

4° Congreso Argentino de Neonatología

Dilemas en sala de parto II.

Maternidades Seguras y Centradas en la Familia: fortalezas y debilidades para su implementación en diferentes sistemas de salud

Dra. María Natalia Basualdo



C|R|E|A|R

CENTRO DE REFERENCIA EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO



MATERNIDAD

Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural

CONCEPTUALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

SEGUNDA EDICIÓN



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

unicef



CIR|E|A|R

CENTRO DE REFERENCIA EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO



PASO 1 | MSCF Política institucional

CULTURA ORGANIZACIONAL CENTRADA EN LA FAMILIA Y EN LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN

Hecho

- Cambio de paradigma
Concepto de mejora continua con evaluación por pares.

En proceso

- Cultura organizacional con enfoque de derechos.
Comunicación y capacitación.
Cultura de la seguridad del paciente no punitiva.

Pendiente

- Entrada al sistema de Salud desde la asistencia primaria.
Cumplimiento de las CONE

PASO 6

Residencia
para Madres

PASO 7

Voluntariado

PASO 9

Fortalecimiento
HAMN

Contacto de la e
en la mater

Alta
guimiento

PASO 10 | Transferencia modelo MSCF a otras instituciones

Paso 2: Control Prenatal

- En pro

Proceso de
Información

- Pendie

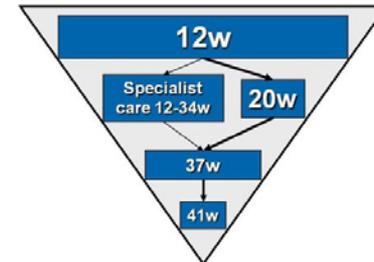
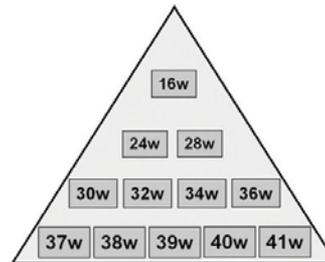
Jer
Con
Ven
emoc

- Estado de
- Estado nu
- Educación

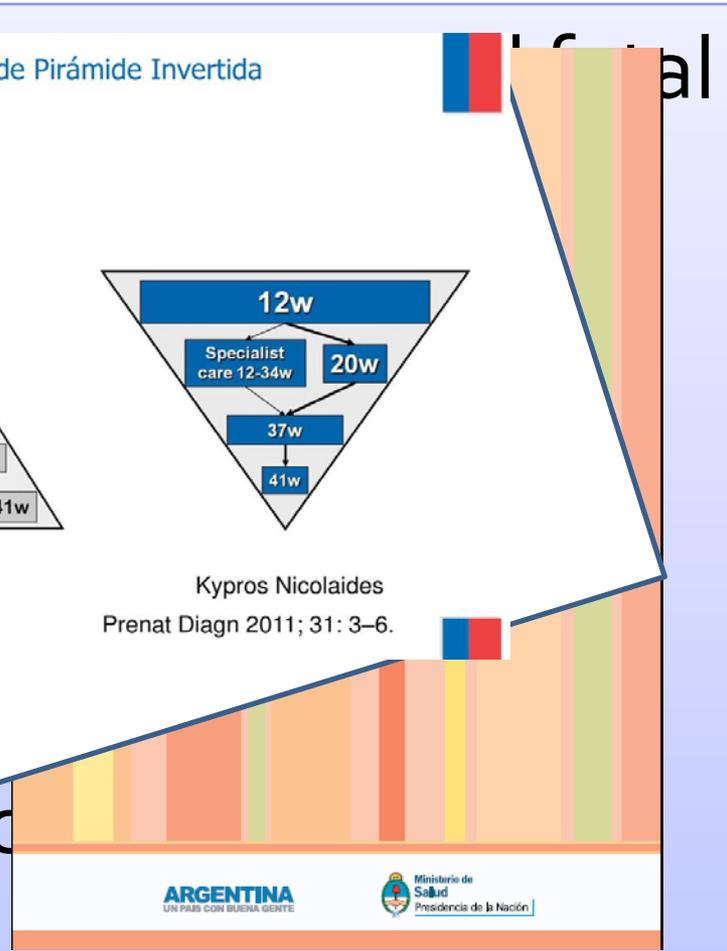
RESPECTAR
HACER LO COM

psic
pos de riesgo

Control Prenatal-Modelo de Pirámide Invertida



Kypros Nicolaides
Prenat Diagn 2011; 31: 3-6.



Paso 3: Asistencia del Parto

CAPACITACIÓN PARA LA EMERGENCIA

MEDIDAS INICIALES EN LA ECLAMPSIA

- Solicitar ayuda
- Proteger a la paciente
 - No intentar abolir las convulsiones.
 - Sostenerla lateralizada
 - Vía aérea permeable.
 - Colocar Tubo de mayo
 - Aspirar faringe.
 - Administrar O₂
- Al finalizar la convulsión colocar venoclisis y extraer sangre:
 - Hemograma con plaquetas.
 - Coagulograma.
 - Perfil hepático.
 - Perfil renal.
- Colocar sonda de Folicúloproteinuria al aseocho
 - Control de diuresis/hidratación
- Vigilancia fetal:
 - Monitoreo fetal continuo
- Controlar contractilidad uterina, tono y genitales

CAPACITACIÓN PARA LA EMERGENCIA

Manejo de HEMORRAGIA POST PARTO

MEDIDAS INICIALES	HEMORRAGIA POST PARTO	Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • Proceda sin demora • Pida ayuda: <ul style="list-style-type: none"> - Tocoginecólogo - Hemoterapia - Anestesiólogo • Evalúe el estado clínico: <ul style="list-style-type: none"> Pulso, tensión arterial, coloración, estado de conciencia. • Coloque acceso venoso: <ul style="list-style-type: none"> - 16 g ó mayor - Administre soluciones expansoras - Metoclopramida • Administre O₂ • Coloque sonda vesical <ul style="list-style-type: none"> Quantifique Diuresis • Evite la Hipotermia • Obtenga muestra de sangre <ul style="list-style-type: none"> - Contabilización - Hematócrito - Recuento de plaquetas - Estado Adto-Base <ul style="list-style-type: none"> - pH - Lactato - EB • Coagulograma <ul style="list-style-type: none"> - Fibrinógeno - P.D.F. 	<p>¿Se produjo el alumbramiento?</p> <p>SI</p> <p>¿Placenta íntegra?</p> <p>SI</p> <p>¿Útero retraído in situ?</p> <p>SI</p> <p>¿Examen de vagina y cuello normal?</p> <p>SI</p> <p>¿Examen uterino manual normal?</p> <p>SI</p>	<p>Ocitocina 10 UI IV</p> <p>+ Masaje uterino</p> <p>+ Tracción controlada del cordón</p> <p>Resto de diagnóstico</p> <p>Atención uterina</p> <p>Intervención uterina</p> <p>Desfibrinación</p> <p>Revisión uterina</p> <p>Serología coagulante</p>

Cuadro 1: Clasificación de Robson

<p>Grupo 1</p>  <p>Multiparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Multipara con embarazo único en presentación podálica.</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Multiparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 7</p>  <p>Multiparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 3</p>  <p>Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 8</p>  <p>Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 4</p>  <p>Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 9</p>  <p>Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 5</p>  <p>Multiparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.</p>	<p>Grupo 10</p>  <p>Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>

Ⓞ Cesárea previa

Ⓛ Trabajo de parto espontáneo

MSCF consolidando el modelo (sector Privado)

- Aumentar la tasa de partos vaginales.
- Objetivos específicos:
- Capacitar al equipo de salud sobre **los beneficios del nacimiento por parto vaginal.**
- Empoderar a las familias para la **toma de decisiones informadas** sobre la vía de nacimiento.
- Implementar un programa para **disminución de la tasa de cesáreas.**
- Monitorear los indicadores de calidad de atención y los resultados perinatales

Programa de manejo integral

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEGATIVA AL PARTO

Lugar y fecha:.....,/...../20.....

1. Yo,....., con diagnóstico presuntivo de..... (condiciones clínicas y/o anatómicas que NO CONFIGURAN UNA INDICACION CESAREA EN ESTE MOMENTO, habiendoseme explicado detalladamente en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y riesgos del procedimiento, por el presente solicito y/o autorizo al Dr./a., y a su equipo, que el nacimiento se produzca a través de una CESAREA ELECTIVA, y no por vía vaginal.

1. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente.

Los siguientes puntos me han sido específicamente explicados:

1.1. Que la cesárea es una intervención quirúrgica obstétrica que se lleva a cabo para la extracción del bebé, a través de una incisión abdominal, de los músculos y del útero.

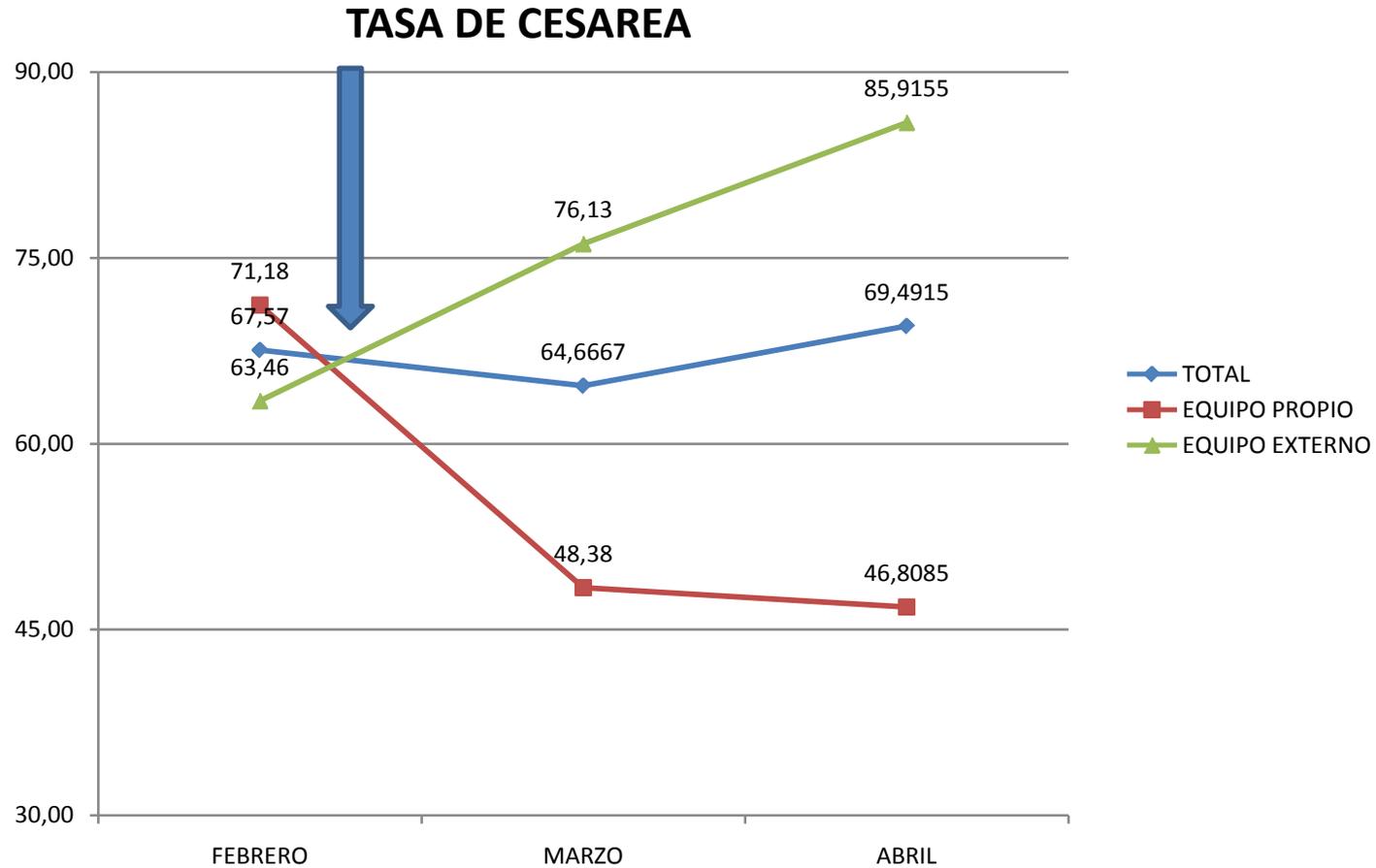
1.2. Que las complicaciones al dar a luz son 5 a 10 veces mayores en la operación cesárea y la mortalidad es 2 a 4 veces mayor con relación al parto vaginal.

1.3. Que en el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

1.4. Que las complicaciones o eventos adversos son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, enunciándose a continuación algunas de manera ejemplificativa.

Actividad	2016-18	CAUSA	2019	Material
<u>Clasificación por Robson al ingreso</u>	No	Volumen de trabajo.	Obligatoria	Hoja de ingreso
<u>Empoderamiento de la familia al momento de su internación</u>	A veces	Situación internación	enObligatoria	Folleto Consentimiento negativa al parto
<u>Ofrecer inducción con dinoprostona</u>	Si	70 inducciones 2018 G.P.C.	Obligatoria	Registro inducción
<u>Decisión consensuada entre médico obstetra de guardia y obstétrica para cesárea intraparto.</u>	No	La decisión la toma la obstétrica con el obstetra de pasiva, sin evaluación clínica conjunta	Obligatorio,	* Examen físico conjunto. *Llamado medico-medico.
<u>Capacitación específica</u> por disciplina (Administrativos, camilleros, instrumentadoras, parteras y médicos).	Si	A demanda	A demanda	A demanda
Reuniones de <u>consenso interdisciplinarias</u>	Si	Cada 6 meses	Trimestral	21/05/19 20/0819 21/11/19
Monitoreo y evaluación	Si	Si	Si	Auditoria de HC Lista de cotejo de Evento obstétrico

Tasa de cesàreas



Paso 4: Internación conjunta Madre-hijo RN sano sin interferencias

- **Hecho**

Confirmación de normalidad.
Pesquisas e inmunizaciones.

- **En proceso**

Promoción de lactancia materna. HAMN.

- **Pendiente**

Educación para la salud - Planificación familiar
Detección de alto riesgo social sanitario.
Alta conjunta.
Seguimiento en atención primaria en área programática.

Paso 5

- **Hecho**

Asistencia en cuidados neonatales especiales con ingreso irrestricto de los Padres, permanencia continua y participación activa.

COPAP.

Participación familiar con capacitación. RCP para Padres

- **En proceso**

Contacto piel a piel cuando la madre requiere cuidados especiales

Asistencia del recién nacido de riesgo.

Utilización de tecnologías apropiadas y con evidencias.

- **Pendiente**

Cambiar los prejuicios del equipo.

Paso 6: Residencia para madres

- **Hecho**

Lugares de guardado

Sala de espera.

Lactario

Participación familiar con capacitación RCP

- **Pendiente**

Anticoncepción

Programa de educación.

Paso 7



lo

Paso 8: Alta y seguimiento de la madre y su hijo

- **Pendiente**

Alta conjunta

Seguimientos Especializados para la madre y su hijo.

Definir tecnologías apropiadas.

Anticoncepcion Post evento Obstetrico

Prevencion de depresión puerperal

Paso 9

En Proceso

Promoción de Lactancia Materna HAMN

Estrategia prioritaria en los primeros 1000 días críticos.

Tasa de alimentación a pecho exclusiva a 6 meses.

Paso 10: Cumplimiento del modelo. Autoevaluación, transferencia a otras instituciones.

Elaboración de registros nacionales

Inclusión del sector privado en los programas nacionales.

Gestión por procesos y por riesgo.

Mejora continua. Calidad y seguridad

Evaluación de competencias periódicamente

Publicación de resultados

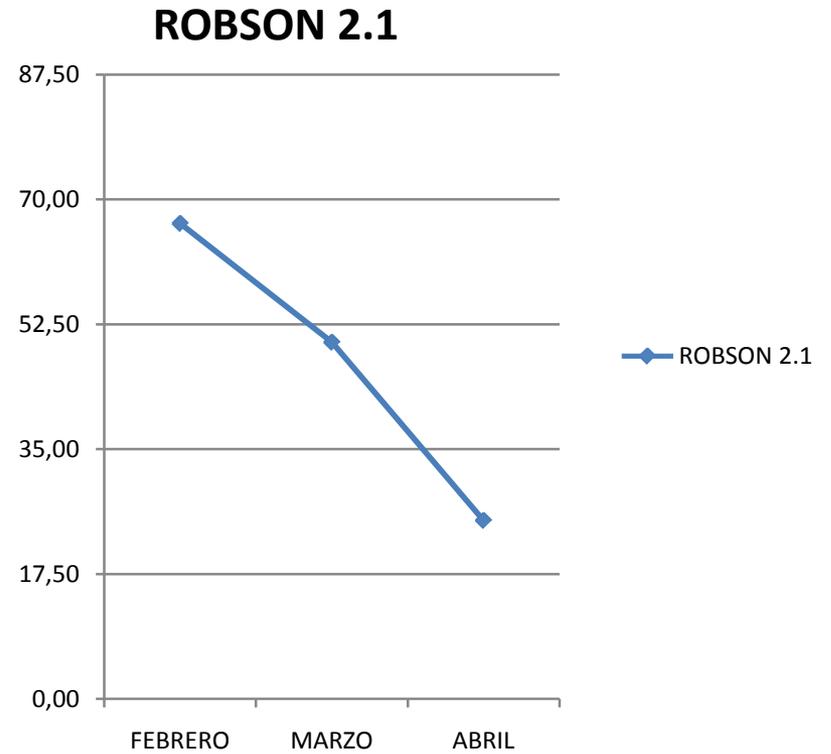
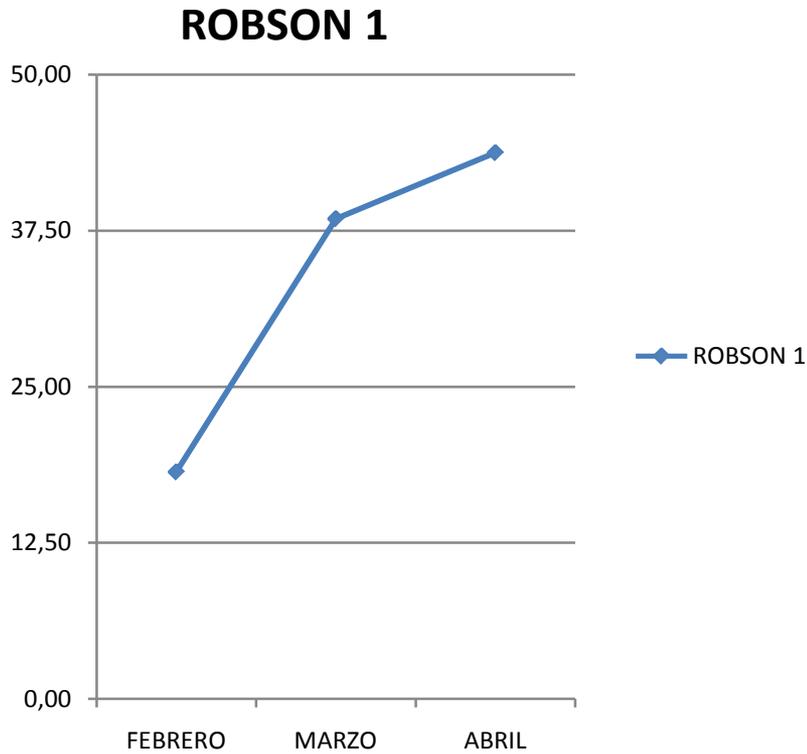
Gracias por su atención
A seguir trabajando juntos!

mnbasualdo@gmail.com

ROBSON

Inducción al parto (2.1)

Trabajo de parto espontaneo(1)



Finaliazacion a pedido