

DISPOSITIVO TALLER DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA RESIDENCIA HOSPITALARIA PARA MADRES DE NIÑOS INTERNADOS

Gonzalez, María Aurelia¹; Scarpello, Yanina
Paula²; Borra, Mariana Eugenia² y Chichizola,
Juan Ignacio³.

Los avances científicos y tecnológicos de las últimas cuatro décadas han permitido la sobrevivencia cada vez mayor de niños prematuros y con patologías severas.

Este logro tuvo como correlato internaciones cada vez más prolongadas dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, que han debido adaptarse para ofrecer servicios y dispositivos orientados a la inclusión familiar, hasta el momento en que los niños recién nacidos (RN) estén en condiciones de egresar a sus hogares.

En tal sentido el Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) (Ortiz, Larguia et al. UNICEF,2012.) vigente en nuestro país, con el apoyo del Ministerios de Salud de Nación, es el marco macro para acompañar los avances asistenciales.

1- Psicóloga. Maureliagonzalez@gmail.com 2- Licenciada en Obstetricia. 3-Médico Tocoginecólogo.Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, CABA.

Dentro de los 10 pasos del modelo MSCF, se plantea la importancia y la oportunidad de:

1. El ingreso irrestricto de madres y padres a los sectores de Neonatología, con permanencia continua y participación activa en el cuidado de sus hijos (Paso 5)
2. La implementación del Dispositivo de Residencia Hospitalaria para Madres (Paso 6).

El HMIR Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ha sido pionera en el desarrollo e implementación de esta iniciativa y la primera en contar con una Residencia de Madres (RM). El tiempo de permanencia en la misma varía según la demanda de internación de cada paciente. La estadía en la RM facilita la participación en el cuidado del hijo recién nacido y favorece el establecimiento de los vínculos afectivos primarios, en un escenario sumamente tecnologizado. Los padres varones comparten, al igual que las madres, tareas tales como: alimentación por gavage, contacto piel a piel y cuidados personalizados, aunque no permanecen en la institución la misma cantidad de horas y no utilizan la Residencia Hospitalaria.

Problematización:

Las mujeres usuarias ingresan a la Residencia de Madre de modo voluntario luego de obtener su alta obstétrica. La mayoría elige pernoctar en el lugar y atender las demandas de alimentación de los niños, que varían en intervalos de dos a tres horas cada vez.

Antes del egreso de las salas de obstetricia, se pautan citas para control clínico del puerperio y las consultas en el sector de planificación familiar, sin embargo una escasa minoría concurre a dichos turnos a pesar de hallarse en el mismo edificio. El cuidado de la propia salud es una variable que pasa a segundo plano.

Este grupo de mujeres representa una población de alta vulnerabilidad definida por sus condiciones clínicas y socio ambientales. En su mayoría han tenido un parto prematuro en condiciones de urgencia, con riesgo de vida para ellas y/o para el niño. Algunas no cuentan con controles obstétricos en la institución, dado que fueron referenciadas sobre el momento del parto.

Las causas más frecuentes asociadas al parto prematuro se relacionan con hipertensión, infecciones maternas o antecedentes de partos pretérmino. Muchas cuentan con operaciones cesáreas de escasa distancia intergenésica.

En el caso de madres de niños con malformaciones graves (cardiopatías, defectos del tubo neural, gastroquisis, hidrocefalia, etc.), además deberán afrontar una segunda hospitalización para soluciones quirúrgicas en hospitales pediátricos de mayor complejidad, una vez que el recién nacido esté en condiciones de estabilidad clínica para ser derivado.

El peso de las condiciones sanitarias y sociales que afectan a estas familias, recae sobre las madres en particular, y requiere de una importante inversión de recursos durante los dos años posteriores al nacimiento de un hijo con las complicaciones descriptas.

La Maternidad Sardá atiende un promedio de 6000 partos anuales, dentro de los cuales el 70 % corresponde a población que reside en Provincia de Buenos Aires (zona sur y oeste). La movilidad es costosa en términos de tiempo y dinero, y afecta a todo el grupo conviviente.

El 40 % corresponde a población migrante, mayoritariamente de países limítrofes como Bolivia, Paraguay y Perú y un 7 % corresponde a madres menores de 17 años.

El promedio de mujeres que utilizan la RM es de 90 madres¹ con diferentes períodos de estadía.

En la referida institución existe un consultorio diferenciado para la orientación y asistencia en Salud Sexual Reproductiva. Dicho sector presenta como fortaleza el reconocimiento de colegas y pacientes, que destacan la formación técnica de sus responsables, la actualización en métodos anticonceptivos y la provisión de insumos de modo oportuno (anticonceptivos orales, colocación de dispositivos intrauterinos, entre otros). Es el equipo de mayor experiencia en la implementación del método contraceptivo de ligaduras tubarias, evitando la injustificada judicialización que dicha práctica atravesó en sus inicios. (Moschella, Charalambopoulos 2011). Sin embargo, la amplia demanda del hospital supera las posibilidades de respuesta en tiempos oportunos.

Desde la perspectiva perinatal, es desaconsejable que una mujer madre de un hijo prematuro o con patología grave quede embarazada en un corto período posterior al nacimiento. El antecedente de hijo anterior prematuro es una variable que la evidencia científica, subraya como factor de riesgo para repetir un nuevo embarazo y parto de iguales características. (Di Marco, I, 2016 en Valenti y Larguía).

Cuando existen cesáreas previas, se agregan factores de riesgo a las probabilidades de morbi mortalidad materna, con el impacto social y sanitario que ello implica. La

¹ Datos provistos por el Servicio de Voluntarias Damas Rosadas de San Isidro, organización civil de la sociedad a cargo de la coordinación de la Residencia Hospitalaria para Madres.
Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2018;2(3)

enfermedad, internación o muerte materna tiene fuerte efecto desorganizador para el grupo familiar de origen. (OSSYR, 2013)

En el caso de patologías genéticas, un nuevo embarazo que no cuente con estudios de anatomía patológica y su eventual tratamiento o prevención, conlleva al aumento de riesgos asociados a las mismas causas.

La población de usuarias de la RM reviste una condición particular, en tanto no son consideradas como “pacientes”. Su permanencia en el lugar se asume como voluntaria y optativa, la condición de egreso del área de internación las sitúa nuevamente dentro del circuito de consultas ambulatorias y de turnos programados, para la atención que se requiera. El cuidado y acompañamiento de los niños en neonatología, las consultas con los especialistas y el traslado conjunto con RN para estudios complementarios generan una superposición horaria con los mencionados turnos, que conlleva a la postergación indefinida de su cuidado integral.

Se observa como criterio de oportunidad, la permanencia de este grupo durante tiempos prolongados en la institución, lo cual evitaría traslados y recurrencias en los intentos por obtener turnos para planificación familiar, sin embargo este aspecto resulta poco visible o se muestra como un defecto insoluble del sistema.

Objetivo:

Diseñar e implementar un Dispositivo Taller que facilite el acceso a la consulta oportuna en Planificación Familiar de las mujeres con hijos recién nacidos internados en las Unidades de Neonatología, durante el tiempo de internación, abreviando los procesos de turnos y horarios superpuestos como se presentan en la actualidad.

Proceso:

- Analizar y conocer el proceso de acceso a la consulta en Planificación Familiar para población general.
- Analizar los obstáculos que se presentan para el grupo de mujeres usuarias de RM, en particular:
 - Barreras físicas
 - Representaciones sobre el cuidado y la anticoncepción
 - Roles de los agentes de salud involucrados
- Analizar y conocer el espacio físico de la Residencia de Madres y su funcionamiento (aproximación etnográfica).
- Reconocimiento y capacidad de respuesta de los actores institucionales ligados al objetivo de interés. Se identifican los siguientes:
 - Voluntarias, a cargo del funcionamiento y coordinación del sector de Residencia Hospitalaria para Madres. Son quienes pasan mayor tiempo en contacto con las mujeres usuarias y responsables de la

comunicación diaria y directa con las mismas. Son un recurso clave en lo que respecta a homogeneizar información.

- Psicólogas. Pertenecen al servicio de Salud Mental, realizan entrevistas y seguimiento a las mujeres y sus familias durante la internación. Coordinan actividades de taller en la Residencia.
 - Licenciadas en Obstetricia u Obstétricas. Las obstétricas residentes (formación de post grado) son las encargadas de la consejería en lactancia, así como de otorgar las citaciones post alta y a planificación familiar durante la internación en sala de obstetricia. Reciben capacitación al respecto y cuentan con supervisión de médico especialista en tocoginecología.
 - Población de mujeres usuarias de la Residencia de Madres.
 - Médicos Tocoginecólogos
 - Equipo del servicio de Planificación Familiar.
 - Jefes de los servicios de Neonatología y de Tocoginecología, áreas de internación.
- Desarrollar soporte visual, tecnológico o similar para realización de taller.
 - Análisis de variables tiempo y espacio para factibilidad de la tarea.

Descripción:

Se asume un diseño procesual, que integra las dinámicas de la interacción entre percepciones, experiencias e interpretaciones. (Gun, Clausen, 2013). Este proceso apunta a lograr un dispositivo que facilite el acceso de este grupo de mujeres a la consulta oportuna en consejería en Planificación Familiar, el cual es un recurso de calidad y pre existente en la institución, durante el tiempo de permanencia en el hospital. Los actores institucionales identificados tienen capacidad de influenciar sobre el avance del dispositivo y sus resultados. La opinión de las usuarias enriquece el proceso de diseño a partir de sus preferencias, usos y reclamos en torno al servicio.

Se aplica el enfoque de la Antropología del Diseño de Políticas Públicas (Puex, 2016), en tanto proceso de exploración y construcción de una nueva acción de servicio en salud, para aplicar a un grupo específico y con una necesidad acotada.

Resultados esperados:

- Simplificar el acceso a la consulta en Planificación Familiar de las Madres usuarias de la Residencia Hospitalaria que deseen utilizar métodos anticonceptivos.
- Facilitar que las madres de niños internados en las áreas neonatales, accedan a contenidos de salud sexual reproductiva y a su cuidado integral durante el tiempo de permanencia en la institución.

Materiales y Métodos:

El proceso de observación y análisis se inicia en Enero de 2015. Incluye entrevistas con los actores institucionales y una aproximación etnográfica a la RM, para entender usos y representaciones de las madres y conocer los horarios de mayor afluencia al sector.

Como soporte didáctico se utiliza un disparador lúdico grupal de preguntas y respuestas, creado *ad-hoc*, para abordar temas relativos al puerperio, salud sexual reproductiva y salud integral.

Se establece una franja diferenciada de turnos para este sub grupo poblacional, cuya atención está a cargo de licenciadas obstétricas residentes y jefes de residentes de tocoginecología. Finalmente se realizan 6 talleres interdisciplinarios de frecuencia mensual entre julio y diciembre de 2015, con asistencia promedio entre 15 y 20 mujeres por cada encuentro, algunas de las cuales eligen asistir más de una vez. La coordinación es interdisciplinaria, a cargo de licenciadas en Obstetricia y profesionales. El total de partos para 2015 fue 5400, con un promedio de 85 usuarias mensuales en RM.²

Se registra en total 75 puérperas que asisten a los turnos programados para este grupo.

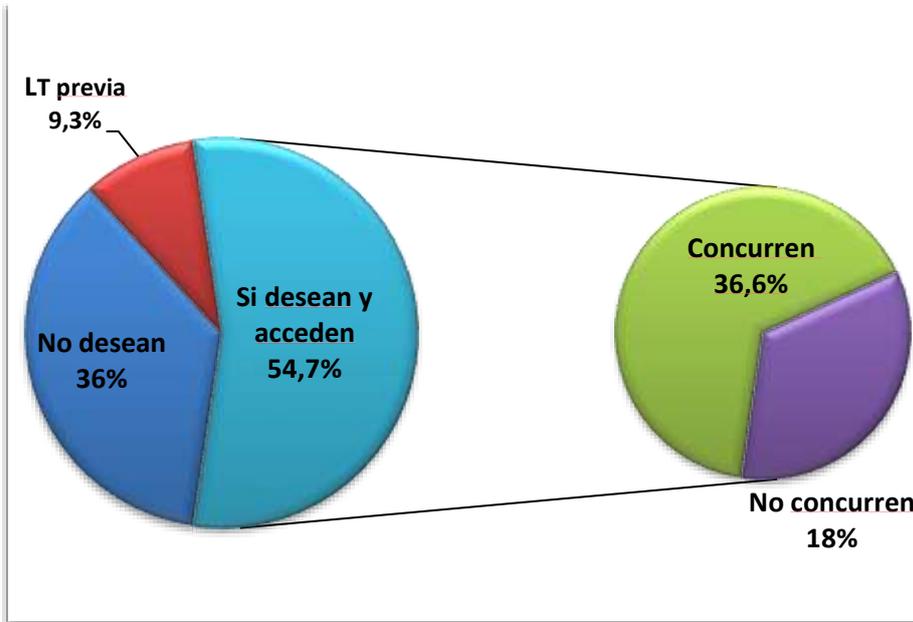
² Durante 2015, el número de partos descendió por obras y remodelaciones a 5400 y el total de usuarias registradas en RM fue de 1022 mujeres, con diferentes períodos de estadía.

Fuente: Servicio de Damas Rosadas de San Isidro.

Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2018;2(3)

Resultados obtenidos:

Grafico 1- Acceso a turnos especiales luego del taller.



Nota: El 9,3 % cuenta con ligadura tubaria realizada durante intervención cesárea (LT).

Gráfico 2: Elección de métodos anticonceptivos

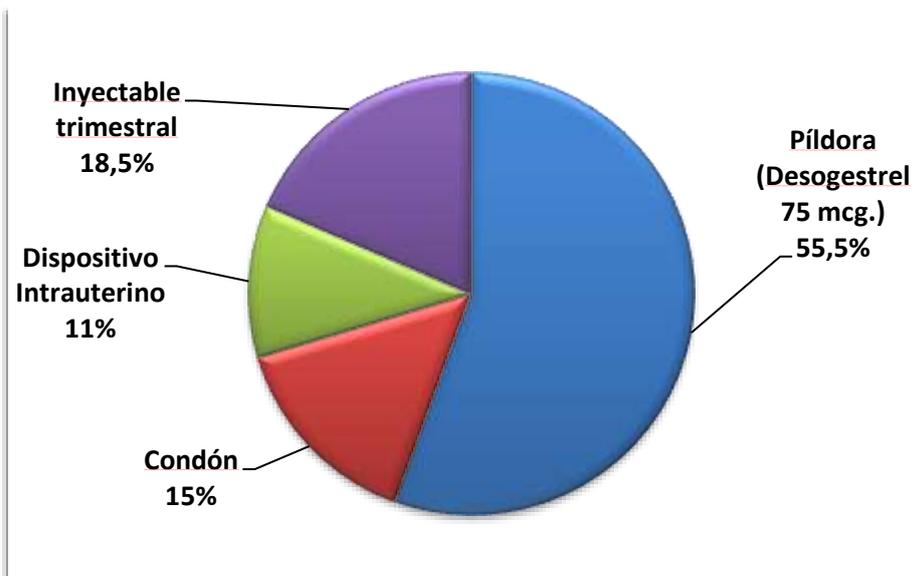


Gráfico 3: Vía de parto en mujeres que accedieron a métodos anticonceptivos

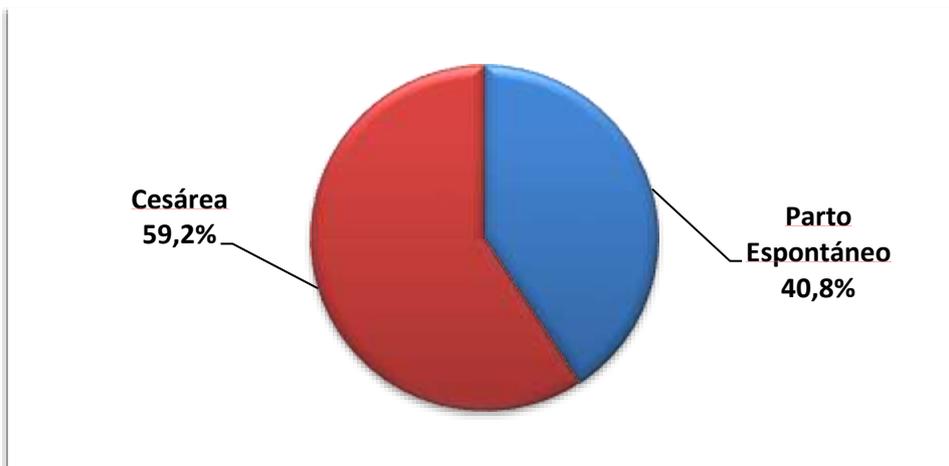
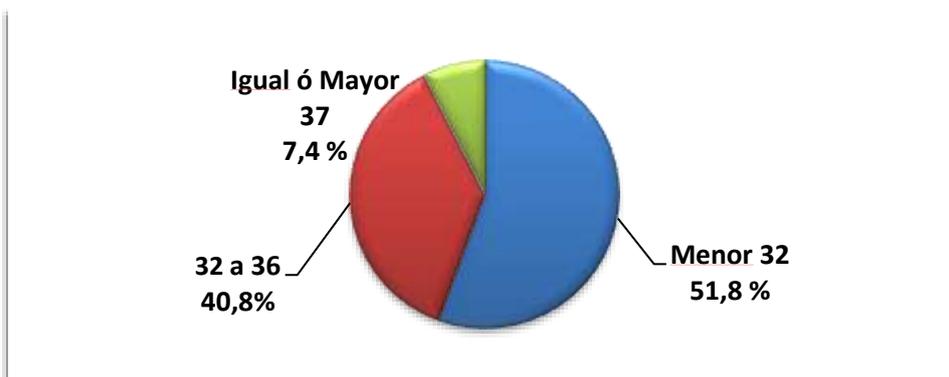


Gráfico 4: Edad gestacional del recién nacido (en semanas de gestación)



Conclusiones:

Sobre un total de 75 mujeres, (n= 75), el 46,4 % (35 mujeres) egresó con método anticonceptivo previo al alta del RN (36,6 % con métodos varios y 9,8 % con ligadura tubaria). Para destacar, la mayor población corresponde a mujeres con cesárea (59,2 %) y madres de RNPT < de 32 semanas, factores de riesgo frecuente ante un eventual nuevo embarazo. El dispositivo en RM permitió conocer las barreras institucionales en el acceso oportuno al cuidado de la salud sexual y reproductiva (SSR) en este subgrupo y favoreció una propuesta superadora. Dicho espacio impacta en la prevención de la repetición de situaciones de alto riesgo perinatal en mujeres con antecedentes obstétricos severos (hipertensión, cesáreas anteriores con escaso intervalo intergésico, parto prematuro anterior, hemorragias intraparto, etc) y con antecedentes de embarazos no buscados.

Facilita en todos los casos, el conocimiento sobre el cuidado integral de la salud de la mujer y las posibilidades de elección respecto de su sexualidad y de la vida reproductiva. Es un objetivo de futuro análisis, como acceder a mayor porcentajes de en este grupo poblacional

Comentarios finales:

En la actualidad, el Taller de Planificación Familiar en Residencia de Madres continúa activo y es difundido por los profesionales entre las potenciales usuarias. Cuenta con el apoyo y asesoría del Servicio de Planificación Familiar del hospital, y se ha incluido como espacio formal dentro de los programas de formación de posgrado de la Residencia de Licenciatura en Obstetricia y de la concurrencia de Salud Mental.

La observación exploratoria descrita demuestra la capacidad de diseñar y ofertar un servicio de salud dentro de una institución materno infantil, a partir de recursos existentes. Se logra poner en tensión las experiencias pasadas y presentes, para imaginar una experiencia posible y sostenible en un futuro inmediato (Redstrom en Puex, 2016), la cual no requiere mayor inversión en insumos o recursos humanos, y genera un impacto positivo en la salud de las mujeres y sus hijos.

Referencias bibliográficas

1. Butler, Judith. 2006. *Deshacer el género*. Editorial Paidós. Barcelona.
2. Castilla Conles, M.V. 2009. *Mujeres Madres: Continuidades y cambios en los sentidos y experiencias de la maternidad en Argentina*. Tesis de doctorado, CIESAS, México
3. De Certeau Michel, (1990) 2000, *La invención de lo cotidiano*, 1, *El arte de hacer*. Cultura Libre, Mexico. Cap. 3
4. Díaz Cruz Rodrigo, 1997. *La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia.*, *Alteridades*, 1997, 7 (13), p. 5-15
5. Gonzalez, Ma. Aurelia. 2015. *Dispositivo Residencia Hospitalaria para Madres en una maternidad pública de la Ciudad de Buenos Aires. Prácticas y representaciones*. Tesis de Maestría en Antropología Social y Política, FLACSO. Argentina.
6. Gunn Wendy, Clausen Chrítian, *Conceptions of Innovation and Practice: designing Indoor Climate*, pp. 159-179, in Gunn Wendy, Otto Ton and Smith Rachel 2013: *Design Anthropology. Theory and practice*. Bloomsbury London
<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/8672#.V4vsiZPhA0o>
7. Juez Fernando Martin, 2002: *Contribuciones para una antropología del diseño*. Gedisa Editorial, pp 19-67.
8. Katz Joel, 2012, *Designing Information Human factors and common sense in information design*, Wiley, cap 1.
9. Larguía, A. M et al. 2008. *Guía para padres de niños prematuros*. Fundación A. Miguel Larguía. Argentina. <http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Lectura-para-padres/Guia-para-Padres-de-Prematuros>. (último acceso 16/07/2016).
10. Larguía, M, Lomuto C, Gonzalez Ma. A. 2006. *Guía para la transformación de maternidades convencionales en maternidades centradas en la familia*. Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Guia-para-transformar-maternidades-tradicionales-en-maternidades-centradas-en-la-familia> (último acceso 16/07/2016)
11. Moschella, Romina; Charalambopoulos, Jorge; Pawlowicz, María Pía (2011) *Ruta crítica para la realización de ligadura tubaria*. Estudio en un hospital público de la

- Ciudad de Buenos Aires. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2011;30(3)
12. Ortiz, Z, Larguia. A.M et al. 2012. Manual para la Implementación de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, con enfoque intercultural. UNICEF, Argentina. 2da edición.
 13. OSSYR. 2013. Hoja Informativa Número 8. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, Romero, M; Abalos, E y Ramos,
http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_08.pdf .
(Último acceso 16/07/2016).
 14. Redstrom, Johan citado en la Clase 5 del Seminario de Antropología del Diseño. Directora Dra Nathalie Puech. Flacso Argentina, 2016.
 15. Revista del H.M.I.R. Sardá Año 2015, Nº 1 , estadísticas. www.sarda.org.ar
 16. Valenti, Eduardo y Larguia, A. M. 2016. Perinatología hoy y mañana. Capítulo Prevención y tratamiento de la prematuridad. Di Marco, Ingrid. Ed. Alcune. Buenos Aires.