también puede realizarse, no es necesario la episiotomía.

Parto en cuclillas: Parturienta con antecedente de una cesárea y un forceps anterior, se observa cabeza fetal rotando para posicionar hombro y posterior salida de cuerpo fetal, no siendo necesaria la intervención de la/ el asistente del parto, se debe esperar pacientemente los efectos de cada pujo materno y respetar los tiempos del parto.

Fuente: Ida Cisternas García. Matrona Clinica. Servicio Maternidad Hospital Villarrica.
Servicio de Salud Araucania Sur IX Región.

8. CLASIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS EN EL PARTO NORMAL

De las prácticas utilizadas en la asistencia del parto normal, un grupo técnico de trabajo de la OMS, perteneciente al Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, agrupa estas prácticas en cuatro categorías, dependiendo de su utilidad, eficacia o su carácter perjudicial, basados en la más rigurosa evidencia científica disponible en la actualidad (1999).

CATEGORIA A. Prácticas que son claramente útiles y debieran ser promovidas:

- Un plan personal realizado por la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y si procede a su familia, que determine dónde y por quién será atendido el parto.
- Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.
- Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el postparto.
- Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
- Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.
- Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y dónde la mujer se sienta más segura y confiada.
- Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
- Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
- Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer, durante el parto.
- Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
- Métodos no invasivos, no farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación como el masaje y técnicas de relajación.
- Monitorización fetal con auscultación intermitente.
- Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
- Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
- Estímulo a evitar la posición decúbito supino durante el parto.
- Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo con el uso del partograma de la OMS.
- Uso profiláctico de oxitocina en el tercer estadio del parto, en la mujer con riesgo de hemorragia postparto, o incluso con riesgo de perder una pequeña cantidad de sangre.
- Prevención de hipotermia en el recién nacido.
- Contacto inmediato con la piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.
- Examen sistemático de la placenta y las membranas.

CATEGORIA B. Prácticas que son claramente perjudiciales e ineficaces que debieran ser eliminadas:

- Uso rutinario del enema.
- Uso rutinario del rasurado púbico.
- Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
- Infusión intravenosa de rutina en parto.
- Posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación.
- Examen rectal.
- Uso de las pelvimetrías.
- Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados.
- Posición rutinaria de Litotomía, con o sin estribos durante el parto.
- Esfuerzos de pujo sostenido y dirigido (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto.
- Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.

- Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
- Uso de ergometrina parenteral de rutina en la tercera fase del parto.
- Legrado rutinario del útero después del alumbramiento.
- Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.

CATEGORIA C. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema:

- Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto (hierbas, inmersión en agua y estimulación nerviosa).
- Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.
- Presión fúndica durante el parto.
- Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
- Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento.
- Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.
- Ligadura y sección precoz del cordón.
- Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto.

CATEGORIA D. Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente:

- Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
- Control del dolor con agentes sistémicos.
- Control del dolor con anestesia epidural.
- Monitorización fetal electrónica.
- Llevar mascarilla y batas estériles durante la atención del parto.
- Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.
- Estimulación con oxitocina.
- Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase de parto.
- Cateterización de la vejiga.
- Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es casi completa o ya completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma.
- Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase de parto – como por ejemplo 1 hora, incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
- Maniobras de alumbramiento.
- Uso liberal o sistemático de la episiotomía.
- Exploración manual del útero después del alumbramiento.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Mónica Aguilar Molina. Matrona Hospital Base Osorno.
- Ángela Aguilera Alarcón. Matrona Neonatología Hospital Luis Tisné.
- Hilda Bonilla Gómez. Directora de la Escuela de Obstetricia. Universidad de Chile.
- María Cristina Bravo Espinoza. Matrona Hospital Claudio Vicuña Valparaíso.
- Ida Cisternas García. Matrona Servicio Maternidad Hospital Villarrica SS Araucanía Sur.
- Mariela Cornejo Abarca. Matrona Coordinadora de la Red en Maternidad Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
- Gabriela Cortés Cartes. Matrona Hospital Sótero del Río.
- Yolanda Contreras García. Matrona Docente Profesor Asociado. Directora del Diplomado en Salud Primal Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina Universidad de Concepción.
- René Castro Santoro. Médico Encargado del Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.
- Patricia Elgueta Villablanca. Matrona Docente Universidad de Chile.
- Gema González Tolrá. Matrona Hospital Luis Tisné.
- Eghon Guzmán Bustamante. Médico Gineco Obstetra Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Ex. Presidente de la Sociedad Chilena de Ultrasonografía en Medicina y Biología.
- Rogelio González Pérez. Médico Gineco–obstetra. Asesor DIPRECE. Ministerio de Salud.
- Miriam González Opazo. Matrona Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.
- Gloria Melcalfe Corona. Matrona Consultora Internacional.
- Pascale Pagola Davis. Matrona Certificada como Educadora prenatal Lamaze y Doula (DONA) Especialista en Lactancia Materna y Diplomada de Apego UC.
- Edda Pugin Pareto. Matrona Educadora Prenatal.
- Rosa Maria Rosales Valdivia. Matrona Hospital Clínico San Borja–Arriaran.
- Ana María Román. Matrona Urgencia Hospital Luis Tisné. SSM Oriente.
- Vivian Ruiz Bonse. Matrona Recuperación Obstétrica Hospital Santiago Oriente Luis Tisne.
- Hernán Santander Martínez. Médico Gíneco Obstetra Jefe Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Villarrica.
- Jaime Sáez Cabrera. Médico Gineco Obstetra Unidad Alto Riesgo Obstétrico.H. San Borja Arriarán.
- Ricardo Saavedra Maffet. Director Servicio de Salud Iquique.
- Elsa Salinas Abarca. Matrona Recuperación Obstétrica. Hospital Luis Tisné.
- María Dolores Tohá Torm. Asesora DIPRECE.
- Claudia Uribe Torres. Enfermera Matrona Docente Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Delia Veraguas Segura. Matrona Servicio Salud Viña del Mar – Quillota.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo XI

Atención Inmediata del Recién Nacido/a

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO XI

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO/A

1. FUNDAMENTO Y EVIDENCIAS

El proceso evolutivo de la humanidad y de la ciencia médica, unido a los cambios de vida en las nuevas sociedades, si bien es cierto, han contribuido de manera importante a la disminución de riesgos para la salud y a elevar el nivel de vida de nuestras familias, también han hecho que procesos tan naturales como el parto y la maternidad, se asuman como vivencias mucho más complejas. Es así como hombres y mujeres se ven enfrentados a diversas limitaciones desde lo fisiológico, psicológico, familiar y laboral, para la realización de sus facultades y deseos procreativos y afectivos.

Lo anterior ha generado a nivel mundial la necesidad de un cambio en la vivencia de la maternidad, donde se le de una mirada integral, teniendo en cuenta aspectos no sólo biológicos sino también sus componentes sicológicos, familiares y sociales.

La propuesta de personalización, parte de concebir el nacimiento como una experiencia natural, que involucra a ambos miembros de la pareja y destaca la importancia de propiciar un ambiente relajado y familiar, que favorezca la intimidad y libre desenvolvimiento del proceso, devolviendo la autonomía y protagonismo a la pareja, pero sobre todo que tenga en cuenta las necesidades y sensibilidad del recién nacido.

Se inicia en la búsqueda de nuevas alternativas tanto a nivel educativo como asistencial, que permita rescatar métodos naturales y prácticas tradicionales que han sido reconocidas como beneficiosas, toda vez que responden a la fisiología misma del parto.

Exige la necesidad de cuestionar y replantear el papel que cumple el equipo de salud en la vivencia de la maternidad y particularmente en la atención del nacimiento, así como del significado que esta experiencia representa para la madre, el niño y el grupo familiar, buscando evitar el intervensionismo superfluo e iatrogénico, tratando cada caso en su individualidad y donde primen las necesidades y deseos de los padres y el recién nacido, antes que las rutinas y prácticas hospitalarias. Este nuevo modelo integral personalizado de Atención Neonatal centrada en la familia, se basa en las necesidades físicas y psicológicas de la madre y recién nacido, considerando la participación del padre o tutor y la familia, considerando la voluntad de los padres en las decisiones que se tomen.

1.1. Contacto temprano piel a piel en madres y recién nacidos sanos

Diversos estudios han descrito efectos estadísticamente significativos y positivos del contacto temprano piel a piel después del nacimiento sobre la duración de la lactancia (Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N); a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor; este contacto es un potente estimulador vagal que, entre otros efectos, estimula la liberación de oxitocina materna (Uvnas–Moberg 1998). Las rutinas hospitalarias de las salas de parto y postparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el recién nacido (WInberg 1995).

Cuando se les coloca en contacto piel a piel con la madre inmediatamente después del parto, los recién nacidos de término sanos emplean un conjunto de conductas innatas especie–específicas (Widstrom 1987; Varendi 1998; Righard 1990; Widstrom 1990; Varendi 1994); presentan una mayor respuesta a las señales olfativas en las primeras horas después del nacimiento, localizan el pezón por medio del olfato (Varendi 1997; Porter 1999).

Este "período de reconocimiento sensible" predispone o prepara a las madres y a los recién nacidos para que desarrollen pautas de interacción sincrónicas y recíprocas, siempre y cuando estén juntos y en contacto íntimo; estas conductas innatas pueden verse perturbadas por las actividades tempranas de rutina que se realizan en el hospital después del parto, según lo demuestra experimentalmente Widstrom en 1990 y los estudios descriptivos de Righard 1990, Jansson 1995 y Gómez 1998. Gómez observó que los recién nacidos presentaban ocho veces más probabilidades de amamantar espontáneamente si pasaban más de 50 minutos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento, y concluyó que el tiempo de contacto piel a piel (dosis) podría llegar a ser un componente crítico respecto a la eficacia de la lactancia.

La temperatura del recién nacido sano permanecerá en un rango seguro siempre y cuando se mantenga en contacto continuo piel a piel, vientre con vientre, y el recién nacido esté bien seco, con la espalda cubierta por una manta previamente calentada y con la cabeza cubierta por un gorro seco. (Recomendación guías clínicas de atención personalizada en el trabajo de parto y parto).

1.2. Iniciación del amamantamiento dentro de la primera hora de vida

La primera puesta al pecho en los Recién Nacidos normales puede ser inmediata, antes del alumbramiento, pero siempre dentro de la primera hora de vida. En ese período la madre está muy sensible y atenta respecto a su hijo y el RN está en su estado de máximo alerta.

Es importante la supervisión y apoyo del equipo de salud en esa mamada inicial, adecuando las instrucciones a las experiencias previas de la madre, con particular énfasis a las primíparas y a las multíparas que refieran dificultades en la lactancia de hijos anteriores.

La madre puede amamantar en cualquier posición, con el bebé bien sostenido y los cuerpos de ambos estén enfrentados "panza con panza". Se debe enseñar a estimular el reflejo de erección del pezón materno y el reflejo de búsqueda en el bebé, para facilitar una buena lactada. Los labios del RN deben rodear la areola (posición de labios de pescado).

Se puede estimular la confianza materna de su capacidad de amamantar si se le aclara que cuanto mayor sea la frecuencia e intensidad de la succión del bebé, más rápida y abundante será la bajada de la leche. La información y supervisión debe continuar en la Internación Conjunta o Puerperio.

2. DEFINICIÓN

El propósito de humanizar y personalizar las acciones del proceso reproductivo, es concluir con el nacimiento de una nueva persona sana, con una madre sana física y mentalmente, con progenitores y familias capaces de asumir positivamente la crianza.

3. OBJETIVOS GENERALES

- Proveer de una atención y cuidado integral al RN y sus padres en el momento del nacimiento y en el período de transición del RN.

- Detectar y evaluar en forma oportuna el período de adaptación cardiorrespiratorio y de termorregulación alterados, cuyos mecanismos de regulación son limitados.
- Armonizar el ambiente del lugar de nacimiento, creando un ambiente cómodo, acogedor con todos los requerimientos técnicos necesarios para resolver todas las situaciones que se pueden presentar en el nacimiento.

4. ACCIONES CONTENIDAS EN LA ACTIVIDAD

Acciones que se llevarán a cabo en torno al nacimiento:

- Acompañamiento, apoyo emocional: Será necesario promover la compañía del padre o acompañante que designe la madre.
- Consentimiento informado: La información en términos claros y comprensibles de acuerdo al nivel cultural de la familia.
- Procedimientos de Atención Inmediata: Adaptar el cuidado neonatal inmediato a las evidencias clínicas actuales de manejo, que aseguren una adecuada evolución de los cambios producidos en el Recién Nacido después de nacer.
- Manejo del dolor y estímulos inadecuados. El nacimiento es un trauma que se produce en el RN desde su ambiente tranquilo y estímulos suaves y modulados a un ambiente con mucha luz, ruidos y estímulos dolorosos, que deben minimizarse.
- Apego – lactancia precoz.

Objetivo: Promover el vinculo madre e hijo. Será realizado según las condiciones de la madre y del Recién Nacido.

1. Colocar al bebé inmediatamente después del parto, con su madre en contacto directo (APEGO PRECOZ).
2. Contacto piel a piel con el objeto de estrechar el vínculo afectivo.
3. Amamantamiento precoz.
4. Período de puerperio Inmediato conjunto.
5. Alojamiento Conjunto Madre–Niño.
6. Priviligear lactancia materna exclusiva.

Objetivo: Favorecer el vinculo familiar a través del fomento de la unión del grupo familiar (Recién Nacido, su madre y su padre).

1. Relación madre–padre–hijo/a.
2. Favorecer el acompañamiento de la madre por la persona más cercana afectivamente.
3. Atención Inmediata Integral del Recién Nacido/a, favoreciendo el contacto precoz de la madre con el Recién Nacido.

Objetivos para el RN:

1. Garantizar condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina (cardiorrespiratoria y termorregulación).
   - Vigilancia de la respiración espontánea.
   - Permitir transfusión de sangre placenta–neonatal.
   - Profilaxis y control de infecciones. Dentro de las profilaxis es necesario mantener en el período de atención inmediata la profilaxis hemorrágica, ocular y umbilical, pero no interfiriendo en el proceso de vínculo madre–recién nacido.
   - Otros procedimientos como la vacunación de BCG puede cumplirse en otro momento en que el recién

nacido presente mayor estabilidad emocional, se puede determinar para cualquier momento antes del alta hospitalaria del RN.

2. Detección de malformaciones congénitas y lesiones consecutivas al parto.

Objetivos para el personal:

1. Asegurar el Recurso Humano necesario, tanto en cantidad como en calidad, para cubrir las necesidades de una Atención Inmediata del Recién Nacido de calidad.
2. Asegurar la formación y capacitación del Recurso Humano con competencias para la atención materna y neonatal desde este nuevo enfoque personalizado y de participación familiar.
3. Mantener competencias técnicas básicas para el desempeño de esta actividad.
4. Capacitar al personal a entregar esta atención de acuerdo a los nuevos estándares establecidos:
   - Actitud de respeto y consideración por la madre y el grupo familiar.
   - Atención adecuada del Recién Nacido normal: competencias básicas (secado, abrigo, apego inmediato, alojamiento conjunto).
   - Reconocimiento de señales de peligro (resucitación).
   - Manejo de reanimación neonatal.
   - Habilitar ambiente (bioseguridad, insumos, adaptación cultural).

Recomendaciones:

- Relación madre–padre–hijo/a: Favorecer el acompañamiento de la madre por la persona más cercana afectivamente, idealmente padre o quien ella elija.
- Atención Inmediata Integral del Recién Nacido/a, favoreciendo el contacto precoz de la madre con el Recién Nacido, respetando los deseos y solicitudes de los padres.
- Iniciación de amamantamiento dentro de la primera hora de vida. La primera puesta al pecho en los RN normales puede ser inmediata, siempre dentro de la primera hora de vida.
- Proveer en los Servicios de lugares adecuados, con equipamiento y espacios que aseguren y garanticen un alojamiento conjunto efectivo en el Puerperio Inmediato, donde el Recién Nacido pueda quedar con su madre, en espera de su traslado a Puerperio.
- Facilitar los recursos financieros necesarios para habilitar los espacios fisicos adecuados, donde éstos no existan (proyectos de mejoramiento y/o desarrollo, etc.) y de financiamiento para disponer de los recursos humanos necesarios para implementar en forma segura el período de puerperio inmediata conjunto, en espera de traslado a sala de puerperio definitivo.
- Entregar información permanente de las acciones y procedimientos desarrollados a la madre, al acompañante y/o grupo familiar.

5. PROCEDIMIENTOS DE ATENCION INMEDIATA

Si el Recién Nacido está en buenas condiciones y es sano, los objetivos más importantes en este momento son:

- Facilitar el contacto madre–padre–hijo/a.
- Evitar pérdidas de calor.
- Fomentar la lactancia materna.
- Evaluar permanentemente el estado del Recién Nacido.

5.1. Aspiración

Al momento de asomar la cabeza se recomienda no aspirar secreciones. Hay evidencia de que la realización

de aspiración de secreciones, incluso en líquido amniótico con meconio, no es útil en prevenir complicaciones ni mejora resultados.

5.2. Secado y abrigo

El niño se recibe con una compresa o toalla limpia abierta (idealmente precalentada), se le sujeta por la nuca y por las extremidades inferiores y se sostiene al Recién Nacido en un plano igual o ligeramente inferior al periné materno, envolviéndolo con la compresa, apoyándolo sobre una mesa auxiliar o manteniéndolo en brazos. También se puede colocar sobre su madre piel con piel, en posición de Leboyer en el abdomen materno (siempre que el largo del cordón lo permita), mientras se seca suavemente y se envuelve con una nueva compresa o toalla limpia y seca.

Una vez que el niño(a) ha establecido llanto vigoroso, se procede a pinzar y cortar el cordón y posteriormente se realiza la evaluación inicial del niño(a).

5.3. Evaluación inicial

Se realiza por observación:

- Respira o llora adecuadamente.
- Buen tono muscular.
- Gestación a término o mayor a 35 semanas.
- Frecuencia Cardiaca mayor de 100 latidos por minuto (por palpación o visualización del cordón umbilical).
- Líquido amniótico claro y sin evidencia de infección.

Si la respuesta es adecuada, se coloca con su madre en apego (ver 5.5.)

Si el niño no respira, o realiza esfuerzos respiratorios débiles e inefectivos o la Frecuencia Cardiaca es menor de 100 x´, o si persiste cianótico o hipotónico, con presencia de líquido amniótico con meconio, o es un recién nacido prematuro, se trata de un niño que requiere procedimientos especiales, y se debe proceder con manejo de Reanimación Neonatal.

Se debe realizar una evaluación permanente del recién nacido, su color, respiración, tono muscular y movimientos, apego, durante el período que esté con su madre en el contacto inicial.

5.4. Identificación del recién nacido

Después de secado, personal con función asignada identifica al recién nacido en presencia de la madre y/o padre, antes de salir de la Sala de partos, mediante la colocación de un brazalete (pulsera) en el brazo izquierdo, con los siguientes datos: nombre de la madre, fecha y hora del nacimiento, sexo. No colocar otros datos adicionales. Estos datos se confirman leyéndoselo a la madre o a la persona que esté acompañando, esta persona debe confirmar la información y dar aprobación de la adecuada identificación.

5.5. Apego

Se coloca al niño en contacto piel a piel con su madre, sobre el abdomen y/o tórax de la madre, estimulando la libre interacción entre ambos y el padre o acompañante, cubriéndolo con una compresa limpia, para mantener su temperatura. Si se dan las condiciones, se favorece la primera puesta al pecho. Mientras esto sucede se continúa la observación del niño. Más tarde, se realizarán los procedimientos de rutina.

En esta etapa se debe considerar que puede haber madres que reaccionen tomando distancia, rechazando

o no queriendo tocar al RN, por lo que la madre debe estar previamente informada de este procedimiento y el equipo conocer sus aprensiones, si las tuviera.

5.6. Ligadura y sección del cordón

En los últimos decenios, producto de la "medicalización" del parto se hizo una práctica clínica habitual la ligadura del cordón casi inmediata del nacimiento, dentro de los primeros 15 segundos. Las evidencias actuales claramente han demostrado que esta práctica aumenta el riesgo de anemia ferropriva en el segundo semestre de vida, condición asociada a limitaciones conductuales y cognitivas adversas no reversibles. Además, estudios en prematuros sugieren el beneficio de la mayor transfusión de células progenitoras hematopoyéticas con una ligadura de cordón después de los 30–45 segundos.

La ligadura del cordón umbilical debe realizarse después de los 30–45 segundos y en general debe ser después que el neonato logre establecer llanto vigoroso, con el fin de obtener un buen pasaje de sangre desde la placenta al recién nacido y con el recién nacido colocado en un plano igual o levemente inferior al de la placenta (no más de 10 cm.) No debe exprimirse el cordón.

La ligadura deberá hacerse antes de los 30 segundos sólo en caso de:

- Sufrimiento fetal agudo y que nace deprimido y con incapacidad para lograr el llanto después de estimularlo (especialmente si está pálido).
- Recién Nacido deprimido y con presencia de líquido amniótico con meconio espeso.
- Madre con anestesia general y que nace deprimido.
- Circular de cordón al cuello irreducible, a pesar de adecuadas maniobras para intentar reducirla. Es útil que el profesional que va a recibir al neonato ayude en las maniobras de reducción de la circular, favoreciendo que el RN pase a través de la circular, si no fue posible la reducción del cordón hacia cefálico del feto. Considerar la ligadura de cordón por circular, como una maniobra excepcional.
- RCIU severo y/o con Doppler alterado.
- Desprendimiento de Placenta normoinserta y/o metrorragia severa.

5.7. Puntuación de apgar

Consiste en la suma de los puntos asignados (0, 1 ó 2), a cinco signos indicados en tabla Nº 1, tratando de correlacionar temporalmente la puntuación obtenida con las medidas o procedimientos de reanimación que fue necesario realizar.

Se realiza al 1er. y 5to. minuto de vida. Cuando el puntaje a los 5 minutos es < 7, se debe asignar puntajes Apgar adicionales cada 5 minutos hasta los 20 minutos, momento en que se deberá definir la necesidad de su hospitalización.

Para su realización no se requiere alterar la dinámica de la relación madre–hijo, cuando el puntaje es el adecuado y el Recién Nacido está en apego.

Existe una buena correlación un Apgar alterado a los 5 minutos y presencia de morbimortalidad neonatal y de evolución neurológica alejada. Los valores bajos al minuto en la puntuación de Apgar no indican que necesariamente ha ocurrido un daño importante, ni se acompañan de un mal pronóstico.

Una puntuación de Apgar baja no implica ninguna etiología, ya que múltiples problemas se asocian a una puntuación baja como prematuridad, drogas depresoras, patología cardiorrespiratoria o neuromuscular, malformaciones, síndromes genéticos, anomalías del sistema nervioso, infecciones, entre otros.

Para referirse a una puntuación de Apgar baja es pertinente utilizar el término "deprimido" (que no presupone etiología) y no "asfixiado" cuyo diagnóstico requiere otros criterios asociados.

Los puntajes se deben anotar en la ficha del Recién Nacido y así mismo, anotar en conjunto con la puntuación, las medidas de apoyo que se están usando (oxígeno, ventilación con bolsa y máscara, intubación con TET, masaje cardíaco, drogas) que se llevaron a cabo durante la reanimación, incluyendo una descripción narrativa de las intervenciones realizadas y su respectiva duración.

PUNTUACIÓN DE TEST DE APGAR						
	F	E	T	I	C	Total
1'						
5'						
10'						

ACCIONES				
O2	Pr+ por masc	Pr+ con ET	Masaje	Adren

Puntaje de Test Apgar			
Signo	**0**	**1**	**2**
Frecuencia Cardiaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Débil, irregular	Llanto vigoroso
Tono Muscular	Flacidez total	Cierta flexión de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja	No hay respuesta	Reacción discreta (muecas)	Llanto
Color	Cianosis total	Cuerpo rosado	Rosado

5.8. Aseo del recién nacido

No se recomienda como procedimiento de rutina por sus efectos negativos sobre la termorregulación y está contraindicado en prematuros pequeños o cuando las condiciones clínicas del RN no sean las adecuadas (Darmstadt, 2000).

Se recomienda en enfermedades como SIDA y Hepatitis B o C, ya que la posibilidad de transmisión vertical disminuye si se realiza un baño cuidadoso para eliminar todos los restos de sangre o líquido amniótico.

Si éste se realiza, se recomienda, preferentemente, el uso de soluciones jabonosas y/o solución con aceite estéril mineral.

Se debe diferir el aseo cutáneo si la temperatura axilar es < 36,5ºC.

5.9. Cuidados del cordón

En atención inmediata se coloca idealmente una ligadura de goma látex, un clamp, o doble ligadura con hilo estéril de algodón grueso, a 2 a 3 cm. de la piel, seccionando el excedente con una tijera estéril.

Se recomienda no tapar el cordón con el pañal. Las distintas recomendaciones han variado históricamente y

son inconsistentes. No hay suficiente evidencias que la limpieza del cordón disminuya el riesgo de infección.

Se debe favorecer la internación conjunta, que evita la colonización con gérmenes intrahospitalarios.

Los antisépticos reducen el porcentaje de colonización, pero NO se correlacionan con tasas de infección. Se desaconseja el uso de agentes yodados por su posible absorción (riesgo de hipotiroidismo).

En nuestro medio, se recomienda hacer aseo del cordón con alcohol en cada muda.

5.10. Aspiración de secreciones

No se recomienda el paso de una sonda a estómago para descartar atresia de esófago a todos los RN. Esta acción puede provocar apneas o bradicardia si se realiza en forma intempestiva o muy poco después de nacer, pueden producirse lesiones en mucosa esofágica y gástrica e incluso perforaciones, trastornos circulatorios como elevación de PA y efectos a largo plazo en la motilidad intestinal. Se reserva para los RN en que hay antecedente de sospecha de malformaciones gastrointestinales o que presentan salivación abundante.

Igualmente no es válido el pasaje rutinario de una sonda nasal para descartar atresia de coanas. Sólo realizarlo si hay sospecha clínica.

El uso de sonda rectal o termómetro en forma rutinaria a todos los RN, puede ser más dañino que beneficioso. Únicamente sería válido hacerlo si el niño no eliminó meconio en más de 24 horas o hay sospecha de obstrucción.

5.11. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido

Se administra una dosis intramuscular de vitamina K 1 mg. para pesos de nacimiento mayores a 2.000 gr. y 0,5 mg. para RN con peso de nacimiento menor a 2.000 gr. en las primeras 6 horas después del nacimiento. Si el Recién Nacido se encuentra en proceso de apego y lactancia materna, podrá diferirse su administración hasta después de la estabilización del RN y la interacción con su madre.

5.12. Profilaxis de oftalmía gonocóccica

Dado que en nuestro medio por muchos años se ha utilizado colirio de cloranfenicol o gentamicina como medicamento para profilaxis gonocócica. Esta terapia es conocidamente inadecuada para tratar el gonococo, la incidencia actual de Gonococcia Oftálmica es baja y por otra parte, actualmente se dispone de terapia antibiótica sistémica específica en caso de infección por este agente. Por lo anterior no se justifica realizar esta profilaxis.

En todo caso, si la determinación local es mantener la profilaxis ocular, ésta debería ser realizada de la siguiente manera:

- Colirio oftálmico con eritromicina al 0,5% o hidrocloruro de tetraciclina al 1% en cada ojo que producen una protección similar (muy efectiva para conjuntivitis de N. gonorrhoeae y menos para Chlamydia trachomatis). Se puede usar también ungüentos de Eritromicina o Tetraciclina.

- Cada párpado se limpia suavemente con algodón estéril. Se administra 1–2 gotas en cada ojo en el saco conjuntival inferior o si se usa ungüento, en cantidad similar a un grano de arroz en cada ojo. Los párpados, cerrados, pueden masajearse suavemente para diseminar el ungüento. Después del minuto pueden limpiarse con suavidad los párpados y la piel alrededor con algodón estéril. Esta profilaxis puede demorarse hasta una hora, sin que probablemente altere su potencial de protección.

- Para prevenir potenciales contaminaciones cruzadas, las medicaciones deberían suministrarse en envases únicos desechables. Los ojos no deben ser irrigados con una solución líquida luego de la instilación de un agente profiláctico, pues reduce la eficacia de la medicación y no disminuye la incidencia de conjuntivitis química.

- No deben utilizarse otros colirios (Cloramfenicol, Gentamicina u otros) por no cubrir el espectro buscado en la profilaxis.

5.13. Muestras de sangre de cordón

Es recomendable tomar muestra de sangre cordón para Grupo Sanguíneo y Rh. Se desaconseja la toma de RPR o VDRL de cordón por la presencia de falsos positivos, por lo cual este estudio debe ser realizado a la madre en trabajo de parto o previo a la cesárea.

Se sugiere realizar medición de gases arteriales de cordón en presencia de sufrimiento fetal agudo y/o monitorización electrónica fetal anormal y en neonatos que nacen deprimidos.

La obtención de la muestra de sangre de arteria umbilical se realiza con doble pinzado de cordón, procediéndose a llenar los vasos umbilicales al exprimir mediante presión con el pulgar e índice desde una zona pinzada hacia la segunda pinza. Después de distender, con esta maniobra, los vasos del cordón se vuelve a pinzar otra vez a la menor distancia posible para mantener llenos los vasos, con lo cual es fácilmente diferenciable la vena que es única, tortuosa y dilatada de las arterias que son dos, más delgadas, de pared firme y corren paralelas. De cualquiera de ellas, se puede tomar con facilidad la muestra de sangre arterial.

5.14. Examen físico. General y Segmentario.

Exploración para evaluar estado del Recién Nacido y con el objeto de descartar patología, en especial malformaciones congénitas.

Examen General:

- Actitud General: flexión activa y simétrica (salvo presentación podálica y cara).
- Piel: unto, color, descamación, lanugo, hemangiomas planos, mancha mongólica, eritema tóxico, piel marmorata, arlequín.
- Ombligo y cordón: hernias, color, número de vasos.

Examen Segmentario:

- Cráneo: deformaciones plásticas, céfalohematoma (subperióstico, subaponeurótico), fontanelas, suturas, bolsa serosanguínea.
- Cara: asimetría postural, parálisis.
  - Ojos: hemorragias conjuntivales, pupilas, rojo pupilar.
  - Nariz: estridor, millium, atresia de coanas.
  - Boca: fisuras labiopalatinas, dientes, frenillos, perlas de Ebstein, micrognatia, paladar ojival, paladar hendido.
  - Orejas: papilomas, fístulas auriculares, hipotrofia.
- Cuello: tortícolis, cuello corto exagerado, quiste tirogloso, fístulas branquiales, hematoma del esternocleidomastoídeo.
- Tórax: cilíndrico y blando, retracción, FR 40–60 x'. A la auscultación: estertores húmedos la primera hora, tonos cardíacos, presencia de soplos variables, presencia de fractura de clavículas, tumefacción de botón mamario, pezones supernumerarios.
- Abdomen: globoso, diástasis de los rectos, hígado palpable, masas patológicas.
- Genitales: pigmentación, tamaño de órganos.

  - Masculinos: escroto y testes (tamaño y aspecto), hidrocele, hipospadias, fimosis.
  - Femeninos: vulva e introito (aspecto y variabilidad), secreción vaginal, pseudo menstruación, hipertrofia del clítoris.
- Columna: Disrafias y deformaciones.
- Región Anal: verificar esfínter, fisuras y fístulas, foseta sacrococcigea (fístula pilonidal).
- Extremidades:
  - Superiores: asimetrías, parálisis, polidactilia, sindactilia, clinodactilia.
  - Inferiores: asimetrías, caderas (Ortolani), deformidades posturales o congénitas de los pies.

Examen Neurológico:

- Actitud y tono.
- Reflejos arcaicos: Moro, palmar y plantar, búsqueda y succión, marcha, Babinsky.

Evaluación de la Edad Gestacional:

- Por FUR, ecografía fetal (ideal precoz) y valoración física pediátrica. Considerar la Edad Gestacional en semanas cumplidas y no por aproximación matemática.

5.15. Evaluación del nivel de cuidados

Completados los procedimientos, se evalúa el nivel de cuidado requerido por el RN, se define un Diagnóstico Definitivo y su nivel de derivación:

Recién Nacido Normal:

Si es un RN de término o mayor que 35 semanas, AEG, vigoroso, rosado con examen físico por visualización normal y sin antecedentes de riesgo, se arropará, y se coloca en brazos con su madre y luego se debe iniciar aproximación a lactancia con apoyo del Equipo de Salud en el área de Puerperio Inmediato, realizando control de signos vitales y observación general.

Sólo si la madre no está en condiciones inmediatas de recibir al niño, éste puede quedar, por el menor tiempo posible, en el mismo Sector de Reanimación o de Atención Inmediata en una cuna, donde será observado y controlado.

Posteriormente, ambos se internarán en el Sector de Internación Conjunta Madre–Hijo (Puerperio).

Durante el período de adaptación del recién nacido, se debe proveer de las mejores condiciones de confort, apoyo, ruido controlado, temperatura adecuada y la mayor permanencia posible con su madre.

Se realiza un control inmediato al nacimiento y luego a la media hora de vida y se registra: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, actividad, color, tono, lactancia, orina y deposiciones.

Frente a la alteración de alguno de estos parámetros se debe continuar con controles de evaluación.

Se debe tratar de que los Recién Nacidos no permanezcan innecesariamente en el Sector de Atención Inmediata y que estén con su madre antes de la primera hora de vida.

En los centros que exista dificultad (principalmente por número de partos), de realizar la evolución médica simultánea en cada nacimiento y con el fin de no postergar el traslado del RN con la madre a Puerperio, se puede diferir esta evaluación en los neonatos sin antecedentes de riesgo, ni evidencias de anormalidad externa y

que los controles realizados al nacer y a los 30–45 minutos de vida se encuentren en rango normal.

Recién Nacido Patológico:

Se evalúa el nivel de cuidado que necesita y si puede brindarse dentro o fuera de la institución.

En los lugares en que el sector de hospitalización esta cercano al Sector de Atención Inmediata se puede trasladar en la misma cuna calefaccionada, cuidando de mantener la termorregulación, monitoreo y oxigenación necesaria para el neonato.

Para traslados más largos debe utilizarse una Incubadora de Transporte, que cuente con tren rodante, cables eléctricos de conexión a fuentes de 12 y 220 Voltios, tubos de oxígeno con duración adecuada, etc. y todo lo recomendado para el transporte de un RN de mayor complejidad.

5.16. Iniciación del amamantamiento dentro de la 1º hora de vida

La primera puesta al pecho en los Recién Nacidos normales puede ser inmediata al momento de nacer, antes del alumbramiento, idealmente dentro de la primera hora de vida, respetando el momento que madre e hijo lo decidan.

Se deberá facilitar el contacto madre–hijo/a y todo procedimiento que no sea estrictamente necesario debe ser diferido al menos 60 minutos para no alterar este apego precoz.

5.17. Información a los padres/familia

Informar sexo, peso y parámetros de normalidad del niño. Explicar claramente las situaciones que pueden determinar la internación y/o eventual derivación del RN. No omitir mostrar a los padres/familia y si es posible tocar y acariciar, a los niños que deben internarse o derivarse. Puede facilitar este proceso la presencia del padre u otra persona significativa definida por la familia durante la atención inicial del Recién Nacido.

5.18. Completar historia clínica perinatal

El correcto llenado del registro neonatal de la Historia Clínica Perinatal, permitirá el procesado de la información y la consiguiente toma de decisiones de acuerdo a los resultados. Se debe llevar un registro completo de datos perinatales, antecedentes del Recién Nacido, exámenes efectuados, emisión de orina y/o deposiciones, signos vitales, termorregulación, tono, actividad, color y observar y registrar cualquier signo de patología según protocolos de enfermería (responsabilidad compartida de matrona y médico).

5.19. Vacunación BCG

Vacunar con BCG al RN. > de 2.000 gr. y sin patología. Diferir el procedimiento para no interferir con el proceso de apego y lactancia materna.

6. RECURSO HUMANO

Se deberá contar con Médico, Matrón(a) y Técnico Paramédico entrenado en reanimación neonatal y con experiencia en trabajo en equipo, fundamental para una reanimación exitosa.

La atención profesional del Recién Nacido sano en el inmediato, deberá ser realizada por técnico paramédico, matrón(a) o médico según el caso.

El médico será responsable de la atención del Recién Nacido siempre que se le necesite para ello y tomará las decisiones que a su juicio sean las más adecuadas para el neonato. Aunque la mayoría de los embarazos llegan a partos normales, la presencia de factores de riesgo para el feto hace obligatoria la presencia en la sala de partos del médico o matrón(a) entrenado en reanimación neonatal.

El parto prematuro y otros derivados de embarazos de alto riesgo aún con presentación eutócica deben ser atendidos en el nivel de complejidad que cuente con la implementación (personal y equipo) adecuada, al que será referida la paciente oportunamente. Ante la imposibilidad del traslado, podrá ser atendida en un nivel de menor complejidad y eventualmente ante la falta del recurso médico, por la matrona.

Se deberá tener presente que para una adecuada vigilancia del Recién Nacido, durante el alojamiento conjunto con su madre en el sector de recuperación de postparto, debe existir el número adecuado de personal a fin de lograr la pesquisa de cualquier alteración de la transición del Neonato, apoyo al vínculo y lactancia y de evitar accidentes por caída.

7. RENDIMIENTO

La atención y controles en el Sector de Atención Inmediata del Recién Nacido requieren a lo menos 1 a 2 horas de técnico paramédico y 1 hora de matrona(ón) por cada neonato, hasta que éste sea trasladado al Sector de Puerperio junto con su madre.

8. EQUIPAMIENTO BÁSICO

Sala de atención inmediata

- Se deberá contar con un lugar físico adecuado, con un ambiente térmico neutral (temperatura a la cual se obtiene el menor consumo de oxígeno para mantener su condición basal). Esto se logra manteniendo una temperatura ambiental > 26–28 ºC.
  - Luces de emergencia y conexión a equipo electrógeno.
  - Lugar de registro de información para fichas manuales o electrónica.
  - Pesa, podómetro y cinta métrica inextensible.
  - Lavamanos con llave cuello cisne y agua fría y caliente.
  - Envases o muebles adecuados para la disposición de basuras y ropa.
- Cupo de reanimación: desde 1 a 3–4 según la complejidad del Servicio. Cada cupo deberá contar con:
  - Cuna radiante con colchón lavable.
  - 2 Tomas de Oxígeno, 1 de aire y 1 de aspiración.
  - Una instalación eléctrica para 6 enchufes.

  Un mezclador aire–oxígeno por Sala de Atención inmediata.

  En centros con atención a prematuros menores de 34 semanas disponer de equipo de reanimación con PEEP–PIM y FiO_2.
- Equipo de reanimación disponible y evaluado para de cada parto:
  - Equipo de Intubación: Laringoscopio con hojas rectas de diferente tamaño (Nº0 para prematuros y Nº1 para término), foco y baterías de reemplazo para laringoscopio, tubos endotraqueales (TET) de distintos calibres (2.5, 3.0, 3.5 y 4.0), cinta adhesiva o sistema de fijación para TET, alcohol y algodón, tijeras.
  - Equipo de Aspiración: Fuente de aspiración controlada, sondas de aspiración (6F, 8F y 10F), sonda de alimentación 8F y jeringa de 10–20 ml, sistema de aspiración de meconio.
  - Equipo de Ventilación: Bolsa de reanimación neonatal con válvula de liberación de presión autoinflable (que sea capaz de administrar FiO_2 hasta 90–100%), máscaras faciales para Recién Nacidos de término y prematuros, fuente de oxígeno con flujómetro (flujo hasta 10 lt/min) y conexiones.

  - Medicamentos: Adrenalina, Solución Fisiológica (matraz y ampollas), Bicarbonato de Sodio, Solución Glucosada 10%, Naloxona, jeringas de 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml, agujas de 25, 23, 21 G (sistema teflón o bránula).
  - Equipo de cateterización umbilical: equipo de ropa estéril, equipo de instrumental de cateterismo estéril, bisturí, cordonete, solución aseptizante (clorhexidina, povidona yodada, alcohol) catéteres umbilicales 3.5 F y 5.0 F, llaves de tres pasos, guantes estériles.
  - Misceláneos: Guantes y protección personal apropiada, reloj, estetoscopios (neonatal ideal), cintas adhesivas adecuadas (seda idealmente), monitor cardíaco y saturación.

- Sala de Puerperio Inmediato conjunto:
  - Esta sala debe tener un ambiente tranquilo, silencioso, temperado.
  - Requiere cama o eventualmente Bergere para las madres con parto normal y cunas para los recién nacidos.
  - Espacio para permitir la presencia del padre.
  - Ventana para mostrar el recién nacido a la familia.

9. INDICADORES

1. Encuesta de satisfacción usuaria.
2. Tasas de partos con acompañante (padres u otro familiar o persona significativa para la madre).
3. Tasa de RN que recibe amamantamiento durante la 1ª hora de vida.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- María A. Belmar. Médico Jefe Unidad de Neonatología Hospital Temuco.
- Carlos Becerra Flores. Médico Jefe Dpto. Ciclo Vital. Ministerio de Salud.
- Carla Guzmán Araya. Pediatra, Servicio Neonatología, Hospital Dr. Sótero del Río.
- Patricia Mena Nang. Médico Jefe Servicio Neonatología, Hospital Dr. Sótero del Río. Directora Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría.
- Ruth Meneses Uribe. Matrona, Servicio Neonatología, Hospital Dr. Sótero del Río.
- José Novoa Pizarro. Médico Jefe Unidad de Neonatología, Hospital Padre Hurtado. Presidente Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría.
- Carmen Reyes Zuñiga. Matrona, Servicio Neonatología, Hospital Dr. Sótero del Río.
- Elisa Riquelme Arraño. Matrona Coordinadora Unidad de Neonatología, Hospital Padre Hurtado.
- José Soto Luque. Pediatra Neonatólogo, Servicio Neonatología, Hospital Dr. Luís Tisné.
- María Dolores Tohá Torm. Pediatra Neonatóloga, asesora DIPRECE, Ministerio de Salud.
- Silvia Zenteno Utreras. Pediatra, Médico Servicio Neonatología, Hospital Dr. Sótero del Río.
- Carlos Zúñiga Vergara. Pediatra Neonatólogo, Servicio Neonatología, Hospital Dr. Sótero del Río.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo XII

Atención del Recién Nacido/a Hospitalizado/a

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO XII

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO/A HOSPITALIZADO/A

1. INTRODUCCIÓN

La atención neonatal actual, con su desarrollo tecnológico y sus incuestionables ventajas, puede ser estresante y agresiva para el recién nacido, su familia y el personal de salud.

Los niños son separados de sus madres en un momento clave para la formación del vínculo, entregados al cuidado de equipos de salud en rotación y sometidos a manipulación y procedimientos excesivos, demasiada luz y ruidos, interrupciones del sueño, alimentación en horarios rígidos, entre otros.

Los padres sufren procesos de duelo e incertidumbre, y con muy poca participación en los cuidados de su hijo y en la toma de decisiones.

El personal de salud también se ve afectado por el ambiente de trabajo, lo que se expresa en stress, licencias, conflictos, y cansancio físico y mental que puede derivar en síndrome de desgaste o burnout.

Numerosas iniciativas se han desarrollado para modificar este ambiente y hacerlo más "amigable".

Cada día se permite una mayor participación de las madres en el cuidado de los niños. Los horarios de visitas se amplían y se flexibilizan. El consentimiento informado comienza a ser exigido. Los lactarios se hacen imprescindibles e incuestionables, los procesos para lograr apego seguro se prolongan y los padres asisten más al nacimiento de sus hijos y a las visitas en las hospitalizaciones. Hemos observado como en los últimos años se han ido incorporando medidas y rutinas orientadas en este sentido.

Sin embargo, falta mucho por recorrer. Hay centros donde estos cambios van más lento, o no se han dado. Falta conocimiento y capacitación para implementar acciones en este sentido. Hay trabas estructurales de los edificios, normativas legales y de los servicios, que dificultan avanzar.

Muchas normas favorecen la hospitalización de recién nacidos o prolongan su estadía sin clara justificación en relación al aumento de los riesgos.

Los recién nacidos son sometidos a numerosos procedimientos dolorosos, con una preocupación sólo reciente y aún insuficiente por el manejo del dolor, que debiera formar parte de los objetivos de calidad de la asistencia neonatal.

Las principales iniciativas en lactancia se orientan al niño sano, faltando establecer políticas claras de fomento de la lactancia hacia el niño hospitalizado, donde sus beneficios adquieren especial importancia.

Con el propósito de contribuir en la humanización en la atención de nuestros recién nacidos, y en el marco del proyecto de elaboración de las guías de humanización del nacimiento, impulsado por el Ministerio de

Salud, presentamos nuestras recomendaciones, que hemos que sistematizado en 5 áreas que consideramos fundamentales.

- Ambiente terapéutico neonatal.
- Manejo del dolor en el recién nacido.
- Lactancia materna.
- Incorporación y educación para los padres.
- Neonatos con necesidades especiales en salud. Duelo.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Ambiente terapéutico neonatal

Los recién nacidos que se hospitalizan en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), quedan expuestos a un ambiente estresante, caracterizado por luz brillante, procedimientos dolorosos, ruidos fuertes, cambios de temperatura y falta de estimulación táctil cariñosa, muy lejos de las condiciones del vientre materno o del hogar bajo el cuidado de sus padres.

Definimos ambiente terapéutico como aquel que ofrece un soporte que permite aportar bienestar al usuario y a los prestadores, incluyendo el aspecto físico o estático, y el aspecto dinámico o sicosocial.

El aspecto estático se relaciona con las características inanimadas del ambiente. Incluye el diseño de las unidades, una circulación y señalética facilitadora de la atención, espacios para el bienestar de los participantes, iluminación adecuada, uso de materiales y condiciones que permitan manejar el ruido, entre otras.

El aspecto dinámico se relaciona con la interacción de las personas participantes por lo que queda sujeto a frecuentes cambios. Incluye los cuidados y procedimientos al niño, sus padres y al equipo que los atiende.

Las siguientes situaciones del aspecto dinámico ocurren en el niño, sus padres y el equipo de salud:

En el niño	En los padres	En el equipo de salud
Es transferido a un ambiente totalmente diferente.	Se enfrentan a la separación de su hijo/a.	Largas horas de intenso esfuerzo en un ambiente restringido. Paciente 100% dependiente.
Interrupción del apego.	El cuidado de su hijo/a es entregado a otras personas.	Necesidad de adquirir y mantener destrezas de técnicas complejas.
Su bienestar y desarrollo esta ligado a la interacción con el equipo y sus padres.	Sentimientos de miedo, fracaso incompetencia, y pérdida de control.	Frecuente existencia a situaciones éticas y de riesgo vital.
	Necesidad de soporte ante una inminente crisis.	Exposición constante a intensas reacciones emocionales de los padres.

a. Ruido

Existen investigaciones que demuestran la naturaleza agotadora y estresante del ambiente de las UCIN. Los estímulos ambiéntales más frecuentes que afectan a los recién nacidos son la luz y el ruido, aumentando el estrés y causando disturbios en los recién nacidos. (Turrill, 2003).

Los altos niveles de ruido tienen efectos negativos sobre el niño, los padres y el equipo de salud: (Thomas and Martin 2000).

En el niño	En los padres	En el equipo de salud
Taquicardia Disminuye saturación de O_2 Aumenta presión intracraneana Alt. del ritmo sueño vigilia Interferencia en la interacción social Daño coclear en prematuros Alterar el crecimiento y desarrollo normales Trastornos metabólicos	Aumento en la tensión muscular Disturbios en el sueño Cambios cardiovasculares Hipertensión Percepción de ambiente "alarmante", del cual no tienen control Aumento de la ansiedad Dificultad en la comunicación	Fatiga Irritabilidad Disturbios en el sueño Disminución en la satisfacción laboral Síndrome de desgaste o Burnout

En 1997 The American Academy of Pediatrics, Committe on Environmental Health, recomendó que los niveles de sonido en las UCIN deban mantenerse en o debajo de 45 DB. y ser supervisado por quienes entregan el cuidado. (Nagorski, 2003).

Las investigaciones muestran que el ruido presente en las UCIN sobrepasa considerablemente los valores recomendados por The American Academy of Pediatrics. Un análisis del medio ambiente de la UCIN mostró niveles de sonido en el rango de 45 a 80 DB, con alzas hasta de 130 a 140 DB, por ejemplo al golpear la cubierta de la incubadora (Fernández, 2004, Bremmer, Byers, Kiehl, 2003). Las investigaciones referentes a la producción de ruido por labores de enfermería muestran producción de niveles de sonido entre 70 a 90 DB. (Nagorski, 2003).

Las medidas de ruido son más altas dentro de la incubadora que en el ambiente abierto de las UCIN, asociado al sonido directo causado por el recién nacido o el equipo que entrega el cuidado neonatal y el sonido de rebote dentro de la incubadora. (Nagorski, 2003).

Nivel de ruido ambiente extrahospitalario	Nivel de ruido en unidades neonatales
Umbral de sensibilidad humana: 0 db.	Nivel general de trabajo UTI Neonatal: 50–90 db.
Umbral del dolor: 120 db.	Niveles al interior de incubadora: 50–66 db.
Interferencia sueño del adulto: 48 db.	Nursery en Trabajo tranquilo: 38 db.
Interrupción sueño infantil: 70 db.	Nursery en trabajo ruidoso: 75 db.
Dormitorio en la noche: 30–40 db.	CPAP altas presiones, en pasaje posnasal hasta. 100 db.
Nivel de conversación: 60–75 db.	Peak de aumentos de ruidos: 105 db.
Sala de baile ruidosa: 117 db.	

b. Luz

Puede provocar trastornos en el niño, los padres y el equipo de salud. (Rivkees 2000)

En el niño	En los padres	En el equipo de salud
Alteración del ritmo circadiano (ciclo día–noche, luz–oscuridad). Alteración de los patrones del sueño. Episodios de hipoxia (Luz súbita e intensa) Dificulta interacción con entorno. (Luz directa sobre el rostro).	Falsa sensación de seguridad en el manejo de su hijo/a. Tratarán de imitar la luz de la URN, y ocasionar las condiciones adversas.	Falsa sensación de seguridad en el control de la URN. Puede alterar biorritmo Molestias oculares. Disminuye sensación de bienestar. (Luz muy brillante)

La Asociación Americana de Pediatría, recomienda una iluminación máxima de 650 lux para la observación y 1080 para los procedimientos, y la introducción de ciclos día y noche en las unidades de cuidados intensivos e intermedios.

Grupos de consenso en Desarrollo Físico y Medioambiente de Niños de Alto Riesgo, recomiendan iluminación de 200–300 lux, como máximo para los niños.

c. Tacto, Manipulación y Posicionamiento del recién nacido.

El ser humano posee receptores en la piel cuya excitación al recibir contacto con otro ser humano, transfiere impulsos al cerebro a través de vías nerviosas. La especialización de estas vías incluye, el desarrollo de diferentes tamaños de neuronas, grados de mielinización, y el desarrollo de estructuras sinápticas que permiten a las neuronas responder discriminadamente a la estimulación táctil.

La estimulación táctil, entrega una base para operaciones de orden superior y determina muchos de los iniciales "ensamblajes" que forman las raíces del futuro aprendizaje. Por lo tanto, la estimulación inicial, influencia el desarrollo de percepciones y concepciones a las cuales cada persona les entrega un sentido. (Liaw, 2000).

El recién nacido en las unidades de hospitalización está sometido a un patrón inapropiado de estimulación que muchas veces es no contingente, multimodal y en múltiples veces dolorosa, definida por algunos autores como un cruce de humanidad y tecnología.

(Hemingway, Oliver 2000; Grenier, Bigsby, Vergara, Lester 2003).

Efectos adversos relacionados con las posturas	Efectos adversos relacionados con la manipulación
Abducción y rotación externa de la cadera	Levantar en supino y dejar planear: sobresalto y apneas
Eversión de los tobillos	Levantar y flectar piernas contra el abdomen: aumenta presión intracraneana
Retracción y abducción de los hombros	Manipulaciones múltiples: dificultad en autorregulación
Mayor hiperextensión cervical con elevación de los hombros	Manipulaciones desorganizadas: interfiere en patrón del sueño
Aplanamiento progresivo de la cabeza	

d. Estrés

El estrés es un proceso biológico y psicológico que se origina ante exigencias y requerimientos internos o externos al organismo, frente a los cuales no tiene información para una respuesta acorde, e impulsa un mecanismo de ajuste ante la emergencia. (Schapira y Aspers, 2004).

Las fuentes de estrés en las UCIN incluyen procedimientos médicos y quirúrgicos, dolor, procesos patológicos, las intervenciones del cuidado, y el ambiente. (Blackburn, 1998).

Los recién nacidos, y en particular los prematuros, son susceptibles a los efectos nocivos de una respuesta intensiva al estrés por sus características: no están preparados para la vida extrauterina y su respuesta a los estímulos frecuentemente es inmadura, desorganizada e inefectiva, más que adaptativa. (Schapira y Aspers, 2004).

Los neonatos intentan hacer frente a la estimulación de las luces brillantes, alarmas, ruidos fuertes de los monitores y voces humanas en la UCIN, exhibiendo conductas defensivas que corresponden a signos de estrés y autorregulación. Este último busca calmarlo y ayudarlo a recuperarse del estrés, cuando el sistema nervioso central del niño es incapaz de regular la estimulación entrante. (Fernández, M 2004)

El estrés neonatal conduce a un gasto energético que puede alterar procesos curativos y de crecimiento. Altera procesos fisiológicos y organización del SNC, influenciando resultados de desarrollo (Blackburn, 1998).

e. Atención centrada en la familia

La hospitalización genera mucha tensión en el Recién Nacido (RN) y su familia. Los niños son separados de sus madres y entregados al cuidado de equipos de salud en rotación, con horarios de visitas y decisiones que no dependen de la madre y la familia. Las consecuencias negativas de los procesos de separaciones traumaticas obligadas en períodos de dependencia emocional, se encuentra ampliamente descrito en sicología con el nombre genérico de hospitalismo.

En el RN la separación ocurre en un momento clave para la formación del vínculo, y las intervenciones en una etapa evolutiva temprana, pueden dejar secuelas físicas, sicológicas y sociales importantes. Estas alteraciones se relacionan, entre otros factores, con los cuidados proporcionados tras el nacimiento. La exposición a un medio hostil, dificulta la organización del cerebro en desarrollo, mientras los padres vivencian un impacto emocional y procesos de duelo que modifican el proceso de crianza (Perapoch et al 2005).

Se hace necesario modificar este ambiente y hacerlo más "amigable". Un ambiente en el cual el RN puede lograr un estado de bienestar sin contraponerse con las medidas para recuperar su salud, permitiendo a la vez la interacción con sus padres.

En 1979, Levin en Estonia en Unidades de Neonatología pequeñas, puso a las madres a cargo de sus hijos hospitalizados, supervisadas por enfermeras. Obtuvo menos infecciones, ganancias de peso más rápidas, mejor lactancia natural y desarrollo psicológico. Las madres se recuperan más rápido del parto, y mejoran su autoestima y su confianza para cuidar a sus hijos.

En Colombia en 1978, con el método canguro, se puso a los niños prematuros al cuidado de sus madres en contacto piel a piel, con buenos resultados en lactancia, ganancia de peso, relación con sus madres y posibilidad de alta más tempranas.

Hay programas de intervención en Suecia, con colchones de agua temperada sustituyendo a las incubadoras. Hay experiencias de alojamiento conjunto en muchos países, con resultados igualmente positivos. En Argentina, se elaboró y fue aprobada por ley, la guía de atención del parto centrada en la familia que incluye muchos

aspectos humanizadores de la atención del recién nacido. En Uruguay, se han promulgado leyes específicas, que otorgan el derecho al acompañante en el nacimiento, y la libertad de elegir la postura en el parto.

Levin, emulando la Iniciativa de Hospital Amigo de la madre y el niño, ha propuesto una Iniciativa de Humanización de los Cuidados Neonatales, cuyo cumplimiento daría a los centros la categoría de "Hospitales Amigos de la Familia". Las medidas incluyen fomento de lactancia, restricción de tratamientos agresivos, análisis y exámenes físicos, contacto mínimo de los niños con el personal, y máximo con sus madres. La Sociedad Chilena de Pediatría, en Pucón en 2001, adhirió a estos puntos.

El sistema de cuidados centrados en el desarrollo (CCD) busca mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorezcan al recién nacido y a su familia, entendiéndolos a ambos como una unidad. Comprende intervenciones dirigidas a optimizar el ambiente, facilitando al máximo el papel de la familia como cuidador principal del niño, lo que se realiza de una forma más o menos rutinaria en muchos países europeos desde hace años, permitiendo reducir los efectos no deseados de la hospitalización (Perapoch et al 2005).

Su implementación comporta un cambio importante en las rutinas de trabajo y en las actitudes de los profesionales hacia los neonatos hospitalizados y sus familias. El niño y sus necesidades pasan a ser el centro de atención, de manera que los procesos se adaptan a las características del niño y su familia y no al contrario.

Los padres, informados, educados y participantes se incorporan a la toma de decisiones y a las acciones que se realizan respecto a los cuidados de sus hijos.

2.2. Dolor en el recién nacido

Si de Humanizar la Atención del Neonato se trata, debemos atender el Dolor. Este se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño de tejidos efectivo o potencial y descrito en relación a ese daño. (Asociación Internacional para el estudio del Dolor, 1979).

Además se puede entender el dolor como un poderoso estímulo, que ayuda a crear comportamientos primitivos de supervivencia y enseña al niño a evitar el peligro.

Debemos prevenir y tratar el dolor porque a corto plazo, el neonato experimenta un estado de catabolismo, aumento de frecuencia cardiaca, respiratoria y presión arterial, secreción de catecolaminas, glucagón y cortisol, alteración del comportamiento y en especial aumento de la vulnerabilidad del prematuro a lesiones neurológicas graves (hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular).

A largo plazo, existe preocupación por el impacto que el dolor repetido o prolongado pueda tener en el desarrollo neurológico de recién nacidos especialmente vulnerables como prematuros o críticamente enfermos, ya que este dolor puede producir excitotoxicidad mediada por N–metil–D–aspartato (NMDA) causando muerte neuronal en el cerebro inmaduro o alteración en el desarrollo de las sinapsis neuronales.

Algunos estudios sugieren que el dolor experimentado precozmente en la vida puede alterar la respuesta afectiva y de comportamiento durante procesos dolorosos posteriores.

Los eventos que causan dolor en el neonato los podemos clasificar en:

- Estímulos dolorosos agudos: extracción de sangre, canalización de vías, intubación, entre otros.
- Procedimientos de cuidado: colocación de sondas, cambios posturales, retirada de cintas adhesivas o exploraciones.
- El dolor contínuo motivado por situaciones patológicas (postoperatorio, enterocolitis necrotizante, otros problemas de salud).

El RN no tiene la capacidad de verbalizar su repuesta al dolor, por lo tanto depende del personal médico para reconocer las respuestas conductuales y fisiológicas asociadas a estímulos dolorosos. Datos basados en respuestas hormonales o conductuales son indicadores valederos de dolor. La interpretación, por otro, del dolor es subjetiva, por lo tanto requiere de nuestra preocupación activa para obtener adecuada percepción del dolor que sufre el neonato.

a. Manifestaciones del dolor

En el neonato existen manifestaciones fisiológicas y conductuales frente al dolor:

Cambios fisiológicos:

- Aumento FC.
- Aumento de P/A y endocraneana.
- Disminución de la Saturación de O_2
- Sudoración palmar.

Cambios conductuales:

- Llanto: tono más alto, es menos melodioso, más intenso y prolongado.
- Movimientos vigorosos y difusos de las extremidades, agitación, con extensión de dedos y arqueamiento de la espalda. Puede desencadenarse el reflejo de Moro y el reflejo flexor de retirada.
- Expresión facial: Se considera el indicador más específico de dolor en el RN. Si éstas manifestaciones faciales se acompañan de un llanto intenso y agudo constituyen una clara manifestación de dolor.
- Fruncimiento de la frente con cejas prominentes.
- Ojos cerrados con párpados muy apretados.
- Surco nasolabial muy marcado.
- Boca angulosa y estirada en posición vertical o estirada en posición horizontal.

Es importante considerar los siguientes aspectos frente al dolor:

- Si el RN es saludable y de término la respuesta al dolor es más fuerte y llamativa que la de los prematuros y enfermos y si está despierto y conectado con el medio responderá más que los dormidos.
- La experiencia previa juega un papel importante: niños que han sido puncionados responden con más vigor ante la repetición del procedimiento.
- Antes de las 28 semanas de gestación, el feto ha desarrollado los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales necesarios para percibir el dolor y responder ante el mismo.
- Los recién nacidos prematuros y a término demuestran similar o incluso exagerada respuesta fisiológica y hormonal al dolor, comparada con la observada en adultos y niños mayores, con menor umbral del dolor a menor edad gestacional.

Dado que el recién nacido no nos dice si siente dolor, depende de otros para que lo identifique, evalúe y lo trate. Medir el dolor es una buena estrategia para no ignorarlo.

B. Escalas de valoración del dolor en neonatología:

Las escalas con respuestas fisiológicas y del comportamiento (indicadores muy sensibles, pero poco específicos; ya que pueden alterarse ante situaciones de estrés) constituyen los métodos de valoraciones más asequibles, seguras y factibles. Algunas de las escalas más utilizadas son:

1. PIPP (Premature Infant Pain Profile) Escala de medida multidimensional desarrollada para valorar el dolor en niños de término y pre término. Es muy bien aceptada por tener en cuenta la edad gestacional.

- Se compone de siete parámetros que incluyen indicadores de conducta, desarrollo y fisiológicos.
- Un rango de 21 corresponde a una edad gestacional menor a 28 semanas, y para más de 36 semanas el máximo es de 18.
- Utiliza 7 parámetros puntuando cada uno de ellos con el valor de 0 a 3.
- Para todas las edades gestacionales un valor menor o igual a 6 indica la no existencia de dolor o la presencia de un mínimo dolor, y valores mayores o igual a 12 indican dolor moderado o intenso.
- Valora frecuencia cardiaca, saturación del oxígeno, fruncimiento de seño, ojos apretados, cara de llanto, edad de gestación, conducta.

Tabla III. Evaluación del dolor en el neonato utilizando la escala PIPP

Proceso	Parámetros	0	1	2	3
Gráfica	Edad Gestacional	≥ 36 sem	32 a < 36 sem	28 a 32	≤ 28 sem
Observar al niño 15''	Comportamiento	Activo/despierto ojos abiertos mov. faciales	Quieto/despierto ojos abiertos no mov. faciales	Activo/dormido ojos cerrados mov. faciales	Quieto/dormido ojos cerrados no mov. faciales
Observar al niño 30''	PC max	0 – 4 lat/min	5 – 14 lat/min	15 – 24 lat/min	≥ 25 lat/min
	Sat O_2 min	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
	Entrecejo fruncido	Ninguna 0 – 9% tiempo	Mínimo 10 – 39% tiempo	Moderado 40 – 69% tiempo	Máximo ≥ 70% tiempo
	Ojos apretados	Ninguna 0 – 9% tiempo	Mínimo 10 – 39% tiempo	Moderado 40 – 69% tiempo	Máximo ≥ 70% tiempo
	Surco nasolabial	No	Mínimo 0 – 39% tiempo	Moderado 40 – 69% tiempo	Máximo ≥ 70% tiempo

2. CRIES. Escala de valoración del dolor neonatal en el post operatorio.

Es fácil de usar y recordar, parecido a la evaluación del Apgar

- Valora cinco parámetros fisiológicos y de comportamiento con una valoración máxima de 10 puntos. CRIES es un acrónimo: Criying (llanto), Requerimientos de O_2, Incremento de signos vitales, Expresión facial y Slipples = sueño/vigilia.
- Cada parámetro tiene una valoración de 0,1 ó 2.
- El dolor se evalúa cada hora por un mínimo de 24 horas después de la cirugía.
- Un mínimo de puntuación de 4, de un total de 10, indican dolor y una intervención necesaria.

Tabla IV. Medida del dolor postoperatorio según la Escala Cries

Parámetros	0 puntos	1 punto	2 puntos
Llanto	No	Agudo–consolable	Agudo–inconsolable
FiO_2 para Sat O_2 > 95	0,21	< o = 0,3	> 0,3
FC y TA	< o = basal	> o < 20% basal	> o < 20% basal
Expresión facial	Normal	Muecas	Muecas/gemido
Períodos de sueño	Normales	Despierto muy frecuentemente	Despierto constantemente

Para minimizar el dolor frente a procedimientos la literatura sugiere:

- **Amamantamiento:** Colocar al RN al pecho durante el procedimiento doloroso, favoreciendo la succión, el sabor y el contacto piel a piel tiene un efecto analgésico comprobado.

- **Solución Glucosada o de sacarosa**: Disminuye la respuesta fisiológica y conductual al dolor. Se postula que tiene un efecto endógeno opioide, liberando endorfinas. Su efecto es en 2 etapas: un primer efecto relajante en el RN y un segundo que disminuye el tiempo de llanto. Es una intervención segura, sin efectos secundarios indeseados descritos.

- **Succión no nutritiva:** Tiene un efecto de consuelo. Ayuda a la autorregulación del RN, disminuye la respuesta fisiológica y conductual al dolor, con efecto sinérgico con la solución glucosada o de sacarosa.

- **Posicionamiento**: Una posición y una manipulación correcta influyen en los parámetros fisiológicos y conductuales del recién nacido. Una posición apropiada, como la orientación en la línea media, la contención, la actividad de llevarse la mano a la boca y un grado de flexión adecuados, favorecen las conductas de autotranquilización y de autorregulación en el recién nacido.

2.3. Lactancia materna en el niño/a hospitalizado/a

La lactancia materna es el alimento por excelencia en los primeros meses de vida. Los niños con lactancia artificial tienen una probabilidad mayor de morir por Enfermedad Diarreica, y Neumonía, y 5 veces más tratamiento hospitalario, con altos costos, además la introducción temprana de la lactancia artificial, estrecha los períodos intergenésicos y favorece la vulnerabilidad a las infecciones prevalentes en la infancia,[1,2,3,4] y a las complicaciones asociadas,[5,6,7] a corto y largo plazo, que incluyen enterocolitis necrotizante, síndrome de muerte súbita infantil, caries dentales y mala oclusión dentaria, obesidad infantil, diabetes insulino dependiente, e hipertensión [2,8,9].

Chile ha desarrollado actividades, de apoyo a la lactancia materna, adhiriéndose a convenios internacionales como la Declaración de Innocenti en 1990, y ha promovido líneas de acción, que permitieron en el 2002, un 80% de lactancia exclusiva a los 4 meses de vida, y un 35% de lactancia materna complementada, al año de edad, [10,11], logrando estimular la duración y el grado de exclusividad de la lactancia materna en el primer año de vida. [12] Se destaca además, la reorganización de la Comisión Nacional de Lactancia Materna y la iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, como también la publicación del Manual de Lactancia Materna, y la aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna. Sin embargo, todas estas iniciativas se orientan al niño sano por lo que se hace necesario desarrollar recomendaciones de lactancia para el RN hospitalizado.

Los tipos de lactancia están condicionados por factores biológicos, sociodemográficos, económicos, culturales, de atención clínica, y por las estrategias de las productoras de leches artificiales [13]. Asimismo, las relaciones de los tipos de lactancia y sus determinantes, es diferente en los países, e instituciones y comunidades de un mismo país, [14] mostrando más efectividad las intervenciones para promocionar la lactancia materna, basadas en las evidencias del propio medio, [15,16] como también, las exposiciones grupales, dialogadas e informales, lideradas por profesionales de salud, que enfaticen los beneficios de la lactancia materna.

Las mujeres estimuladas, tienen aproximadamente 4 veces más propensión a iniciar la lactancia, que aquellas que no reciben ningún apoyo. La influencia del estímulo es significativamente mayor en todos los estratos. A su vez resultados de investigaciones y análisis de multivariables, sugieren que las instituciones de salud y profesionales juegan un rol significativo en promover la lactancia materna, y que las campañas educativas que estimulan los beneficios de la lactancia, son estrategias importantes para apoyar a las madres a amamantar durante más tiempo, como también, que la lactancia materna se ve afectada por la educación y empleo. Las

mujeres que estaban más propensas a amamantar habían sido quienes habían participado en clases prenatales, aquellas que recibieron consejería sobre lactancia y apoyo postparto. La lactancia por más de seis semanas después del parto, se asocia con el estatus de salud y de empleo, sumado una adecuada información postparto, sugiriendo que los planes de salud y empleo, deben promover la educación y apoyo a la lactancia materna. [17,18,19]. Los talleres para promover los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa inciden positivamente, la promoción de la lactancia materna, manteniéndose el cambio de actitud en la población hasta 12 meses después de la intervención. [20]

El cuidado profesional individual, apoya a las madres en el hospital y posteriormente en la comunidad, aumentando significativamente la duración de la lactancia materna, entre las madres que habían recibido apoyo durante el primer mes postparto. [21,22]. Los grupos de apoyo a la lactancia, incluyendo consejería anticipada y seguimiento mensual clínico de la madre y los infantes, pueden aumentar significativamente el porcentaje de bebés amamantados exclusivamente con leche materna hasta el final de los seis meses de edad. La lactancia materna más frecuente y a demanda, se asocia con menores complicaciones y con una duración más larga de amamantamiento. [23,24].Se establece además, una correlación entre las carencias del vínculo temprano y la aparición de trastornos alimentarios, y advenimiento de conductas violentas, por lo que la promoción de la relación temprana, es indispensable, y la introducción de la lactancia, en los primeros momentos de vida neonatal, podría ser, además, de un factor protector del crecimiento y desarrollo del niño, una estrategia oportuna, para prevenir disfunciones familiares.

Se requiere entonces, aunar esfuerzos para facilitar una mayor equidad, hacia un desarrollo saludable y con mejores oportunidades, mediante la capacitación y actualización del personal de salud, como un proceso permanente, que mantenga en alza los logros alcanzados. [25]

2.4. Incorporación y educación para los padres

La educación e incorporación es una herramienta fundamental para la intervención en la salud de la familia, son los padres y/o cuidadores del neonato quienes ocupan un lugar preponderante en el cuidado integral del recién nacido y especialmente del prematuro para lograr una optima recuperación y un adecuado crecimiento y desarrollo del niño de acuerdo su condición. Parte de este contenido fue tratado como "atención centrada en la familia".

La participación de los padres o la familia en la toma de decisiones clínicas no ha sido parte de la práctica clínica en el servicio público de salud, persistiendo aún un modelo paternalista autoritario. Este modelo no favorece el desarrollo de la familia en torno al niño hospitalizado y debe modificarse hacia la atención centrada en la familia, con respeto de las creencias y planteamientos de los padres y considerándolos como parte del equipo de salud.

El acceso actual a la información y el mejor nivel educacional de los padres contribuye a posibilitar el cambio del modelo de atención.

En la educación a adultos como ocurre en este caso hay que tener algunas consideraciones como son:

- Se desea que los padres sean autónomos, críticos, creativos y capaces de autorregular su propio proceso de aprendizaje.
- Iniciar la educación una vez que los padres se encuentren en etapa de aceptación de la crisis por hospitalización de su hijo/a.
- La persona aprende lo que le es significativo, por lo que el aprendizaje debe centrarse en la realidad de la familia, en un lenguaje que le sea propio y en el cual su experiencia es importante.
- Enfocarse en las fortalezas de los padres permitiéndoles definir sus propias necesidades y prioridades.
- Las personas poseen conocimientos previos que es necesario considerar para sobre la base de ellos, formar

nuevos esquemas mentales de conocimiento (creencias, valores, cultura, religión, etc.)
- Una enseñanza efectiva que implica entrega de contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales.
- El aprendizaje es un proceso individual y social por lo que es útil involucrar en ello a todos los miembros de la familia.
- Educar a los padres involucra estar dispuestos a cederles el control y capacidad de tomar decisiones respecto a la salud de su familia.
- La educación debe entregarse en un continuo, siendo ésta programada una vez que los padres estén en situación de recibirla.

2.5. Neonatos con pronóstico complejo. Duelo.

El nacimiento de un niño(a) prematuro, con alguna patología, malformación o genopatía que implique su hospitalización y/o su muerte, enfrentan al equipo de salud a entregar información para la cual no siempre está preparado.

Los padres tras recibir la noticia de que su hijo no está sano transforman el estado de felicidad propia del nacimiento en un estado de shock, pánico y desintegración que puede canalizarse como culpa, depresión o ira: Muchas de estas actitudes de los padres son interpretadas como agresiones por el equipo de salud, sin comprender su verdadero significado.

¿Como viven el duelo los padres?

Los padres viven distintas etapas emocionales después de la primera noticia y para abordar las estrategias que el equipo médico debe realizar con ellos es útil tener presente este cuadro:

FASE	CONDUCTA PADRES	ROL EQUIPO MEDICO
SHOCK INICIAL	▪ Manifestaciones impulsivas ▪ Gran confusión ▪ Sufrimiento visceral	▪ Contención emocional ▪ Sostén de la esperanza ▪ Información dosificada
NEGACION	▪ No quiere saber ▪ Dificultad para comprender la información	▪ Disponibilidad informativa ▪ Respeto del mecanismo protector ▪ Respetar los tiempos internos de cada familia ▪ Estar atentos para derivar al especialista
ENOJO	▪ Conflicto con staff ▪ Conductas agresivas	▪ Retracción informativa, centralizar la información en un profesional ▪ Momento de alto estrés para el personal
TRISTEZA	▪ Síntomas depresivos ▪ Culpa, angustia, dolor y cansancio	▪ Estimular la autoestima y la capacidad materna ▪ Favorecer la vinculación padres–hijo
REEQUILIBRIO	▪ Apego en marcha ▪ Menor oscilación emocional ▪ Preocupación por lactancia, atención del recién nacido, relaciones familiares	▪ Disponibilidad informativa ▪ Estimular lactancia materna ▪ Capacitación a los padres

La temporalidad con que ocurren las etapas es variable y depende de los rasgos emocionales de los padres y del apoyo que reciban del equipo médico que los acoja.

Los padres deben recibir apoyo de especialistas; Salud Mental, Servicio Social e integrarlos a grupos de padres afines, lo que facilitará su natural proceso.

El equipo médico debe conocer las etapas por las que los padres atraviesan, respetarlas; no se debe interferir en el proceso de vinculación, y por el contrario, debemos favorecerlo, el contacto físico inmediatamente posterior al parto entre el niño y sus padres y en especial con su madre.

El equipo debe también contar con grupos de apoyo (psicólogo clínico) para el personal, que los ayude a prepararse para dar la noticia y desarrollar grupos de reflexión que permitan contener las emociones y angustias de los profesionales.

La organización de grupos de padres con hijos con patologías similares es un elemento muy útil de ayuda y apoyo en las unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

3. OBJETIVOS

Generales

1. Contribuir a la humanización del cuidado neonatal.

2. Mejorar la calidad de la atención recién nacido hospitalizado.

Específicos

1. Identificar los aspectos relacionados con ambiente terapéutico neonatal.

2. Recomendar acciones frente al dolor del neonato.

3. Minimizar la intensidad, duración y costos fisiológicos de la experiencia de dolor y maximizar la capacidad del RN para enfrentar y recuperarse de la experiencia de dolor.

4. Apoyar a los padres en el proceso de hospitalización.

5. Centrar la atención del paciente en la familia.

6. Presentar recomendaciones que favorezcan y apoyen el inicio y mantenimiento de la lactancia natural o materna, durante su hospitalización hasta el egreso de los neonatos de las unidades de Neonatología.

7. Fomentar el amamantamiento precoz del recién nacido hospitalizado.

8. Detectar problemas para el desarrollo de la lactancia materna.

9. Estimular la integración del equipo de salud en el fomento de la lactancia. Realizar educación continua a los padres y equipo de salud.

10. Mantener la referencia y contrarreferencia con los policlínicos de seguimiento para asegurar la mantención de la LM.

11. Realizar recomendaciones generales en relación a neonatos con pronóstico complejo.

12. Entregar herramientas que ayuden al equipo de salud a dar información de forma clara, empática y precisa a los padres de recién nacidos hospitalizados, comprender el proceso que viven y darles el apoyo necesario.

4. ACTIVIDADES

4.1. En relación a ambiente terapéutico: Ambiente estático

4.1.1. Planta física

- Mantener separación entre niños gravemente enfermos de los que se encuentran en recuperación.
- Uso de termo paneles para aislamiento térmico y acústico.
- Acceso a luz del sol con protección de radiación UV (ventanas al norte, lucarnas).
- Luminarias con difusores anti reflejo.
- Sistema de graduación de la iluminación de las unidades de atención. (Luz individual, módulos de iluminación, otros).
- Colores de las paredes claros para favorecer un ambiente acogedor (acorde con los neonatos, murales.)
- Decoración apropiada para el neonato y familia (cenefas con monitos, cojines, etc).
- Espacio apropiado para la permanencia de los padres en la unidad del niño, sin entorpecer la actividad profesional.
- Sillas cómodas para la estadía materna (altura adecuada, cojines, mecedoras, escabeles).
- Señalética según población a atender (respetar interculturalidad).
- Permitir a los padres aportar elementos familiares en la unidad de atención de su hijo (Simbología religiosa, fotos, ropa de cuna entre otros).
- Acceso expedito en las diferentes unidades de atención y separadas por vidrios de manera de tener una visión global de la unidad.
- Poseer en la unidad espacios para reunión, descanso, comedor y/o cocinilla a los padres de recién nacidos hospitalizados, que puede ser una sala multiuso.
- Baños para los padres y visitas cercanos al servicio.
- Contar con sala para lactario.

4.1.2. Intervenciones en el nivel de ruido.

- Disminuir volumen de alarmas, teléfonos, monitores, otros. Idealmente contar con central de monitoreo con alarma visual y con personal adecuado para funcionar sin alarma sonora.
- Impedir uso de radios dentro de las salas de hospitalización de los niños, excepto si se usa un programa de musicoterapia implementado profesionalmente.
- Mantención preventiva en los equipos para evitar exceso de ruido (incubadoras, monitores, refrigeradores.)
- Protección de las ruedas de equipos pesados para su desplazamiento.
- Medición de niveles de ruido de la unidad y sus puntos críticos para establecer un estándar que se evalúe en forma periódica.
- Crear conciencia en el personal para impedir prácticas generadoras de ruidos como:
  - Cerrar incubadoras en forma cuidadosa.
  - No poner elementos directos sobre las incubadoras (mamaderas, jeringas otros).
  - Vaciar agua de las tubuladuras de O_2 de manera oportuna.
  - Evitar conversación social innecesaria cerca de las unidades de atención.
- Acudir en forma oportuna al sonido de alarmas. Es claramente beneficioso el uso de Centrales de Monitoreo para disminuir la contaminación acústica en Salas de Neonatología, además del beneficio de mantener ade-

cuada atención de la información de monitores sin producir agotamiento del personal por falsas alarmas, lo que implica en ocasiones subvaloración de alarmas reales.
- Uso de cobertores acolchados para las incubadoras.
- Evitar hablar en voz alta cerca del RN, sin inhibir la iniciativa materna de conversar o cantarle al hijo(a).

4.1.3. Intervenciones en el nivel de luz

- Implementar luces individuales en las unidades de atención.
- Considerar uso de protectores de luz del sol cuando esta se hace muy intensa (cortinas).
- Proteger los ojos de los niños en procedimientos que requieran de luz directa sobre ellos.
- Proteger equipos de fototerapia para evitar proyección de la luz en los niños cercanos.
- Considerar ajustar el nivel de luz de los niños de acuerdo a sus necesidades (cubrir incubadoras).
- Establecer ritmo circadiano en las rutinas de atención de los niños. (Respetar nivel de luz en la noche y durante el sueño). Apenas sea posible suspender alimentación de las 3 o 4 AM, para ordenar ritmo circadiano.
- Evitar la luz excesiva, realizar cambios graduales con una transición suave, focos con intensidad regulable, ciclos de oscuridad.
- Utilizar cobertores en las incubadoras cuando el recién nacido está monitorizado.
- Proteger al recién nacido de la sobre–estimulación. Agrupar las actividades de enfermería, permitiendo al menos 2 a 3 horas de descanso sin perturbar.
- Durante la noche realizar las actividades estrictamente necesarias, para respetar el ciclo sueño–vigilia.

4.2. En relación a ambiente terapéutico: Ambiente dinámico

4.2.1. Atención del niño y su familia

- El equipo neonatal debe contactar a la madre con embarazo de riesgo y explicarle su presencia y rol.
- Si es posible realizar una visita acompañada a la unidad donde se hospitalizaría el hijo o contar con un video o un rotafolio con fotos al respecto.
- Al ingreso de un niño debe entregarse a lo padres información oral y escrita sobre el funcionamiento de la unidad, los derechos del niño y sus padres, lo que se espera de ellos y los roles de cada miembro del equipo de atención.
- La madre y el padre deberán tener acceso libre y condiciones ambientales adecuadas para permanecer con su hijo enfermo las 24 horas del día.
- Se dará autorización a visitar al recién nacido a familiares significativos (abuelos y hermanos), según las condiciones locales.
- Se deberá proveer alimentación o facilidades para alimentarse a las madres que permanecen con sus hijos y condiciones para pernoctar.
- El recién nacido y sus padres serán considerados como una unidad (triada) en cada atención.
- Los padres recibirán educación personalizada y capacitación programada para integrarlos al cuidado de su hijo.
- Se establecerán canales de comunicación efectiva, clara y privada con los padres que permitan intercambiar información y aminorar el estrés psicológico.
- Los padres participan en las decisiones y las acciones que se realizan respecto a los cuidados de sus hijos.

4.2.2. Promoción del vínculo

- Evitar la hospitalización innecesaria, por ejemplo realizar tratamiento antibiótico en niños clínicamente asintomáticos con su madre en sala de puerperio, estudio inicial de masas abdominales, etc.
- Desarrollo de programa(s) de estimulación del recién nacido. (Ej. madre canguro, masajes, Voltja, mostrar la evaluación de Brazelton a los padres previo al alta, etc.)

- Dar oportunidad al contacto piel a piel con sus padres en cuanto su condición lo permita.
- Favorecer los cuidados básicos del niño por sus padres. Considerar a los padres como un factor importante en la recuperación del RN, no como una visita. Considerar que la tuición y las decisiones importantes pertenecen a los padres y no al equipo de salud.
- El equipamiento tecnológico será el necesario. Se evitará monitores, incubadoras, sondas, procedimientos que no tengan clara justificación, lo que requiere una constante evaluación de acuerdo a las condiciones del neonato.
- Se promoverá la lactancia natural en cada niño y si se administra a través de biberón se procurará que la madre administre la alimentación a su hijo.
- Permitir sensación de pertenencia con sus padres (llamar por su nombre, aceptar ropas y otros elementos traídos por sus padres).
- Detectar estrés parental y referir para su tratamiento, y referir situaciones socio familiares de riesgo.
- Trabajar para un alta precoz que considere la situación del paciente y la familia y no criterios normativos estrictos como peso del niño o determinada edad gestacional.
- Establecer sistemas de control y tratamiento ambulatorio que eviten o reduzcan el período de hospitalización.

4.2.3. Posturas y manipulación.

- Programar las actividades de atención de manera individualizada: valorar los diferentes estados del niño y sus respuestas y modificar las manipulaciones según necesidad.
- Mejorar la calidad del cuidado del niño: manipular y hablarle con suavidad, ofrecer una modalidad de estímulo sensorial a la vez.
- Contener al niño posesionándolo con rodillos, nidos y/o envolturas suaves.
- Tomar en brazos y mecer cada vez que sea posible.
- Desarrollar estrategias para disminuir los efectos adversos de las posturas del niño: Conservar su cabeza en línea media, cambios de postura y permitir la maniobra mano boca.

4.2.4. Cuidados del equipo de salud:

- Respetar a cada uno de los miembros del equipo de salud en su aporte al cuidado neonatal.
- Fomentar la actualización continua del equipo de salud.
- Implementar medidas de detección de Burnout en el equipo de salud.
- Establecer instancias de análisis después de alguna crisis en el equipo y/o los padres.

4.2.5. Ambiente seguro

- Velar por el cumplimiento de las normas de Prevención y control de IIH. Participar en forma activa en la vigilancia de IIH.
- Establecer programa de mantención preventiva de los diferentes equipos de la unidad.
- Trabajar en conjunto con prevencionista de riesgos y/o comités paritarios, para detectar situaciones de riesgo del personal.
- Implementar programa de evacuación de pacientes frente a emergencias.
- Desarrollar programas de detección de eventos adversos en las Unidades de Neonatología e implementar intervenciones.

5. DOLOR Y ESTRÉS

5.1. Valoración del dolor y estrés en el recién nacido.

- Realizar programas de educación sobre el dolor neonatal para todos los profesionales que asisten al recién nacido (programas de entrenamiento del empleo de escalas del dolor, formación continua con actualización de conocimientos)
- Incorporar protocolos o guías clínicas, que contribuyan a un mejor control del dolor en el período neonatal.

5.2. Medidas no farmacológicas y farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal

- **Manejo no farmacológico**: Incluye disminución de estímulos nociceptivos, manipulaciones ambientales y conductuales. Uso de succión no nutritiva, solución glucosada o de sacarosa al 25–30%. Se utiliza en dolor leve a moderado.
- **Manejo farmacológico del dolor**
  - Paracetamol: analgésico y antipirético, útil en lactantes y recién nacidos de término. Discutible su uso en prematuros por farmacodinamia incierta.
  - Morfina: analgesia y sedación.
  - Fentanilo: analgesia, sedación y anestesia.
  - Anestésicos locales: punciones, analgesias regionales infiltrativas.
  - Sedantes: Conceptualmente solo usarlo con la intención de tranquilizar y no de calmar dolor. Recordar que los sedantes no calman el dolor, pueden producir tolerancia y dependencia y que sus efectos a largo plazo no están bien establecidos.

5.3. Prevención

- Capacitar a los profesionales en la realización de procedimientos invasivos para minimizar la intensidad y duración del dolor.
- Concentrar las extracciones de sangre para evitar las multipunciones.
- Mantener una vía venosa o arterial cuando las extracciones sean muy frecuentes.
- Evitar la punción de talones y dedos que provocan dolor mas intenso que la venopunción.
- Facilitar el calentamiento con el roce de la mano del cuidador como medida eficaz para disminuir el dolor en procedimientos menores.
- Evitar aspiraciones endotraqueales de rutina.
- Evitar la punción arterial.
- Utilizar técnicas de monitorización no invasivas.
- Infiltrar anestésico local en punciones lumbares y drenajes toráxicos.
- Respetar las medidas ambientales que disminuyen el estrés y dolor asociado.

5.4. Medidas conductuales

- Colocar al recién nacido al pecho durante el procedimiento doloroso.
- Se recomienda administrar solución glucosada o de sacarosa al 30% sublingual 2 a 4 minutos antes del procedimiento doloroso con la siguiente dosis:
  - RN < 1500 grs. 0,25 ml.
  - RN 1500 a 2500 grs. 0,5–1ml
  - RN > 2500 grs. 1–1,5 ml
- Succión no nutritiva
- Posicionamiento: orientación en la línea media, contención, permitir llevarse la mano a la boca y un grado de flexión adecuados.

5.5. Durante procedimientos

- Las medidas conductuales se aplican a todos los procedimientos dolorosos.
- En inserción de catéter percutáneo o catéter umbilical y/o succión endotraqueal.

o Administrar una dosis de opioide si esta disponible un acceso venoso.
o Evitar colocación de suturas o clamps hemostáticos en la piel que rodea el ombligo en inserción de catéteres.
o En punción lumbar considerar infiltración subcutánea de lidocaína.
o Evitar las inyecciones subcutáneas e intramusculares.
o En intubación endotraqueal acompañar siempre de analgesia o sedación a menos que se realice en una resucitación o situaciones de emergencia en que no se cuente con un acceso venoso.
o En punción torácica infiltración local de lidocaína considerar infusión continua de opioides.

6. LACTANCIA MATERNA

En cada Unidad de Neonatología se debe disponer de "Lactario" con espacio físico adecuado, unidades de extracción de leche, set de extracción de leche domiciliaria, refrigerador exclusivo para leche extraída. Es fundamental disponer de horas de profesional matrona o enfermera a cargo de lactario con tiempo real asignado. Debe disponerse de personal no profesional todos los días del año para lactario con horario asignado. Se propone por cada 600 egresos de Neonatología/año: 6–8 horas diarias para esta función. Los requerimientos de horas profesionales y no profesionales para lactario es claramente una inversión y no un gasto.

Será función del personal asignado a lactario la promoción individuad de la lactancia materna en cada uno de los pacientes hospitalizados. Este personal debe tener capacitación especial en "Promoción de Lactancia Materna".

RECOMENDACIONES	ACTIVIDAD
1. Instaurar medidas necesarias para apoyar la lactancia en hospitalización del neonato.	1. Asegurar mayor tiempo de permanencia conjunta madre–hijo y mantenimiento de la lactancia durante la hospitalización del neonato. 2. Capacitar al equipo de salud con información necesaria que evite desaconsejar, o suprimir la lactancia por motivos inadecuados. Las indicaciones de supresión de lactancia son muy escasas y sí así fuese necesario siempre deben ser tomadas en conjunto entre especialistas de la mujer y del neonato.
2. Proporcionar a los padres información completa y actual de beneficios y técnicas de alimentación con leche materna.	1. Realizar sesiones dialogadas, individuales o grupales, de 30 minutos con uso material audiovisual, impartidas por personal formado en lactancia. 2. Dar información, clara y completa de ventajas de la lactancia natural o materna, adecuada a las características de los padres y familia.
3. Brindar oportunidad necesaria de favorecer el vínculo padres–hijo y el reposo neonatal.	1. Usar técnica canguro en la madre o el padre antes, durante y después de la alimentación, independiente del método de alimentación utilizado. 2. Retrasar procedimientos que no respondan a riesgo vital,hasta 1 hora posterior a la alimentación. 3. Realizar control de signos vitales al recién nacido hospitalizado alimentación por medio. 4. Estimular la organización perceptual primaria del neonato permitiendo a los padres sostener, abrazar, acariciar y hablar a su hijo; entregando al niño acceso a mirar y oler a sus padres.

4. Facilitar posición correcta al pecho o alimentación con leche materna por otro método, con ambiente, tiempo e infraestructura propicia.	1. Usar hamacas o cojines de lactancia, que apoyen el contacto padres–hijo y ofrezcan comodidad postural a los padres y neonato. 2. Disminuir intensidad de luz artificial, ruido ambiental y circulación de personas, para favorecer comunicación visual, táctil, auditiva y olfativa que proporcionan los padres del neonato. 3. Informar a la madre que puede amamantar en el primer pecho sin restricción de tiempo (aproximadamente entre 15 y 20 minutos), antes de ofrecer el segundo pecho. 4. Alternar los pechos cada 5–10 minutos En el caso de prematuros o niños somnolientos, para estimular el interés y el estado de alerta.
5. Constatar que los padres conocen la forma de despertar a un neonato somnoliento.	1. Informar de los distintos estadíos de transición del sueño (dormido, alerta quieto, reactivo). 2. .Informar que deben despertarle cada tres horas, y que algunos niños se duermen para controlar el malestar, incluyendo el hambre. 3. .Enseñar a estimular al neonato, quitando mantas, ropa; cambiando el pañal; poniendo al bebé en contacto piel a piel con madre o padre; masajeando con contención espalda, brazos y/o piernas.
6. Evitar los suplementos como suero, agua, fórmula.	1. Privilegiar la leche materna, exceptuando las situaciones en que otra opción, esté médicamente indicada. 2. Realizar estimulación no nutritiva usando el dedo pulgar o dorso de la mano del neonato, chupete o pecho materno. 3. No utilizar dedo descubierto del operador.
7. Supervisar directamente cada alimentación en el neonato hospitalizado, comprobando que se realiza correctamente.	1. Monitorear cantidad de leche al realizarse extracción. 2. Supervisar posición de la madre y el neonato y estado de pechos y pezones. 3. Verificar acoplamiento correcto al pecho y signos de transferencia de leche. 4. Evaluar interacción padres/neonato. 5. Revisar frecuencia de las alimentaciones. 6. Determinar número de pañales mojados y características de las deposiciones.
8. Pesquisar en la hospitalización los signos de amamantamiento ineficaz.	1. Detectar neonato irritable, inquieto, somnoliento, o que rehúsa las alimentaciones. 2. Detectar deglución no audible en las alimentaciones. 3. Observar menos de 3 deposiciones en 24 horas en los primeros días. 4. Observar heces meconiales y menos de 3 pañales mojados en 24 horas, después del día 4. 5. Observar que no hay cambio en el tamaño de los pechos y en la composición y volumen de la leche a los 3 a 5 días. 6. Apreciar dolor persistente o creciente y/o congestión mamaria que no mejora amamantando. 7. Considerar que dolor y trauma del pezón requiere corrección de una posición incorrecta o evaluar infecciones localizadas por hongos o bacterias. 8. Detectar pérdida de peso en el niño de término después del día 4 y en el prematuro después del día 6. 9. Detectar neonato de término que no recupera peso nacimiento al día 10 y de pretérmino al día 15.

9. Intervenir activamente en el hospital, para corregir el amamantamiento ineficaz.	1. Reevaluar siempre técnicas amamantamiento, estimular siempre la succión con leche exprimida. 2. Realizar extracción de leche manual o con bomba, si es necesario, o para acelerar el estímulo de "bajada de la leche", frente a percepción de producción láctea insuficiente y llanto del neonato. 3. Disminuir la intranquilidad en la madre, ya que la carga de adrenalina en ella, puede ocasionar una demora mayor a un minuto, en el reflejo de vaciamiento de la mama, aún con producción láctea. 4. Aumentar la frecuencia de las alimentaciones, por 48 horas para acrecentar la producción total de leche, frente a un aumento brusco de hambre. 5. Referir a la madre y al bebé al profesional de neonatología, experto en lactancia materna, si existen signos de amamantamiento ineficaz.
10. Asesorar a la madre en la mantención de la lactancia materna después del alta de su hijo.	1. Aconsejar lactancia exclusiva por los primeros 6 meses. 2. Enseñar a la madre a amamantar discretamente a su hijo, usando ropa facilitadora del proceso, modelo Mamiseta. 3. Introducir preferentemente suplemento de leche extraída, previa realización de masajes sobre todo el pecho, de forma rotatoria, sin incluir el pezón, si la madre no puede amamantar al bebé, en algún momento del día. 4. Sugerir la introducción gradual de alimentos para complementar la leche materna, a partir de los 6 meses, según indicación médica pediátrica.

7. NEONATOS CON PRONÓSTICO COMPLEJO

- Preparar al equipo médico para dar la noticia, buscando las condiciones adecuadas de espacio y tiempo y permitir que los padres puedan sentirse parte de este proceso.

7.1 Contenido del mensaje

- Conocer los nombres de los padres y tratarlos por su nombre.
- Iniciar la conversación explicando que el contenido es complejo.
- La información debe ser clara, precisa y con lenguaje sencillo.
- Dejar abierta la posibilidad a preguntas.
- No decir nada que no sea verdad.
- No hablar de evolución o pronóstico si es incierto.
- Se informarán los tratamientos o intervenciones que se deben realizar y que están disponibles.
- Será el primer contacto con el médico y quedará abierta la posibilidad a nuevas entrevistas.

7.2 Situación

- Los padres deben haber tenido contacto físico previamente con su hijo(a).
- Debe ser lo más cercano al nacimiento.
- Ambos padres presentes o un familiar cercano a la madre.
- Espacio físico que sea de intimidad (oficina o sala de padres) y de no ser posible al lado de su cuna o incubadora colocando un biombo.
- Padres sentados e idealmente sosteniendo al niño es sus brazos.

7.3. Actitud de los profesionales

- Se debe crear un clima de empatía y confianza entre el profesional y los padres.

- Se debe cuidar el lenguaje no verbal (expresiones faciales, actitud de las manos).
- Se debe permitir que los padres expresen sus emociones (rabia, ansiedad, ira, tristeza o resentimiento) sin que el profesional le de una connotación de agresión personal.
- Se debe evitar hacer juicios de valor.
- Evitar usar tecnicismos que coloquen al profesional en la posición de experto.

7.4. Consideraciones Especiales

- Prematuros extremos: Requieren hospitalizaciones prolongadas y muchas veces con secuelas derivadas de su condición.
- Estos padres viven un duelo prolongado e incierto, por lo que la información debe ser dosificada y permitiendo la participación activa de los padres en el tratamiento de su hijo.
- Niños fisurados: La estética impacta a los padres. Afortunadamente el diagnóstico prenatal ha mejorado y los padres reciben información durante el embarazo; sin embargo, es importante mostrar fotos de otros niños a las madres al nacer y después de la cirugía para que el impacto que se produce al conocerlo sea menor.
- Síndrome de Down: En un 50% tiene complicación asociada, por lo que no todos van a requerir hospitalización.
- Se debe estimular la lactancia materna desde el nacimiento y permitir que los padres establezcan el vínculo con su hijo antes de hablar de su condición.
- Es importante el contacto físico porque los padres encontrarán rasgos físicos similares a sus otros hijos si los tienen o a sus parientes que favorecerá la aceptación.
- Se dará la noticia desde las capacidades y no exclusivamente desde las carencias, se debe destacar lo que su niño/a sí podrá hacer, en lugar de los riesgos y los problemas a los que tendrá que enfrentarse

7.5. Como enfrentar la muerte

- Cuando se tenga un paciente gravemente enfermo y su muerte sea inminente, se debe llamar a los padres, cualquiera sea la hora, idealmente con tiempo.
- Constatar la muerte del paciente. Esta constatación debe ser realizada por el médico residente y se debe registrar en ficha clínica y hoja de enfermería fecha y hora de fallecimiento.
- Se debe esperar siempre, en lo posible, que acudan los padres. Durante la espera se puede mantener al paciente con apoyo básico y monitorización mínima.
- Cuando lleguen los padres se les debe proporcionar un ambiente privado, colocando biombo e intentando disminuir ruidos.
- Si no se va a realizar necropsia, retirarle al paciente SNG, vías venosas, catéteres, etc. Ofrecer a los padres la posibilidad de tomar a su hijo en brazos, y pasárselo si ellos lo desean.
- Favorecer la entrada de otros familiares si los padres lo solicitan.
- El personal debe proporcionar apoyo necesario a la familia, para lo cual es importante permanecer al lado de ellos.
- Ofrecer a los padres apoyo religioso a través de sacerdotes pastores, etc. En el caso que los padres deseen llevar sus propios guías espirituales, esto debe ser permitido.
- Permitir a los padres permanecer el tiempo que ellos estimen conveniente con su hijo(a).
- El servicio debe tener preparado por escrito un instructivo con todos los trámites y los lugares donde deben hacerse para los padres.
- En el caso que al paciente no se le realice una necropsia, preguntar a los padres si desean vestir a su hijo y solicitarles la ropa. Si al RN se le va a realizar una necropsia dejarlo desvestido y explicar a los padres que deben llevar la ropa al laboratorio al retirar el cuerpo.
- Una vez que los padres se han retirado, realizar antropometría (peso, talla) y posteriormente envolverlo en un pañal o papel blanco. Asegurarse que el paciente tenga su brazalete de identificación.
- El cuerpo debe permanecer refrigerado, esperando ser retirado por la funeraria.

- Es importante informar a los padres sobre los trámites y procedimientos administrativos.
- Antes, los padres deben acudir a la oficina del Servicio de Registro Civil e Identificación que corresponda.
- En el caso que se desee trasladar el cadáver a otra región del país se debe obtener del Servicio de Salud del Área, una autorización de Traslado de Cadáver, en forma previa a la Inscripción y al otorgamiento del Pase de Sepultación.
- Informar siempre a los padres que pueden acudir las veces que sea necesario a la unidad, para aclarar dudas y conversar con el médico sobre la muerte de su hijo.
- El médico supervisor citará a los padres a una reunión post–resultado de la autopsia para informar de sus hallazgos y realizar consejería. Además se debe derivar a los padres a grupos de apoyo si existen u otras instancias de apoyo sicológico.

8. EDUCACIÓN A LOS PADRES

1. Llevar a cabo el programa de educación en forma permanente y continua, es decir, diferentes días y profesionales durante la semana.
2. Realizar educación incidental y programada de acuerdo a las necesidades de los neonatos.
3. En los neonatos menores de 1500 grs. y/o menores de 32 semanas los padres durante la hospitalización deben recibir instrucción sobre:
   a. Reanimación cardiopulmonar.
   b. Lactancia materna.
   c. Cuidados básicos: muda, baño, aseo de cavidades, lavado de ropa.
   d. Controles que debe recibir el niño una vez dado de alta.
   e. Sueño y vigilia en el neonato: estadios de transición del sueño (dormido, alerta quieto, reactivo).
   f. Estimulación, posicionamiento, prevención de alteraciones posturales del neonato.
4. Educación individualizada en el caso de niños con problemas especiales en salud. (Disrrafias espinales, labio leporino, S. Down, oxigenodependencia)
5. Las sesiones educativas se acompañarán de entrega de material escrito y apoyo de material audiovisual adecuado y congruente. Incluir idealmente, a la familia en las actividades educativas. Cada clase tendrá una duración aproximada de 20–30 min.
6. Los padres se incorporan cuando ingresan a la unidad, y/o cuando el niño se encuentre estable de su condición de salud (más o menos después de la primera semana).
7. Deben existir carteles informativos en el servicio que los padres puedan revisar para la asistencia a talleres educativos.
8. La educación debe ser programada en ciclos durante todo el año.
9. Evalúe sistemáticamente las acciones realizadas con los padres a través de encuestas y de reuniones periódicas de la jefatura con los padres.

9. RECURSO HUMANO

Todo el equipo de salud debe estar capacitado en manejo de dolor neonatal. Todo el equipo profesional debe dar educación programada e incidental a los padres.

Todo el equipo de salud que atiende al recién nacido hospitalizado debe poseer conocimientos y destrezas en lactancia materna y contar con un enfoque biopsicosocial y de salud familiar para el fomento y mantención de ella.

Para los neonatos con pronóstico incierto, se debe realizar primero un Taller a todo el personal de las Unidades con apoyo del equipo de salud mental para lograr sensibilizarlos con el tema, ellos deben estar dispuestos al cambio lo que significa emplear más tiempo y permitir un mayor acercamiento de los padres.

10. SISTEMA DE REGISTRO

En hoja de enfermería o ficha clínica, ficha electrónica.

11. EQUIPAMIENTO BÁSICO

- En todas las unidades se debe contar con una sala especial para la atención de los padres donde exista un ambiente tranquilo y ellos puedan expresar sus dudas libremente, cuando no sea adecuado conversar al lado de su hijo.
- Existencia de lactario en cada unidad de neonatología.
- Habilitar una sala de educación y clínica de lactancia para actividades de talleres de grupos de apoyo, en cada unidad de neonatología, con mesa y sillas necesarias (promedio 20 unidades).
- Medios audiovisuales.
- Silla, mecedora y/o cojín de lactancia en cada unidad del servicio de neonatología.
- Material impreso de apoyo para los padres de cada recién nacido hospitalizado.

12. INDICADORES A NIVEL LOCAL

12.1. Estructura:

1.	El servicio cuenta con sala exclusiva para estadía de los padres.	SI	NO
2.	El servicio cuenta con sala de extracción de leche para las madres.	SI	NO
3.	El servicio cuenta con sala de educación para los padres.	SI	NO
4.	El servicio realiza medición de ruido ambiental en UCIN.	SI	NO
5.	El servicio cuenta con medidas de modificación de luz ambiental.	SI	NO
6.	El servicio cuenta con programa educativo para los padres.	SI	NO
7.	El servicio realiza programa de estimulación sensorio motriz para los RN.	SI	NO
8.	El servicio realiza evaluación de medición del dolor para los RN.	SI	NO
9.	El servicio cuenta con protocolo de manejo del dolor en el RN.	SI	NO
10.	El servicio cuenta con registro para las actividades con los padres.	SI	NO
11.	El servicio cuenta con visita de familiares (hermanos, abuelos, etc).	SI	NO
12.	El servicio cuenta con información escrita para los padres.	SI	NO
13.	El servicio cuenta con consentimiento informado (CI).	SI	NO
14.	El servicio dispone de horas profesional para manejo de crisis en los padres.	SI	NO
15.	El servicio cuenta con horas asignadas de profesional para apoyo de la lactancia.	SI	NO

12.2. Proceso:

1. Porcentaje de padres que visitan a su hijo durante 1° día de hospitalización.
2. Porcentaje de RN que reciben leche materna (LM) durante su hospitalización.
3. Porcentaje de RN que egresan con LM exclusiva.
4. Porcentaje de padres que reciben información escrita al ingresar RN.
5. Porcentaje de madres que asisten a sesiones de educación.
6. Tasa de eventos adversos ocurridos por mes.
7. Número de reclamos y felicitaciones escritas de los padres por mes.

12.3 Resultado:

1. RN con Consentimiento Informado realizado X 100
   N° de egresos

2. RN que reciben analgesia en procedimientos invasivos X 100
   Total de RN con procedimientos invasivos

3. Madres que asisten a sesiones de educación por mes X 100
   Egresos del mes

4. Madres que participan en programa de estimulación por mes X 100
   Egresos del mes

5. Reingresos no programados de RN a Neonatología por mes X 100
   Egresos por mes

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Mª Angélica Balbiano Sepúlveda. Matrona Unidad de Neonatología, Hospital Padre Hurtado. Directora Capitulo de Enfermería Neonatal, Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría.
- María A. Belmar Médico Jefe Unidad de Neonatología Hospital Temuco.
- Carlos Becerra Flores. Médico Jefe Dpto. Ciclo Vital. Ministerio de Salud.
- Patricia Fernández Díaz. Enfermera Docente Universidad Catolica. Directora Capitulo de Enfermería Neonatal, Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría.
- Patricia Mena Nannig. Médico Jefe Servicio Neonatología, Hospital Dr. Sótero del Río. Directora Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría.
- Verónica Marín Henríquez. Matrona Jefa de Neonatología, Clínica Madre e Hijo.
- Graciela Medina Bacarrezza. Matrona Clínica. Secretaria Capitulo de Enfermería Neonatal, Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría.
- José Novoa Pizarro. Médico Jefe Unidad de Neonatología, Hospital Padre Hurtado. Presidente Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría.
- Rosa Niño Moya. Matrona. Profesora Asistente Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Raúl Ortega Weason. Médico Pediatra, Unidad de Neonatología, Hospital El Pino. SSMS.
- María Dolores Tohá Torm. Médico Pediatra Neonatóloga, Asesora DIPRECE, Ministerio de Salud.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo XIII

Atención Integral durante el Postparto

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO XIII

ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL POSTPARTO

1. FUNDAMENTO

"16 Recomendaciones para la Apropiada Tecnología del Nacimiento"

(Declaración de Fortaleza, Brasil. Organización Mundial de la Salud, 1985)

13. El niño sano debe permanecer con su madre cuando las condiciones de ambos lo permite. El proceso de observación del recién nacido sano no justifica la separación de la madre.

14. El comienzo inmediato de la lactancia debe ser promovido, aún antes de que la madre sea trasladada desde la sala de partos.

Derechos del Nacimiento (7 Junio 1999):

7. A ningún bebé se le debería privar de la creación del vínculo extrauterino con su madre.

8. El apoyo a la lactancia materna tendría que ser firme, constante, cálido, basado en la información adecuada.

9. El bebé debería ser atendido personalmente por su madre y/o padre, por lo menos durante el primer año de vida.

El proceso reproductivo – embarazo, parto, lactancia – debe ser visto como un "trabajo social" de la mayor importancia cuyo resultado final – un nuevo individuo que se integra a la sociedad – requiere que se le brinden a la mujer–madre las mejores condiciones posibles, tanto para proteger su estado de salud como el de su hijo/a; si la vida comienza bien, ese nuevo individuo tiene las mejores posibilidades de llegar a ser un adulto sano. A la inversa, las diversas situaciones de daño que pueden presentarse a lo largo del mismo, muchas de ellas prevenibles, implican altos costos sociales y un significativo impacto sobre la calidad de la vida de los individuos y familias afectadas.

En la especie humana los hijos/as son inmaduros al nacer y necesitan ser alimentadas/os y cuidados en las primeras etapas de su vida, idealmente por su madre. La lactancia materna forma parte del ciclo reproductivo de la mujer y determina en gran medida las características del período de postparto.

El rol relevante de la lactancia materna en el crecimiento y salud del recién nacido y lactante en los primeros meses de vida, está ampliamente documentado y reconocido. Existen numerosos estudios que han demostrado que los niños amamantados en forma exclusiva en los primeros 6–8 meses de vida tienen mejor desarrollo pondo–estatural y bajas tasas de morbimortalidad. Gradualmente, también comienzan a ser reconocidas las ventajas de la LM para la madre nodriza, su familia y la sociedad en general.

Por las razones señaladas, los profesionales responsables de la asistencia a las madres y sus hijos/as, tienen la responsabilidad de dar a conocer la evidencia científica actualmente disponible, que apoya con sólidos argumentos la crianza de los niños/as por su madre (o por su padre, si ella no puede por distintas razones) durante los primeros meses de vida, con claros beneficios sociales y económicos para las familias y la sociedad en su conjunto ("rentabilidad social').

2. DEFINICIONES

2.1. Puerperio

Es la primera etapa del postparto. Período que va desde la salida de la placenta y hasta la regularización del ciclo menstrual de la madre, lo que se produce, en promedio, a los 45 días del nacimiento. Se caracteriza por importantes cambios en la esfera física, psicológica, social y la rápida adaptación que debe hacer la mujer a estos cambios. En el aspecto físico se destacan los progesivos cambios anatómicos y funcionales que son y revierten pueden distinguir transformaciones anatómicas y funcionales que son progresivas y revierten en forma paulatina, las modificaciones producidas durante el embarazo y parto; es un proceso involutivo, que tiene como fin restituir órganos y sistemas a su estado pregestacional.

Se describen tres etapas:

- Puerperio Inmediato: primeras 24 Hrs; en esta fase se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.
- Puerperio Mediato o Temprano: del 2º al 10º día, período en el cual comienza la lactancia y actúan los mecanismos involutivos.
- Puerperio Alejado o Tardío: se extiende aproximadamente hasta los 45 días; el retorno de la menstruación indica su finalización.

2.2. Postparto

El período posterior al parto, de duración variable, de 6–12 meses, es un estado de transición desde la estrecha dependencia que se establece entre madre e hijo/a durante el período intrauterino hacia un período de mayor autonomía para ambos; este período es esencial para la recuperación de la madre, para el desarrollo de los niños y niñas, para el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca un vínculo afectivo sólido entre los padres y sus hijos/as. Es una oportunidad para influir positivamente aumentando las habilidades parentales para la crianza.

Este período tiene una duración variable, depende en gran parte de la duración de una lactancia activa, y del tiempo que la madre tarda en volver a recuperar la condición fisiológica, así como en retomar gradualmente las actividades, similar a las que tenía antes de la gestación. Puede ser una experiencia muy gratificante si la madre cuenta con redes de apoyo, incluyendo una atención profesional competente; a la inversa, si no cuenta con apoyo suficiente puede ser una etapa de estrés importante para la madre (y la familia),– y por extensión, para su hijo/a.

En este período se encuentra biológica y psicológicamente, en condiciones distintas a otras etapas de su vida. Los cambios biológicos (físicos, endocrinológicos, nutricionales, etc.), psicológicos y sociales en este período no son menores, pero no son tan visibles como durante el embarazo. La salud mental de la mujer en este período es un aspecto que ha sido poco considerado en la atención, no se reconoce ni se abordan los problemas de vinculación entre las madres y sus hijos/as, a pesar de la evidencia de su importancia en la salud mental futura de ambos.

Este período es relativamente nuevo en nuestra cultura de salud, ha sido poco reconocido y valorado hasta ahora, la atención de salud se ha centrado tradicionalmente en el puerperio. No existe suficiente preocupación por las necesidades de la mujer en el postparto; el énfasis de parte de los servicios de salud y también de parte de la sociedad se orienta al reconocimiento del riesgo de posibles complicaciones derivadas del parto prestando poca atención a los aspectos de la salud integral de la madre (psicosociales, salud mental).

2.2.1. Aspectos biológicos

Es necesario explicar a la mujer las características del período postparto informándole acerca del tiempo que demorará la recuperación de su peso y figura, entregándole recomendaciones nutricionales (no dietas) y de ejercicios postparto; informarle que amamantar aumenta el gasto calórico diario en alrededor de 600–700 calorías extras (equivalente a gimnasia aeróbica), lo cual ayuda a que la recuperación corporal se produzca en mejores condiciones (puede ser un incentivo para estimular una lactancia prolongada.

2.2.2. Aspectos psicológicos

Los cambios psicológicos son aún más difíciles de reconocer que los cambios biológicos y se producen por la adaptación de la mujer, su pareja y su familia a la llegada de un/a hijo/a. La mujer que ha tenido su primer parto debe adaptarse al auto exigente y demandante rol de madre, en parte para no sufrir la censura social por no cumplir los cánones que la sociedad le impone, siguiendo el exigente 'mandato social' de "ser una buena madre". En mujeres con otros hijos también pueden existir dificultades de adaptación aún, por las características propias de cada díada y por las circunstancias que atraviesa la madre.

Las madres que reciben apoyo y contención cuentan con mejores herramientas para vivir este período, el cual puede ser una oportunidad para su desarrollo personal. Por el contrario, las madres que no cuentan con pareja o familia y/o su red de apoyo es muy precaria, pueden prolongar la inseguridad y angustia que se produce en el postparto inmediato llegando a desarrollar trastornos depresivos, con una influencia negativa en el proceso de vinculación madre–hijo/a.

El equipo de salud puede ser de gran ayuda para orientar y tranquilizar a las madres y familias en este período de adaptación; la mujer puede necesitar entrega de información y apoyo de quienes las atienden que les ayuda a desarrollar la confianza que necesita para cumplir con su rol de madre de "este" hijo/a.

2.2.3. Aspectos sociales

Los cambios sociales asociados a los cambios psicológicos están determinados por las nuevas exigencias y demandas que su entorno y la sociedad hacen a la madre en su nuevo rol, el cual se suma a los que ya tenía: esposa o pareja, madre de otros hijos/as, hija, y trabajadora. En el cumplimiento de estos diversos roles en los que en general, la mujer tiende a seguir el 'mandato cultural' de cumplirlos todos a la perfección (buena madre, buena pareja, buena trabajadora, etc.).

En síntesis, la protección adecuada durante el período gestacional y en los primeros meses de la vida extrauterina, a través de distintas estrategias e intervenciones –control prenatal, atención adecuada del parto, lactancia natural prolongada, estimulación del desarrollo sicosocial del niño, control de salud infantil, vacunaciones, programas de alimentación complementaria– resulta fundamental, tanto para la madre como para su hijo/a. El rol protagónico que juega la madre en todo este proceso requiere un estímulo, apoyo y respaldo permanentes, tanto por parte del personal de salud como de su entorno personal, familiar y social.

El reconocimiento y adecuada asistencia de este período postparto es un desafío para el nuevo modelo de atención en desarrollo, en el contexto del nuevo Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia ("Chile Crece Contigo"). Responder a las necesidades de las madres, detectar y tratar oportuna y adecuadamente los

diversos problemas que puedan presentarse durante el postparto puede contribuir a prevenir diversos problemas: mayor morbimortalidad infantil y materna; dificultades en el desarrollo del vínculo madre–hijo/a, hipogalactia, lactancia artificial, violencia intrafamiliar, disfunciones sexuales, y otros. Además, es una oportunidad, para involucrar a los hombres en el cuidado de la salud sexual y reproductiva y para educarlos en habilidades para la crianza (ver Guía sobre Paternidad Activa, SERNAM–MINSAL 2004).

3. ATENCIÓN PERSONALIZADA DEL PUERPERIO

3.1. Definición

Es la atención integral y de calidad a la tríada: madre, hijo/a, padre, incorporando, tanto los elementos de atención de salud, como la entrega de información y educación en el autocuidado y herramientas para la crianza.

Durante la hospitalización en la sección de puerperio, la atención se basa en un concepto integral de la salud de la madre–hijo/a–padre y familia, con un enfoque biosicosocial y con la participación de un equipo interdisciplinario, basado en la mejor evidencia científica disponible.

Este modelo de atención permite mejorar la satisfacción, tanto de las y los usuarios 'externos', quienes reciben una atención integral y personalizada, como de los profesionales y técnicos que la entregan (usuarios 'internos'). La continuidad de los cuidados requiere de una adecuada coordinación entre los diferentes establecimientos de la red asistencial, involucrando la atención primaria y la hospitalaria.

3.2. Objetivos generales

3.2.1. Proporcionar a la puérpera y recién nacido/a el apoyo y cuidados psicobiológicos de calidad que les permitan enfrentar la etapa del puerperio inmediato y mediato en las mejores condiciones, promoviendo su relación adecuada y oportuna con su entorno más cercano.

3.2.2. Ofrecer a la madre–hijo/a–padre y familia un postparto que facilite el proceso de familiarización desde su ingreso al Centro Hospitalario hasta el alta, estableciendo una derivación coordinada hacia el Nivel Primario de Atención, como una continuidad de la integración establecida durante el período antenatal.

3.3. Objetivos Específicos

3.3.1. Entregar una atención integral con enfoque biológico, psicológico, social y ambiental.
3.3.2. Ofrecer un entorno agradable y seguro, adecuando la planta física para facilitar la privacidad y comodidad de la madre, hijo/a, padre y familia.
3.3.3. Crear instancias de diálogo donde la mujer y su familia se sientan protagonistas de su salud personal y familiar.
3.3.4. Facilitar el establecimiento del vínculo entre la madre, hijo/a y padre o familia.
3.3.5. Fomentar una lactancia exitosa y efectiva.
3.3.6. Potenciar la experiencia de y con otras puérperas.
3.3.7. Detectar oportunamente patología en la madre y la o el recién nacido.
3.3.8. Detectar factores de riesgo psicosocial en la pareja y familia que pudieran interferir el establecimiento de un vínculo seguro entre madre, hijo/a, padre, familia.
3.3.9. Promover el autocuidado en la madre.
3.3.10. Identificar necesidades y preparar a la madre y padre para asumir el cuidado de la familia.
3.3.11. Considerar los Recursos Humanos necesarios para proporcionar una Atención Integral.

3.3.12. Formar y capacitar al personal para entregar una atención de calidad respetando los derechos de las usuarias y sus familias.
3.3.13. Generar instancias de evaluación de la calidad de los procesos técnicos y de personalización de la atención.

3.4. Atención en Puerperio: debe considerar

- Existencia y fácil acceso a Guías Clínicas adecuadas a la realidad local.
- Flujograma de atención.
- Recurso Humano asignado con el perfil requerido.
- Dotación de personal suficiente y calificado en los diferentes horarios (estándar, diferenciado, por turno, otros).
- Consideración de las características epidemiológicas y socio culturales de la población a atender .
- Consideración de las características individuales de la persona a quien se atiende.
- Consideración de la condición del RN en la atención (único, doble, primero, segundo ó posterior, hospitalizado en Neonatología, con malformaciones, etc.)
- Identificar las características de la lactancia de cada mujer.
- Entrega de información satisfaciendo las necesidades de cada persona.
- Entrega de contenidos educativos necesarios, en forma apropiada y de fácil comprensión.
- Favorecer la relación sostenida de la triada (Madre–Hijo/a–Padre) dando amplias posibilidades de visita a la pareja; en ausencia del padre esta posibilidad puede transferirse a alguna persona significativa que la madre decida.
- Regular otras visitas al tamaño de las dependencias, condiciones y deseos de la madre.
- Pesquisa de riesgos biopsicosociales y respuesta o derivación según corresponda.
- Atención especial a quienes están en proceso de duelo durante atención intrahospitalaria y post alta.
- Orientar a la mujer y su pareja informando oportunamente los beneficios legales a los cuales pueden acceder por ej: Licencia Maternal post natal mujer y padre.
- Referencia oportuna y completa al Nivel Primario de Atención (Carné de alta, epicrisis en casos complejos, nómina de partos por período, auditorias, etc.)

3.5. Indicaciones de traslado e ingreso a Puerperio

Una mujer puede ingresar a puerperio en alguna de estas condiciones:

- Puérpera normal y RN sano.
- Puérpera con patología y en condiciones de estabilidad hemodinámica.
- Puérperas en condición estable de salud mental.
- Puérperas con RN con patología mínima (Sospecha de infección connatal, tratamiento antibiótico, fototerapia, otras)

3.6. Acciones dirigidas a la puérpera

1. Ingreso a la Unidad de Puerperio, verificación de datos, antecedentes y condiciones generales de la madre.
2. Identificación del personal que otorga la atención, informando en que lugar físico de la maternidad se encuentra y una estimación del tiempo que permanecerá en esta unidad.
3. Control de signos vitales (PA, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, dolor) según corresponda al estado de cada madre.
4. Examen físico general y obstétrico.
5. Vigilancia del grado de retracción uterina.
6. Control de sangramiento.

7. Formulación de plan de asistencia según diagnóstico, características particulares de cada usuaria y según las indicaciones específicas.
8. Detección precoz de factores de riesgo psicosocial (ver capítulo III)
9. Evaluación por Psicólogo y/o Asistente Social si corresponde.
10. Facilitar el espacio para que la madre aclare dudas y realice consultas sobre su estado y el de su RN.
11. Control diario de la evolución del puerperio (frecuencia de controles, según condiciones de la madre)
12. Pesquisa y tratamiento oportuno de patologías y/o alteraciones, realizando las respectivas derivaciones a especialistas, cuando corresponda.
13. Toma de exámenes de control en madres que lo requieran (patologías preexistentes, patologías desarrolladas durante el embarazo o eventos especiales ocurridos durante el trabajo de parto, parto o puerperio)
14. Tratamiento especifico (manejo del dolor).

Educación:

- Cuidados generales durante el puerperio:
  - Alimentación equilibrada.
  - Consumo de líquidos.
  - Higiene.
  - Actividad física.
  - Eliminación.
  - Pesquisa de alteraciones y consulta.

- Cuidados del Recién Nacido/a:
  - Lactancia Materna: Beneficios para la madre y RN, cuidado de mamas, técnica de lactancia, frecuencia de amamantamiento, etc.
  - Higiene.
  - Abrigo.
  - Pesquisa de alteraciones y consulta.

- Importancia del control precoz de la puérpera y su RN en la atención primaria.
- Importancia de la inscripción del RN o Mortinato en el Registro Civil.
- Rol del padre en el puerperio y la importancia de la incorporación activa de éste en la educación y cuidados de su hijo/a desde el momento del nacimiento.
- Educación sobre derechos legales de ambos padres (licencias post natales).
- Reinicio de la actividad sexual.
- Orientación sobre Regulación de la Fertilidad.
- Prevención de VIH/SIDA.

15. Registro diario de actividades (clínicas, educativasy administrativas)
16. Entregar Información y orientación a familiares.
17. Realizar auditorías de fichas clínicas periódicamente.
18. Citación a control en Centro de Salud.
19. Entrega de licencia post natal cuando corresponda.

3.7. Sistema de Registros

Registro claro y completo de todas las actividades realizadas en:

- Ficha perinatal.
- Libro o sistema informático de registro del parto.
- Comprobante de parto.

- Agenda Salud de la Mujer (carné maternal).
- Hoja de epicrisis, si corresponde.
- Formulario de ingreso/egreso (administrativo).
- Informe de coordinación al alta de puerperio y RN.

3.8. Acciones dirigidas al recién nacido/a normal

1. Ingreso a la unidad, en compañía de su madre, salvo indicación médica.
   - Verificación de identificación y sexo del RN (brazalete, genitales), en presencia de la madre.
   - Verificación de antecedentes.
   - Examen físico en presencia de la madre o del padre.
2. Control de temperatura y frecuencia respiratoria.
3. Determinar plan de asistencia, según diagnóstico de ingreso.
4. Control diario de la evolución del RN.
   - Adaptación al medio.
   - Peso.
   - Examen físico por matrona.
   - Indicación y evaluación de lactancia materna.
5. Mantener sistema de vigilancia para la detección precoz de patologías.
6. Toma de muestra para examen PKU/TSH (según norma) previa información a la madre.
7. Toma de muestras para exámenes cuando sea necesario previa información a la madre.
8. Tratamiento cuando corresponda, informando a la madre y haciéndola participe de la importancia de completar el tratamiento.
9. Vigilancia y apoyo a la Lactancia Materna.
10. Favorecer la relación del padre o familiares cercanos con la madre y su RN.
11. Entregar información y orientación permanente al padre y familiares de la evolución de su hijo/a.
12. Apoyo en la visita pediátrica.
13. Citación a control en consultorio de atención primaria.

3.9. Detección de factores de riesgo y derivación a Servicio Social y/o Salud Mental

En caso de que no se le haya realizado antes esta exploración (atención pre natal) y su conclusión esté consignada en la ficha, se debe evaluar, idealmente el mismo día que la mujer es ingresada, la presencia de una o más condiciones de riesgo psicosocial. El objetivo es iniciar su manejo adecuado lo antes posible. La detección la realiza, un/a profesional del equipo de asistencia en el postparto inmediato, la derivación a Servicio Social y/o Salud Mental debe ser expedita; para ello, es recomendable la incorporación de un/a profesional de ambas áreas a la atención de puerperio.

Pesquisar:

- Edad de 17 años o menos.
- Escolaridad de 6° básico o menos.
- Enfermedad Mental: depresión, esquizofrenia, retardo mental, ideación suicida, etc.
- Antecedentes y/o consumo de drogas y/o alcohol.
- Violencia Intrafamiliar y/o abuso sexual.
- Mujeres con intención o en proceso de ceder a su RN en adopción.
- Madres sin pareja ni apoyo para la crianza.
- Recién nacido/a con síndrome de Down u otra patología severa.
- Recién nacido/a prematuro.
- Mortinato y/o mortineonato.
- Otros que los/as profesionales consideren importantes.

3.10. Sistema de Registros

- Ficha clínica del RN.
- Carné infantil.
- Libro o sistema informático de registros de procedimientos.
- Formulario administrativo de ingreso/egreso.

4. FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Después del parto, con la salida de la placenta caen bruscamente los esteroides circulantes en la sangre materna (Progesterona y Estradiol) los cuales inhiben la acción de la prolactina (PRL); esto provoca un aumento rápido del calostro, dando inicio a la producción de leche (lactogénesis).

Cuando la mujer amamanta, actúa un segundo mecanismo; la estimulación de las terminaciones nerviosas del pezón por la succión del recién nacido/a, provoca la secreción de PRL y Ocitocina, lo que permite mantener la lactancia en el largo plazo (galactopoiesis). Si la succión es insuficiente, por ejemplo cuando la mujer amamanta en forma parcial, esto no se produce.

Actualmente se reconoce que la LM favorece el apego madre–hijo/a, aunque cuando esta no es posible, la alimentación del niño, es siempre una oportunidad de crear vínculos seguros

El apoyo y promoción de la lactancia está fundamentalmente a cargo de la Matrona que asiste el puerperio; considerar diferencias entre parto normal y por cesárea

4.1. Objetivo general

Fomentar la lactancia materna durante la estadía en el Centro Hospitalario, a través de la entrega de educación y asesoría por parte de los profesionales de la salud sobre los beneficios tanto para la madre y el niño/a y de adiestramiento y supervisión materna, que ayude a conseguir una buena técnica de amamantamiento, con el fin de obtener una lactancia exitosa y prolongada y la prevención precoz de problemas.

4.2. Acciones contenidas en la actividad

4.2.1. Durante el parto

En el parto normal, dependiendo de las condiciones del recién nacido, el profesional que lo asiste – matrona, médico obstetra – lo entrega inmediatamente a su madre colocándolo en la posición ideal, en contacto piel a piel, fomentando el apego durante 45 a 60 minutos, antes de que el niño reciba la atención neonatal. Cuando el niño comienza a presentar el reflejo de búsqueda, se instruye a la madre sobre técnica de amamantamiento (Apego Primario).

En la cesárea, el apego se realiza por menor tiempo, el recién nacido recibe la atención inmediata mientras concluye la cesárea, y luego ambos son trasladados a su habitación para continuar el proceso de apego. (Apego Secundario).

En ambos casos la Matrona entrega información y supervisa inicio de la lactancia.

4.2.2. Durante el Puerperio

Todo el personal de la Unidad de Puerperio, dirigido por la Matrona, proporciona asesoría sobre lactancia entregándole a la madre una completa información sobre los beneficios y técnicas de amamantamiento, supervisando y corrigiendo deficiencias para obtener lactancia exitosa.

La Matrona de puerperio realiza educación dentro de la habitación fomentando el desarrollo de destrezas y habilidades por parte de las madres a través de la entrega de conocimientos que les permitan adquirir confianza y tranquilidad y prevenir problemas de técnicas durante su estadía hospitalaria.

La Matrona supervisa la técnica de lactancia y si detecta algún problema, refuerza la información y corrige el problema; en aquella madre que presente mayor dificultad en el aprendizaje se mantendrá mayor vigilancia para que al alta el problema esté absolutamente superado.

El desarrollo de Clínicas de Lactancia en cada una de las Maternidades permite asumir la lactancia como un desafío fundamental e irrevocable en los primeros 7 días de vida; posteriormente esta debe ser asumida por la Clínica de Lactancia del Nivel Primario de Atención.

El personal que se desempeña en ambos tipos de Clínicas de Lactancia, debe contar con las competencias necesarias, estableciendo instancias de coordinación y cooperación técnica entre ambos niveles asistenciales.

Disponer de una política prolactancia, significa generar en todo el personal una actitud de preocupación y un compromiso para lograr una lactancia exitosa, no significa sólo no dar rellenos. Es muy importante evitar la "exigencia de lactancia natural", la cual puede generar hipoalimentación en los neonatos, y madres angustiadas y culposas por no lograr el 100% de lactancia natural.

4.3. Infraestructura y equipamiento básico

- Espacio físico (Clínica de Lactancia).
- Material audiovisual.
- Material escrito.
- Cojín de amamantamiento.
- Sacaleches.

4.4. Actividades de Educación en Lactancia Materna Exclusiva (LME)

4.4.1. Educación inicial

a. Objetivo General:
Entregar, reforzar y/o profundizar los conocimientos globales sobre LME, utilizando metodologías simples y adecuadas con el fin de entregar herramientas útiles para lograr una exitosa experiencia en el amamantamiento del Recién Nacido (RN).

b. Objetivos Específicos:
- Describir en forma simple características anatómicas de la mama, y fisiología de la lactancia.
- Lograr que las madres sean capaces de:
  - Identificar la evolución del proceso de lactancia.
  - Evaluar beneficios de la LME.
  - Conocer la técnica correcta de amamantamiento.
  - Identificar signos de complicaciones de la lactancia.
  - Alimentar a su RN con LME por lo menos hasta los seis meses de edad.
- Disminuir mitos y creencias que puedan dificultar el amamantamiento.

c. Rendimiento: 20 minutos
Concentración: grupo de 3 a 6 madres

d. Temas a desarrollar:
- Anatomía de la mama en su conjunto (glándula mamaria, tejido adiposo, conductos galactoforos, pezón y areola, etc.).
- Fisiología de la lactancia (mamogénesis, galactogénesis, galactopoyesis).
- Reflejos y condiciones del RN que favorecen la lactancia.
- Beneficios de la LME (tanto para la madre como par el RN).
- Técnica correcta de lactancia: posición de la madre, ubicación del niño/a con respecto al cuerpo de su madre, correcta adhesión o acoplamiento de la boca del RN al pecho de su madre, frecuencia de las mamadas según las demandas del RN, duración de las mamadas.
- Diferentes posiciones para amamantar: niño acostado de lado, madre sentada, madre acostada, posición de caballito casos especiales (lactancia en gemelos, lactancia en fisura labio–palatina), entre otras.
- Aclarar mitos.
- Técnica de extracción manual de leche materna y almacenamiento de ésta
- Fisiología de la amenorrea de lactancia.

e. Metodología
- Grupos de 3 a 6 madres.
- Duración de 20 minutos.
- Conversación (estimular intercambio de experiencias personales entre las madres).
- Uso de material didáctico audiovisual.

f. Recursos Humanos
- Matrón/a capacitada/o en lactancia materna y a cargo de Clínica de Lactancia.
- Técnico Paramédico capacitado/a.

g. Recursos Materiales:
- Ilustraciones de anatomía, fisiología, técnica de lactancia y diferentes posiciones.
- Muñecos para demostraciones.

h. Sistema de registro:
- Cuaderno de estadísticas diario.
- Registro en ficha clínica.

4.4.2. Educación Final (previa al alta)

a. Objetivo General:
Reforzar, analizar y/o aclarar dudas y confusiones respecto a los conocimientos y las acciones educativas incorporadas durante la estadía de la usuaria en el Centro Hospitalario, con el fin de integrar conductas que se transformen en herramientas necesarias para aplicar en su vida diaria.

b. Objetivos Específicos:
- Orientar a las madres en los conocimientos necesarios para su autocuidado y los de su RN, también en los derechos legales que les corresponden, que le permitirán asumir en mejores condiciones su rol de madre.
- Estimular el vínculo madre–padre–hijo/a.
- Crear una instancia de discusión, que sirva para debatir y aclarar dudas.
- Disminuir al máximo los mitos y creencias que puedan interferir en el bienestar del grupo familiar.

c. Cobertura: 100% de puérperas previo al alta.
Duración: 30–45 minutos.
Concentración: 1 (grupo máximo de 10 madres).

d. Metodología
- Exposición mediante afiches y material audiovisual.
- Uso de material didáctico audiovisual.
- Plenarios grupales.

e. Temáticas a desarrollar:
Relacionadas con la madre:
- Reposo relativo en su hogar.
- Régimen completo, promoviendo la alimentación saludable (2 litros de agua diaria, 1 litro de leche diario y/o sus derivados).
- Higiene corporal (baño diario, técnica correcta de aseo perineal) y cuidados de la episiorrafia o de herida operatoria, según tipo de parto.
- Analgesia en el puerperio y prevención de automedicación.
- Derechos legales: inscripción del RN en Registro Civil, derechos laborales (descanso postnatal para madres y padres), fuero maternal, derecho a sala cuna, tiempo para alimentar a su hijo/a, asignación familiar, subsidios familiares, etc.
- Motivos de consulta en Urgencia de la Maternidad.
- Importancia del control temprano del binomio y seguimiento en el Centro de Salud.
- Período de abstinencia sexual y conveniencia de planificar la familia.

Relacionadas con el RN:
- Reforzar técnicas de lactancia, enseñadas con anterioridad.
- Fomentar el pecho libre demanda como medio de alimentación.
- Educar sobre cambios fisiológicos del RN, prevención de enfermedades infecciosas y signos de alerta o patológicos que pueda presentar.
- Enseñar aseo del RN (baño de esponja y de inmersión) y aseo adecuado del cordón umbilical.
- Explicar sobre los exámenes practicados por ej. PKU y otros. Información sobre vacuna y reacciones.
- Reforzar la importancia de control en Consultorio antes de los 7 días de vida.

f. Recursos Humanos: Matrón/a. con conocimientos y destrezas necesarios

g. Recursos Materiales:
- Afiches explicativos/informativos.
- Videos educativos.

h. Sistema de registro:
- Cuaderno de estadísticas diario.
- Carné infantil.

5. RECURSOS HUMANOS EN PUERPERIO:

Todo el personal de la Unidad de Puerperio deberá recibir una capacitación y adiestramiento por parte de los profesionales responsables del tema. En forma periódica (una vez al año), se realizarán actividades de capacitación interna y actualización sobre Apego y Lactancia en la que debe participar todo el personal de la Unidad.

Recursos Humanos necesarios:

- Matrona/ón a cargo de binomio madre hijo/a.
- Neonatólogo y/o Pediatra.
- Médico Obstetra.
- Matrona/ón a cargo de Clínica de Lactancia.
- Técnico Paramédico a cargo de binomio madre hijo/a.
- Técnico Paramédico a cargo de Clínica de lactancia.
- Psicólogo/a.
- Asistente Social.

Rendimiento
Puérperas: 97 egresos por cama año.
Recién Nacidos: 97 egresos por cuna año.

6. INDICADORES

6.1. De producción (a nivel local)

- Egresos de puérperas por período.
- Egresos de RN por período.
- Nº de puérperas evaluadas por psicólogo/a por perióodo.
- Nº de parejas o puérperas evaluadas por asistente social por período.
- Nº de puérperas evaluadas por nutricionista por período.

6.2. De calidad

- Tasa de complicaciones en el puerperio.
- Tasas de Infecciones Intra Hospitalarias en puérperas.
- Tasa de transfusiones de hemoderivados en el puerperio.
- Tasa de egresos con lactancia materna exclusiva (a nivel local).
- Tasa de egresos con alimentación mixta (a nivel local).
- Tasa de egresos con alimentación artificial total (a nivel local).
- Tasa de recién nacido/a con baja de peso > 10% durante estadía en Puerperio (a nivel local).
- Tasa de ingreso a Neonatología con Ictericia por Hipoalimentación (a nivel local).
- Tasa de madres que sufren caída durante su hospitalización en puerperio (a nivel local).
- Tasa de recién nacidos/as que sufren caída durante su hospitalización (a nivel local).
- Tasa de administración errónea de medicamentos (a nivel local).
- Tasa de accidente corto punzante en funcionarios de puerperio (a nivel local).
- Nº de felicitaciones/egresos (a nivel local).
- Nº de reclamos/egresos (a nivel local).

7. SISTEMAS DE REGISTRO

De acuerdo a la realidad local

- Sistema informático computacional de puérperas y recién nacidos.
- Libro de ingreso y egreso de puérperas y recién nacidos.
- Ficha clínica materna y neonatal.
- Hoja de evolución y signos vitales.
- Agenda Salud de la Mujer.
- Carné Infantil.
- Epicrisis de alta.

8. EQUIPAMIENTO BÁSICO

- Para habitación conjunta,idealmente:
  - Salas Amigables para 2 a 4 puérperas con espacios y distancias según normas.
  - Cama de altura ajustable.
  - Cunas móviles.
- Temperatura adecuada en toda estación.
- Colores claros.
- Iluminación natural y artificial adecuada.
- Luz indirecta individual.
- Posibilidad de separar individualmente a las mujeres durante su evaluación.
- Baño en la habitación (o muy próximo y en cantidad suficiente).
- Timbres o mecanismos de llamada expeditos.
- Estación de enfermería iluminada y central.
- Sala para Clínica de Lactancia.
- Sala de exámenes y procedimientos.
- Camillas de traslado con barandas y medidas de seguridad para las pacientes y funcionarios/as.
- Carro de paro equipado para la madre.
- Carro de paro para neonato.
- Portasueros.
- Monitor de signos vitales.
- Esfigmomanómetros.
- Chatas.
- Mesas clínicas.
- Mesas de comer.
- Velador.
- Refrigerador para medicamentos que lo requieran.
- Extractores de leche manuales y mecánicos.
- Computador e impresora.
- Cuna calefaccionada.
- Máquina o sistema de aspiración habilitado.
- Red de oxígeno y aire.
- Ropa necesaria y en cantidad suficiente.
- Medicamentos definidos en arsenal farmacológico local.
- Insumos establecidos según necesidad.
- Equipo de proyección audiovisual. video proyector.
- Material educativo.

9. ATENCION PERSONALIZADA DEL POSTPARTO EN EL NIVEL PRIMARIO

En los Centros de Salud, Centros de Salud Familiar y Consultorios deben utilizarse los recursos y actividades disponibles (controles, actividades educativas, etc.), orientándolos a responder a las necesidades específicas de las mujeres, sus hijos/as y su familia durante el período de postparto:

9.1. Acciones contenidas en las actividades del Nivel Primario

- Considerar el control de la mujer durante el primer mes postparto y su entorno familiar como una prioridad.
- Considerar cada control de la mujer durante el postparto, como una oportunidad para detectar factores de riesgo biosicosocial, educar a las madres en cuidados de su hijo/a, su autocuidado y en promoción de hábitos de vida saludable en la familia.
- Considerar los problemas de lactancia materna una urgencia que debe ser resuelta de inmediato.
- Crear clínicas de lactancia a cargo de equipos multidisciplinarios: enfermeras/os, matronas/es, médicos, nutricionistas u otros, que funcionen en un espacio físico especifico y con un profesional o técnico destinado para ello.
- Entregar información a todas las madres explicándoles las características del período postparto, realizar contención emocional de los problemas que las preocupan o aflijen, infundirle confianza en sus capacidades y relevar sus logros, por ejemplo, felicitándola por su hijo o hija. Muchas veces, para aliviar el estrés de la madre, esto incluye prescribir descanso o recreación: por ejemplo: siestas en el período que el niño/a duerma, o salir de la casa para ir a una plaza cercana con el niño/a, o a conversar con otras personas.
- Promover la incorporación de la pareja o figura de apoyo en algunos de los controles de la mujer y en todos los controles del hijo/a.
- Realizar talleres que fomenten las habilidades parentales para el desarrollo de un vínculo seguro.
- Dejar siempre un espacio para atender privadamente a la mujer, donde ella pueda explayarse con el resguardo de la privacidad y de la confidencialidad. Luego invitar a pasar al esposo / pareja / madre / amiga etc.
- Incluir en los temas a tratar con la mujer y su pareja aspectos de sexualidad en el postparto, que pueden ser una fuente de preocupación y a veces angustia para ella/os.
- Resguardar el derecho de la mujer a tomar sus propias opciones respecto a su salud sexual y reproductiva, especialmente que anticonceptivo usar. Asegurarse de que no sea esta una decisión del o la profesional ni de la pareja o madre.
- Disponer de tiempo asignado para detectar problemas psicosociales y/o las dificultades de vinculación madre–hijo/a con el fin de intervenir oportunamente.
- Utilizar pauta de observación para detectar problemas de adaptación y vinculación madre–hijo/a.
- Contar con herramientas de intervención temprana y establecer coordinación expedita para el tratamiento oportuno al profesional que corresponda, de mujeres con problemas de salud mental y/o dificultades de vinculación madre–hijo/a.
- Considerar las necesidades nutricionales específicas de este período, especialmente en las lactancias prolongadas, mediante un control por nutricionista y apoyo educacional en casos específicos: nodrizas obesas, desnutridas, vegetarianas, etc. (de acuerdo a lo establecido en la Intervención Nutricional durante el Ciclo Vital)
- Disponer de métodos anticonceptivos apropiados para el período de lactancia (ver Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad)

9.2. Recursos Humanos para la atención en el postparto

Los y las integrantes de los equipos de salud – profesionales, no profesionale – juegan un papel fundamental en el cuidado de salud en el postparto, a través de una relación interpersonal directa con la mujer y su familia. Este modelo de atención requiere de un equipo multidisciplinario con los conocimientos y habilidades para:

- La atención del postparto, tanto en el ámbito de la atención de salud, como en herramientas de comunicación y calidad de atención en general.
- Hacer un reconocimiento explícito de las características del período postparto y tomar las medidas adecuadas que permitan ofrecer mayor apoyo y contención emocional a las madres nodrizas, mejorar la calidad de atención y los índices de lactancia materna exclusiva, así como disminuir la morbimortalidad de madres y niños/as, puesto que la duración de la lactancia materna es un factor fundamental en el pronóstico de los recién nacidos.
- Incentivar durante el postparto, la participación del hombre, tanto en su rol de padre como de pareja.
- Educar en autocuidado y promover en los padres el desarrollo de habilidades de crianza.
- En caso de riesgo biopsicosocial, realizar una evaluación multidisciplinaria, las intervenciones más apropiadas y su seguimiento.
- Promover la lactancia materna exclusiva exitosa y manejar herramientas para prevenir problemas de lactancia.
- Realizar educación nutricional a la mujer, desde sus distintas disciplinas y a lo largo de las diferentes etapas de vida, especialmente durante la niñez, la adolescencia y la gestación; acerca de los requerimientos alimentarios y las razones de las recomendaciones.
- Dar indicaciones a las nodrizas, que tienen requerimientos especiales, de una nutrición adecuada que disminuya el riesgo nutricional y prevenga patologías posteriores como desnutrición, anemia y osteoporosis (apoyo terapéutico a la madre de bajo peso, ayudarla a identificar alimentos accesibles y que contengan los nutrientes necesarios).
- Realizar consejería en estilos de vida saludable; orientando a la mujer, para una recuperación anatómica armoniosa en los primeros meses postparto (de acuerdo a lo establecido en la Intervención Nutricional durante el Ciclo Vital).
- Apoyar a la mujer en los cuidados del niño/a para disminuir la morbimortalidad de éste/a y las consultas innecesarias.
- Ayudar al crecimiento personal y al desarrollo de la mujer en su rol maternal, haciendo un reconocimiento explícito de sus logros como madre, cuando estos existan.
- Orientar en sexualidad durante el postparto.
- Orientar a la mujer y su pareja para el uso de un método anticonceptivo adecuado para el período y para la lactancia si es el caso (el espaciamiento de un nuevo embarazo es un factor protector para el recién nacido y para la madre).

9.3. Indicadores de calidad de la atención del postparto

Postparto en general:

- % Lactancia Materna Exclusiva en el primer semestre.
- Existencia de Clínica de Lactancia funcionando en Nivel Primario y Nivel Hospitalario.
- % de problemas de lactancia pesquisados: grietas, mastitis, abscesos mamarios, etc. en clínica de lactancia (a nivel local).
- % de mujeres detectadas con signos tempranos de depresión postparto .
- % de controles de regulación de la fertilidad realizados con pareja acompañando a la mujer en el postparto (a nivel local).

10. CONTROL DE SALUD DE LA MADRE – HIJO/A EN ATENCIÓN PRIMARIA

10.1. Definición

Atención integral proporcionada a la madre y su hijo/a destinada a evaluar las condiciones familiares para la evolución de la maternidad–paternidad y el apoyo para el cuidado del niño o niña, evaluar el ajuste inicial y la situación de salud de ambos.

10.2. Objetivos

- Evaluar el estado de salud de ambos
- Evaluar las condiciones familiares para el apoyo a la madre y cuidado del niño o niña
- Detectar cuadros mórbidos relacionados con el puerperio
- Iniciar el control de salud del niño/a para vigilar su crecimiento y desarrollo y pesquisar morbilidad y/o factores de riesgo
- Fomentar la lactancia materna

10.3. Acciones

- Anamnesis con énfasis en: antecedentes del embarazo, parto, puerperio, recién nacido y lactancia
- Pesquisa de riesgo psicosocial en la díada y familiar
- Detección de depresión postparto, aplicando la Escala de Edimburgo entre las semanas 6° y 8° después posparto. (ver anexos)
- Examen físico general y segmentario a la madre:
  - Control de signos vitales, control de peso
  - Examen de mamas
  - Control de involución uterina y observación de loquios
  - Revisión de cicatrización uterina, cuando corresponda (curación y/o extracción de puntos)
  - Revisión de genitales externos
  - Revisión de extremidades inferiores

- Examen físico general y segmentario del recién nacido (antropometría, evaluación del estado nutritivo, evaluación de reflejos)
- Evaluar tipo de alimentación y/o dificultades en el amamantamiento
- Reforzar educación a la madre en relación a:
  - Lactancia materna exclusiva.
  - Cuidados generales e higiene del recién nacido.
  - Vacunas.
  - Importancia de la estimulación precoz del RN.
  - Importancia del control del niño/a en el centro de salud.
  - Importancia del control odontológico del niño/a sano/a en el centro de salud.
  - Referencia y/o citación a control de salud, según corresponda.

- Apoyo en lactancia materna, con énfasis en las madres que trabajan
- Proscribir la lactancia materna en mujeres VIH positiva conocidas
- Solicitud de exámenes a la madre y recién nacido, si se requiere (PKU)
- Prescripción de medicamentos, según necesidad
- Otorgar certificados de beneficios legales
- Notificación de Infección Intrahospitalaria
- Citación a control o referencia, si se requiere
- Consejería y citación a Regulación de Fertilidad

- Refuerce los contenidos educativos entregados en la Maternidad a través de preguntas que ayuden a la mujer a expresar sus dudas, sus expectativas, sus temores, a manera de conversación, dando un espacio para la libre interacción y fortalecimiento del vínculo profesional.
  Preguntas sugeridas: ¿Hay algo que le preocupe? ¿Cómo se han organizado para cuidar al niño(a)? ¿Cómo está durmiendo usted? ¿Cómo está participando su marido, pareja en el cuidado del niño (a)? ¿Dónde han ubicado al niño (a)?
- Diagnóstico integral de la díada
- Evaluación del cumplimiento de indicaciones
- Referencia a otros programas, según necesidad

10.4. Registro de la actividad

- Ficha maternal
- Ficha infantil
- Carné infantil
- Ficha Familiar
- Agenda Salud de la Mujer
- Hoja de estadística diaria

10.5. Rendimiento: 1 díada por 40 minutos
Instrumento: matrona/ón

10.6. INDICADOR

$$\frac{\text{Número de controles al binomio madre-hijo/a en APS} * 100}{\text{Total de partos del período}}$$

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- María Eugenia Casado González, Matrona, Santiago.
- Lorena Castro Araya. Matrona Lactancia.
- René Castro Santoro. Médico Encargado Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.
- Ruth Depaux Vega. Médico Familiar. Dpto. Atención Primaria. Ministerio de Salud .
- Oscar Gárate Hernández, Matrón Puerperio, Hospital Padre Hurtado, Santiago.
- Miriam González Opazo. Matrona Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.
- José Novoa Pizarro. Médico Jefe Unidad de Neonatología, Hospital Padre Hurtado. Presidente Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría.
- Alejandra Muñoz Moya. Matrona Jefe de Turno, Hospital Padre Hurtado, Santiago.
- Raúl Ortega Weason. Médico Pediatra, Hospital El Pino, Santiago.
- Irma Rojas Moreno Enfermera Asesora Dpto. Salud Mental.
- Alejandra Valdés Valdés, Matrona Coordinadora Hospital Padre Hurtado, Santiago.
- Eva Villalobos Alarcón. Matrona docente Neonatología, Universidad de Concepción.

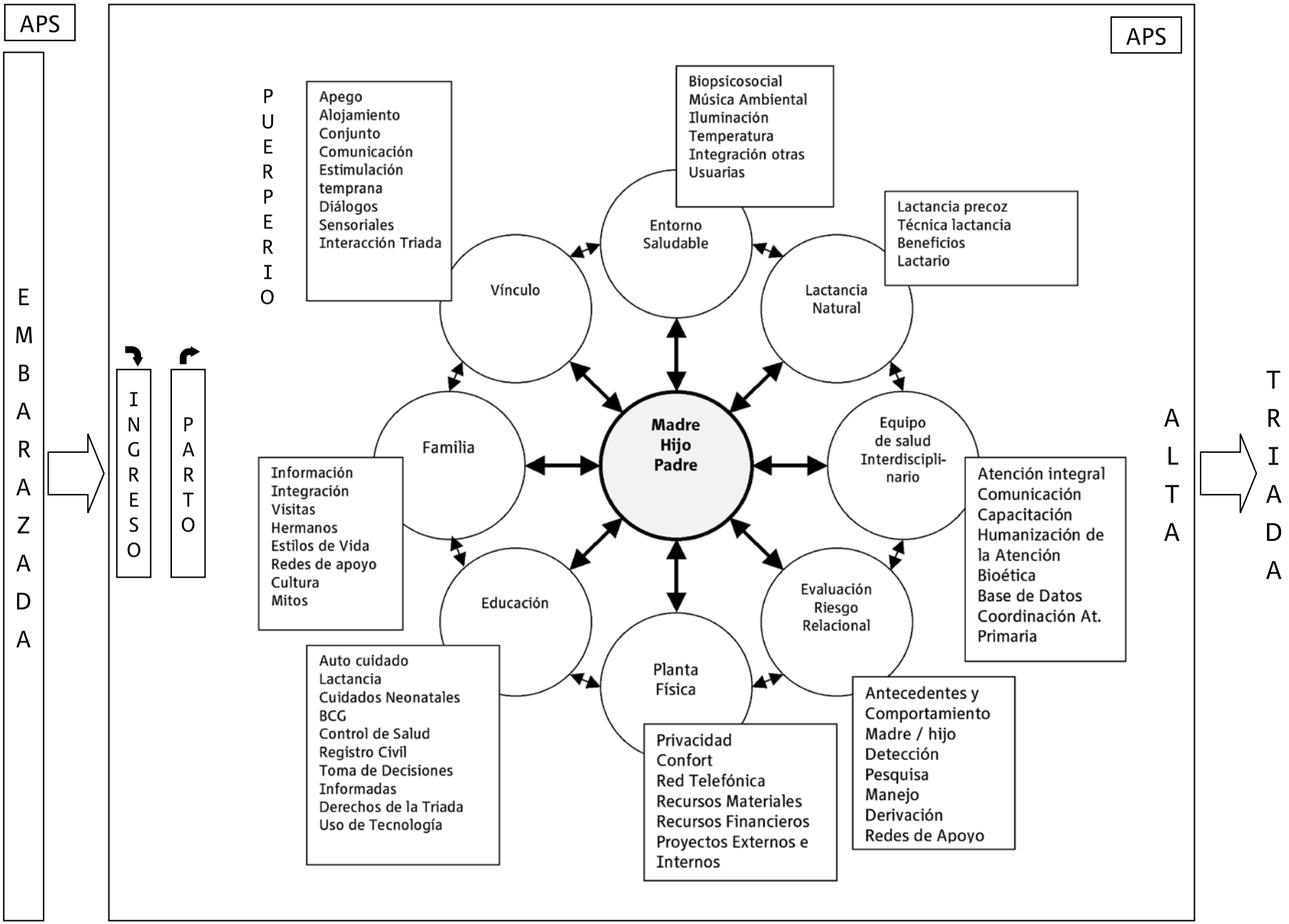
Anexos

ANEXO 11.1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA TRIADA MADRE–HIJO/A–PADRE EN PUERPERIO

ANEXO 11.2. EJERCICIOS EN EL POSTPARTO

ANEXO 11.3. DETECCIÓN Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

ANEXO 11.1. Modelo de Atención Integral para la triada Madre–Hijo/a–Padre en Puerperio



Fuente: Villalobos, A;E. Matrona. Docente Universidad de Concepción.

ANEXO 11.2. Ejercicios en el postparto

Actividad física, esa es la respuesta. Aunque seguramente, en los días posteriores al parto, no estás pensando en realizar ningún tipo de ejercicio, pero en la medida que pasen las semanas y vayas recuperando de a poco tus horas de sueño atrasado, verás que la actividad física será una forma de aumentar tu energía y mejorar tu bienestar emocional y físico. Puedes organizar una rutina diaria de ejercicios que no te llevarán más de 15 ó 20 minutos. Aquí te damos una pequeña guía diaria para el primer mes del puerperio y para ejercitar los grupos musculares más importantes.

Ejercicios para los músculos del piso pelviano

También llamados ejercicios de Kegel, son muy importantes para recuperar los músculos de la vagina y los que regulan la continencia urinaria. Puedes realizarlos en cualquier momento del día y en cualquier posición. La manera más simple de realizarlos en un principio es cuando estés orinando. Trata de cortar el chorro miccional y retener la orina todo el tiempo que puedas y luego continúa orinando. Repítelo tantas veces como te sea posible. En la medida que te des cuenta cuales son los músculos que están trabajando, puedes realizar esta gimnasia en cualquier momento del día. Previene también la aparición de prolapso genital.

Ejercicios para los músculos abdominales

Pueden comenzarse después de la segunda semana de un parto normal. En posición acostada con las rodillas flexionadas, trata de tocar con tus dedos las rodillas y mantenerte en esta posición todo el tiempo que puedas.

Debes inspirar profundo antes de comenzar el ejercicio y espirar cuando llegas a las rodillas. Repítelo 10 veces. En la misma posición que la anterior levanta una pierna, bájala y luego levanta la otra.

Inspira antes de levantar cada pierna y espira al llegar con la pierna a la posición vertical. Repítelo 10 veces con cada pierna. En la misma posición con las rodillas flexionadas intenta de tocar con tu mano derecha tu rodilla izquierda y viceversa.

Siempre inspirando antes de comenzar el movimiento y espirando al alcanzar cada rodilla. Repítelo 10 veces con cada rodilla.

Ejercicios para las piernas

Acostada en posición lateral con las piernas superpuestas y estiradas, eleva toda la pierna, manteniéndola en alto por algunos segundos, luego desciéndela despacio.

Repítelo 10 veces con cada pierna.

Ejercicios para la espalda

Ejercítalo en cuatro patas. En posición de "gato" arquea tu espalda hacia arriba y abajo, manteniendo estas posiciones varios segundos cada vez.

Repítelo 10 veces.

Ejercicios para las caderas

En posición de pie, con las piernas entreabiertas, respira profundo y comienza a espirar mientras te reclinas a uno de los lados tratando de llegar con tu mano a la rodilla o mejor aún a la pantorrilla. No debes flexionar la cadera y mira siempre hacia adelante.

Primero a un lado y luego hacia el otro.

Repítelo 10 veces hacia cada lado.

Esta es una simple guía para el primer mes del puerperio, trata de ir aumentando la frecuencia de repeticiones y notarás que tus músculos se irán tonificando y endureciendo cada vez más.

Fuente: Salud Postparto: Recuperando tu figura después del parto
http://www.babysitio.com/bebe/salud_postparto_figura.php#1

ANEXO Nº 11.3. Detección y manejo de la depresión postparto en atencion primaria

Se denomina Depresión Postparto al episodio depresivo que comienza dentro de las 4 semanas, pero con un rango de inicio de hasta los 3 primeros meses postparto. Los síntomas pueden ser leves al inicio pero se extienden más allá de las 4 semanas.

Los estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, muestran prevalencias de depresión postparto que varían entre un 2,0% y un 20%, siendo mayor en los niveles socioeconómicos más bajos y en madres adolescentes.

Sin tratamiento, la sintomatología depresiva puede mantenerse por más de 6 meses, e incluso persistir aún después del año. Además, en el largo plazo aumenta el riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes, los que pueden ser cada vez más severos.

La depresión postparto tiene un impacto negativo en la relación madre–hijo, que es inversamente proporcional a la duración del episodio depresivo. Este impacto tiene consecuencias en el desarrollo emocional y cognitivo global (verbal, motor, perceptual, etc.) de los hijos, y agrava los efectos de variables asociadas al menor desarrollo mental y del lenguaje del niño.

Factores de riesgo:

Genéricos:

- Antecedentes de un trastorno psiquiátrico (particularmente depresión).
- Trastorno del estado de ánimo durante el embarazo (particularmente depresión, la que debe ser diagnosticada y tratada y motivar apoyo especial durante el parto y el nacimiento).
- Desaveniencias conyugales y falta de apoyo social.
- Acontecimientos estresantes en época reciente (enfermedad, muerte de un ser querido).

Específicos del período postnatal:

- Caso intenso de tristeza de la maternidad ("baby blues" o síndrome del tercer día, es un estado de importante labilidad afectiva en los primeros días del puerperio, caracterizado por síntomas transitorios, depresivos y ansiosos, que presentan alrededor del 50 por ciento al 80 por ciento de las mujeres durante el postparto. Los síntomas consisten en labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad y tristeza, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que los padece, ni es necesario implementar un tratamiento específico para este. El pico de estos síntomas ocurre generalmente entre el tercero y el quinto día postparto y su duración generalmente es corta, pero puede durar varios días, e incluso, semanas).
- Irritabilidad o falta de control de la actividad motora del bebé.

Sintomatología:

- Generalmente es difícil distinguir las características biológicas de la depresión de los cambios fisiológicos y biológicos normales relacionados con el parto (pérdida de energía, alteraciones del sueño, cambios del apetito, reducción de la líbido).

- De mayor utilidad para la sospecha diagnóstica resulta la presencia de síntomas más típicos de la Depresión como abatimiento, ánimo bajo, pérdida de la capacidad de disfrutar de la vida, falta de interés, llanto e imposibilidad de concentrarse.

- No es infrecuente que la mujer tenga ideas de lesión de sí misma o de suicidio, sin embargo, raras veces se materializan.

- El abatimiento y falta de calidez emocional a menudo intensifican los sentimientos de culpa y fracaso en lo que respecta al cuidado del bebé y a veces causan alteraciones relacionadas con el apego inicial de la madre y el niño (indiferencia, falta de amor, resentimiento y hostilidad hacia el bebé).

- En algunos casos pueden presentarse ideas fugaces, frecuentes y repentinas de lesionar al bebé, las cuales casi nunca llegan a materializarse, pero son sumamente molestas para la madre.

- Presencia de anticuerpos microsómicos tiroídeos en la sangre.

Detección:

- Considerando su prevalencia e impacto, así como las bajas tasas de detección espontánea, se hace necesario incorporar la detección activa de la depresión postparto.

- Se aplicará como instrumento de tamizaje, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE), a todas las mujeres en el período postparto.

- Este instrumento fue creado en centros de salud en Livingston y Edimburgh, para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión postparto.

- Consiste en una encuesta fácil y rápida de contestar, que consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo a severidad creciente de los síntomas.

- Se deberá aplicar entre las semanas 6 y 8 posteriores al parto.

- Un puntaje igual o superior a 11 puntos sugiere depresión postparto.

- Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.

- Muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. No es suficiente para emitir el diagnóstico.

OBS!

Si no se realizan mediciones del estado de ánimo previas al parto, no se conoce la duración de la sintomatología, por lo que no es posible determinar si el estado depresivo en el postparto es específico de la situación o no es más que la prolongación de un estado depresivo anterior.

ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO (1)

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE en un círculo el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Nº	CONDUCTA	ALTERNATIVAS	PUNTAJE (2)	
			2 meses	6 meses
1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0	0
		No tanto ahora	1	1
		Mucho menos ahora	2	2
		No, nada	3	3
2	He disfrutado mirar hacia delante	Tanto como siempre	0	0
		Menos que antes	1	1
		Mucho menos que antes	2	2
		Casi nada	3	3
3*	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	No, nunca	0	0
		Casi nunca	1	1
		Sí, a veces	2	2
		Sí, con mucha frecuencia	3	3
5*	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	Sí, bastante	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No, no mucho	1	1
		No, nunca	0	0
6*	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3	3
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2	2
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1	1
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0	0
7*	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, a veces	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
8*	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		No con mucha frecuencia	1	1
		No, nunca	0	0
9*	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3	3
		Sí, bastante a menudo	2	2
		Sólo ocasionalmente	1	1
		No, nunca	0	0
10*	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3	3
		A veces	2	2
		Casi nunca	1	1
		No, nunca	0	0
		TOTAL		

(1) Chilean version, in Spanish, of the EPDS. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depresión Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol 1995; 16(4): 187–191.

(2) A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1,2 y 3 de acuerdo a la severidad creciente del síntoma. A los ítems marcados con un asterisco (*) se les da un puntaje en orden inverso (3, 2, 1 y 0). El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Instrucciones de uso:

- Informe a la madre acerca de la Depresión Postparto y la importancia de detectarla lo antes posible. Explíquele que para ello le hará una encuesta sencilla de 10 preguntas y que ella deberá elegir la alternativa que más represente la forma como se ha sentido los últimos 7 días.
- Aplique la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo a todas las puérperas, en el control de salud correspondiente al período entre la semana 6 y 8 postparto.
- No obstante la EDPE está diseñada como auto evaluación, deberá ser aplicada por el profesional que realiza el control.
- Lea cada pregunta y pídale a la mujer que escoja la alternativa de respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los últimos 7 días. Las 10 preguntas de la encuesta deben ser respondidas.
- Asígnele un puntaje entre 0 y 3 a las categorías de las respuestas según el aumento de la gravedad del síntoma. Observe que para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, el puntaje se anota en orden inverso.
- Sume todos los puntos para obtener la puntuación total.
- Una puntuación de 11 o más muestra la probabilidad de una depresión. Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 requiere de evaluaciones adicionales inmediatamente.
- Explique a la mujer que, de acuerdo a sus respuestas es posible que esté presentando síntomas depresivos y que es necesario hacer una evaluación más detallada.
- Contáctese con los profesionales del Programa de Depresión (GES) del establecimiento y agende una consulta de evaluación diagnóstica dentro de las siguientes 24 horas.
- Si la mujer es diagnosticada con depresión postparto, mantenga coordinación permanente con el equipo tratante de modo de reforzar y apoyar a la mujer en su tratamiento.

Diagnóstico:

- Mediante entrevista clínica realizada por los profesionales del Programa de Depresión (GES) del establecimiento.
- Evaluar el estado de ánimo de la madre, poner en claro los síntomas de depresión y la idea de suicidio y explorar sus sentimientos con respecto al bebé y su apego a éste.
- Evaluación médica completa para descartar la existencia de una alteración tiroídea u otras patologías que puedan estar favoreciendo el cuadro depresivo (anemia).
- Evaluación para detectar posibles factores de riesgo psicosocial (aislamiento social, falta de pareja o de apoyo de la pareja, escasa red de apoyo, etc.) y factores protectores o de apoyo en el entorno de la mujer.
- Derivación a especialidad cuando corresponda, de acuerdo a lo establecido en Guía Clínica.

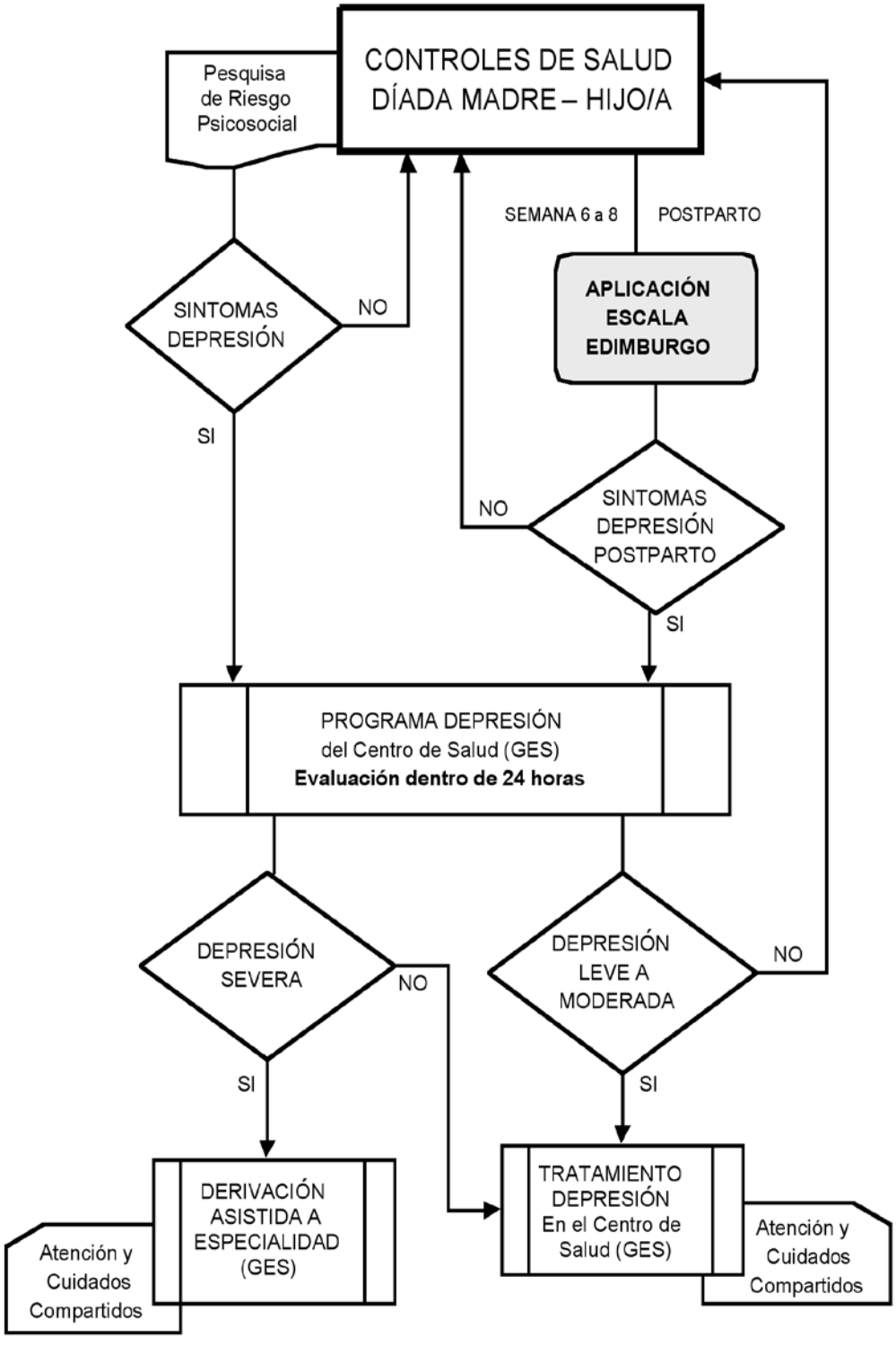
Tratamiento:

- Si se diagnostica depresión postnatal es esencial asegurar el bienestar de la madre, el bebé y eventualmente otros hijos, por lo que es más importante que nunca prestar atención a cualquier factor social remediable o intervenible.
- Tranquilizar a la madre de una manera atinada es importante y puede ser particularmente útil para ella si se reconoce su forma de entender sus propios sentimientos y se le hace ver que, de ningún modo, es la única mujer que los tiene.
- El tratamiento de la Depresión Postparto se realiza en el establecimiento de atención primaria según los criterios establecidos en el Programa de Depresión (Guía Clínica GES Depresión).
- El plan terapéutico debe ser elaborado por los profesionales que se ocupan del Programa de Depresión en conjunto con los profesionales que atienden a la díada madre–hijo.
- El plan de tratamiento debe considerar siempre a la díada madre–hijo y no a la madre exclusivamente. Además debe intentarse siempre que sea posible la colaboración y participación del padre (o pareja actual u otro familiar significante), tanto como afectado como co–adyuvante en el tratamiento.
- La lactancia materna reporta beneficios muy amplios y superiores a los de la lactancia artificial, no sólo para

el bebé y la relación madre–hijo/a, sino que además produce un efecto bastante contrario al de la depresión postparto, es decir, favorece el desarrollo del lactante, los sentimientos de bienestar en la madre y en su hijo y el fortalecimiento del vínculo. Por ello, la lactancia materna debe ser considerada un instrumento terapéutico más en el tratamiento de la depresión postparto.

- El apoyo a la madre es fundamental y debe incorporarse como parte del plan de tratamiento. Se refiere no sólo al apoyo emocional sino además, el apoyo necesario para que el descanso, ayuda práctica con el bebé, apoyo con las tareas domésticas (por ejemplo, que un familiar pueda sacar al bebé para que la madre descanse entre las tomas). En cuanto al manejo sintomático se puede recomendar algunas pautas específicas, por ejemplo, si la madre refiere insomnio pertinaz, aconsejarle que se acueste cada vez que su bebé duerma sin intentar dormir. Igualmente el amamantar tumbada en la cama suele favorecer la somnolencia. Conviene asegurar que la madre lleva una dieta adecuada a las necesidades de la lactancia y que si está perdiendo peso la pérdida no sea exagerada.
- La psicoeducación debe formar siempre parte del tratamiento e implica explicar a la madre y su pareja/familia, las características del cuadro, insistiendo en el modelo etiológico multidimensional y desculpabilizador y en la transitoriedad y probable recuperación completa (explicar que es la depresión postparto, los posibles factores intervinientes, la frecuencia de esta patología, e insistir en que la madre volverá a ser ella misma, aunque la recuperación completa puede tardar varios meses).
- La madre y el bebé deben tener acompañamiento permanente, incluso en los casos menos graves. Se debe establecer un plan lo más detallado posible, utilizando todos los recursos disponibles para que la madre no esté sola, explicando a la familia y cercanos que la madre con depresión postparto debe hacer lo mínimo, estar muy tranquila y descansar todo lo posible. El acompañamiento permanente lo más precoz posible, suele producir una mejoría sintomática en breve tiempo.
- Es importante incluir en el plan terapéutico la participación de la madre en un grupo de autoayuda, con lo cual no sólo se reduce el aislamiento propio del período postparto, sino que además permite a la madre centrar la atención en si misma y en sus necesidades básicas, como cuidarse, comer, dormir. En el tratamiento de la depresión, los grupos de autoayuda son en si mismos una intervención terapéutica y no sólo un apoyo al tratamiento médico.
- Las intervenciones psicosociales de grupo son fundamentales en el plan de tratamiento y deben incluir información sobre el cuidado básico del lactante, refuerzo positivo de las habilidades parentales, estímulación para involucrarse en actividades de ocio, aprendizaje sobre como pedir ayuda y revisión de los logros de manera regular. También es útil incluir otro tipo de abordajes grupales como por ejemplo, cursos de masaje infantil.
- La psicoterapia (individual y/o grupal) ha demostrado eficacia en el tratamiento de la Depresión, sobre todo la cognitivo–conductual y la psicoterapia breve interpersonal o cognitiva.
- El tratamiento farmacológico con antidepresivos debe considerarse siempre, sobre todo en los casos más graves o que presenten comorbilidad. Es fundamental tener presente que no es necesario suspender la lactancia.

FLUJOGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN ATENCION PRIMARIA



Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo XIV

Promoción y Apoyo en Lactancia Materna

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO XIV

PROMOCIÓN Y APOYO EN LACTANCIA MATERNA

MARCO CONCEPTUAL

En el marco de la Reforma de Salud y del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar, la protección, promoción, fomento y apoyo a la lactancia materna, son elementos claves para fortalecer el binomio madre–hijo.

El factor protector por excelencia es el apego, lazo único entre la madre y el hijo, aspecto relevante en la salud familiar integral.

- En los mamíferos la vida del o la recién nacido/a depende de la capacidad de su madre de amamantarlo, siendo la lactancia esencial para completar el proceso de la reproducción y asegurar la sobrevivencia de la especie.

- El amamantar es mucho más que alimentar. El ser humano es un mamífero y como tal, la mujer posee una fisiología y una anatomía que se relacionan con la capacidad de amamantar.

- La especie humana es la única especie que ha intentado reemplazar esta función determinando como consecuencia un mayor riesgo para el niño de enfermar y morir.

- Fortalecer la práctica del amamantamiento exclusivo hasta el 6° mes y continuar con LM y alimentación complementarias no láctea hasta los 2 años, es el objetivo señalado por distintos organismos internacionales que promueven la lactancia materna (OMS, UNICEF)

El apoyo que la familia debe brindar en esta etapa del ciclo vital, donde se pueden presentar algunos problemas de tipo fisiológico, psicológico y socio emocional es fundamental.

El apoyo, promoción y protección de la Lactancia Materna, comienza durante la adolescencia y/o en el período prenatal, en el parto, y puerperio para continuar en el control del niño/a sano.

1. CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA

Todos los profesionales que trabajan en un servicio que brinde atención materno–infantil, deben estar capacitados para detectar situaciones que dificultan la lactancia materna y para realizar una intervención oportuna con el objeto de ayudar a la madre y/o niño a superarlas.

1.1. Definición

Apoyo específico a la lactancia en aquellas madres que presentan algún problema relacionado con el amamantamiento, evitando así el abandono temprano de esta práctica. La consulta debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario compuesto por médico, matrona, enfermera y/o técnico paramédico, especialmente capacitado en detectar problemas de lactancia y orientar en forma específica a las madres que lo requieren, otorgándole a ella y su familia una atención inmediata, presentándole soluciones personalizadas y respetando sus características socioculturales.

El apoyo que se entrega en la consulta de lactancia materna está basado en la evidencia científica relacionada con el crecimiento y desarrollo infantil y las necesidades que surgen en esta etapa del ciclo vital.

La Consulta de lactancia Materna debe incorporar como contenido educativo las técnicas de extracción, conservación y manejo de la leche extraída.

1.2. Objetivos

1.2.1. Contribuir al cumplimiento de una de las metas y líneas de acción nacional a favor de la Infancia, la que se traduce en aumentar el porcentaje de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y prolongación de la lactancia más alimentos no lácteos hasta los dos años de vida.

1.2.2. Contribuir al cumplimiento y permanencia de las metas nacionales relacionadas con los Establecimientos Amigos del Niño y de la Madre.

1.2.3. Contribuir a un crecimiento y desarrollo armónico en los lactantes menores de dos años.

1.2.4. Realizar actividades de fomento, apoyo y protección de la lactancia materna en forma integral a la madre, a la familia y comunidad en general.

1.2.5. Aumentar el % de lactancia materna exclusiva en la madre que trabaja.

1.2.6. Prevenir algunos problemas de salud en los lactantes menores de 2 años (infecciones, malnutrición)

1.3. Motivos de consulta

- Falta de motivación a la lactancia (mitos, antecedentes familiares, preocupación del aspecto social).
- Dolor y grietas en los pezones.
- Madre adoptiva.
- Bajo incremento ponderal del o la lactante.
- Solicitud de la evaluación de la lactancia y dudas de la madre.
- Madre que se incorpora a sus actividades laborales fuera del hogar.
- Problemas de congestión mamaria, mastitis.
- Problemas del pezón umbilicado.
- Recién nacido/a o lactante que no quiere mamar o presenta dificultad al mamar.
- Fisura palatina.
- Otros.

1.4. Acciones

- Anamnesis general a la madre.
- Anamnesis de lactancia.

- Examen físico de mamas.
- Evaluación nutricional del o la recién nacido/a y lactante.
- Observación de la disposición materna, del padre y/o miembro de la familia que la acompaña.
- Observación y revisión de la posición y técnica de amamantamiento. (s/n)*
- Corrección y refuerzo de la posición y/o técnica de amamantamiento. (s/n)*
- Demostración de la técnica de extracción manual de leche. (s/n)*
- Demostración de la técnica de reinducción de lactancia.
- Referencia oportuna a Nivel Secundario o Terciario de madres y/o niños/as con patología relacionada con la lactancia o con otras patología.s (s/n)*
- Entregar Indicaciones y/o educación individual a la madre y al o la acompañante.
- Citación a consulta de seguimiento. (s/n)*

(s/n)* según necesidad.

1.5. Actividades administrativas

- Registro en ficha clínica y carné de la madre y niño/a.
- Manejo y registro de las fichas de la consulta de Lactancia para su estudio, análisis y seguimiento.
- Registro diario de atenciones.

1.6. Instrumentos

- Hora médico.
- Hora Matrona/ón.
- Hora Enfermera/o.
- Hora Técnico Paramédico.

Rendimiento: Inicio: 2 por hora Seguimiento: 3 por hora.

1.7. Infraestructura – Equipamiento

Box de atención para funcionamiento de Clínica de Lactancia.

Equipamiento Básico: escritorio, sillas, mudador, papelero.
Balanza de peso.
Podómetro.
Extractor manual de leche.
Material educativo.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Ana López Noriega. Matrona Encargada Programa Salud de la Mujer SS Bio Bio.
- Cecilia Reyes Acuña. Enfermera Encargada de la Unidad Salud Perinatal y Oftalmología de la Subsecretaría Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

2. ESTABLECIMIENTOS AMIGOS DEL NIÑO/A y DE LA MADRE

2.1. Definición

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño/a y de la Madre (I.H.A.N.M.) surge de una propuesta conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF a nivel mundial en el año 1991; en el país, se inicia en el año 1992, para alentar a los Establecimientos de Salud: Hospitales (en especial a los Servicios de Maternidad y de Neonatología), Consultorios, CESFAM, a adoptar las practicas que aseguren, promuevan y apoyen la Lactancia Materna Exclusiva en el o la Recién Nacido/a y que se entregue a las madres la información pertinente para asegurar una lactancia exitosa.

Los criterios globales de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño/a – "Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa" – sirven como el estándar mínimo para la acreditación de un establecimiento de salud como amigo del niño/a y de la madre.

En los últimos años se han desarrollado criterios adicionales para la **Atención Amigable de la Madre**.

2.2. "Diez pasos para una lactancia materna exitosa"

Paso uno

Disponer de una política escrita relativa a la lactancia materna que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal del equipo de salud.

- Elaborar una política o norma escrita sobre lactancia Materna o alimentación infantil que aborde los 10 pasos y proteja la lactancia materna, velando por el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, teniendo como referencia el documento "Protección, Promoción y apoyo de la lactancia natural" de la OMS.

- Socializar la política al interior del equipo de salud, en una reunión participativa, que propicie un espacio de comentarios y aclaración de dudas, para que luego de alcanzado el consenso, esta se difunda en forma impresa a todo el equipo de salud que atiende a mujeres embarazadas, madres, bebés y niños/as. Las áreas de difusión de la política incluyen atención prenatal, trabajo de parto y parto, salas de maternidad, neonatología, áreas de atención infantil, observación de recién nacido/a sano/a y unidades de atención infantil.

- Nombrar una Comisión y un Coordinador de la Iniciativa en cada lugar.

- Difundir los aspectos relacionados con el "Código de Comercialización y Sucedáneos de la Leche Materna".

- Extender la difusión de esta política a otras organizaciones comunitarias, jardines infantiles, etc., pertenecientes al área de influencia del establecimiento.

- Apoyar la difusión de esta política a través de medios audiovisuales y de comunicación.

Paso dos

El o la jefe de Servicio de Maternidad informa que todos los miembros del personal de salud que tiene algún contacto con mujeres embarazadas, madres y niños/as han recibido orientación sobre la política de lactancia materna/alimentación infantil. La orientación que es proporcionada es suficiente.

La documentación sobre capacitación indica que el 80% o más de los miembros del personal clínico que tiene contacto con madres y/o niños y niñas y que ha pertenecido al personal por 6 meses o más ha recibido, ya sea en el hospital o antes de llegar, capacitación que cubre los 10 pasos, el Código de los Sucedáneos y las posteriores resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud.

Se requiere un curso de al menos 20 horas de capacitación focalizada para adquirir el conocimiento y las habilidades necesarias para apoyar adecuadamente a las madres en la alimentación exitosa de sus hijos/as. Se requiere 3 horas de experiencia clínica supervisada. La capacitación se extiende también a los miembros del personal no clínico.

- Institucionalizar la capacitación en lactancia materna en el 100% del personal del establecimiento, y que cada persona haga suya la política institucional de promoción, protección y apoyo de la lactancia Materna.

- Establecer una Coordinación con la Unidad de Capacitación para realizar los talleres.

- Una vez realizada la capacitación al establecimiento, ésta debe entregarse cada vez que ingrese personal nuevo, a través de un asesoramiento individual y se debe reforzar con actividades grupales de capacitación, de acuerdo a un programa escrito y accesible para su consulta.

- Las actividades prácticas de capacitación no deben ser inferiores al 20% de las horas totales.

- Se recomienda repetir la capacitación cada seis meses, o un año.

- Extender esta capacitación a todas las instituciones interesadas del área de influencia.

Paso tres

El jefe o la jefa de maternidad informa que al menos el 80% de las embarazadas a quienes se brinda atención prenatal recibe información sobre la lactancia materna.

- A todas las embarazadas que asistan al control prenatal se les deberá informar como mínimo:
  - La importancia y ventaja de la leche materna.
  - Como prepararse para la lactancia.
  - Las técnicas de amamantamiento.
  - El inicio temprano de la lactancia materna.
  - El alojamiento conjunto con el bebé.
  - Alimentación a demanda.
  - Alimentación frecuente para ayudar a asegurar suficiente leche.
  - Buena posición y agarre.
  - La importancia de la Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
  - Importancia del contacto piel a piel.

- Toda la educación entregada a las embarazadas y puérperas debe ser consensuada con el equipo de salud, incluyendo grupos de apoyo y personal voluntario.

- Se sugiere conectar a las embarazadas con los grupos de apoyo a la Lactancia Materna.

Paso cuatro

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. Este paso se interpreta como: Colocar al bebé en contacto piel a piel con su madre inmediatamente después del nacimiento por al menos una hora y animar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos/as para ser amamantados/as, ofreciendo ayuda si fuese necesario.

- El personal deberá ayudar a la madre a iniciar la Lactancia Natural durante el período sensible, comprendido durante la primera hora postparto, evitando interferencias en la relación Madre–Hijo/a.

- Esta misma práctica deberá ser aplicada a los casos de operación cesárea, en que el estado de la madre y el niño o niña lo permitan.

- Insistir en que no existe justificación científica para la separación madre–hijo/a en el parto normal y por lo contrario, está demostrado lo (iatrogénico) intervencionista de esta práctica.

Paso cinco

- El jefe o la jefa del servicio de maternidad informa que las madres que nunca han amamantado o que anteriormente han encontrado problemas con la lactancia materna reciben atención especial y apoyo tanto en el período prenatal como postnatal.

- Mostrar a las madres todas las técnicas de amamantamiento: posiciones, frecuencia de mamadas, mecanismo de succión, etc. Esta enseñanza debe ser individual (por las características de cada una) y grupal (para que las dudas de algunas sirvan para todas las demás).

- Enseñar a todas las madres como realizar la extracción manual y conservación de su leche reforzándolo con información gráfica y trasladar esta información a las madres con operación cesárea.

- A las madres con niñas/niños que deben ser separados de ellas por cuidados especiales se les debe enseñar como mantener su producción de leche a través de la extracción periódica por lo menos seis veces al día.

- Facilitar a las madres con recién nacidos/as o lactantes hospitalizados, alojamiento, en un lugar del establecimiento, o al menos ofrecer a los padres acceso las 24 horas del día.

- Todo el personal del equipo de salud del establecimiento deberá manejar adecuadamente esta información para poder apoyar y enseñar a las madres en esta práctica.

Paso seis

No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin otro alimento o bebida a no ser que esté médicamente indicado.

- Los datos hospitalarios indican que al menos el 75% de los bebés a término nacidos en el último año ha recibido lactancia materna exclusiva o ha sido alimentado exclusivamente con leche materna extraída manualmente hasta que han sido dados de alta, o, si no, que se documentaron razones médicas o decisiones plenamente informadas.

- A los y las recién nacidos/as no se les debe administrar ningún alimento o bebida, que no sea leche materna a no ser que esté médicamente justificado, indicado por escrito y sólo en casos individuales, Para ser un criterio médico aceptado deberá tomarse como referencia las normas de la OMS–UNICEF: " Razones médicamente aceptables de suplementación"

- En los niños con cuidados especiales deberá ser suministrada, siempre que sea posible, la leche extraída de su propia madre.

Paso siete

Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños/as las 24 horas del día.

Observaciones en salas postparto y toda área de observación del niño/a sano/a e intercambio con las madres y el personal confirman que al menos el 80% de las madres y bebés están alojados juntos o, si no, tiene razones justificables para no estar juntos.

- Todos los recién nacidos/as de partos normales deberán estar en habitación conjunta con sus madres.

- Las niñas y los niños de cesáreas deberán ser considerados de igual manera salvo que existan complicaciones. Se recomienda facilitar la permanencia de un acompañante de apoyo.

- Los casos de complicaciones o patologías maternas deberán ser considerados en particular, con la intención de mantener a los niños/as en alojamiento conjunto con su madre, salvo que existan contraindicaciones expresas. Se recomienda medicamentos compatibles con la lactancia materna.

- No deberán existir áreas de transición para recién nacidos normales.

- Se recomienda revisar los criterios de separación del niño y niña y de su madre en los casos de patología neonatal de baja complejidad, para que pueda ser manejada con alojamiento conjunto.

Paso ocho

Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.

- Es fundamental orientar a las madres sobre la importancia de amamantar a demanda del niño y la niña, sin horarios, cada vez que quiera, tanto de día como de noche. La mayoría de los recién nacidos/as se alimentan entre 8 y 12 veces por día.

- Aconsejar a la madre que despierte al niño o la niña si duerme más de 4 horas seguidas.

Paso nueve

No dar a los niños y niñas alimentados al pecho chupetes artificiales.

Observaciones en las salas de postparto y en cualquier área de observación del bebé sano indican que al menos el 80% de los bebés amamantados observados no está usando biberones o chupetes artificiales o, si lo están, sus madres han sido informadas de los riesgos.

- Es fundamental que en las maternidades no se utilicen biberones ni chupetes para recién nacidos/as.

- En recién nacidos/as normales es importante que toda necesidad de succión sea satisfecha con el pecho de la madre, no se ofrezcan chupetes.

- En niños y niñas que requieren cuidados especiales, se favorecerá la alimentación de su madre, y siempre que sea posible, directamente del pecho.

Paso diez

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellas a la salida del hospital o clínica.

- Un grupo de apoyo a la Lactancia Materna es un grupo de mujeres (generalmente embarazadas y madres en período de amamantamiento) que se reúnen con el fin de intercambiar información, reflexionar y darse apoyo en todo lo que se refiere a la lactancia materna.

- Es conveniente que estos grupos sean coordinados por mujeres que previamente hayan recibido capacitación y tengan experiencia positiva de amamantamiento.

- Facilitar el trabajo de lo grupos de apoyo en los Servicio de Salud.

2.3. Objetivos del hospital amigo del niño/a y de la madre (H.A.N.M.)

- Permitir a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos/as.

- Apoyar el inicio precoz de la lactancia materna.

- Promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.

- Asegurar el cese de donaciones o ventas de sucedáneos de la leche materna.

2.4. Funciones generales del H.A.N.M.

- Garantizar una efectiva protección y apoyo a la Lactancia Materna.

- Desarrollar una verdadera cultura de la Lactancia Materna con cambios de actitud en el personal de salud y en las madres.

- Efectuar actividades de educación y promoción para la salud, tendientes a elevar el nivel de salud en el binomio madre–hijo/a, familia y comunidad.

- Identificar las oportunidades perdidas durante la prestación de servicios y utilizarlas con actividades de promoción, protección y apoyo a la salud y Lactancia Materna.

- Adecuar estructural y funcionalmente los servicios particularmente de Obstetricia, Neonatología y de Pediatría.

- Sistematizar la experiencia de cada establecimiento para facilitar el monitoreo y la reprogramación de las actividades.

- Impulsar actividades de enseñanza e investigación sobre morbimortalidad materno infantil, sus factores de riesgo y práctica de la lactancia.

2.5. Funciones específicas del H.A.N.M.

1. Formación de la Comisión de la "Lactancia Materna Exitosa" integrado por el equipo de salud salud y liderado por uno de ellos.

2. Promover los diez pasos básicos de la Lactancia Materna:
– Amplia difusión de las políticas del Programa en el establecimiento y hacia la comunidad: grupos organizados.
– Disponibilidad de las políticas a todo el personal y que estén señalizadas en todas las áreas del establecimiento en especial donde se realizan atenciones a la madre y Recién Nacido/a.
– Cada seis meses realizar talleres de capacitación de Lactancia Materna a todos los funcionarios que realizan actividades con el binomio Madre–Hijo/a.

3. Establecer, difundir y vigilar la aplicación de los lineamientos para la alimentación al pecho materno.

4. Procurar la mejora del ambiente, en los Servicios de Maternidad, para realizar la entrega del o la Recién Nacido/a a la madre inmediatamente después del parto promoviendo el contacto piel a piel en la hora siguiente.

5. Otorgar el máximo apoyo a la madre para iniciar el proceso de amamantamiento, en las seis horas siguientes al parto.

6. Apoyar a las madres de niñas/os que permanecen o se trasladan a Unidades Especiales, para establecer y mantener la Lactancia Materna a través de la extracción frecuente de la leche materna.

7. Unificar criterios en relación a que los niños y niñas que están siendo amamantados no reciban otro alimento que no sea la leche materna, salvo indicación médica.

8. Demostrar lo negativo del uso del chupete.

9. Revisar y reprogramar las consultas por Lactancia Materna.

10. Organizar consultas de Lactancia Materna, asignando un profesional capacitado que disponga de horas, donde serán referidas madres con problemas de amamantamiento: grietas del pezón, lactancia anterior insuficiente.

11. Fomentar la formación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna o utilizar y/o difundir los ya constituidos en la comunidad con el objeto de referir a las madres con dificultad en el amamantamiento.

12. Revisar y distribuir el material del Programa de Lactancia Materna que sea asignado o creado por el establecimiento.

2.6. ACTIVIDADES DE H.A.N.M.

2.6.1. Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural

- Normas y procedimientos claros, completos y veraces, conocidos y a disposición de todo el equipo de salud.
- Capacitación al 100% del personal, cada año, permitiendo la incorporación del personal nuevo que ingresa al hospital y la actualización del contenido.
- Difusión de la lactancia a embarazadas y puérperas.
- Inicio de la lactancia materna dentro de la media hora después del nacimiento.
- Enseñar a la madre como dar de mamar y como mantener la lactancia.
- Promover lactancia materna exclusiva.
- Facilitar alojamiento conjunto.
- Apoyo a la lactancia (cada vez que se solicita) a solicitud de la usuaria, monitoreando la continuidad del proceso.
- Lactancia artificial solo en casos médicamente indicados.
- Incorporación a grupos de apoyo a la lactancia materna después del egreso de la madre y/o el niño.

Normas y procedimientos

En esta actividad se requiere que cada área del hospital cuente con un documento escrito donde estén registradas las actividades que deben realizarse para apoyar la lactancia materna, con la finalidad de que el personal conozca perfectamente los procedimientos y quien debe llevarlos a cabo. Esto quiere decir que cada servicio debe conocer específicamente lo que le corresponde realizar.

Para tal efecto, cada área involucrada deberá desarrollar la parte del documento que le corresponde de acuerdo a sus necesidades operativas, procediendo finalmente a reunir todas las partes en un solo documento que será difundido entre el personal de la unidad.

Con esta acción se pretende que todo el personal del hospital conozca el programa, adecuando el grado de profundidad de la capacitación sobre lactancia materna de acuerdo a la actividad de cada uno.

Capacitación del personal

Los Directores y jefes/as de servicios y unidades deben recibir un curso de 8 horas de duración, el personal operativo en contacto con las madres, un curso teórico práctico de 18 horas como mínimo, los capacitadores tendrán cursos de 40 horas, el personal de otras áreas, acudirán a sesiones donde se exponga un programa general con las ventajas de la lactancia materna.

La capacitación sobre lactancia materna deberá estar basada en el material educativo elaborado por el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Lactancia.

Difusión de la LM

Aquí se requiere que desde el control prenatal, durante la hospitalización y posteriormente durante el puerperio tardío, se informe a las madres (embarazadas y puérperas) sobre los beneficios de la lactancia materna y los medios para llevarla a la práctica en forma exitosa.

Esta información se deberá realizar por medio de difusión en las salas de espera, consultorios, consultas de lactancia, sala de hospitalización, alojamiento conjunto, ya sea en grupo, individual, asesoría personalizada etc. Así como de la colocación de carteles, distribución de folletos y presentación de videos.

La información deberá contener como mínimo lo siguiente:

- Beneficios de la lactancia materna.
- Preparación para la lactancia.
- Aspectos prácticos de la lactancia.
- Situaciones especiales más frecuentes durante la lactancia.

Inicio de la lactancia dentro de la media hora posterior al nacimiento

Este paso pretende lograr el contacto inmediato piel con piel y el alojamiento conjunto en forma temprana y permanente.

Se requiere que el personal de salud que atiende el parto, proporcione a la madre las facilidades para que pueda alimentar al bebé con su leche durante los primeros treinta minutos posteriores al nacimiento, indicándole además las técnicas correctas de amamantamiento, este ámbito debe considerar además la incorporación del padre como apoyo al proceso.

Esto ha propiciado el disminuir el abandono de niños/as, ya que se fortalece el vínculo de la tríada madre–padre–hijo/a.

Enseñar a la madre como dar de mamar y como mantener la lactancia

Pretende que durante toda la estadía hospitalaria y en las visitas siguientes, se evalúe la técnica de amamantamiento que maneja la puérpera, a fin de si existe alguna dificultad, se corrija en forma oportuna evitando dolor, grietas y abandono consecuente.

Lactancia materna exclusiva

Tiene como objeto eliminar cualquier práctica de alimentación diferente de la lactancia materna, como la administración de fórmulas.

Alojamiento conjunto

Se debe efectuar lo más temprano posible, (sala de partos, recuperación, etc.), evitando separaciones innecesarias.

Es necesario colocar juntos a la madre y al o la recién nacido/a en la misma habitación, este alojamiento será acompañado de asesoría y apoyo a la puérpera, las 24 horas del día, debiendo iniciarse antes de que transcurran seis horas de postparto.

Apoyo a la lactancia cada vez que se solicita

Se debe insistir mucho en la alimentación a libre demanda, señalando en especial el tiempo de digestión de la leche materna de 90 minutos, cuidando no dejar dormir al bebé más de 4 horas.

Erradicación de la lactancia artificial

Pretende eliminar absolutamente la lactancia artificial y rutinas hospitalarias que obstruyan la práctica del amamantamiento, a través de eliminar pruebas de tolerancia oral, utilización de biberones y chupetes.

Formación de grupos de apoyo a la LM después del egreso

Se buscan mecanismos que propicien una buena prevalencia de la lactancia materna, por medio de la: formación de grupo de apoyo interno, grupo externo, establecimiento de consulta de lactancia, vigilancia del crecimiento y desarrollo, etc.

Los grupos de apoyo se formarán con personal voluntario, el cual deberá ser previamente capacitado en lactancia materna con un curso de por lo menos 18 horas. La coordinación de todos estos grupos estará a cargo de un profesional idóneo.

Los integrantes del grupo externo deberán ser personas que sean entusiastas, tengan cualidades de líder y con vocación de servicio a la comunidad, los cuales serán invitados/as por el jefe de servicio/unidad o por la persona que él designe, a participar como miembro del grupo.

El grupo interno estará formado con miembros del personal de la propia unidad que reúnan las características señaladas anteriormente.

La función de los grupos de apoyo es de reforzar y mantener la promoción de la lactancia materna a través del diálogo, orientaciones, y detección de madres con riesgo de abandono de esta práctica, así como de solucionar las causas que en su ámbito de acción impiden que ésta se practique de manera efectiva, y en caso de requerirlo, derivar a la madre a la instancia adecuada.

2.6.2. Atención Cínica

Control prenatal

Pretende detectar tempranamente, disminuir y evitar los factores que contribuyen a producir morbilidad y mortalidad materna y perinatal, por medio de un control del embarazo de calidad, oportuno, constante y efectivo, como también, incorporar a la gestante, al proceso educativo de una lactancia materna exitosa.

Atención del puerperio

La estadía hospitalaria se aprovecha para otorgar orientación y consejería que permita a la mujer atender en forma adecuada a su bebé, iniciar la lactancia materna, tener conocimiento de autocuidado de la salud y asegurar un intervalo intergenésico adecuado a través de la adopción de algún método anticonceptivo.

2.6.3. Educación y Promoción

Orientación nutricional: Pretende dar información a la población para manejar los alimentos existentes en su medio, de una manera balanceada. En este paso se hace énfasis en etapas especiales como: el embarazo, la lactancia y la alimentación del niño y la niña, a través de un programa de difusión dirigido a la población en general.

Capacitación: Con este rubro se pretende que el 100% del personal de salud esté actualizado en los diferentes programas, recibiendo periódicamente sesiones o cursos con los conocimientos mas recientes sobre todos los temas referentes a la salud con un mayor énfasis en los programas prioritarios y de salud reproductiva.

2.7. Como ser hospital amigo del niño/a y de la madre

La OMS y la UNICEF proponen:

2.7.1. Los Establecimientos se suscriban a las ideas del documento:
Protección, promoción y apoyo de la lactancia (Declaración de Innocenti 30 de Agosto al 1 de Septiembre 1990).

2.7.2. Crear un Comité de Lactancia Materna en el que estén representados los profesionales que realizan atención a la Madre y el Niño/a, así como Control de Calidad y Gestión.

2.7.3. Cumplir con las recomendaciones propuestas en los "DIEZ PASOS HACIA UNA LACTANCIA NATURAL"

2.7.4. Lograr un cambio de cultura en la que hay que tener en cuenta:
- Estado de la situación actual.
- Actualización de conocimientos.
- Cambios en las prácticas.
- Cambios legislativos: Código Internacional sobre comercialización de productos sucedáneos de la Lactancia Materna.
- Edición de material con solución a los problemas.

El primer paso para la acreditación, es efectuar una auto evaluación de la unidad, con la participación de todo el equipo directivo del hospital, ya que incluye todos los turnos y servicios.

En el segundo paso se solicita la acreditación por escrito mediante un oficio enviado al Ministerio de Salud, Departamento de Ciclo Vital, debidamente revisado y avalado por el director del Hospital.

2.8. Procedimientos operativos en eL H.A.N.M.

2.8.1. Funcionamiento

La operación de la Estrategia Hospital Amigo del Niño y de la Madre en las unidades hospitalarias se inicia con la presentación de esta estrategia a las autoridades y la conformación de un grupo multidisciplinario responsable de coordinar las actividades, en el cual deben participar: el director, subdirector médico, subdirector administrativo, jefes del servicio de obstetricia y ginecología, pediatría, enfermería, trabajo social, nutrición, consulta externa, y los jefes de otras especialidades médicas que se determine de acuerdo con la estructura y nivel de complejidad de cada unidad.

Luego se analizan los resultados, la problemática detectada, define vías de solución y se establecen compromisos y responsables del cumplimiento de los mismos; procurando siempre mantener el trabajo en equipo. Asimismo se firmará el documento y se solicitará la inscripción formal de la unidad. Las reuniones para evaluar resultados se recomiendan efectuar mínimo cuatro veces al año.

Los integrantes del grupo responsable del programa, deben informar al personal a su cargo, organizar la capacitación, corregir desviaciones detectadas en su servicio, aclarar dudas entre su personal y dar las indicaciones pertinentes, para alcanzar la realización de todas las actividades previstas en el programa.

2.8.2. Asesoría

El responsable del nivel central debe contar con un calendario de asesoría y supervisión con el propósito de valorar el avance, apoyar en la capacitación, efectuar gestiones que correspondan a su área de responsabilidad y contar con una imagen del avance de todas las unidades que en la entidad trabajen la estrategia.

Durante las visitas de asesoría se realiza una reunión con el personal responsable del programa en cada hospital, se analiza el avance reportado, se asegura que el llenado sea fidedigno, efectúa visita a los servicios involucrados, en los cuales se verificarán avances mediante entrevistas con el personal, revisión y análisis de los registros y entrevistas con las pacientes usuarias de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización (embarazadas y puérperas).

Cuando el profesional del nivel central considera que el avance reportado por la unidad es el adecuado por que se cumple con el porcentaje requerido en actividades marcadas, gestiona la visita de certificación.

2.8.3. Certificación

Representa la culminación del trabajo realizado, requiere que una unidad cumpla al 100% las actividades de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y al 85% en promedio de las actividades de salud reproductiva.

El Director del Hospital en coordinación con el encargado/a del Ministerio de Salud, solicitan la visita de certificación vía oficial, fecha de solicitud y paso a seguir en la evaluación.

2.8.4. Procedimiento de Certificación

El equipo evaluador está coordinado por el representante de la institución evaluada; el representante del nivel central quien además de participar en el levantamiento de encuestas, es el anfitrión encargado de la logística de la visita; el representante de UNICEF quien participa y avala la certificación y los demás miembros que conformen el grupo.

Este equipo en todo momento mantiene una actitud de asesoría respetuosa y positiva.

Una vez certificada la unidad adquiere la responsabilidad de mantener el nivel de conocimientos y calidad de la atención adquirida y continuar superándose. También se convierte en una unidad de puertas abiertas, es decir que recibirá al personal de salud nacional o extranjero que solicite hacer una visita para intercambio de experiencias.

Un hospital certificado debe brindar asesoría y capacitación al primer nivel de atención que se encuentra en su área de influencia y asesorar en la operación de esta estrategia a hospitales del Sistema de Salud así como privados.

También el compromiso recertificarse anualmente y para esto se utiliza el instrumento de evaluación de las actividades.

La placa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre se otorga a todos los hospitales que hayan certificado, la gestión de la misma se hace a través del Servicio de Salud, con la evaluación global en la cual se demuestre la certificación.

Cuando un hospital logra su certificación, se envía la placa correspondiente, y la entidad o institución son los responsables de efectuar la ceremonia de entrega de placa, que alcanza gran relevancia, ya que implica el reconocimiento público al alcance logrado.

2.8.5. Recertificación

Lo básico para solicitar una recertificación es que el establecimiento presente el 100% de las actividades de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna y el 90% de avance en el cumplimiento de las actividades de salud reproductiva integral.

3. CRITERIO GLOBAL DE ATENCIÓN AMIGABLE PARA LA MADRE

Una revisión de las políticas hospitalarias indica que requiere prácticas del trabajo de parto y parto amigables para la madre, incluyendo:

- Animar a las mujeres a tener compañía de su elección para que les brinde apoyo continuo físico y/o emocional durante el trabajo de parto, si lo desean.

- Permitir a las mujeres beber y comer alimentos livianos y de fácil digestión, durante el trabajo de parto, si lo desean.

- Animar a las mujeres a considerar el uso de métodos naturales de alivio del dolor a menos que sea necesario usar analgésicos o drogas anestésicas debido a complicaciones, respetando las preferencias personales de las mujeres.

– Animar a las mujeres a caminar y moverse durante el trabajo de parto, si lo desean y colocarse en la posición que deseen dar a luz, a menos que se requiera específicamente una restricción debido a complicaciones y la razón explicada a la madre.

– Atención que no involucre procedimientos invasivos como la ruptura de membranas, episiotomías, aceleración o inducción del parto, alumbramiento con instrumentos u operaciones cesáreas a menos que sea específicamente requerido para una complicación y la razón es explicada a la madre.

De los miembros del personal clínico seleccionado aleatoriamente:

- Al menos el 80% puede describir al menos dos prácticas recomendadas que pueden ayudar a una madre a estar cómoda y en control durante el trabajo de parto y parto.

- Al menos el 80% puede mencionar al menos tres procedimientos de trabajo de parto o parto que no deben usarse en forma rutinaria, sino solamente si se requiriesen debido a complicaciones.

- Al menos el 80% puede describir al menos dos prácticas de parto y alumbramiento que hacen que la lactancia tenga un buen inicio.

- De las mujeres embarazadas seleccionada aleatoriamente:

  Al menos el 70% informa que el personal le ha dicho que las mujeres pueden tener compañía de su elección con ellas a través del trabajo de parto y parto y al menos una razón de por qué puede ser útil.

- Al menos el 70% informa que el personal le dijo al menos algo sobre formas para aliviar el dolor y sentirse más cómodas durante el trabajo de parto, y que es mejor para madres, bebés y lactancia materna.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Ana López Noriega. Matrona Encargada Programa Salud de la Mujer Servicio de Salud BÍO BÍO.
- Rosa Niño Moya. Profesor Asistente Facultad Medicina U. de Chile Encargada Área Neonatología Escuela Obstetricia U de Chile.
- René Castro Santoro. Médico Encargado Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.
- Miriam González Opazo. Matrona. Programa Salud de la Mujer. Ministerio de Salud.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo XV

Atención Integral a Gestantes Adolescentes

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO XV

ATENCIÓN INTEGRAL A GESTANTES ADOLESCENTES

A. CUIDADOS PRENATALES DE GESTANTES ADOLESCENTES

1. FUNDAMENTO

Las gestantes durante la adolescencia (adoptando la propuesta de la OMS, son adolescentes las personas de 10 a 19 años) son un importante desafío para las políticas de salud. Sin embargo, existe evidencia de que son prevenibles o postergables, particularmente si se incide en los factores asociados a los embarazos en adolescente, como son la pertenencia a un nivel socioeconómico bajo, las oportunidades de desarrollo personal, laboral y social especialmente para las mujeres y las expectativas del grupo de pares respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, entre otras.

En Chile, durante el año 2004 nacieron 34.413 hijos e hijas de mujeres menores de 20 años, de los cuales casi el 12 % eran un segundo o tercer hijo (Representa un descenso con respecto a los 41.530 nacidos vivos que hubo en el año 1998). El porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes con respecto al total de nacidos vivos fue del 14,9 %. En general, las tasas de fecundidad en adolescentes muestran, desde año 1998, una tendencia sostenida a la disminución, pero este descenso es más importante en las adolescentes mayores (Entre 1998 y 2004, la tasa nacional de fecundidad por 1000 mujeres bajó de 22.6 a 16.9 en las de 15 años de edad y de 70.7 a 48.7 en las de 17 años. Instituto Nacional de Estadísticas).

Pero estos promedios nacionales encubren una profunda inequidad por nivel socioeconómico. El 48% de las madres adolescentes se concentra en el sector socio–económico bajo el nivel de pobreza y el 74% en los dos quintiles de menores ingresos (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 1998). También existen variaciones según el lugar de residencia: los partos de madres adolescentes se concentran en las regiones y en los sectores urbanos de mayor pobreza del país. El porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes con respecto al total de nacidos vivos varía de 6.6% en el servicio de salud que atiende la población de mayores recursos económicos del país a 19.6% en las regiones más pobres y de 1.2% en la comuna más rica de Santiago a 21.6% en la comuna más pobre (Departamento de Estadística e Información de Salud. MINSAL 2003).

Las adolescentes menores de 15 años enfrentan una probabilidad de muerte debida a complicaciones del embarazo y parto 4 a 8 veces mayor que la observada en el grupo de 15–19 años. Las principales complicaciones que amenazan a las madres muy jóvenes son hipertensión arterial, eclampsia, anemia y distocia por desproporción céfalo–pelviana.

Las consecuencias psico–sociales de una gestación en la adolescencia, como son la deserción escolar, el mayor número de hijos, desempleo, fracaso de la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida, contribuyendo así a perpetuar el circulo de la pobreza y la feminización de la miseria, afectan de manera distintas a las mujeres y a los hombres. Estas diferencias de género, condicionadas culturalmente, significa que son las adolescentes mujeres las que con muchisima mayor frecuencia que sus parejas, interrumpen sus estudios, lo que disminuye sus oportunidades de ingresar al mercado del trabajo más calificado, las que ven limitada su participación en activi-

dades propias del grupo de pares y las que asumen los costos emocionales de una maternidad no planeada o no deseada. Es importante recordar que en las mujeres de edades menores a 15 años se concentran los abusos sexuales, en especial los intrafamiliares.

Es frecuente que las adolescentes no cuenten con el apoyo de la pareja en la crianza, ya que las relaciones en estas edades suelen ser transitorias. Mas del 44% de los padres adolescentes no reconoce a su hijo o hija . Más del 82% de los padres de los hijos e hijas de adolescentes son menores de 24 años y se observa una tendencia a paternidades a edades más jóvenes. (Según la Cuarta Encuesta Nacional de Juventud del año 2003).

En la gran mayoría de los casos, es la situación socioeconómica y la actitud de la familia de la adolescente hacia su futura maternidad lo que determina el curso de la gestación y la crianza del niño o niña. Si la familia lo acoge, la madre dispone de mayores posibilidades de atender a su hijo o hija, apoyo de otros familiares y, en algunos casos, adecuado respaldo previsional.

Es escasa la proporción de mujeres adolescentes que opta por entregar su hijo o hija en adopción y sufre presiones y censura social, explícita o implícita, la que no alcanza por igual a sus parejas.

Las mujeres adolescentes suelen tener mayor información acerca del riesgo de una gestación, pero menor capacidad y recursos que sus parejas, estables u ocasionales, para persuadir o exigir el uso de un método anticonceptivo como el condón, temen el rechazo de la pareja y la "pérdida del romanticismo" o espontaneidad. Los hombres adolescentes suelen tener menos información acerca de la gestación, están más predispuestos a "asumir riesgos" en general y sienten que tienen que "hacerse hombres", decidir por si mismos, ejercer poder y no dejarse persuadir. Una gestación de su pareja puede ser vivido por un adolescente (y su grupo de pares masculinos) como señal de virilidad. Socialmente se suele reaccionar críticamente frente a la adolescente que se embaraza, y más bien en forma tolerante y comprensiva frente a su pareja, lo que no contribuye a que acepte la responsabilidad en forma equitativa.

2. IMPACTO PSICOSOCIAL DE UNA GESTACIÓN EN UNA ADOLESCENTE

La gestación, cuando ocurre antes de los 20 años, se suma a la "crisis" propia de adolescencia y las vivencias y actitudes de las adolescentes ante una gestación, son distintas durante la adolescencia temprana, media y tardía. Considerar estas diferencias, contribuye a una mejor comprensión de la gestación en una adolescente y su contexto evolutivo[7].

En la adolescencia temprana, es mayor la incidencia de trastornos emocionales y negación patológica, el foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre. Muchas adolescentes que no han desarrollado aun el concepto de vida individual y les es difícil imaginar un hijo (negación), por ello, el tema de maternidad les provoca depresión y aislamiento con poca consideración para la pareja en las proyecciones de futuro.

En la adolescencia media, en que se ha establecido la identidad, puede existir algún grado de competencia con su propia madre. Para ellas, la gestación suele estar relacionado con el erotismo y son frecuentes los cambios de ánimo, desde sentimientos depresivos por sentirse no querida, a una cierta euforia. La gestación puede ser vivido como una expresión de madurez y de mayores oportunidades; hay fantasías ambivalentes acerca de la maternidad, por momentos se idealiza el futuro y en otros, cierta desesperación por las responsabilidades de la crianza. La pareja suele ser considerada como una esperanza para el futuro.

En la adolescencia tardía, con frecuencia la gestación es un intento de consolidar una relación de pareja. En esta etapa de consolidación de la identidad, la gestación favorece la integración del rol de madre joven, con sentimientos maternales protectores y sensación de "anticipación" del futuro hijo y búsqueda de afecto y compromiso de parte de la pareja como futuro compañero en la responsabilidad de la crianza[7].

Los cuidados de una gestación en una adolescente están destinadas a favorecer la mejor calidad de vida para ella, su hijo/a y su familia, con énfasis en la anticipación de los problemas (actuando sobre los factores de riesgo) y la promoción de la salud mediante el autocuidado. De acuerdo al modelo de atención integral vigente, esta atención se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal que se hace cargo de la adolescente, con enfoque familiar, pero favoreciendo la autonomía y el empoderamiento de la adolescente, haciendo seguimiento de su estado de salud y estimulando su integración en la red social comunitaria.

El sujeto de esta atención es la adolescente, proporcionándole el apoyo emocional que necesite de acuerdo a su proyecto de vida y sus expectativas de inserción en la sociedad.

3. OBJETIVOS DEL CUIDADO PRENATAL

3.1. Favorecer el autocuidado y la preparación para el parto, la crianza (o la entrega del hijo o hija en adopción, si ella lo decide) y la posterior adhesión a un método anticonceptivo eficaz.

3.2. Detectar y modificar los factores de riesgo, usando la normativa vigente, los recursos disponibles y las redes de apoyo para la referencia oportuna.

3.3. Promover la continuidad del desarrollo integral de la adolescente, particularmente en relación a la continuidad de sus estudios.

3.4. Activar red de apoyo al adolescente y su hijo/a.

3.5. Proporcionarle información y apoyo para el ejercicio de sus derechos: leyes de educación, filiación, adopción, pensión de alimentos, leyes laborales, de violencia sexual, de violencia intrafamiliar.

Recomendaciones para la provisión de cuidados prenatales a gestantes adolescentes

a. Identidad como unidad o equipo que atiende adolescentes en consultorio, Centro de Salud o Centro de Salud Familiar.
b. Estrecha coordinación educación y con las redes de la comunidad.
c. Concentrar la atención en un horario o día distinto de las gestantes adultas.
d. Coordinación con nivel secundario y terciario para la referencia de las adolescentes que lo requieran.

4. ACTIVIDADES

4.1. Las adolescentes menores de 18 años son consideradas de alto riesgo obstétrico, por lo que se deben seguir las normas correspondientes.

4.2. Las adolescentes de 18 y 19 años son consideradas de bajo riesgo por lo que deben ser atendidas de acuerdo a normas generales para el resto de las gestantes.

4.3. Derivación a atención psicológica, por lo menos una vez durante la gestación para detección de problemas, favorecer vínculos y proyecto de vida.

4.4. Derivación a servicio social para evaluación familiar y escolar, en caso de gestantes menores de 14 años para notificación a fiscalía.

4.5. Derivación a nutricionista en caso de malnutrición.

4.6. Derivación a servicio dental para diagnóstico y tratamiento.

4.7. Actividades de Apoyo Grupal para gestantes adolescentes.

4.8. Entrega de certificados para obtención de beneficios:
- Certificados de diagnóstico de gestación para colegio o trabajo.
- Certificado quinto mes para asignación familiar municipal.
- Certificados para sugerir al profesor de educación física ejercicios de preparación al parto, relajación o, si corresponde, limitar la actividad física intensa.
- Certificado de asistencia a control para el colegio o trabajo.

4.9. Toda adolescente embarazada menor a 15 años, debe ser evaluada en forma integral por el equipo del Programa de Adolescencia.

B. PROGRAMA DE APOYO GRUPAL A LA GESTANTE ADOLESCENTE

1. FUNDAMENTO

La gestación adolescente es un proceso multifactorial involucra dimensiones clínicas, socioculturales, psicológicas y económicas. A los cambios sicológicos propios de la adolescencia (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión ante su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento) se suman a los cambios que implica una gestación, lo que suele generar temor y confusión en relación a la identidad.

Por otro lado la familia suele vivir como una desgracia la gestación de una hija soltera, pudiendo sentir culpa que se proyecta hacia la adolescente a través de críticas e incluso agresiones.

Otro aspecto importante es que la gestante adolescente deberá tomar decisiones, respecto a dar su hijo o hija en adopción o a su educación, para las cuales no necesariamente está preparada. En la mayoría de los casos, la adolescente continúa viviendo en la casa de sus padres, en algunos casos, se casa con su pareja o se traslada a la casa de los padres de ésta aún sin casarse. En todo caso, no sólo no se hace más independiente sino que aumenta su dependencia, especialmente económica. Los roles cambian, los abuelos suelen asumir el rol de abuelos–padres lo que genera confusión y puede generar frustración en la madre adolescente.

Estas situaciones son dinámicas y pueden ser "conducidas" durante la gestación y con posterioridad, proporcionando información y apoyo tanto a la y el adolescente como sus familias, promoviendo el desarrollo de las capacidades necesarias y suficientes.

2. ACTIVIDADES

Contenidos de las actividades grupales con gestantes adolescentes y sus parejas adolescentes.

2.1. Desarrollo de la identidad.
2.2. Cambios imagen corporal.
2.3. Integración a la vida adulta.
2.4. Reestructuración de la familia y sus roles.
2.5. Preparación para el parto.

2.1. Desarrollo de la identidad

Sus objetivos son:
- Facilitar a la adolescente la expresión de sus dudas y temores.
- Favorecer el auto conocimiento y las características propias de su etapa de desarrollo.
- Reconocer capacidades individuales y fortalecer la confianza de que sus acciones permitirán satisfacer tanto sus necesidades personales como las de su hijo/a.
- Facilitar la identificación del propio yo, separado al del hijo/a en gestación, cada una con sus propias características y necesidades.

2.2. Cambios imagen corporal

Sus objetivos son:
- Reconocimiento del propio cuerpo.
- Reconocimiento de los cambios propios de la adolescencia.
- Reconocimiento de los cambios propios de la gestación.

2.3. Integración a la vida adulta

Sus objetivos son:
- Facilitar la expresión de los proyectos de vida.
- Orientar los proyectos vitales en relación a las motivaciones, habilidades y recursos personales.
- Facilitar el uso adecuado de los recursos que posee su red de apoyo social y educacional.

2.4. Reestructuración de la familia y sus roles

Sus objetivos son:
- Integrar en forma activa a la pareja y las figuras significativas de la adolescente en el proceso de la gestación.
- Definir el rol de cada uno de los actores del grupo familiar (Adolescente gestante, pareja, padres).
- Favorecer una relación madre hijo/a rica en afectos y en el conocimiento mutuo
- Capacitar en cuidados del hijo/a.
- Capacitar en técnicas de estimulación.
- Disminuir la probabilidad de maltrato físico y psicológico.
- Reconocimiento de temores y ansiedades en relación al rol materno.

2.5. Preparación para el parto

Sus objetivos son:
- Facilitar la expresión de temores y mitos en relación al parto.
- Capacitar en los procesos físicos y emocionales que intervienen en el parto.
- Promover la relajación y el propio monitoreo como una técnica de auto ayuda al momento del parto.
- Entregar información que facilite una buena relación entre la adolescente y el equipo médico que la atenderá.
- Preparar e integrar al padre en el parto.
- Promover el contacto madre–hijo/a lo antes posible y la lactancia materna.
- Capacitar en técnicas de lactancia y en sus beneficios.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Hilda Ithurralde Ruiz – Matrona. Unidad de Salud del Adolescente, Complejo Hospitalario Dr. Sótero Del Río.
- Carmen López Stewart. Médico de la Niñez y Adolescencia. Ministerio de Salud.
- Elizabeth Ripoll Rodríguez – Psicóloga. Unidad de Salud del Adolescente, Complejo Hospitalario Dr. Sótero Del Río.
- Paz Robledo Hoecker. Médico Encargada Programa de Salud del y las adolescentes. Ministerio de Salud.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Capítulo XVI

Atención en Salud Reproductiva de Mujeres Indígenas

Contigo mejor salud

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Chile CRECE contigo

CAPÍTULO XVI

ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES INDÍGENAS

1. INTRODUCCIÓN

Uno de cada 19 habitantes del país (4,5 %), alrededor de 692.196 personas se declara perteneciente a uno de los pueblos originarios considerados en la Ley Indígena. El pueblo mapuche es el más numeroso y representa el 87.3% del total, un 7% aymara, un 3% atacameño y el 2.7% restante, colla, rapanui, quechua, yagán y kawashkar (Censo 2002).

Existen 304.508 hombres y 299.769 mujeres que se declaran mapuche y 24.188, hombres y 24.313 mujeres que se declaran aymara. Las mujeres constituyen el 49.9% del total de la población indígena, con un índice de masculinidad de 101.6, mayor que en la población no indígena (96.9).

En relación a la estructura etarea, la población indígena se concentra en el grupo de edad de entre los 10 y 40 años .Las personas mayores de 60 años son un 9.8% de la población indígena, en la población no indígena este segmento poblacional representa el 11.4%. En ambos casos son mayoritariamente mujeres.

La población indígena se presenta mayoritariamente en las regiones Novena (29.5%), Metropolitana (27.7%), Décima (14.7%), Octava (7.8%) y Primera (7.1%).

En la población indígena de 10 años y más, la condición de alfabetismo llega al 91.8%, porcentaje sensiblemente inferior al del alfabetismo de la población no indígena que alcanza el 96%. Existe un elevado porcentaje de analfabetismo entre las mujeres indígenas en relación con los hombres, representando el 10%, en tanto que los hombres llegan al 6.5%.

En Chile, la población migrante de 5 años y más es predominantemente masculina (408.187 hombres y 375.243 mujeres). El 6,2% de esta población es indígena, población que migra más frecuentemente que la población no indígena.

"Cabe destacar que las mujeres adquieren nuevos roles a partir de estos procesos migratorios, por ejemplo, al migrar el hombre, la mujer asume un rol más activo en el contexto familiar – como por ejemplo, la jefatura de hogar –, al mismo tiempo que debe asumir tareas de carácter económico en desventajosas condiciones de ingresos con largas jornadas de trabajo sin dejar de lado sus tareas domésticas y reproductivas".[1]

La salud sexual y reproductiva, tema sensible y considerado como un ámbito privado para los pueblos indígenas en general, es sin duda, uno de los ámbitos donde históricamente ha existido tensión con el sistema de salud oficial.

[1] M.Perez; C. Dides Salud, Sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile 1990– 2004. CORSAPS, 2005.

Estudios realizados, dan cuenta de las transgresiones a las concepciones fuertemente arraigadas en los pueblos indígenas por parte de los equipos de salud, mediante protocolos que ordenan y norman los programas y otras acciones relacionadas con la atención y la falta de consentimiento para ciertas prácticas, las que tienen que ver por ejemplo, con algunos cuidados relacionados con el embarazo y parto, donde las indicaciones del sistema oficial contrastan enormemente con el sistema de salud tradicional.

Actualmente, se están desarrollando diversas experiencias a nivel nacional, a fin de implementar estrategias en el ámbito de la salud sexual y reproductiva que sean adecuadas a cada cultura. Lentamente desde el sistema de salud oficial, se ha ido buscando un mayor acercamiento a los sistemas de salud indígena, incorporando paulatinamente nuevas visiones al sistema oficial y desarrollando experiencias de salud intercultural, específicas para cada contexto cultural.

En las siguientes páginas, se hará referencia a aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva según contextos culturales de los pueblos mapuche, rapanui y aymara.

2. CULTURA MAPUCHE

Todas las Culturas existentes en el Mundo poseen una forma de vida que tiene que ver con creencias. La Cultura Mapuche también cree en un Ser superior, el cual se manifiesta a través de fuerzas y es lo que se llama Wenu Mapu Chaw – Ngünemapun o Ngünechen, así como en otras Culturas se les llama, Dios, Jehová, Yavé, Alá, etc.

Es desde la historia de la Creación del pueblo Mapuche, desde donde emerge la figura de la mujer como el núcleo central de la cosmovisión. Así, la importancia de la Mujer y de su rol reproductor son fuente de respeto y reconocimiento, por lo cual es muy importante la relevancia que a ella se le da en la cultura occidental. [2]

Por otra parte, es claro que cada proceso vital; gestación, nacimiento, desarrollo infantil, etc. son fenómenos biológicos universales, es decir incluyen a todos los seres humanos, sin embargo, existen diferencias importantes entre los pueblos originarios y el resto de la sociedad.

Se identifica en el sistema médico mapuche a la püñeñelchefe, quien es la matrona o partera, especialista en salud reproductiva. Ella va viendo en el "tacto" como se va desarrollando el feto, va preparando el parto mediante masajes suaves y va dando consejos de cómo actuar.

Roles que asume la mujer en sus diferentes etapas de la vida:

Pichi Zomo: Está en constante formación, desarrolla habilidades a través de juegos e imitaciones. Participa de las actividades cotidianas de la familia, lo que contribuye a su educación con aprendizajes pertinentes y oportunos, fortaleciendo sus potencialidades y desarrollo.

Ülcha Zomo: Etapa de adolescencia. Formación a través de ngüxam, ngülam. Comienza a desarrollar y ejercer sus habilidades, destrezas y sus conocimientos. Adquiere conocimientos de Lawen. Pasa a ser una persona importante en las actividades sociales, tales como Guillatun, Eluwün, Kamarikun, entre otros.

Kuze Papay: Posee un amplio conocimiento de la cultura, va orientando y guiando sobre los comportamientos más adecuados en las familias y en la comunidad. Es respetada en su condición de mujer e integrante de la

[2] Extraído del documento de trabajo, "Aspectos fundamentales de la cosmovisión del Pueblo Mapuche". Preparado por el Asesor Mapuche de la Unidad de Salud Intercultural Pascual Levi Curriao (Kurrub Lebf. En el año 2002.

sociedad mapuche. Resguarda la salud de la familia y esta atenta ante cualquier manifestación que anuncie una enfermedad (pewma, naturaleza. Replica este kimün a nuevas generaciones y se preocupa del crecimiento y desarrollo de sus hijas/os. Orienta a los jóvenes en relación a qué hacer y donde ir en determinadas etapas de la vida.[3]

3. CICLO REPRODUCTIVO

3.1. Concepción

Cuando el deseo de tener un hijo se empieza a gestar, los padres comienzan a ser guiados y aconsejados a través del Pewma (sueños), donde se les indicará como, cuando y donde es mejor concebir al futuro hijo.

Según la cosmovisión mapuche, lo más indicado es que la concepción se realice según el ciclo lunar, ya que la mujer se rige por este ciclo, siendo el mejor momento para la concepción el Cuarto Creciente, período más fértil.

"La gente sabe que hijo va a tener, si es hombre o mujer a través de los sueños. Si ha de ser hombre, sueñan con prendas de vestir de hombres. Se sabe porque los hijos no vienen al azar. Si es una mujer a la que se está concibiendo se sueña con cuchara y otros utensilios de cocina. Solo a través de los sueños se puede prever a los niños y niñas que vienen, pero también a través de la forma del estómago de la madre en el embarazo. Las mujeres dicen que los hombres son los que más fuertes se mueven en el vientre, también los niños alentados son los que se mueven más, aquellos más pasivos o flojitos duermen bastante y son más tranquilos en el vientre" (José Colihuinca Piedra Alta; 2001).

El Pewma cumple una doble función, por una parte indica el sexo del futuro hijo, pero también permite a los padres visualizar roles y funciones, que dependiendo de si es hombre o mujer deberá asumir.

Los mapuches de tres identidades territoriales existentes, reconocen algunas consideraciones para un buen embarazo; las que abarcan desde una alimentación balanceada hasta no ingerir remedios que pudieran afectar al feto.

La alimentación de la mujer embarazada está delimitada por el contexto territorial, así por ejemplo la mujer lafkenche consumía productos marinos (algas, pescados, mariscos); en la zona wenteche la alimentación está más ligada a las leguminosas, frutas, cereales, vegetales y en la zona pewenche a las diferentes preparaciones del piñón, así como también a pescados y vegetales propios de la zona.

En general se recomienda no comer yemas de huevos, pana, alcohol, ni infusiones de remedios considerados "fuertes" como ajenjo y corteza de canelo.

Durante el período del embarazo la mujer participa activamente de ceremonias y actividades comunitarias, el único cuidado tiene que ver con el hecho de no realizar fuerzas excesivas, por temor a sufrir hemorragias o pérdida.

Se procura evitar tener impactos emocionales fuertes (escenas de muerte de personas o animales), ya que esto traspasaría al feto el estado negativo en que se encuentran estos seres. Tampoco se aconseja que observe personas con deformaciones, ya que estas generan desequilibrios emocionales que repercuten en el feto.

[3] Y. Nahuelcheo. Género, Salud Reproductiva y Sexualidad en Mujeres Indígenas. SEREMI Salud IX Región de La Araucanía.

La mujer embarazada no debe acudir a determinados lugares (lagos, cerros, montañas, riachuelos, vertientes, pantano) en períodos de tiempo en que los newen se explicitan con mayor propiedad.

3.2. Parto y Nacimiento

"El nacimiento de un niño/a mapuche es considerado un acontecimiento de gran importancia social y cultural no tan solo para la familia, sino también para la comunidad. Para ésta el nacimiento representa la perdurabilidad de la sociedad mapuche y es la forma en que el pueblo permanece y se reproduce históricamente. En consecuencia, el nacimiento es la posibilidad de afianzar lazos familiares y de identidad del niño, como individuo y como sujeto histórico."[4]

Los ancianos de la comunidad, enseñan a los futuros padres que la fecha más indicada para que la madre de a luz a su hijo, es a partir del 24 de Junio y hasta el 21 de Marzo, ya que es en este tiempo cuando se produce la gestación de los nuevos brotes, es el tiempo de la renovación. Luego a partir del 21 de Marzo comienza la caída de las hojas, la energía de la tierra empieza a cambiar, los días comienzan a acortarse y las noches a alargarse, lo que influye en la nueva vida.

Antiguamente las mujeres daban a luz de pie, el recién nacido era dispuesto sobre cueros de animales (generalmente de oveja).

"Los antiguos decían que se debía mantener el movimiento en la mujer, caminar, de esta forma no costaba dar a luz. En cambio en aquellas personas que se recostaban, les era más trabajoso dar a luz, sufrían más..." (José Colihinca, Piedra Alta 2001)

Las dificultades del parto también estaban consideradas. Existe gran conocimiento en relación a técnica de preparto, hierbas medicinales y emulación como ritual de apoyo, para que el recién nacido tenga ciertas cualidades que tienen los animales, como por ejemplo facilidad para parir, o para comenzar a caminar.

En relación al destino de la placenta, en el siguiente párrafo queda de manifiesto la gran importancia de ésta en el ser del recién nacido.

"Se enterraba cerca de la casa, hoy en día en el hospital la queman o la botan, eso puede traer mucha desgracia durante la vida de la persona, la persona puede vivir en medio de cosas de fuego. Además por la placenta se puede ver el futuro de la persona, viene como escrito... todo este conocimiento se ha perdido por falta de práctica..." (José Colihuinca, Piedra Alta 2001)

El principal cuidado de la madre tiene que ver con cambio de temperatura, el ciclo de mayor cuidado tanto hacia la mujer como al recién nacido dura aproximadamente un mes, donde la mujer debe prevenir la ingesta de bebidas y comidas heladas, así como el baño de agua fría.

"Una vez que las mujeres tenían sus familias, para que queden en buenas condiciones físicas, para que no queden con ningún tipo de daño. les daban sus secretos a la mujer que recién paría la cuidaban mucho, cuatro días, durante cuatro mañanas, cuatro tardes se le hacían masajes a su cuerpo, se le reordenaba el cuerpo, además le daban remedio de toma para que el cuerpo pudiera relajarse bien... En cambio en el hospital a las mujeres no les hacen ningún tipo de cuidado, después de que nacen sus familias, las exponen inmediatamente al agua fría, las bañan inmediatamente después del parto, por eso es que se enferman, se les sube la sangre a la cabeza y a eso le llaman sobreparto" (Antonio Cordova, Jewpeko; 2001)

[4] Centro Interdisciplinario de Estudios de Género CIEG, Facultad de Ciencias Sociales U. De Chile– Depto. De Salud Pública CIGES, Universidad La Frontera Estudio "significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuches relacionadas a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años" Informe de avance; Marzo 2006.

Sobreparto; "literalmente significa 'subida de sangre' y es traducido como 'sobreparto'. Enfermedad característica de mujeres que toman frío durante la menstruación, parto o puerperio. La sangre producto del frío se congela y sube al estómago formando una 'pelota', como si fuera una 'criatura'. Esta enfermedad se manifiesta con dolor de cabeza y vientre, puede complicarse llegando a producir trastornos mentales" [5]

Luego del nacimiento del hijo, uno de los momentos más importantes es el darle un nombre, para ello se debe tener en cuenta los Pewma, sucesos naturales que ocurrieron a lo largo de la gestación (tormentas, nieve, lluvia, sequías, noches claras, viento, nacimiento de los animales, etc.), además se tendrá en cuenta el Tuwun de los padres (ascendencia y procedencia).

3.3. Crianza

En la cultura, mapuche tradicionalmente ha sido la mujer la encargada de la crianza de los hijos e hijas, quien ha velado por la salud y la educación de los más pequeños, el hombre en cambio, es quien sale a trabajar fuera del hogar, tanto en el campo como en la ciudad.

Esta distribución de tareas viene sufriendo grandes modificaciones en las últimas décadas, principalmente con los cambios en la mujer se ha insertado en el mercado laboral, quedando los niños/as al cuidado de terceros. Pese a ello, es la mujer, quien además de trabajar fuera del hogar, lleva el orden de la casa y cuidado de los más pequeños y es ella quien transmite las tradiciones culturales del mundo mapuche en el hogar.

Los abuelos se hacen cargo de transmitir el kimün mapuche (conocimiento), se transmite de generación en generación y se hace a través de la comunicación oral, desarrollo de la lengua, artesanía, comidas, música, ceremonias.

Tienen la misión de educar, orientar, aconsejar y conducir a los jóvenes y adultos en su formación. Por sus experiencias y conocimientos son reconocidos y respetados, ellos transmiten los valores que priman en la familia y en la comunidad.

4. CULTURA RAPA NUI

En la cultura Rapanui cobra importancia una poderosa fuerza conocida como "maná", la que se encuentra presente en algunos lugares, objetos y personas. Así mismo numerosos tabúes o "tapu" tienen que ver con normas de comportamiento, situaciones o lugares, que no deben transgredirse para no provocar un desequilibrio en el bienestar, salud, medio social de las personas o entorno natural y conforman claramente un nivel preventivo.

Las mujeres rapanui consideran el cuerpo como una totalidad interrelacionada, la relación con el cuerpo está dada por la concepción del cuerpo como frontera y límite del individuo en determinados contextos y relaciones sociales.

El proceso de formación y aprendizaje en medicina tradicional rapanui, es realizado por las mujeres de generación a generación en cada familia, abuela, madre e hija. En cada familia existe una de sus mujeres con el conocimiento de plantas medicinales, elaboración del medicamento y su uso que debe de enseñarle a la siguiente pero ésta debe estar interesada en aprender. Existen familias que saben más que otras.

[5] Citarella, Luca. Compilador. Medicinas y Culturas en La Araucanía. Trafkin, Cooperación Italiana. Editorial Sudamericana Chile, 2000. Daniela Leyton. Tesista "Hacia una antropología del cuerpo, significación cultural de los cuidados corporales en Mujeres rapanui" U. de Chile. 2004.

Las mujeres aprenden lo práctico y lo pueden utilizar sólo cuando su madre o abuela haya fallecido. A los hombres se les enseña lo espiritual, los cantos de orden ritual y tradicional que tratan sobre el agradecimiento y la petición de hierbas y plantas, dirigidos hacia el mundo que los rodea: luz, agua y viento, con la finalidad de pedir permiso a los espíritus del lugar para utilizar los elementos naturales necesarios en la elaboración de un remedio.

El aprendizaje médico tradicional se entiende como un proceso integrado donde el énfasis de lo femenino y lo masculino varía, originando una concepción médica de orden complementario entre el elemento práctico de la elaboración de un remedio y el elemento subjetivo asociado a lo espiritual, y a la sanación de las personas. Los conocimientos médicos que poseen los especialistas no se dan a conocer totalmente, y tampoco se dan a cualquier persona.

Para una mujer mayor, estas prácticas tradicionales se entienden como parte de la vida cotidiana, distinto es el caso en la mujer de mediana edad que intenta destacar el valor de las prácticas tradicionales por sobre prácticas relativas a la vida moderna y occidentalizada, con la intención de que las primeras no sean desplazadas absolutamente por las últimas. En el caso de la mujer joven, es fundamental destacar que nunca se han rechazado o despreciado las prácticas tradicionales, si no más bien, las jóvenes mantienen un nexo directo con las prácticas tradicionales que lo guardan para ocasiones que estimen necesarias o que ameriten el uso y la práctica de tradiciones inherentes a su cultura.

Los medicamentos son preparados según las dolencias, la persona, edad, sexo al cual el especialista se compromete a sanar, por eso el medicamento preparado no es útil para ninguna otra persona que no sea en la que se ha enfocado todo el proceso del tratamiento del malestar.

Los remedios pueden ser aplicados de dos formas distintas en el cuerpo. Una es la aplicación externa, que se aplica en masajes o compresas, otra es interna donde el remedio se da a beber, así su acción es más directa siendo un remedio más delicado de tratar.

Ambas aplicaciones pueden ser complementarias, por lo que un remedio elaborado a partir de la misma hierba puede beberse y ser aplicado a la piel. Hay tres tipos de tratamiento con hierbas, masajes y aceites.

El remedio más común es la *numera*, se prepara a partir del tubérculo de la planta del mismo nombre, se usa para golpes (hematomas), gota, artritis, lubrificación de articulaciones. Se usa por tres días y para asegurar su efecto el paciente debe estar concentrado igual que el especialista y no tener relaciones sexuales para no perder energías. Por esto es difícil el tratamiento por la disponibilidad de tiempo que deben dedicar, por eso, se utiliza cuando una persona no ha encontrado sanación en la medicina occidental.

El medicamento *Ra´au Ha´ar* (medicina que da aliento al Cuerpo). Este remedio se utiliza para detener derrames de sangre. En menstruaciones prolongadas más de un mes. Se elabora fundamentalmente de la corteza de la palmera vieja femenina que asegura que son nativas de rapanui.

Las prácticas cotidianas y más comunes utilizadas por mujeres rapanui de distintas edades son el uso de hierbas para baños y para preparar infusiones las más comunes es el vai raákau o agua de higuerilla, también se mencionan y utilizan otras hierbas como hierba luisa,hojas nuevas de guayaba y "miro tahiti". Los baños de imersión las relaja y ayuda a recobrar el equilibrio, les proporciona un bienestar general. Después del baño se realizan masajes con aceite de coco.

Actualmente encontramos gran cantidad de tabúes, algunos relacionados con el embarazo, que impide a la mujer rapanui acercarse a las caletas de pesca, subir a los botes; o durante la menstruación la prohibición para que la mujer entre a los campos labrados, monte a caballo, entre otros.

En relación al niño (primogénito), goza de innumerables beneficios, se le cree cargado de poder. Los aspectos como la cercanía, el trato y la alimentación deben ser especialmente cuidados: ni los padres, ni los tíos pueden cortar las uñas o pelo del "atariki" (primogénito) porque ahí reside su fuerza.

El parto en la actualidad es realizado en el hospital, participa toda la familia desde el inicio del trabajo de parto y en el momento del expulsivo sólo el padre participa cortando el cordón y recibiendo a su hija o hijo. Se entrega la placenta a los familiares quienes la entierran según la tradición debajo de un árbol.

El cordón umbilical también debe ser cuidadosamente enterrado en un lugar conocido de los padres, de modo de conservar este poder heredado.

Por otra parte, ciertas prácticas recurrentes de cuidado del cuerpo reflejan estrategias de salud dirigidas especialmente a las mujeres, al recién nacido y a los niños.

En el caso de los niños, se manifiesta en la aplicación de baños con especies botánicas o con agua de mar, de masajes y administración oral de plantas.

En el hospital se observa la concurrencia de prácticas de cuidados puerperales, relativos a la nutrición de la madre, como es el caso de los "agazajos" hacia ella de parte del grupo familiar, con elementos que culturalmente se estiman como de alto valor nutritivo y efecto fortificante, principalmente sopas de pollo blanco isleño.

Algunos procedimientos tales como el uso de "bolsas de arena" puerperales pese a constituir una medida propia del hospital, son asimilados por las mujeres de manera coherente con la cultura tradicional, asignándosele algunas veces, una función atribuida a las "piedras calientes"; contraer musculatura logrando la eliminación de residuos sanguíneos.

5. CULTURA AYMARA

La Cosmovisión andina es un conjunto de verdades relativas, que los pueblos originarios que habitan el altiplano, utilizan como un modelo explicativo general de la existencia que condicionan todo su accionar humano.

Cientos de años antes de que el hombre europeo llegara a las costas de América, los pueblos originarios que poblaban este continente compartían una cosmovisión que se traducía en una sociedad tremendamente rica del punto de vista político, social y económico, que hoy en día estamos empezando a valorar y respetar como un modelo de sociedad tan válido como el occidental.

Los pueblos originarios tienen una manera de pensar y una espiritualidad, que los hace diferentes al hombre de la cultura occidental que se nos impone hoy en día. El indígena silencioso y ecológico, que sobrevive con poco y no destruye su entorno es un llamado de atención para nosotros que vivimos en pos de acrecentar nuestros bienes materiales.

La cosmovisión configuraría un cuerpo coherente de procedimientos perfectamente organizados y no producto del azar, sino que diseñados para garantizar tanto el cuidado de la salud de la madre como del recién nacido.

5.1. Embarazo y Parto

Desde la perspectiva aymara, el embarazo se entiende en el contexto de las relaciones de parentesco. La familia ofrecería a la mujer un ambiente adecuado para su desarrollo. En este contexto, se trataría de un evento que no sólo adquiere importancia en el ámbito fisiológico, sino que es un hecho de gran connotación social, puesto que tal como nos señala un sabedor indígena:

"cuando la familia sabe que la mujer está embarazada, dicen bueno vamos a tener un nuevo integrante más en la familia, y cuando se espera al hijo, se espera al nieto, se espera al sobrino, ¡se espera! o sea, están esperando que va a llegar, y se piensa colectivamente, no es solo una nueva wawa, sino un nuevo integrante, un niño que debe incorporarse a la comunidad y a la cultura". (Javier Vilca)

En términos fisiológicos el embarazo aymara se distingue por medio del lenguaje, la existencia de términos para referirse a las primeras señales; tales como la náusea, la nutrición preferida, y los efectos como la posible hinchazón de los pies o los dolores de cabeza.

Un cuidado durante el período de embarazo "es en cuanto a los antojos que experimenta respecto de su alimentación. Siempre se debe dar en el gusto a la embarazada, cuando siente deseos de alguna comida, ya que es muy peligroso que literalmente se quede con ese deseo, puesto que no satisfacerlo, la puede llevar incluso, a un aborto espontáneo".

Otro de los aspectos de cuidado en esta etapa, se relaciona con la actividad física y las fuerzas excesivas que pudiese realizar peligrosamente la embarazada, ya que en la vida de la mujer andina, es normal que realice trabajos esforzados para ayudar al abastecimiento familiar. Se recomienda disminuir dichos esfuerzos, tal como se señalan:

"las mujeres embarazadas no deben manejar cosas pesadas porque se maltratan y dificulta el nacimiento o pueden provocar un nacimiento prematuro" (Javier Vilca).

Pero también, agregan que las mujeres mayores y las parteras, aconsejan a las mujeres embarazadas, sobretodo a hacer ejercicios, caminar de un lado a otro y no estar sentadas en un lugar todo el día. Esto coincide con lo comentado por una mujer aymara, en cuanto a mantener su trabajo, propio de la actividad agrícola:

"no es trabajo pesado, o sea que yo pudiera pastorear, como es campo, puedo ir a pastorear, camino pa' lla y pa' bajo, en caso que acá en la cuidad es re poco, falta un mes tiene que reposar esta señora, sí, lo que me dijeron a mí eso, pero en el caso mío no, hasta que la wawa no nazca sigo caminando pa' lla y además tengo otros niños chicos, así que ando cargando en la espalda la wawita, y yo sigo caminando, es normal."(Javier Vilca)

El control del embarazo es seguido por la partera para verificar la buena evolución del embarazo y crecimiento del feto. Cualquier anomalía es detectada mediante técnicas específicas que delatan una mala posición, la cual puede ser revertida mediante otras prácticas específicas.

Existen otra serie de cuidados que se enmarcan dentro de los estados emocionales, que durante el período prenatal, la mujer experimenta. De esta forma se señala que si la madre embarazada está contenta, alegre, cuidando en bañarse, lavarse y mantener su ropa limpia, su wawa nacerá igualmente limpia (Arnold & Yapita, 1999),[6] o que por el contrario, cuando la madre está preocupada o sufre de pena durante el embarazo, siempre la wawa nace zonza o de menos memoria y no inteligente. Por eso, una mujer embarazada no debe tener pena ni preocupación. Por ejemplo, una mujer relata, un hecho en el cual su padre, siendo partero, le tocó asistir un parto con un alto grado de dificultad, el cual había sido causado, a decir del partero, por las peleas matrimoniales y además, porque la parturienta no se había cuidado al dormir.

En la comunidad aymara existen diversas categorías de riesgo para el embarazo, los cuales son más abarcativos que los conceptos de riesgos de la biomedicina, dado que esta última juzga el grado de riesgo según las normas estadísticas promedio de mortalidad y morbilidad materna, muchas veces basadas en la relación entre

[6] V. Gavilán; P.Vigueras; R.Cabezas; V. Madariaga Identificación, diseño y validación de indicadores de Salud Sexual y reproductiva en el marco de la Red de Parto Aymara, (Documento no publicad, Escuela Enfermería Universidad Arturo Prat), Iquique 2006.

la edad de la mujer y el supuesto grado de riesgo. Así se llega a juzgar, que una mujer con menos de dieciocho años, o más de treinta y cinco años, tiene más posibilidad de riesgo en su parto, hasta tal punto que se puede justificar cualquier intervención médica sin ningún otra indicación clínica.

La cuestión de la enfermedad es una problemática social donde el paciente no decide solo; la familia evalúa los costos y lo que estima más conveniente para el enfermo. Les asusta las hospitalizaciones por las operaciones "abrir" los cuerpos y la extracción de sangre. Les recuerdan los malos espíritus de antaño.

Las categorías de riesgo, según los mismos autores, se obtienen por intermedio de una rigurosa entrevista entre la parturienta y la partera que averigua no sólo la edad y paridad de la mujer, sino su tipo de cuerpo según el sistema humoral (caliente o frío), su tipo de útero (húmedo o seco), sobre las actividades de la mujer durante el embarazo y acerca de sus circunstancias familiares.

Se señala además que "el sistema andino distingue dos períodos en torno al momento mismo del nacimiento; uno que va desde los primeros dolores o contracciones, pasando por la dilatación del cuello del útero, hasta el nacimiento mismo de la wawa y otro período relacionado con el alumbramiento de la placenta. Respecto a este último momento, es común en el mundo aymara llamar "parto", al momento de la expulsión de la placenta, considerándolo como otro nacimiento, esto debido a la importancia simbólica y ritual que posee para ellos y que se analizará más tarde. Además los autores Arnold y Yapita agregan, que no se encuentran vocablos que definan un tercer período luego del parto y el alumbramiento, como el puerperio, puesto que para ellos es "sólo el período que sigue a la salida del feto y las membranas ovulares, sin denominarlo de ese modo".

El ambiente en el cual se produce el nacimiento del bebé, aporta y favorece el sentido de intimidad que este evento posee para la comunidad. Los autores Arnold y Yapita (ob. cit., 1999) hacen hincapié y nos otorgan muchos ejemplos que resaltan la noción de privacidad, pudor y respeto que posee el pueblo aymara, sobretodo en cuanto a la preparación del ambiente y los procedimientos aplicados a este suceso. Es costumbre por ejemplo, que la habitación en donde la parturienta va a dar a luz, deba tener una temperatura adecuada, puesto que el calor les otorga seguridad en cuanto al trabajo de parto, utilizándose mayoritariamente la cocina familiar para ello.

La luz de la habitación es por lo general leve, ya que se compara a nivel cosmológico, el proceso del parto con la llegada de la wawa, desde la oscuridad y el mundo interno del útero materno, hacia el mundo "cristiano" del sol, asegurándose que dicho proceso para el recién nacido sea lo menos traumático posible.

> "es un lugar de muy poca luz, porque se dice que esta debilita aún más a la persona que ya está débil, por lo tanto hay que evitar la excesiva luminosidad". (Javier Vilca)

El trabajo de parto, consiste en realizar el "acomodo de la wawa" que consiste en una serie de masajes realizados sobre el útero materno para despegar la wawa de las paredes del útero y colocarla "derechita"para que el parto salga sin dificultad. Este procedimiento es tremendamente valorado por la mujer aymara y es muy importante que sea realizado al comienzo del trabajo de parto en espera de la aparición de tres tipos de contracciones, las cuales aumentan gradualmente en intensidad y duración. Cerca de un tercer grado de contracción, señala, le suministra a la parturienta un mate de hierbas, con el objeto de producir el calor en el cuerpo, hasta el momento en que llega el último grado de contracciones y el momento preciso en que nace el bebé.

Las infusiones de hierbas o mejor conocidas como "mates", son una práctica central tan importante como el "acomodo" de la wawa que realiza la partera al comienzo del trabajo de parto. Para la mujer aymara es vital calentar el cuerpo con infusiones de diferentes hierbas como orégano, manzanilla, culén, albahaca, cilantro, etc. La elección depende de la experiencia personal de cada mujer o partera. Asimismo es muy importante mantenerse abrigadas todo el tiempo y tomarse el pelo y la cabeza con un tocado característico. De esta manera el trabajo de parto es más rápido y menos doloroso (Conversaciones con parteras y mujeres de las comunidades aymara. Marzo de 2004).

Por otra parte, las parteras poseen una técnica que usan como masaje durante el trabajo de parto, para así facilitar el nacimiento y evitar la formación del bulto de sangre, es decir, el coágulo sanguíneo. Dicha técnica consiste en masajear la espalda hacia delante de la barriga y sobre el vientre de la parturienta, como si estuviera torcelando suavemente. Generalmente la masajista empieza el masaje con ambas palmas en direcciones opuestas, pasando una mano sobre la otra. Esta técnica también es altamente apreciada por las mujeres de la comunidad aymara.

Ahora bien, es importante destacar que en el mundo andino el proceso de dilatación del cuello uterino no es observado directamente por la partera, sino que por medio de una técnica que respeta el pudor y las partes íntimas de la parturienta.

En momentos que la madre realiza el mayor esfuerzo durante el trabajo de parto, se piensa que el espíritu del cuerpo puede salir del templo de la cabeza, debido a la alta presión de la sangre en las venas. Por esta razón, un familiar, generalmente el esposo que como se sabe, suele sujetar la cabeza de la parturienta durante las contracciones y en el momento del parto, de modo que no salga el ánimo y no provoque la pérdida de control.

Es posible observar el respeto por el reflejo de expulsión fetal que se produce en forma natural durante el parto, favoreciendo una autonomía en el trabajo de parto que respeta las condiciones y capacidades físicas de la parturienta aymara, es importante respetar el momento preciso que indica el nacimiento del bebé.

> "a la embarazada no hay que apurarle antes del nacimiento, y que el momento de nacer son, entre diez y quince minutos, ese es el tiempo máximo en que tiene que nacer el niño, no es que deba demorarse tres horas, ¡no!, son diez a quince minutos. Ese es el momento que ya ¡tiene que nacer!, ¡antes no hay que apurarle porque no es el momento!" (Conversaciones con parteras y mujeres de comunidades aymara. Marzo 2004)

La Partera Reyna Cáceres, indica que las parteras por medio del pulso controlan la evolución de este proceso, dice;

> "¿cómo va controlando la partera?, por el pulso, porque allí sabe que el niño está creciendo todavía, esa es una cuestión muy determinante, el niño está creciendo todavía en el interior del vientre, terminó de crecer ¡ya! se detuvo, allí es donde ya el niño empieza a forcejear y en ese momento las contracciones son más fuertes, los dolores más fuertes y entonces tiene que nacer, ese es el momento".

Luego del nacimiento, existen dos formas de amarrar el cordón umbilical antes de cortarlo, una inmediata, en que se amarra el cordón umbilical (que resta con la placenta) al dedo gordo del pie derecho de la propia parturienta hasta que salga la misma placenta, y la otra después de la salida de la placenta. Práctica que es actualmente recomendada por las parteras profesionales (Begley, citado en Arnold & Yapita, 1999). Inmediatamente se corta el cordón umbilical con un tiesto filoso (pedazo de cerámica) o vidrio de una botella rota, ni muy cerca al ombligo ni tampoco dejándolo muy largo.

Por lo general, en algunos lugares no se acostumbra utilizar tijeras o latas, tal como lo menciona Javier Vilca:

> "el cordón nunca debe cortarse con metal, hay que cortar con vidrio o con kallana (tapita de un cántaro de greda) o piedra, o sea, hay piedras muy duras y que quedan con filo, entonces esas tres cosas se usan para cortar el cordón. Al cordón se le hace un nudito ahí después con otra pita, y yo decía ¿por qué si es más fácil con una tijera o un cuchillo? Y después me dijeron que no, porque eso podría tener una infección que se podría contagiar, entonces con la piedra o con el vidrio, son inofensivos y neutrales".

5.2. Alumbramiento e importancia de la placenta

La salida de la placenta es uno de los momentos significativos del parto, y su importancia es tal, que incluso es tratado como otro nacimiento. La importancia simbólica y ritual de la placenta en las culturas andinas, se basa en que la placenta es símbolo de la vida, del mundo materno ancestral. La placenta, en el mundo andino, tiene muchas características de la wawa misma, se dice que la placenta es la "cama"o "nido" de la wawa. (Arnold & Yapita, 1999).

Arnold & Yapita añaden con respecto a la placenta, que la salida de ésta, es señal que la parturienta ya está fuera de peligro y que luego se la lava y a veces, la partera lee la placenta para saber la suerte de la wawa y la de su madre.

Por otra parte, se encontró a lo largo del vocabulario aymara, la importancia biocultural de la placenta, como símbolo de la continuidad de la vida entre madre y wawa, ilustrado en varios ritos del entierro de la placenta. A nivel profundo, la placenta se relaciona con los antepasados maternos de su familia; incluso en un nivel práctico, se dice que una mujer siempre aprende a tejer cerca del lugar donde su ombligo está enterrado. Con la experiencia alienante que las mujeres rurales experimentan actualmente en muchos hospitales y clínicas, ellas sienten un temor a pedir la placenta de su parto, y aún más preocupación cuando no se la entregan. (Arnold & Yapita, 1999).

Los mismos autores señalan otra importancia que asume el entierro de la placenta. Esta ayuda a la persona en momentos de su muerte, cuando toma otro camino. Se considera que se debe saber donde se encuentra enterrada, para entrar al útero de la madre nuevamente. Por eso, el aymara debe conocer el lugar; sino su alma esta condenada a caminar siempre buscando ese lugar, convirtiéndose en un alma errante en busca de su camino.

Otra importancia de la placenta, la señala Javier Vilca quien dice al respecto:

> "la placenta es una especie de firmamento de identidad, digamos, mi placenta está en tal parte, sí, nací allá, allí está mi placenta, y la placenta no es llegar y botarla y enterrarla, sino que también hay todo un ritual en eso, la placenta no debe infectarse, entonces tiene que secarse y tenderse sin descomponerse, así está establecido el ritual y por eso se le echa ceniza, sal, salitre y ahí se guarda, la placenta no se bota, se guarda".

En el mundo aymara, existen varios dichos acerca de la importancia del cariño familiar hacia el recién nacido, tomando en cuenta tanto el rol de la madre como el del padre en su cuidado. Por una parte existe el término awki chuyma que significa "corazón de padre, amor paterno" y el cual se sostiene sobre la idea de que apenas nace la wawa, ésta debe estar junto con sus padres; es decir, el papá debe levantar en brazos a su hijo o hija, para que así la wawa quiera a su padre y viceversa.

Del mismo modo, se dice que no se debe separar a la wawa recién nacida de su madre, para que ambas se tengan cariño, si se hace lo contrario es posible que algunos bebés no tengan cariño a su madre.

5.3. Lactancia materna

La Lactancia materna es concebida por algunas mujeres aymaras como no inmediata, es decir, no se da de lactar a la wawa recién nacida por un período de horas e incluso de varios días.

Las razones existentes son diversas, siendo las principales las siguientes:

a) Se piensa que la wawa recién nacida ha sido bien alimentada en el útero por la sangre materna, y que se debe evacuar primero esta sangre materna, antes de lactar.

b) Otra de las razones es que se quiere desinfectar al estómago de la wawa.

Otras explicaciones más culturales son:

Que estas prácticas postparto aseguran que la wawa va a crecer fuerte e independiente, es decir, para crecer en un ambiente difícil, con pocos recursos en varios meses del año, y en diferentes momentos de la vida, se quiere desarrollar wawas fuertes, quienes se adaptan a los recursos locales, y no a wawas mimadas.

Y otras que consideran que el calostro es nocivo para la wawa recién nacida. Las familias no quieren wawas mimadas, y por eso, no la alimentan de inmediato.

5.4. La operación cesárea desde la perspectiva aymara

El momento del parto para la comunidad aymara no se concibe de otra forma que no sea de forma natural, según el antropólogo Fernández Juárez, la concepción del cuerpo humano para los aymaras explicaría el respeto que tienen a la integridad física de la persona, esta concepción considera al cuerpo humano como una unidad cerrada, dura y resistente... en donde el modelo a imitar es la piedra, por el carácter hermético que presenta ante la enfermedad (Fernández, 1999).

Si consideramos que el cuerpo ha de permanecer cerrado como una piedra, no es de extrañarnos que cualquier intervención terapéutica realizada en ese contexto, respete dicho principio, hecho que se observa en el siguiente párrafo y en el cual se hace mención al procedimiento ceremonial de los yatiris.

El cuerpo del paciente no es tan sólo un espacio sometido por la aflicción, sino un cuerpo ceremonial, un dominio o espacio ritual que aparece elaborado, minuciosamente constituido por los ingredientes de la ofrenda. De esta forma el yatiri accede, se proyecta al interior del cuerpo del paciente, sin necesidad de abrirlo. Reproduce un cuerpo perfecto, cuerpo biológico, social y ceremonial con las diferentes especias ceremoniales, destinadas a configurar un cuerpo cerrado y que será ofrecido por la salud del paciente (Polia 1989).

Entonces si la asimilación del cuerpo humano es cerrado a imagen y semejanza de la piedra, ello aproxima una medida profiláctica capaz de prevenir enfermedades resultantes de la excesiva vulnerabilidad que propician en el mundo aymara las aperturas y por el contrario, reconfigura la violencia que supone abrir, lo que debe permanecer cerrado, abarcando no tan sólo la esfera orgánica, sino igualmente, a la ética y moral de los enfermos (Fernández, 1999).

Teniendo como base esta concepción de cuerpo humano y la violación de la intimidad que debiera permanecer en el dominio privado, oculto a toda mirada indiscreta, es que existen términos aymaras despectivos para la cirugía cesárea, como cortar y operar, de las cuales las mujeres desconfían porque les deja con un cuerpo perdido, es decir, incapacitado para la vida del campo, y una forma de llaga. (Cf. Good Maust, 1994, citado en Arnold & Yapita, 1999).

Del mismo modo, existe la concepción de que una mujer rural está perdida por haber tenido una cesárea. Arnold & Yapita (ob.cit., 1999) plantean que, en estos casos, es difícil dar suficiente tiempo para que su herida cicatrice bien antes de concebir otra wawa y tener otro parto, por lo tanto estas mujeres son consideradas inútiles para la vida del campo, debido a que su cuerpo está cosido (zurcido), y ya no pueden levantar cosas pesadas. Se las conoce además como "mujer cortada". Es por esto que también se asocia la cesárea, a la pérdida del afecto en el vínculo, dado que pierde el sentido natural de la relación madre e hijo, ante esto una mujer aymara dice:

"la wawa sacada así, la mamá no tiene cariño, yo cuando supe que la cortaron a mi hija, oh... llegué a llorar, esta mujer va a salir igual que el otro, le dije yo...la otra hija no tiene tanto cariño, no tiene tanto cariño con su wawa porque son saca'o, los dos son sacaos como del saco, no es como tenerle parto, uno tiene más cariño a ese ser que tiene".

6. Entre las recomendaciones generales, para los distintos períodos podríamos mencionar.

6.1. Período de Gestación

1. Promover la pertinencia cultural en la atención de la mujer indígena gestante, a fin de lograr una mejor adherencia a los distintos programas.
2. Fortalecer la figura de la partera como conocedora de la salud natural, apoyo afectivo.
3. Desarrollar un programa de alimentación especial para mujeres indígenas gestantes, relevando la alimentación tradicional.
4. Integración del padre desde los primeros controles de gestación, a fin de generar una vinculación positiva con el futuro niño/a.

6.2. Parto y Nacimiento

1. Trabajar con ayudantes tradicionales para el parto en hospitales (partera o puñeñelchefe), a fin de aliviar el dolor, entregar apoyo emocional, leer la placenta, etc.
2. Incorporar el uso de hierbas medicinales, compresas, masajes para el alivio del dolor.
3. Pertinencia cultural durante la atención: ingesta de alimentos, posición libre durante el parto (fomento del parto vertical, uso de soga o cuerda), abrigo adecuado.
4. Garantizar que las familias (si lo desean) puedan quedarse con la placenta, para realizar con ella los ritos pertinentes, además se incorporarán elementos para facilitar su salida (botella para soplar, paños tibios, toma de werkunlawen.
5. Cautelar que el corte del cordón umbilical tenga una medida de 4 dedos.
6. Permitir el uso de una segunda amarra complementaria a la usada en el establecimiento, consistente en un hilo o lana de color rojo. (cultura aymara)
7. Incorporación de la pareja u otro acompañante al parto.
8. El equipo de Salud consensuará con la paciente y su familia la fecha en que ésta será trasladada al centro asistencial o casa de acogida para el parto.
9. El equipo de salud informará a la mujer de los procedimientos médicos que el establecimiento lleva a cabo en el trabajo de parto y sólo los utilizará con consentimiento de la embarazada.
10. El equipo de salud cautelará que la paciente y su familia estén informados respecto de los deberes y derechos del usuario.
11. Facilitar la visita de familiares y personas de la comunidad en horarios especiales.
12. Capacitación permanente en temáticas interculturales y de parto natural que apoyen el reconocimiento de otras formas de parto.

6.3. Postparto

1. El equipo de salud permitirá la incorporación de alimentación con pertinencia cultural a la mujer después del parto, principalmente consomé de ave de campo.
2. Respetar la decisión de la mujer a no bañarse después del parto.
3. Incorporación de hierbas medicinales a las dietas alimentarias de las pacientes.
4. Facilitar la visita de familiares y personas de la comunidad en horarios especiales.

PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CAPÍTULO:

- Carmen Garcés Illanes. Matrona Coordinadora del Programa Salud de la Mujer SSM Norte.
- Cecilia Moya Suárez. Enfermera Unidad de Salud y Pueblos Indígenas Ministerio de Salud.
- Pamela Meneses Cordero. Socióloga. Unidad de Salud y Pueblos Indígenas Ministerio de Salud.
- Ángela Zúñiga Chacana. Matrona Encargada Programa Salud de la Mujer SS Arauco.

Manual de Atención Personalizada
en el Proceso Reproductivo

Bibliografía

Bibliografía

Contigo mejor salud
GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
Chile CRECE contigo

BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO I
MARCO CONCEPTUAL

DERECHOS

1. Guezmes G. A. Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. Washington, DC. OPS/2004
2. CIPD. Programa de Acción, Capítulo VII, Párrafo 7.2, 1994
3. Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Red Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Región Metropolitana. Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y reproductivos". Una iniciativa de la sociedad Civil. Marzo 2001.
4. Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, CLADEM. Derechos sexuales. Derechos reproductivos. Derechos humanos. Lima: CLADEM, 2002. 302.
5. Washington, D.C: OPS – 2004 Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos.
6. Matamala V, M.I. Género, Salud y Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma. OMS / OPS. 2001.
7. Programa Salud de la Mujer – MINSAL 1997

GÉNERO

8. OMS-OPS. Violencia contra las mujeres: responde el sector salud. 1996 < www.paho.org >
9. García Prince, Evangelina. "Hacia la institucionalización del enfoque de género en 9 políticas públicas", Fundación Friedrich Ebert, Caracas, Enero 2003.
10. De Keijzer, Benno. 2003. "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina". En, Cáceres et al., La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
11. Martínez, M.P. 2006. El Infarto también ocurre en el corazón de la Mujer: género y sexo en la enfermedad cardiovascular, una lectura integrada. Tesis para optar al título de Magíster en Género y Cultura, Mención Ciencias Sociales; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
12. . Montecino, Sonia. 1996. Conceptos de género y desarrollo. Santiago: PIEG, Universidad de Chile.
13. Nash, M. 2001. "Diversidad, multiculturalismos e identidades: perspectivas de género". En, M. Nash y D. Marre (eds), Multiculturalismos y Género. Barcelona: Bellaterra, pp. 21-47.
14. Nash, M. 1995. "Identidades, representación cultural y discurso de género en la España contemporánea". En, Cultura y culturas en la historia. Salamanca: Universidad de Salamanca.
15. Sen, Gita et al. 2005. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas, Publicación Ocasional N°14. OPS-Harvard Center for Population and Development Studies.
16. Rohlfs, Izabella. 2003. "Género y Salud: diferencias y desigualdades". En, Quark. Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura Nº27. Barcelona: Biblioteca Joseph Laporte, pp: 36-40.
17. Scott, Joan. 1990. "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En, Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Institut d´Estudis Valencians.
18. Yordi, Isabel. 2003. "La política de la OMS en materia de género". En, Quark. Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura Nº27. Barcelona: Biblioteca Joseph Laporte, pp: 24-32.
19. Urzúa, Raúl; Ferrer, Marcela; Gutiérrez, Claudia; Larraín, Soledad; Meza, M. Eugenia. "Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar", SERNAM, Santiago, junio 2002.

PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

20. 2ª Encuesta de Calidad de Vida y Salud, MINSAL – INE, 2006
21. Don Sabo. OPS – Harvard Center for Population and Development Studies. Comprender la Salud de los Hombres. Publicación N° 4.
22. Fernández V, M.A. Paternidad Compartida. SS Viña del Mar-Quillota – Nacer en el Siglo XXI de Vuelta a lo Humano. MINSAL – U. de Chile

ASISTENCIA DURANTE EL EMBARAZO, PREPARTO, PARTO Y POST PARTO

23. Belizam JM, Althabe F, Barros F, Alexandef S. Rates and implications cesarean section in Latin American Br. Med J 1999; 319:1397-1402
24. OMS, Ginebra, 2003. Ensayo Clínico Aleatorizado de Control Prenatal
25. Soto L, C; Teuber L, H; Cabrera F, Cl; Marín N, M; Cabrera D, J; Da Costa S, M; Araneda C, H. Educación Prenatal y su relación con el tipo de parto.
26. Lederman, RP, Lederman, E, Work, BA Jr, McCann, DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. Am J Obstet Gynecol 1978; 132:495
27. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
28. Hodnett ED. Continuidad de los cuidadores para la atención durante el embarazo y parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
29. Simkin, P. The experience of maternity in a woman's life. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996; 25:247
30. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic fetal heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002
31. Guía Clínica: Parto con Analgesia MINSAL 2007
32. Howell CJ. Analgesia epidural versus no-epidural para el alivio del dolor en el trabajo de parto (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford. 32
33. Ministerio de Salud Argentina. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Año 2004.
34. Urrutia S., María Teresa, Abarca C., Cristian, Astudillo S., Roxana et al. Alimentación durante el trabajo de parto: ¿es necesario el ayuno? Rev. chil. obstet. ginecol. [Online]. 2005, vol.70, no.5 [citado 30 Noviembre 2007], p.296-302. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262005000500004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526.
35. Lederman, RP, Lederman, E, Work, BA Jr, McCann, DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamine and plasma cortisol to progress in labor. Am J Obstet Gynecol 1978; 132:495.
36. Renfrew MJ. Routine perineal shaving on admission in labour. [revised 02 April 1992] In: Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP, Crowther C (eds.) Pregnancy and Childbirth Module. In: The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration: Issue 2. 36
37. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005 37
38 Lavender T, Chapple J.An exploration of midwives' views of the current system of maternity care in England. Midwifery. 2004 Dec;20(4):324-34. 38
39. "The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review" de Meera Viswanathan, PhD y col. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services publicada en Mayo del 2005. 39
40. Carroli G, Belizan J. Práctica de la episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software. esta revisión esta actualizada. 4 Mayo 1999. 40

41. OMS. Ginebra 2006. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Dpto. de Investigación y Salud Reproductiva.
42. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
43. U. de Chile MINSAL - Nacer en el siglo XXI de vuelta a lo Humano
44. La Biblioteca de Salud Sexual Reproductiva de la OMS. [< http://www.rhlibrary.com >]
45. The Obstetric and Gynaecologist of Canada – Alarm Course Syllabus

CAPÍTULO II
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANIZADA EN SALUD

1. Schiappacasse, F. E. "Humanismo y Medicina"
[www. rebelion. org/ Spain/ 030326salud. Htm]
3. Gafo J. La humanización de la praxis sanitaria. En: Ética y legislación en enfermería.
Editorial Universitas SA, Madrid, 1994, pág. 45-48.
5. Rubio JM. La humanización de la asistencia sanitaria. Compartir 1997; mayo-junio: 44-46.
6. Modelo de Atención Integral en Salud. Cuaderno N° 1. Ministerio de Salud. 2005
7. Borrell i Carrió, F. El Modelo Biopsicosocial, 25 años después.
8. Ceittlin, J. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo.

CAPÍTULO III
DETERMINANTES PSICOSOCIALES EN EL PROCESO REPRODUCTIVO

1. Unequal, infair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report to the WHO. Commission on social Determinants of Health. Septiembre, 2007
2. Evidencias científicas de la determinación social de salud < http://www.bvsde.paho.org
3. Bogotá D.C. 2005 – Colombia APS "Intervenir sobre los determinantes sociales y mejorar la calidad".
[<http://www.col.opsoms.org/diamundial/2005/Comunicadodeprensa13deabril.pdf >]
4. Jadresic E, Nguyen DN, Halbreich U. (2007) what does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? Journal of Affective Disorders. Sep; 102(1-3):237-43. Epub 2006 Nov 27.
5. Psychosocial Risk Factors: Perinatal Screening and Intervention. ACOG Committee Opinion No. 343. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2006; 108:469–477.
6. Smoking cessation during pregnancy. ACOG Committee Opinion No. 316. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2005; 106:883–888.
7. Bernazzani O, Marks MN, Bifulco A, Siddle K, Asten P, Conroy S. Assessing psychosocial risk in pregnant/ postpartum women using the Contextual Assessment of Maternity Experience (CAME)–recent life adversity, social support and maternal feelings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology. 2005; 40(6):497-508.
8. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. J Fam Pract 1991; 32:175–181.
9. Blackmore ER, Carroll J, Reid A, Biringer A, Glazier RH, Midmer D, Permaul JA, Stewart DE. The Use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) Tool in the Detection of Psychosocial Risk Factors for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial. J Obstetric Gynaecology Can. 2006; 28(10):873-878.
10. Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, Permaul JA, Pugh P, Chalmers B, Seddon F, Stewart DE. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. CMAJ. 2005;173(3):253-9.
11. Goldenberg RL, Patterson ET, Freese MP. Maternal demographic, situational and psychosocial factors and

their relationship to enrollment in prenatal care: a review of the literature. Women Health 1992; 19:133–51.
12. Gunn J, Hegarty K, Nagle C, Forster D, Brown S, Lumley J. Putting woman-centered care into practice: a new (ANEW) approach to psychosocial risk assessment during pregnancy. Birth. 2006 Mar; 33(1):46-55.
13. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J.The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85(3):277-285.
14. Phillips DI, Jones A. Fetal programming of autonomic and HPA function: do people who were small babies have enhanced stress responses? J Physiol. 2006; 572:45-50. Review.
15. Pignone M, Gaynes BN, Rushton JL, Mulrow CD, Orleans CT, Whitener BL, et al. Screening for depression. (Prepared by the RTI–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0011.) Systematic Evidence Review No. 6. Rockville (MD): AHRQ; 2002. Disponible en www.ahrq.gov.
16. Rich-Edwards JW, Grizzard TA. Psychosocial stress and neuroendocrine mechanisms in preterm delivery. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192(5 Suppl):S30-5. Review.
17. Velez ML, Montoya ID, Jansson LM, Walters V, Svikis D, Jones HE, Chilcoat H, Campbell J. Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children. J Subst Abuse Treat. 2006 Jan; 30(1):31-8.

CAPÍTULO IV
CALIDAD DE ATENCIÓN DURANTE EL PROCESO REPRODUCTIVO

1. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS 2001
2. Moreno, E M. Jornada Internacional APS – España 2004
3. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Stud. Fam. Plann. 21: 61-91, 1990
4. Waszak C.S. Quality Contraceptive Services for Adolescents: Focus on interpersonal Aspects of Client's Care. Family Health International, NC, USA. Fertility Control Reviews 2 (3), 1993
5. Huezo C and Diaz S. Quality of Care in Family Planning: Clients Rights and Providers Needs. Adv. Contracept. 9:129-39, 1993.
6. (ED) S. DÍAZ Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Calidad de atención. en: Salud Reproductiva en el Período Postparto: Manual para el entrenamiento del personal de los Servicios de Salud. Santiago de Chile, 1997
7. Vera H. The Client'S VIew of High Quality-Care in Santiago, Chile. Stud. Fam. Plann. 24: 40-49, 1993
8. Araya C, Díaz S, Miranda P, Sánchez S, Schiappacasse V, Tijero M. La importancia de las relaciones interpersonales. Revista Mujer Salud, RSMLAC, 1997
9. Gnecco GT. Gerencia de Calidad en Salud Reproductiva. Unidad de Calidad del Ministerio de Salud de Chile y Programa Regional de Gerencia en Salud Reproductiva, OPS, Módulo 6, 2000.
10. Casas L, Dides C, Isla P (EDS). Confidencialidad de la información y consentimiento informado en Salud Sexual y Reproductiva. Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS, Santiago de Chile, 2002.
11. Huezo C, Diaz S. Quality of Care in Family Planning: Client's Rights and Provider's NEEDS. Advances in Contraception 9 :129 -139, 2003
12. Baker, A., Ferguson, S., Roach, G., & Dawson, D. (2001). Perception of labour pain by mother and their midwives. [Electronic version]. Journal of Advanced Nursing. 35 (2), 171-179. Retrieved September, 2006, from SCOPUS database.
13. Callister, L. C., Vehvilainen-Julkunen, K., & Lauri, S. (2001) Giving birth: Perceptions of Finnish chilfbearing women. [Electronic version]. The American Journal of Maternal/Child Nursing, 26(1) 28-32. Retrieved August, 2005, from EBM Review database.
14. Chen, C. H., Wang, S. Y., & Chang, M. Y. (2001) Women's perception of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in taiwan. [Electronic version]. Birth, 28(3) 180-185. Retrieved August, 2006, from PROQUEST database.
15. Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). (1996). Iniciativa para un Parto Respetuoso con la Madre. Disponible en http://www.healthy.net/cims . http://www.fmed.uba.ar/mspba/ipprm.htm

16. Goodman, P., Mackey, M., & Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. [Electronic version]. Journal of Advanced Nursing. 46(2), 212–219. Retrieved September, 2006, from Ovid, EBM Review database.
17. Green, J.M. & Baston, H.A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. [Electronic version] Birth, 30(4), 235-247. Retrieved October, 2006, from SCOPUS database.
18. Low, L., Martin, K., Sampselle, C., Guthrie, B., & Oakley D. (2003). Adolescents` experiences of childbirth: contrasts with adults. [Electronic version]. Journal of Midwifery & Women`s Health. 48 (3),192-198.
19. Maimbolwa, M., Sikazwe,N., Yamba,B.,Diwan,V., & Ransjo- Arvidson, A. (2001). Views on involving a social support person during labor in Zambiam maternities. [Electronic version] Journal of Advanced Nursing, 23(1), 70-75. Retrieved September, 2006, from Ovid EBM Review database.
20. Pincus, J. (2000). Childbirth advice literature as it relates to two childbearing ideologies. Birth: Issues in perinatal care, 27(3), 209-213.
21. Streubert, H., & Carpenter, D. (1999). Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott
22. Tarkka, M. & Paunonen, M. (1996). Social support and its impact on mother`s experiences of childbirth [Electronic version]. Journal of Advanced Nursing, 23(1), 70-75. Retrieved September, 2006, from EMB Review database.
23. Uribe C., Poupin L., y Rodríguez J. (2001). Satisfacción usuaria en embarazadas de bajo riesgo, atendidas bajo dos modalidades durante el trabajo de parto. Revista. Chilena de Salud Pública, 4(2), 87-94.
24. Viisainen, K. (2001). Negotiating control and meaning: Home birth as a self-constructed choice in Finland. [Electronic version] Social Science and Medicine, 52(7), 1109-1121. Retrieved October, 2006, from ELSEVIER database.
25. Capella, M. Gestión de la calidad en la atención especializada. Parte 2. Gestión Sanitaria. Masson, S.A

CAPÍTULO VI
ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

1. Schwarcz, R.; Uranga, A.M. Lomito, C.; MartÍnez, I.; Galimberti, D.; Garcìa, O.; Etcheverry.; Queiruga, M.E. Ministerio de Salud Argentina año 2001. "El Cuidado Prenatal". Guìa para la Pràctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal.
2. Population Reports volumen XXX1 N° 4 año 2003, USAID
3. Riesgo Reproductivo Preconcepcional: Análisis de su comportamiento en tres consultorios mèdicos. Revista Cubana Médica Gen. Integr 2005: 21 (3-4), http//bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21 3-4 05/mgi 123-405.htm
4. Capitàn Jurado,* R. Cabrera Vèlez **. * Mèdico de Familia. ** Hablemos de.....Atención Preconcepcional. La consulta Preconcepcional en Atención Primaria. Evaluaciòn de la Futura Gestante. : Médico de Familia. CS. Espronceda. Àrea 7. Madrid.
5. Herrera, J, N.; GarcÍa, H, M.; "Malformaciones Congènitas en hijos de madres con diabetes gestacional. ArtÍculos de Investigación. Revista Médica Chile 2005; 133: 547-554. Unidad de Neonatología, Departamento de Obstetricia y GinecologÍa, Hospital ClÍnico Universidad de Chile, Facultad de Medicina.; Ovalle, C.L.; Becaria de Anestesiología, Universidad de Valparaíso. Programa de Genética Humana, Instituto de Ciencias Biomédicas, facultad de Medicina Universidad de Chile.
6. Guzmán, B. E. Consejería Preconcepcional cap. 23). Selección Temas en Gineco Obstetricia. Año 2005.

CAPÍTULO VII
ATENCIÓN PRENATAL - SALUD ORAL DE EMBARAZADAS

1. Kay EJ. Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. Community Dent Oral Epidemiology 1996; 24: 231-5.
2. Kay E, Locker D.A "Systematic Review of the Effectiveness of Health Promotion aimed at Improving Oral

Health" Community Dent Health, 1998 Sep.
3. Hanada N. "Current understanding of the cause of dental caries" Jpn J Infect Dis. 2000 Feb; 53(1):1-5. Review. PMID: 10777849
4. Berkowitz RJ. "Acquisition and transmission of mutans streptococci". J Calif Dent Assoc. 2003 Feb; 31(2):135-8. Review. PMID: 12636317
5. Klein MI, Florio FM, Pereira AC, Hofling JF, Gonclave RB "Longitudinal study of transmission, diversity, and stability of Streptococcus mutans and Streptococcus sobrinus genotypes in Brazilian nursery children" J Clin Microbiol. 2004 Oct; 42(10):4620-6. PMID: 15472319
6. Kornman KS, Loesche WJ. Effects of estradiol and progesterone on Bacteroides melaninogenicus and Bacteroides gingivalis. Infect Immun. 1982 Jan; 35(1):256-63.
7. Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, et al. Potential pathogenis mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. Ann Periodontol 1998; 3: 233-250.
8. Kornman KS, Loesche WJ. Effects of estradiol and progesterone on Bacteroides melaninogenicus and Bacteroides gingivalis. Infect Immun. 1982 Jan; 35(1):256-63.
9. Damare SM, Maynor G, Jenzano J, Katz V, Offenbacher S. Relationship between periodontal and amniotic fluid inflamatory mediators in pregnancy. J Dent Res 1995; 74: 158.
10. López N.J., Smith p., Gutiérrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. J Periodontol 2002; 73: 911-24.

CAPÍTULO VIII
ATENCIÓN NUTRICIONAL

NUTRICIÓN

1. Donoso, E.; Nutrición Materna y Embarazo, Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad Católica de Chile.
2. Uauy R, Átala E. Alimentación y Nutrición durante el embarazo. En: Guías de alimentación para la mujer. 1° edición. Santiago de Chile.2001.pp53-57
3. Cortés F, Hertrmpf E. Importancia de la nutrición preconcepcional sobre el pronóstico reproductivo. En: Guías de alimentación para la mujer.1° edición.2001.pp40-43.
4. Urteaga C, Jury G. Pirámida Alimentaria de la Mujer. En Guías de alimentación y nutrición de la mujer. 1° Edición. Santiago de Chile.2001.pp 139-151.
5. Araya M. Factores que determinanla selección de alimentos en familias de sectores populares. Rev. Chilena Nutr. 2002; 29 (3): 308-315.
6. MINSAL, Burrows1, B.; Castillo, C.; Ricardo Uauy, Alimentaición y nutrición de la mujer a traves del ciclo vital. Captítulo 1, Guías Alimentarias d ela Mujer.
7. Ricardo Uauy, Atalah, E Carlos Barrera, Behnke, E.; Alimentación y Nutrición durante el Embarazo.
8. MINSAL, Gráfica para la evaluación nutricional de la embarazada. Ricardo Uauy, R.; Atalah, E.; Barrera, C.; Behnke, E.; Alimentación y Nutrición durante el Embarazo.

CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

1. Albala C, Olivares S, Sanchez H, Bustos N, Moreno X, Bravo C, Barraza A. (2004b) Consejerías en Vida Sana, Manual de Apoyo. INTA, Ministerio de Salud, Vida Chile. Archivo pdf en internet: www.minsal.cl sección: Nutrición/Estrategia de Intervención Nutricional.
2. Albala C, Olivares S, Sanchez H, Bustos N, Moreno X (2004) Bravo C, Barraza A. (2004a) Consejo Breve en Vida sana, Guía de Apoyo. Manual de Apyo. INTA, Ministerio de Salud, Vida Chile. Archivo pdf en internet: www.minsal.cl sección: Nutrición/Estrategia de Intervención Nutricional.
3. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems. A review. Addiction 1993, 88:315–336.
4. Prochaska JO, Di Clemente CC & Norcross JC (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviours. American Psychology 47: 1102-1114
5. Resnicow K, DiIorio C, Soet JE, Ernst D, Borrelli B, Hecht J. Motivational interviewing in health promotion:

it sounds like something is changing. : Health Psychol. 2002 Sep; 21(5):444-51.
6. Rollnick S., & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 325-334.
7. Sánchez, H, Moreno X y Bustos N. (2004) Promoción de estilos de vida saludable en Centros de Atención Primaria. En Bases, Prioridades y Desafíos para la Promoción de Salud (Albala, Olivares, Salinas y Vío Eds.). INTA, Universidad de Chile, Santiago, Andros Editores.
8. Shinitzky HE, Kub J. The art of motivating behavior change: the use of motivational interviewing to promote health. Public Health Nurs. 2001 May-Jun; 18(3):178-85.
9. Vidrine DJ, Arduino RC, Lazev AB, Gritz ER. A randomized trial of a proactive cellular telephone intervention for smokers living with HIV/AIDS. AIDS. 2006 Jan 9; 20(2):253-60.

CAPÍTULO IX
ATENCIÓN DE MORBILIDAD ESPECÍFICA EN EL NIVEL SECUNDARIO

1. MINSAL, 2003, "Guía Perinatal", Chile
2. MINSAL, 2005, "Modelo de atención integral de salud", división de gestión de la Red Asistencial, Chile.
1. Burt, J.J., Meeks L. 1994 "Educación Sexual: Información y planes de enseñanza" Edit. Interamericana, Venezuela.

CAPÍTULO X
ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO FISIOLÓGICO

1. World Health Organization: (Declaración de Fortaleza).Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985; 2:436-437
2. OMS: Classification of practices in normal birth.http://www.who.int/treproductive-Health/publications/MSM_96_24_Chapter 6.
3. Carroli, G est. als. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). From Cochrane Library, Issue 2, 2005.
4. Görse,R et als.Episiotomie unter dem Aspekt der Kurz-und Langzeitmorbidität Geburtsh Frauenheilk 2004;64:1123-1125
5. Fernández del Castillo, I: La revolución del nacimiento. Madrid, España: Editorial EPAF S.A.1994
6. Odent, M: El nacimiento renacido. Buenos Aires, Argentina: Edit. Errepar S.A.1984
7. Leboyer, F. Pour une naissance sans violence, Edition du Seuil, Paris, France, 1974
8. Klaus, M. Mother and Infant: Early Emotional Ties. Pediatrics 1998; 102; 1244-46
9. Organización Mundial de la Salud: Declaración de Fortaleza.Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985; 2:436-437.
10. Bolwby, J. 1979 Vínculos afectivos: Formación desarrollo y pérdida. Madrid: Morata
11. Castro, R. 2001"Humanización y Tecnología en la Asistencia Obstétrica ", Muñoz, H. et al. (Eds.) Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo humano, Santiago de Chile: Ministerio de Salud – Universidad de Chile
12. Moneta, M, E. 2005 El Apego: Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada made – hijo. Santiago de Chile. Editorial Cuatro Vientos.
13. O.M S. Proportion of births attended by skilled health personnel.
Santelices, PIA 2006. Conceptualización y bases de la teoría del apego. Apuntes cátedra Diplomado de Apego Seguro P.U. C.

CAPÍTULO XI
ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO/A

1. Barcia, C. Tecnología apropiada para la atención del parto. CLAP. Uruguay.1980.

2. Charkovsky, I. Water babies. New York: Pantheom Boxx. 1975.
3. Kitzinger, S. Embarazo y parto. España: Editorial Interamericana, 1980.
4. Muñoz H, Kaempffer A, Castro R, Valenzuela S. Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo humano. Universidad de Chile - MINSAL. 2001.
5. Leboyer, F. Por un nacimiento sin violencia. México: Editorial Daimón, 1977.
6. Merelo-Bárbara, J. Parirás con placer. España: Editorial Integral 1985.
7. Odent, M. Birth Reborn. New York: Pantheom Boxx. 1975.
8. WHO. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza: Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985;(2):436-437.
9. Sociedad Española de Neonatología. Comité de Estándares. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al Recién Nacido sano. An Esp Pediatr 2001; 55(2):144-145.
10. Uranga A, Urman J, Lomuto C, Martínez I y cols. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud. Argentina. 2004.
11. WHO. Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Ginebra 1996.
12. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guías Nacionales de Neonatología. Chile. 2005.
13. American Heart Association and American Academy of Pediatrics. Texto de Reanimación Neonatal 5º Ed. (texto en español). 2006.
14. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus RN sanos. The Cochrane Library, 2005 Issue 2.
15. Niermeyer S, Kattwinkel J, Van Reempts P, et al. International Guidelines for Neonatal Resuscitation: An Excerpt from the guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: International Consensus on Science. Pediatrics 2000; 106(3): 29.
16. American Academy of Pediatrics, American Heart Association. 2005 American Heart Association (AHA) Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines. Pediatrics 2006; 117(5):1029-1038.
17. Sociedad Española de Neonatología. Comisión de Estándares. ¿Está indicado realizar un lavado gástrico a los recién nacidos sanos? An Esp Pediatr 2005; 63(6):514-5.
18. Cuello-García C. y cols. Lavado gástrico en recién nacidos sanos: un ensayo clínico aleatorio. An Esp. Pediatric. 2005; 63(6):509-13.
19. Vain N. et al. Oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: Multicentre randomized controlled trial. Lancet 2004; 364:597-602.
20. Anand KJ et al. Gastric suction at birth associated with long-term risk for functional intestinal disorder in later life. J Paediatric. 2004; 144:449-54.
21. Conklin LS, et al. Gastric suction at birth. J Podiatric. 2005; 146:417-8.
22. Di Lorenzo C, et al. Gastric suction in newborn: guilty as charged or innocent bystander. J Paediatric. 2004; 144:417-20.
23. Deneyer M, et al. Esophagitis of likely traumatic origin in newborn. J Paediatric Gastroenterol Nutr. 1992; 15(1):81-4.
24. Narchi H, et al. Is gastric lavage needed in neonates with meconium-stained amniotic fluid? Eur J Pediatr 1999; 158:315-7.
25. WHO. Care of the umbilical cord: a review of the evidence. Geneva. 1999.
26. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rosello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. The Cochrane Library Vol. (2). 2006.
27. Canadian Pediatric Society - Fetus and Newborn Committee. Routine Administration of Vitamin K to Newborns. 1997 and 2002.
28. Chaparro C, et al. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomized controlled trial. Lancet 2006; 367:1997-2004.
29. Mercer J, et al. Delayed cord clamping in very preterm infants reduces the incidence of intraventricular hemorrhage and late-onset sepsis: A randomized, controlled trial. Pediatrics 2006:117; 1235-1242.
30. Zupan J, Garner P, Omari A. Topical umbilical cord at birth (Cochrane Review). The Cochrane Library, Vol. 2. 2004.

31. Pomeranz A. Anomalies, abnormalities and care of the umbilicus. Pediatric Clin N Am 2004; 51:819-27.
32. Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Niveles Asistenciales y Recomendaciones de Mínimos para la Atención Neonatal. An Esp. Pediatric 2004; 60(1):56-64.
33. Martin GI. Recommended Standards for Newborn ICU Design. J Perinatol 2003; 23 (Suppl 1): 1-24.

CAPÍTULO XII
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO/A HOSPITALIZADO/A

1. Validation of the premature infant pain profile in the clinical setting. Clin J Pain. 1999 Dec; 15(4):297-303.
2. Pain in neonates Ann Pediatric 2003; 58: 293 – 295
3. Larso BA, Tannfeldt G, Lagercrantz H, Olsson GL. Pediatrics. 1998 May;101(5):882-6) Revisión
4. Shah V, Ohlsson A.; Venopunción versus punción del talón para tomar muestras de sangre en recién nacidos a término Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006. Oxford, Update Software
5. Consensus Statement for the prevention and Management of Pain in the Newborn K.J.S. Anand, MBBS; DPhil; and the Internacional Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Arch Pediatric Adolescent Med/vol. 155, Feb 2001
6. Tannfeldt G, Lagercrantz H, et al Venipuncture was less painful and more efficient than heel lance for blood testing in newborns Larsson BA, Venipuncture is more effective and less painful than heel lancing for blood tests in neonates. Pediatrics 1998 May;101:;882–6
7. American Academy of Pediatrics. Policy Statement: Evaluation and management of pain and stress in the neonate. Pediatrics 2000; 105:454-461
8. Pediatrics. 1998 May;101(5):882-6)
9. Oxford,. Stevens B, Yamada J, Ohlsson Revisión Cochrane de La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2005.
10. R Carbajal, S Veerapen, S Couderc, M Jugie, Y Ville. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomized controlled trial BMJ 2003;326:13 (4 January)
11. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A.; Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures (Cochrane Review) Abril 2004
12. Section on Anesthesiology and Section on Surgery, American Academy of Pediatrics. Prevention and management of pain and stress in the neonate. A joint statement of the Fetus and Newborn Committee, Canadian Pediatric Society, and Committee on Fetus and Newborn, Committee on Drugs. Pediatrics & Child Health 2000 5(1):31-8
13. Committee on Fetus and Newborn, Committee on Drugs, Section on Anesthesiology, Section on Surgery, American Academy of Pediatrics, Fetus and Newborn Committee, Canadian Pediatric Society: Prevención y tratamiento del dolor y el estrés en el neonato. Pediatrics 2000; 49: 123-30.
14. H.U. Bucher, MD Overview of Procedural Pain Management in the Newborn. Research & Clinical Forums 20(4):45-52, 1998
15. Costello A .Protecting breast feeding from breast milk substitutes, BMJ, 1998;316:1103-1104
16. Editorial A warm chain for breastfeeding, Lancet, 1994; 344(8932):1239-41
17. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD Protective effect of breast feeding against infection BMJ, 1990; 300: 11 -16
18. Victoria CG, Smith PG, Vaughan JP, et al Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet, 1987; 2:319-322
19. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002.Oxford: Update software.
20. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J (2000). Breastfeeding. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 46:439-456.
21. Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (1991) Establishing and maintaining breastfeeding. Effective care in pregnancy and childbirth I, 80:1358-1371.

22. República de Chile. Metas y líneas de acción a favor de la infancia. Compromisos con los niños de Chile para la década. Santiago, Chile 1992
23. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuik D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E, for the PROBIT Study Group. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001;285:413-20
24. Forman M. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. Pediatrics 1984; 74(4 Suppl 2):667-94.
25. Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. Provider encouragement of breastfeeding: evidence from a national survey. Obstet Gynecol 2001;97:290-5
26. Deshpande AD, Gazmararian JA. Breastfeeding education and support: association with the decision to breastfeed. Eff Clin Pract 2000; 3:116-22.
27. Porteous R, Kaufman K, Rush J. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. J Hum Lact. 2000;16:303-8
28. Sikorski J, Renfrew MJ. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst. Rev 2000;(2):CD001141
29. Valdes V, Pugin E, Schooley J, Catalan S, Aravena R. Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. J Trop Pediatric. 2000;46:149-54
30. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. Cochrane Database Syst. Rev 2000;(2):CD000090
31. Renfrew MJ, Lang S. Interventions for improving breastfeeding technique (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software.
32. Sikorski J, Renfrew M J. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software.
33. Bautista L, Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres dominicanas, Rev Panam Salud Pública, 1(3): 200 -207, 1997
34. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.10 del orden del día. A55/15. 16 de abril del 2002.

Paciente pronóstico complejo
35. Programa Español de Salud para personas con síndrome de Down. Federación Española del síndrome de Down
36. Apego y vinculo en el síndrome de Down. Una emergencia afectiva. Dra. Katherine Rossel. Revista pediatría electrónica 2004, vol1, Nº1
37. Rossel, K. El recien nacido con síndrome de Down y el equipo de salud neonatal. Revista pediatría electrónica 2004, vol1, Nº1
38. Levin A: Viewpoint: Human Neonatal Care Initiative. Acta Paediatr 1999; 88: 353-5.
39. Barrera F, Sepúlveda A, Weber C, Moraga F, Escobar S, Mejías M: Participación materna en la atención del niño hospitalizado. Rev Chil Pediatr 1993; 64: 164-8.
40. Cordero, M.; Palacios, P.; Mena P.; Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Rev Chil Ped 2004; 75:67-74
41. Crark LC Perinatal loss A family perspective J Perinat Neonat Nurs 2006; 20: 227-234
42. Hurst I. One size does not fit all. Parents' evaluations of a support program in a newborn intensive care nursery. J Perinat Neonat Nurs 2006; 20: 252-261

Atención centrada en la familia
43. World Health Organization: Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Geneva, Switzerland 2003
44. World Health Organization: Evidence-led obstetric care. Report of a WHO meeting. Geneva, Switzerland, 2004

45. World Health Organization Care in Normal Birth: a practical guide
46. Report of a Technical Working Group Geneva 1999.
47. Organización Mundial de la Salud. Essential newborn care. Report of a Technical Working Group. Ginebra, 1996 (WHO/FRH/MSM/96.13).
48. Matías Vieira G. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales Rev Chil Pediatr 74 (2); 197-205, 2003
49. Kennell JH: The Humane Neonatal Care Initiative. Acta Pediatric 1999; 88: 367–70.
50. Avery GB: Neonatology: Perspective at the End of the Twentieth Century. En: Avery GB, Fletcher MA,
51. Levin A: Letter to the Editor: Where are you going, neonatal medicine? Intensive and Critical Care
52. Nursing 1995; 11: 49-52.
53. Feldman R, Eidelman Al: Intervention Programs for Premature Infants. How and Do They Affect Development? Clin. Perinat 1998; 25: 613-26.
54. Marrese AM: El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: un desafío para enfermería. Medicina Perinatal y Neonatal (Centro de Investigaciones Perinatales Universidad de Chile) 1996; 1: 15-21.
55. Glass P: The Vulnerable Neonate and the Neonatal Intensive Care Environment. En: Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG: Neonatology. Pathophysiology & Management of the Newborn. Lippincott Williams & Wilkins Ed. 1999: 91-108.
56. Klaus MH, Kennell JH: Care of the Parents. En: Klaus & Fanaroff. Care of the High-Risk Neonate. WB Saunders Company, 5th Edition 2001: 195-222.
57. Philipp B, Merewood A, Miller LW, et al: Baby-Friendly Hospital Initiative Improves Breastfeeding Initiation Rates in a US Hospital Setting. Pediatrics 2001; 108: 677-81.
58. Ossandón M, Ilabaca J, Gajardo C, Castillo N, Namur L: Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau. Rev Chil Pediatr 2000; 71: 98-106.
59. Villalón H, Álvarez P: Efecto a corto plazo del contacto precoz piel a piel sobre la lactancia materna en recién nacidos de término sanos. Rev Chil Pediatr 1993; 64: 124-8.
60. Als H, Lawhon G, Duffy FH, McAnulty GB, Gibes-Grossman R, Blickman JG: Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. JAMA 1994; 272: 853-8.
61. American Academy of Pediatrics (AAP) and The American College of Obstetricians and Gynecologyst (ACOG). Guidelines for Perinatal Care, 4th Ed. Washington, AAP-ACOG, 1997.
62. Figueras Aloy J., García Alix A., Alomar Ribes A. y col. Recomendaciones de mínimos para la asistencia del recién nacido sano. Anales Esp. de Pediatría 2001; 55: 141.
63. Muñoz C,H.; Kaempffer R, A.M.; Castro S, R.; Valenzuela, P,S. Nacer en el siglo XXI de vuelta a lo Humano. Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia;. Santiago, Chile 2001
64. Berman, A.J., Berman, D. and Prescott, J.W. (1974). The Effect of Cerebellar Lesions on Emotional Behavior in the Rhesus Monkey. In The Cerebellum, Epilepsy, and Behavior [Irving S. Cooper, Ana María Manuel Riklan, Ray S. Snider (Eds.)] pp. 277-284. Plenum Press, New York, 1974
65. Prescott, J.W. (1980). Somatosensory affectional deprivation (SAD) theory of drug and alcohol use. In: Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives. Dan J. Lettieri, Mollie Sayers and Helen Wallenstien Pearson, Eds.) NIDA Research Monograph 30, March 1980. National Institute on Drug Abuse, Department of Health and Human Services. Rockville, MD.
66. Prescott, J.W. (2001). Only More Mother-Infant Bonding Can Prevent Cycles of Violence. Reply to Martin H. Teicher's "Wounds That Time Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse (Cerebrum, Fall 2000). Cerebrum Winter 2001 3(1): 8-9 &124).
67. Eidelman,A The effect of skin-to-skin contact (Kangaroo care) Shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: A randomized, controlled trial. Department of Pediatrics, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem 91031, Israel. Ferber SG, Makhoul IR. Pediatrics 2004; 113:858-65.
68. Sung,MH et als. (A study of the effects of behavior contact in early mother-infant attachment.). Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2005 Aug; 35(5):842-9.

69. Kennell,J et als. Starting the process of the mother-infant bonding. Acta Paediatr. 2005 Jun; 94 (6):775-7.
70. Erlandsson,K et als. Mothers lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. Midwifery. 2005 Jun; 21(2):131-8.
71. Pedersen CA. Biological aspects of social bonding and the roots of human violence. Ann N Y Acad Sci. 2004 Dec; 1036:106-27.
72. Burkhammer, MD et als. Grief, anxiety, stillbirth, and perinatal problems: healing with kangaroo care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004 Nov-Dec; 33(6):774-82.
73. Sutter, AL et als. (Attachment and suffering mothers). Gynecol Obstet Fertil. 2004 Sep; 32(9):721-4.
74. Zan,F. Importance of attachment in the development of psychism. Vertex. 2004 Jun-Aug; 15(56):121-9.
75. Klaus,M. Mother and Infant: Early Emotional Ties.Pediatrics 1998;102; 1244-46
76. Zulfiqar A et als. Community Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A Review of the Evidence. Pediatrics 2005; 115; 519-617
77. Naylor A.J. Baby-Friendly Hospital Initiative. Ped Clin NA, 2001; 48
78. Hernández G, Kimelman M, Montino O: Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y puerperio. Rev Méd Chile 2000; 128: 1283-9.
79. Hodnet,ED et als. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). From The Cochrane Librar, Issue 2, 2005.
80. Fernández M., (2004) Intervención sensorio motriz en recién nacidos prematuros [Versión Electrónica] Revista Pediátrica. Volumen 1, N°1, Pág 13-20.
81. J Perapoch Lópeza CR Pallás Alonsob MªA Linde Silloc MªT Moral Pumaregad F Benito Castroe M López Maestrof S Caserío Carbonerof J de la Cruz Bértolog Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. Anales de Pediatría, 1 Febrero 2006. 64; (02):132 - 139
82. Recommended Standards for newborn ICU design www.nd.edu/~nicudes/stand%2025.html
83. Johnson BH, Abraham MR, Parrish RN. Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement. Clin perinatol 2004;31:353-382
84. Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Charpak Y: Rey-Martínez Cangaroo Mother Program: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study. Pediatrics 1994; 94: 931-2.
85. Rey E.S., Martínez H.G. Manejo racional del niño prematuro. En: Universidad Nacional, Curso de Medicina Fetal, Bogotá, Universidad Nacional, 1983.
86. Cattaneo A., et al. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birthweight infants. Acta Paediatrica, 1998, 87:440-445.
87. Christensson K., et al. Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. The Lancet, 1998, 352:1115.
88. Ludington-Hoe S.M., Swinth J.Y. Developmental aspects of kangaroo care. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 1996, 25:691-703.
89. Conde-Agudelo A., Díaz-Rosello J.L., Belizan J.M. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. Cochrane Library, número 2, 2002.
90. Charpak N., et al. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants < 2000 grams: a randomized controlled trial. Pediatrics, 1997, 100:682-688.
91. Cattaneo A., et al. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomised controlled trial in different settings. Acta Paediatrica, 1998, 87:976-985.
92. Whitelaw A., Sleath K. Myth of marsupial mother: home care of very low birth weight infants in Bogotá, Colombia. The Lancet, 1985, 1:1206-1208.
93. Charpak N., et al. Kangaroo-mother programme: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two-cohort study. Pediatrics, 1994, 94:804-810.
94. Anderson G.C., et al. Birth-associated fatigue in 34-36 week premature infants: rapid recovery with very early skin-to-skin (kangaroo) care. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 1999, 28:94-103.
95. Schmidt E., Wittreich G. Care of the abnormal newborn: a random controlled trial study of the "kangaroo method" of care of low birth weight newborns. En: Consensus Conference on Appropriate Technology Following Birth, Trieste, 7-11 de octubre de 1986. OMS Oficina Regional para Europa.

96. Whitelaw A., et al. Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. Archives of Disease in Childhood, 1988, 63:1377-1381.
97. Blaymore-Bier J.A., et al. Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low birth weight infants who are breastfed. Arch Pediat Adolesc Med 1996, 150:1265-1269.
98. Hurst N.M,. et al. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. J Perinatol, 1997, 17:213-217.
99. Acolet D., Sleath K., Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers. Acta Paediatr Scand 1989; 78:189-193
100. Fischer C., et al. Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during kangaroo care. Early Human Dev 1998, 52:145-153.
101. Anderson G.C., Wood C.E., Chang H.P. Self-regulatory mothering vs. nursery routine care postbirth: effect on salivary cortisol and interactions with gender, feeding, and smoking. Infant Behav Develop 1998, 21:26
102. Christensson K., et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatr 1992, 81:488-493.
103. Affonso D., et al. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. Neonatal Network, 1993,12:25-32.
104. Legault M., Goulet C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 1995, 24:501-506.
105. Tessier R., et al. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. Pediatrics, 1998, 102:390-391.
106. Sontheimer D., et al. Pitfalls in respiratory monitoring of premature infants during kangaroo care. Archives of Disease in Childhood, 1995, 72:F115-117.
107. Ludington-Hoe S.M., Hadeed A.J., Anderson G.C. Physiologic responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. Journal of Perinatology, 1991, 11:19-24.
108. Standing TS, El-Sabagh N, Brooten D. Maternal education during the perinatal period. Clin Perinatol 1998; 25:389-402.

ATN
109. Nacer en el siglo XXI, de Vuelta a lo Humano. Jornadas Humanización del Proceso reproductivo, Mujer, Niño, Familia. Universidad de Chile. 2001
110. Margas J, T.; Fonoaudióloga. El ruido y sus efectos nocivos en neonatos. Servicio de Neonatología Hospital Dr. Gustavo Fricke Viña del Mar – Chile. Agosto 2005
111. Ambiente terapéutico Neonatal. Normas de Enfermería Neonatal. Minsal (sin publicar.
112. http://www.prematuros.cl/webjunio/congresoespañol/41.cuidadodesarrollo.htm.
113. Sola, A.; Cuidados centrados en la familia.
114. Kennel, J, H. La Iniciativa de Cuidados Humanos Neonatales. Acta Pediatr1999, 88: 376-370.
115. Hospital de Niños de Tallin, Estonia. Acta Pediatr 1999, 88: 353-5.
116. Comité de Estándares, Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología
117. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatric (Barc) 2004; 60: 56 – 64
118. Martin GI. Recommended Standards for Newborn ICU Design. J Perinatol 2003; 23 (Suppl 1):1- 24.
119. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 5th ed. 2002.
120. British Association of Perinatal Medicine. Standards for Hospitals providing Neonatal Intensive Care and High Dependency Care. 2nd ed. London, 2002.
121. Hector Santos Milanés, Omar López Medina, Hector Santos Pérez. Nuevos conceptos en los diseños de las unidades de cuidados intensivos pediátricos
122. Inga Warren, Cherry Bond. December 2004 Guidelines for infant development in the newborn nursery
123. "Guidelines for Intensive Care Unit Design" 1995. Society for Critical Care Medicine (http://www.sccm.org)
124. "Guidelines for Design and Construction of Hospital and Health Care Facilities", American Institute of

Architects (AIA).2001
125. Velasco B, JM, Prieto de Paula JF, Castillo, M.J, Merino, N,N, Perea-Milla L, E. Organización de las visitas de familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos en España. Enfermería Intensiva 2005; 16: 73-83.
126. Lighting for Healthcare Facilities, RP29. New York: Illuminating Engineering Society of North America, 1995.
127. Mann NP, Haddow R, Stokes L, et al: Effect of night and day on preterm infants in a newborn nursery: Randomized trial. Br Med J 1986; 293:1265-1267.
128. Fajardo B, Browning M, et al: Effect of nursery environment on state regulation in very-low-birth-weight premature infants. Infant Behav Dev 1990; 13:287-303.
129. Miller CL, White R, Whitman, TL, O'Callaghan MF, and Maxwell SE: The Effects of Cycled vs Noncycled Lighting on Growth and Development in Preterm Infants: Infant Behav Dev 1995, 18:87-95.
130. Standard Definitions of Terms Relating to Environmental Acoustics (ASTM C-634). Philadelphia: American Society for Testing and Materials, 1992.
131. Graven SN, Bowen Jr FB, et al: The high-risk infant environment: Part I. The role of the neonatal intensive care unit in the outcome of high-risk infants. J Perinatol 1992; 12:164-172.
132. Glass P: The vulnerable neonate and the neonatal intensive care environment. Neonatology: Pathophysiology and Management of the Newborn, fifth edition, edited by Avery GB, Fletcher MA, et al. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1999.
133. American Academy of Pediatrics Task Force on Newborn and Infant Hearing Newborn and Infant Hearing Loss: Detection and Intervention (RE9846) Pediatrics Volume 103, Number 2 February 1999, pp 527-530
134. Smith J, Bajo K, Hager J. Planning a developmentally appropriate Neonatal Intensive Care Unit. Clinics Perinatol 2004; 31. 313-322
135. White RD Lighting design in the Neonatal Intensive Care Unit: practical aplicacions of scientific principles Clinics Perinatol 2004; 31. 323-330
136. Philbin MK Planning the acoustic environment of a neonatal intensive care unit Clinics Perinatol 2004; 31. 331-352

CAPÍTULO XIII
ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL POSTPARTO

1. Atalah E, Bustos P, Ruz M, Hurtado C, Masson I, Urteaga C, Cstaños M, Godoy I, Oliver H, Araya J: Correlación entre Estado Nutricional Materno, Calidad de la Lactancia y Crecimiento del Niño. Rev. Chilena Pediatría 51:229-235, 1980
2. Arteaga A, Díaz S, Villalón M, Valenzuela M, Cubillos AM: Cambios en el Estado Nutricional de la Nodriza durante lactancia exclusiva. Arch. Latinoamer. Nutr. 31:766-781, 1981
3. Díaz S, Rodríguez G, Peralta O, Miranda P, Casado ME, Salvatierra AM, Herreros C, Brandeis A, Croxatto HB: Lactational amenorrhea and the recovery of ovulation and fertility in fully nursing Chilean Women. Contraception 38:53-67, 1988.
4. Mardones F, Rosso P, Stekel A, Ahumada E, Llaguno S, Pizarro F, Salinas J, Vial J, Walter T: Effect of a milk-based food supplement on maternal nutritional status and fetal growth. AM. J Dlin. Nutr. 47:413-419, 1988
5. Casado ME: Lactancia exitosa: Descripción del manejo del binomio madre-hijo. Revista Chilena Pediatría, supl 2, 60:9-13, 1989
6. Brewer MM, Bates MR, and Vannoy LP: Postpartum Changes in Maternal weight and body fat depots in lactating vs. nonlactating women. AM. J. Clin. Nutr. 49:259-265, 1989
7. Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences, National Research Council: recommended dietary allowances revised, USA, 1989
8. Kennedy K, Rivera R, Mcneilly a: Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. contraception 39:477-496, 1989
9. Merchant K, Martorell R, Haas JD: Consequences for maternal nutrition of reproductive stress across conse-

cutive pregnancies. AM J Clin Nutr 52:616-620, 1990
10. National Academy of Sciences: Nutrition during lactation. National Academy Press, Washington D.C., 1991
11. D'addato F, Andreoli C, Andreoli F, Basunti GO, Repinto A: Neuroendocrine factors in postpartum blues. Minerva Psychiatry 32:83-87, 1991
12. Díaz S, Aravena R, Cárdenas H, Casado ME, Miranda P, Schiappacasse V, Croxatto HB: Contraceptive Efficacy of Lactational Amenorrhea in Urban Chilean Women. Contraception 43:335-352, 1991
13. Martorell R, Merchant K: Reproductive Stress and Women's Nutrition. en: Acc/scn Symposium Series. Geneva, May 1992. The Lavenham Press LTD., Lavenham, Suffolk. PP. 23-32. 1992
14. Jadresic E: Trastornos Emocionales del Embarazo y del Puerperio. Rev Chil Neuropsiquiat 30:99-106, 1992
15. Fleming AS, Klein E, Corter C: The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. J Child Psychol Psychiatry 33:685-689, 1992
16. Alvarado R, Peruca E, Rojas M, Vera A, Olea E, Monardes J, Neves E: Cuadros depresivos en el embarazo y variables asociadas. Rev Chil Obstetric Genecology 58:135-141, 1993
17. Herreros C, Díaz S, Casado ME, Reyes V, Aravena R: Morbimortalidad infantil según modalidad de alimentación en el primer año de vida. Rev. Chilena pediatría 64, número especial, noviembre 1993
18. Alvarado R, Atalah E, Díaz S, Rivero S, Labbé M, Escudero y: Evaluación de un programa de fomento de lactancia materna con monitores de la comunidad. Revista Chilena pediatría 65:166-170, 1994
19. Diaz S. The human reproductive pattern and the changes in women's roles. int. J Gynecology Obstetric 47, suppl:s3-s9, 1994
20. Diaz S, Serón-Ferré M, Croxatto HB, Veldhuis J: Neuroendocrine mechanisms of lactational infertility in women. biol res 28:155-163, 1995
21. Diaz S, Herreros C, Aravena R, and Casado ME, Reyes MY, Schiappacasse V: Breast-feeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban Chilean Population. AM j clin nutr 62:371-376, 1995
22. López IM, González G, Reyes V, Campino C, Díaz S: Bone turnover and density in healthy women during brestfeeding and after weaning. osteoporosis int 6:153-159, 1996
23. Casado ME. Nutrición de la madre. en: Salud Reproductiva en el periodo post-parto. Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud. (ed.) Díaz S. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Santiago de Chile, 1997
24. Peralta O. Aspectos clínicos del puerperio en: Salud Reproductiva en el periodo post-parto. Manual para el entrenamiento del personal de los Servicios de Salud. (ed.) Díaz S. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Santiago de Chile, 1997
25. Díaz S. El período post-parto. en: Salud Reproductiva en el periodo post-parto. Manual para el entrenamiento del personal de los Servicios de Salud. (ed.) Díaz S. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Santiago de Chile, 1997
26. Díaz S. Lactancia e infertilidad en el período post-parto. en: Salud Reproductiva en el periodo post-parto. Manual para el entrenamiento del personal de los Servicios de Salud. (ed.) Díaz S. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Santiago de Chile, 1997
27. Alvarado R, Zepeda A, Rivero S, Rico N, López S, Diaz S. Integrated maternal and infant health care in the postpartum period in a poor neighborhood in Santiago, Chile. Stud. fam. plann. 30:133-141, 1999.
28. Bowman B., Russell R. (eds.) Conocimientos actuales sobre nutrición. octava edición. publicación científica y técnica n° 592. 2003.

Salud Mental

1. Jadresic E. Depresion Post-parto. Rev. Chil. Neur-psiquiat. 28: 147-158, 1990
2. D'addato F, Andreoli C, Andreoli F, Basunti GP, Repinto A: Neuroendocrine factors in postpartum blues. Minerva Psichiatr 32:83-87, 1991.
3. Jadresic E. Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: Estudio prospectivo de 108 mujeres. Rev. Chil. Neur-psiquiat. 30: 99-106, 1992
4. Fleming AS, Klein E, Corter C: The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and

behavior in new mothers. J. Child Psychol psychiatry 33:685-689, 1992.
5. Alvarado R, Perucca E, Neves E, Rojas M, Monardes J, Olea J, Vera A. Cuadros Depresivos Durante el Embarazo y Factores Asociados Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 58 (2): 135-141, 1993.
6. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Neves E, Olea E, Perucca E, Vera A. Cuadros Depresivos en el Post-parto y Variables Asociadas en una Cohorte de 125 Mujeres Embarazadas. Rev. Psiquiatría, 9 (3-4):1168-1176, 1992.
7. Alvarado R, Medina E, Aranda W. Componentes Psicosociales del Riesgo Durante la Gestación: Revisión Bibliográfica. Rev. Psiquiatría, 13 (1): 30-41, 1996
8. MINSAL, Plan Nacional de Salud Mental. Chile, 2000.
9. Correa E., Jadresic E. (eds). Psicopatología de la Mujer. Editorial Mediterráneo, 2° Edición, Santiago, 2000.
10. Alvarado R.; Rojas M.; Monardes J.; Neves E.; Olea E.; Perucca, E.; Vera A. Cuadros depresivos en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. 2001
11. Muñoz H, Kaempffer AM., Castro R, Valenzuela S. Nacer en el siglo xxi: De vuelta a lo humano. (eds) U. de Chile, Minsal. Santiago, Chile, 2001
12. killick S, Massai R, (eds) Psychological aspects of obstetrics and gynecology. gynaecology forum 7 (4), 2002

Vinculo
1. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de fortaleza: Tecnología apropiada para el parto. The lancet 2: 436-437, 1985
2. OMS y UNICEF, Declaración de Innocenti, sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. florencia, italia, 1990
3. OMS y UNICEF. La iniciativa hospital amigo del niño. Nueva York, USA, 1993
4. OMS, Salud familiar y Reproductiva, División de salud y desarrollo del niño, Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra, 1998
5. Muñoz H, Kaempffer A.M, Castro R, Valenzuela S. Nacer en el siglo xxi: De vuelta a lo humano. (eds) U. de Chile, Minsal. Santiago, Chile, 2001

CAPÍTULO XIV
PROMOCIÓN Y APOYO EN LACTANCIA MATERNA

1. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva Hospital Amigo del Niño/a y de la Madre.. México año 2000.

CAPÍTULO XV
ATENCIÓN INTEGRAL A GESTANTES ADOLESCENTES

1. Alba J. 2001 "Cuidado de los Padres Adolescentes y Sus Niños" Pediatrics. Volume 107, Number 2. Febrero 2001, pp 429-434
2. Catalán M, Cifuentes L, Moore R, Valdés V, Téllez A, 2000, "La supervisión de salud del niño y del adolescente" UNICEF, Edit. Mediterráneo, Chile.
3. Mcanarney E, Kreipe R, Orr D, Comerci G, 1994, "Medicina del adolescente", Ed. Panamericana, argentina.
4. Mayén Beatriz, et al. 2002, "Género y embarazo entre jóvenes". MEXFAM, Afluentes, INSAD, México.
5. MINSAL, 2003, "Guia perinatal", Chile
6. MINSAL, 2005, "Modelo de atención integral de salud", división de gestión de la red asistencial, Chile.
7. Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suarez E, 1992, "Manual de medicina de la adolescencia", OMS, Washington, E.U.A.

8. Aguilar J, Mayen B, 1997, "Hablemos de sexualidad" Consejo nacional de población, México.
9. Burt, J.J., Meeks L. 1994 "Educación sexual: Información y planes de enseñanza" Edit. Interamericana, Venezuela.
10. Maddaleno M, Florenzano R, 1996, "Guías curriculares Salud integral del adolescente", Corporación de Promoción Universitaria, Chile.
11. Minsal, 2003, "Guia perinatal", Chile.
12. Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suarez E, 1992, "Manual de medicina de la adolescencia", OMS, Washington, E.U.A.

CAPÍTULO XVI.
ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA DE MUJERES INDÍGENAS

1. Perez M.; Dides C. Sexualidad y reproducción. Sistematización de investigaciones y experiencias en pueblos indígenas en Chile 1990- 2004. CORSAPS, 2005.
2. Aspectos fundamentales en la cosmovisión del Pueblo Mapuche. Asesor Mapuche de la Unidad de Salud Intercultural Pascual Levi Curriao (Kurrub Lebf. Año 2002.
3. Nahuelcheo, Y. Género, Salud Reproductiva y Sexualidad en Muges Indígenas, SEREMI de Salud IX Región.
4. Centro Interdisciplinario de Estudios de Género CIEG, Facultad de Ciencias Sociales U. De Chile- Depto. De Salud Pública CIGES, Universidad La Frontera Estudio "significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuches relacionadas a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñasdesde la gestación hasta los cinco años" Informe de avance; Marzo 2006.
5. Citarella, Luca. Compilador. Medicinas y Culturas en La Araucanía. Trafkin, Cooperación Italiana. Editorial Sudamericana Chile, 2000.
6. Gavilán V.; Vigueras P.; Cabezas R.; Madariaga V. Identificación, diseño y validación de indicadores de Salud Sexual y reproductiva en el marco de la Red de Parto Aymara, (Documento no publicad, .Escuela Enfermería Universidad Arturo Prat), Iquique 2006.
7. Instituto Nacional de Estadísticas; programa Orígenes, MIDEPLAN, estadísticas Sociales de los Pueblos Indígenas en Chile, Censo 2002. Santiago; 2005.
8. Weisner M.; Fajreldin V.; Mi remedio pascuense: Cultura médico-política en Rapa nui. Simposio Antropología Médica, Cuarto Congreso Chileno de Antropología; Nov. 2001.
9. Curihual C.; Prafil I. Mapuche Kimün Pu Pichikeche- La sabiduría y el ser mapuche en la enseñanza en los niños. Nov. 2006.En Portal del Pueblo Mapuche www.lofdigital.org.ar
10. Unidad de Salud Intercultural Servicio de Salud Arauco Programa de la Mujer. Una propuesta de atención desde las Mujeres Mapuche Labkenche de Rauko Mapu.
11. Quidel José; X.Pichinao. MINEDUC 2004. Haciendo crecer personas pequeñas.

Este libro
se terminó de imprimir en el mes
de Enero de 2008
en los talleres de Trama Impresores S. A.
Hualpén, Talcahuano.
Tiraje: 5000 ejemplares