

INFORME PROYECTO VIAZUL TALLER AL LADO NEONATOLOGÍA RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA HOSPITAL INFANTIL VIRGEN DEL ROCÍO

El taller se realiza el día 17 de mayo de 2016, reunidos en el Hospital Maternal Virgen del Rocío, con la introducción de Antonio Sagués, Jefe de Servicio Socio sanitario de la Consejería de Salud, en presencia de la Dirección de la UGC de Neonatología del Hospital Infantil del Virgen del Rocío, y la asistencia de alrededor de 40 personas, entre las que estaban representados:



- Profesionales de los servicios de Neonatología, otros servicios como UCI y USMI, Atención Primaria: facultativos y facultativas, profesionales de enfermería, trabajo social y auxiliares en general.
- Miembros de distintas asociaciones: directivos, profesionales y voluntarios.
- Miembros del grupo directivo (motor) del proyecto VIAZUL.
- Madres y padres de hijos ingresados en neonatología y otros servicios del Hospital Infantil.
- Gestores de la UGC de Pediatría del mismo hospital.
- Coordinadores de la estrategia Al Lado.



Programa taller Neonatología / Al Lado
Hospital Maternal Virgen del Rocío 17, Mayo 2016

HORARIO	DESARROLLO	INTERVENCION	PRODUCTO	CARPETA
9- 9.30 Preámbulo Se trata de...	Introducción Presentación Dinámica	Correos El. para plataforma Participantes Coordinador Viazul	Actitud de escucha y cooperación. Consenso y Empoderamiento.	Proyecto Viazul
9.30 – 10.30 Ante la oportunidad	Intervención Neonatología Duelo Perinatal. Guías Prematuros. Ideas claves Al Lado	I. Bueno, E. Cabello, y M. Gómez Sonia Pastor Carmen Moreno/Maite Román J. Miguel García	Presentar el escenario de atención Oportunidades de mejora	Fichas grupos focales Artículo Reducción sufrim. Materiales Prematuros
10.30 – 12.00	Ingreso Neonatología Seguimiento de Atención Alta, Primaria, M.Aso. Sala de Espera	Proceso interactivo participantes Monitor Rafael	Relación cuidada en el proceso de atención	Itinerario
Itinerario de atención	Ultimos días Postmortem Duelo y Recuperación	Registro Miguel		
12.00 – 12.30	Descanso			
12.30 – 14.00	Aplicación Ruta Viazul	Propuestas de Cambio Real Votación Diferida Viabilidad Seguimiento y Evaluación Procedimiento Plataforma	Informe Taller Resultado Filtro Viabilidad Informe de Progreso	Informe- UCI Resultado Viabilidad UCI

Punto primero

Tras el “saluda” y la invitación a realizar una jornada fructífera en propuestas de mejora de la atención, comienza el taller a las 9, 35 horas, con la presentación del programa, que se inicia con una breve introducción de la dinámica habitual de los talleres Al Lado.

Punto segundo, presentación:

- **Materiales de apoyo a las personas afectadas por procesos de prematuridad.**
A cargo de Maite Román, psicóloga del Departamento de Psicología Evolutiva de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.



Dentro del Programa Andaluz de Parentalidad Positiva, en el marco del Proyecto Apego, de carácter psicoeducativo de la Junta de Andalucía, se presentan una serie de materiales que tienen como fin apoyar las tareas de crianza y educación de las familias que tienen un hijo prematuro, en el plano físico, afectivo e intelectual.

Los materiales, se realizaron en un modelo basado en la promoción del apego y del vínculo de seguridad, desde el convencimiento de que la atención depende directamente de la sensibilidad de los cuidadores, madre y padre, que constituyen el refugio de la confortabilidad cuando surgen las amenazas, ya que suponen el círculo de seguridad de las relaciones interpersonales basadas en la confianza, lo que no excluye extenderlo a hermanos y abuelos.

Los materiales persiguen ampliar las competencias y habilidades, prevenir las situaciones de riesgo, estimular el desarrollo y el bienestar. Están dirigidos a:

- Padres, con guías para la atención cuando los recién nacidos permanecen ingresados y cuando reciben el alta de vuelta a casa.
- Profesionales, para apoyar a los padres en ambas situaciones.

Los contenidos incluyen también testimonios de las familias que ya han pasado por estas situaciones y persiguen estimular el afrontamiento, facilitar el ajuste de las expectativas, fomentar el apego y propiciar las relaciones interpersonales familiares y las redes de apoyo. Todo ello en los ejes de autonomía y confianza de los padres y el respeto al ritmo propio del bebé, evitando las comparaciones.

El material dirigido a profesionales se aplica en sesiones grupales, para comprender y compartir la atención, incorporando propuestas de recursos adaptados a las necesidades que puedan ir surgiendo. Estas sesiones de carácter teórico-prácticas estructuran los apoyos tanto de carácter organizativo, como relacional, a través de presentaciones y videos.

Se concluye respondiendo a consideraciones de disponibilidad, resaltando que se han tenido en cuenta a los distintos modelos de familias de la realidad actual, incluyendo a las situaciones de adopción, aunque complementadas con otros materiales, también producidos para casos más específicos.

- **Buenas prácticas en el Duelo Perinatal.** Presentadas por Sonia Pastor, enfermera y coordinadora del grupo Duelo Perinatal del Hospital de Montilla, Córdoba.

La presentación se basa en un proyecto de investigación-acción participada sobre como se vive la pérdida perinatal, que ha concluido en un catálogo de buenas prácticas que se hará público en el presente mes, para ser asumido como prioritario por toda la organización sanitaria.



Tiene en cuenta los cambios recientes de la Ley de Registro Civil, donde se considera nacido vivo desde el momento en que se independiza de la madre; incorpora, además, el derecho a disponer del nonato fallecido a partir de las 26 semanas.

Falta visibilidad social del duelo perinatal, se considera que el 30 % necesita ayuda para superarlo y se estima como alto riesgo de duelo patológico, por lo que pasan a un primer plano las intervenciones que facilitan un duelo saludable. Para ello es necesario tener en cuenta cuestiones como:

- Frases a evitar y frases a utilizar.
- Apoyo a la toma de decisiones bien informadas.

- Informar de las situaciones LET (Limitación del Esfuerzo Terapéutico), respetando valores y creencias.
- Disponer de un espacio (habitación) para vivir con privacidad las relaciones emocionales: padres, abuelos y hermanos.
- Adaptar el entorno y red de apoyo (en salas de maternidad).
- Opciones para explorar expectativas: ver, abrazar...
- Dar tiempo para adaptarse a la situación. Posibilitar un formato para el recuerdo: Fotografías, huellas...
- Elaborar un ritual de despedida, permitiendo la participación en la preparación.
- Test de complejidad para articular la continuidad de cuidados.
- Trípticos informativos que traten aspectos de duelo, recursos, cuidados puerperales, necropsias, funeral, alta comunicada...
- Planificar la vuelta a casa: referencia, donación de leche, salud mental...
- Articular un seguimiento (llamada).

En conclusión, plantea que todo servicio/UGC de Neonatología deberá disponer de un protocolo de atención al duelo perinatal, siguiendo las orientaciones de buenas prácticas que se recomiendan al respecto.

- **Ideas Claves Al Lado.** Planteadas por José Miguel García Domínguez del grupo coordinador de La Estrategia Al Lado, de La Consejería de Salud.

La intervención reproduce los elementos fundamentales de la estrategia Al Lado, de la que destacamos:

- El concepto de alta adversidad relacionado con aquellas causas que conducen a la muerte prematura y/o cronicidad sujeta a dependencia.
- La atención preferente a la recuperación del proyecto vital y a la reducción del sufrimiento, en todo el proceso de atención.
- La visión global, que hace compatible el enfoque patográfico y el biográfico.
- La intervención profesional, que nunca es neutra, respecto a los objetivos señalados.

- La fundamentación bioética, jurídica y científica, tanto de los procesos clínicos como de los relacionales.
 - El fomento de una respuesta adaptativa a la situación de alta adversidad, en función de la reducción de la incertidumbre y el incremento del control percibido.
 - Las actitudes más adaptativas también se relacionan con mantener un referente y el acompañamiento continuado en el proceso.
 - La necesidad de trabajar un perfil relacional interpersonal en todos los profesionales implicados en la atención a la alta adversidad, evitando la delegación a un profesional especializado, excepto en casos de alta complejidad.
 - Planteamiento del taller deliberativo como método para incorporar conocimientos, habilidades y propuestas de mejora.
 - Insistir en el seguimiento de la aplicación y evaluación de las propuestas consensuadas.
 - Protocolo y actitud.
- **La situación actual en Neonatología. Posibles frentes de mejora.** Introducida por la Dra. Esperanza Cabello, elaborada con la cooperación de la Dra. Inmaculada Bueno, ambas neonatólogas del Hospital Virgen del Rocío y la dirección de enfermería neonatal, Mercedes Gómez.



Se realiza un repaso esquemático sobre las características de la atención que se lleva a cabo actualmente en los servicios de Neonatología, con una señalización de los aspectos que pudieran ser objeto de propuestas de mejora.

Tras definir los motivos de ingreso habituales (grandes prematuros, recién nacidos a término que debutan con problemas y niños con diagnóstico prenatal), aunque el origen condiciona las pautas asistenciales, se señalan las prácticas susceptibles de mejora, que posteriormente se expresan y complementan en un debate de alta participación. Señalamos a continuación un resumen de lo expuesto:

- Organizar un sistema de comunicación que tenga en cuenta los espacios donde se realiza (Sala de maternal, Neonatología, UCI Neonatos...).
- Definir los ritmos y tiempos, a quién va destinado (padre solo, padre y madre, familia conviviente...) y quién lo realiza (facultativo, profesional de enfermería, trabajo social...).

- La comunicación ha de realizarse como un proceso continuado, ya que los momentos iniciales son especialmente confusos y acumulan una gran incertidumbre. Son los segundos y terceros contactos los que pueden aportar un grado mayor de comprensión y facilitar las actitudes de afrontamiento.
- La importancia de la sala de padres, como elemento interactivo y participativo.
- Se presenta como laguna importante y decisiva para articular los apoyos la debilidad del movimiento asociativo, existiendo solo contactos esporádicos con *Corazón y Vida*, y más recientemente con *Alma y Vida*.
- Otro frente de mejora a destacar es el alta planificada que, aunque ya se realiza en determinados casos, se debe hacer de forma sistemática, concretando los referentes y la garantía de un proceso continuado.
- El seguimiento de la consulta de maduración relacionada directamente con la continuidad de la atención, basada en la concentración de las intervenciones en un acto único.
- La derivación directa desde los centros de Atención Primaria a los servicios de referencia de Neonatología, sin necesidad de pasos intermedios.
- La necesidad de un protocolo de atención en los últimos momentos, el duelo perinatal y la recuperación.

Punto tercero, debate general:

Después del debate, posterior a las presentaciones, se comenta la Guía de Deliberación sobre todo el proceso de atención, que se distribuyó en cada carpeta de documentación, y señala las distintas fases del proyecto y del debate: Alrededor de la noticia (establecer la relación, dinámica de atención y participación, continuidad de la atención, controles asistenciales, y finalmente despedida *post mortem*, duelo y recuperación).

**GUIA DE DELIBERACIÓN
TALLER NEONATOLOGÍA / AL LADO**

ATENCION	DESTACAR	MEJORAS
RECEPCIÓN	Establecer La Relación	1- 2- 3- 4- ...
SEGUIMIENTO NEONATOLOGIA	Dinámica Atención Participación	1- 2- 3- 4- ...
ALTA PLANIFICADA	Continuidad de la Atención	1- 2- 3- 4- ...
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO	Atención Participación Controles	1- 2- 3- 4- ...
ÚLTIMOS DIAS	Despedida Post Mortem Duelo	1- 2- 3- 4- ...
Observaciones:		

En el segundo punto, correspondiente a las presentaciones, hemos comprobado como se introdujeron algunas intervenciones que matizaban, completaban y orientaban la identificación de propuestas de mejora. No obstante, es en este tercer punto donde se produce el mayor intercambio de opiniones, y se realiza el proceso deliberativo, del que destacamos:

- Respecto a la recepción y alrededor de la noticia:
 - Se informa sobre como se está tratando este aspecto en el Grupo Motor VIAZUL, resaltando que más que un proceso de comunicación se trata de establecer una relación cuidada; que incluye la información, el nivel de comprensión, el proceso que implica varios momentos, como la acogida, el acompañamiento..., para obtener, finalmente, un nivel de afrontamiento.
 - Comúnmente es una situación imprevista en el parto, de manera que la adversidad se presenta de forma repentina. En estos casos, la prioridad es controlar al afectado, después se contacta con el padre y se le informa. Y, posteriormente, se realiza una comunicación más reglada. Es necesario protocolizar todo este proceso.



- Cuidado con que la primera relación con el padre no favorezca el pacto de silencio, y excluya a la madre del proceso, sobre todo cuando la adversidad es importante.
- El protocolo deberá propiciar la coordinación entre Ginecología y Neonatología. Hay que tener en cuenta los aspectos psicológicos de la atención. Precisamente en los hospitales de tercer nivel la comunicación suele ser muy mejorable, algunos contactos entre los servicios están estancados.

- Es importante que se perciba la acogida por parte de los afectados, estimular la confianza terapéutica y la idea del acompañamiento. “Yo suelo decirles: Bienvenidos al hospital, haremos que su estancia sea lo más corta posible y que aproveche para entender lo que le está ocurriendo”.
 - Hay que tener en cuenta en la primera noticia que los padres no se hacen cargo de lo que ocurre, y se les escapan muchas cosas, hay que darles tiempo, y luego sentarse para permitir una asimilación progresiva. Trabajar al día siguiente con mayor sosiego, quizá a las 48 horas del ingreso.
- Respecto a la evolución y la participación de los padres:
- Profesionalmente se tiende a pensar que la gestión de las emociones y los sentimientos, los aspectos relacionales, pertenecen a una disciplina profesional, y que la solución está en derivar...Al Lado piensa que la atención tiene una parte de control de síntomas y otra de situaciones, de emociones, sentimientos... Así, que todo el personal que tiene contacto con la alta adversidad ha de estar preparado para atenderlo. Otra cosa es que tengamos que formarnos para ello.
 - Precisamente, este es un debate que en muchas ocasiones se repite con Salud Mental, donde están las referencias de los recursos psicológicos, en la USMI. Al no existir contacto, ni protocolo, ni planificación conjunta, se opta por la derivación, con lo que ninguno de los profesionales, ni los padres, se encuentran satisfechos.
 - Todo el personal tiene que adquirir habilidades para atender la alta adversidad, de forma que la coordinación entre servicios asegure la formación, y se derive solo la alta complejidad.
 - Estamos preparados para curar a nuestros pacientes, pero hay déficits en el ámbito del acompañamiento. Son situaciones para empatizar con la familia y aportarles instrumentos para que ellos afronten el problema.
 - Es importante tener una participación activa, bidireccional con psicología, trabajar en equipo, que sepamos como van a trabajar ellos con los padres, para que nosotros también actuemos en el mismo sentido. También podemos realizar una consulta interprofesional. Ellos nos pueden marcar directrices de actuación para trabajar con los padres.
 - Lo importante es trabajar la coordinación. Si no hay coordinación dentro de los equipos de salud, y con el tercer sector, todo funciona “medio regular”... La cuestión es trabajar en equipo: que es muy difícil coordinarse, que tenemos muy poco tiempo, que a veces los

tiempos que marca la institución son muy diferentes a los tiempos que nos marcamos los profesionales... “A veces es una contradicción, ¿Qué hago?, ¿Qué no hago?, ¿Qué dejo de hacer?...”

- La palabra protocolo en sí es un poco peyorativa, y se emplea fundamentalmente para los procesos asistenciales clínicos, aunque también podríamos aplicarlos a estas situaciones, para ver quién comunica, cuando hay que comunicar, cómo se dosifica la información, cuando se adelanta, qué papel tiene el trabajador social, qué papel tienen las asociaciones. Todo esto podría estar protocolizado, con la función de cada uno, de forma que no se ceda la responsabilidad a otros en estas cuestiones: “cada uno tiene su papel”.
- Los elementos de continuidad de la atención han de realizarse desde el nivel más próximo al domicilio (Atención Primaria). No solo es una cuestión de coordinación sino que se refiere a como se concibe y se lleva a cabo la atención.
- El Grupo Motor VIAZUL habla de tres situaciones que pueden exigir el ingreso:
 - El estudio prolongado para llegar a un diagnóstico.
 - Una situación de crisis o desestabilización del proceso de evolución.
 - Los controles sistemáticos que se realizan para el seguimiento en el ámbito hospitalario.

La atención próxima sería posible, excepto en estos casos, para los que podría establecerse un contacto directo entre primaria y el servicio de referencia.



- Para equilibrar el proceso de atención entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, y aproximarla cada vez más a los afectados existen obstáculos que tendríamos que tener en cuenta:
 - El primero es organizativo: Es la propia organización la que debe entender que el proceso de atención se realiza con el interés superior de los afectados.
 - Otro, es que actualmente son los propios afectados los que relacionan la calidad de la atención con el ingreso hospitalario.

De hecho, estas dos situaciones son las que provocan el denominado hospitalismo, que va más allá de la necesidad real de estar ingresado.

○ Respecto a últimos días, duelo y recuperación:

- Los profesionales estamos preparados, esencialmente, para curar, y en segundo término estamos dispuestos y preparados para cuidar (especialmente enfermería) o para atender a necesidades sociales (papel que asume trabajo social)... Estamos menos preparados y, por ello, menos dispuestos a implicarnos en la reducción del sufrimiento y en realizar funciones de acompañamiento y acogida, apoyo emocional y relacional.
- A la vez que transmitimos como responder a los problemas que nos va planteando la enfermedad, como son los síntomas, hemos de transmitir instrumentos que permitan manejar las situaciones que se vayan presentando, de tal forma que pueda recuperarse la convivencia y el proyecto de vida, a pesar de la evolución de la adversidad. Todas estas tareas son objetivos de la intervención sanitaria.
- Habitualmente se carece de habilidades para llevar a cabo la planificación anticipada de las adversidades, especialmente las evoluciones negativas, las paliativas, los últimos días, el duelo y la recuperación de los cuidadores.
- Con frecuencia se tiene miedo y aparece la incertidumbre, porque no se sabe como actuar en estas situaciones y no se sabe como tratar y transmitir los apoyos, facilitando y respetando siempre la toma de decisiones de las personas afectadas.
- Hemos de considerar que los cuidados paliativos forman parte de todo el proceso de atención y se puedan ir planteando de forma continuada, aunque siempre aparecerá un mayor requerimiento de estas habilidades en los últimos días de vida y en el *post mortem*.

- Aunque sabemos que nos faltan herramientas, cada vez tenemos un acercamiento mayor y más efectivo ante estas situaciones. Es obvio que nos afecta de forma especial, pero hemos de ir adquiriendo capacidades para afrontarlas evitando, en lo posible, el sufrimiento personal.
 - Estas habilidades y capacidades serán más efectivas si estuvieran organizadas y formaran parte de los protocolos de actuación de forma sistemática. Estos protocolos ayudarán a reducir la incertidumbre, propiciando un mejor gobierno de estas situaciones, evitando también el desgaste personal profesional.
 - Por lo tanto, estas situaciones no pueden dejarse a la sensibilidad personal de cada uno, ni constituyen el complemento de la asistencia sanitaria. Forman parte, en sí mismas, del centro de la atención profesional.
 - Las buenas prácticas que se van afianzando en este sentido, además de la adquisición de habilidades, precisan de destinar un espacio concreto y, fundamentalmente, un tiempo para abordar el objetivo de reducir el sufrimiento. Igualmente, se necesita hacer partícipe, de forma directa, a los sujetos de la atención, que alcanza no solo a los padres, sino a los hermanos, los abuelos y otros miembros de la convivencia cotidiana (amigos, compañeros del ámbito educativo...).
- A photograph showing a group of people, including a woman in a white lab coat, engaged in a discussion or meeting. The woman in the lab coat is looking towards the right, while the other people are looking towards the center. The setting appears to be a professional or educational environment.
- Hay que poner de manifiesto, aunque sea obvio, que hay ocasiones en las que solo podemos acompañar.

Punto cuarto, Aplicación Ruta VIAZUL: Propuestas de mejora, votación de la viabilidad, aplicación y seguimiento:

Este punto se ocupa de la traslación del debate del taller a propuestas de mejora, para la votación de su viabilidad, y posterior aplicación.

Se parte de dos acuerdos previos asumidos en el taller:

1. Que la valoración de la factibilidad se realice por todos los participantes del taller, y se haga extensivo a todos los profesionales del servicio de Neonatología. Para ello, se han de identificar unos referentes de difusión del informe y del procedimiento de votación.

2. Una vez obtenidos los resultados se formará un equipo de aplicación de las propuestas seleccionadas, partiendo de los participantes de Neonatología, que ya están en el grupo director del proyecto: Inmaculada Bueno, Esperanza Cabello y Mercedes Gómez, con el visto bueno y la asesoría de Antonio Pavón y Josefa Aguayo. Este equipo, transcurrido un año, podrá emitir un informe de progreso, y tendrá la opción expresa de su publicación.

Adjuntamos el documento que contiene las propuestas y el proceso para la valoración de su viabilidad

VALORACIÓN VIABILIDAD/FACTIBILIDAD DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA

PROYECTO VIAZUL
TALLER AL LADO NEONATOLOGÍA
HOSPITAL INFANTIL VIRGEN DEL ROCÍO

NO SE VOTA SU NECESIDAD SINO LA POSIBILIDAD DE LLEVAR LAS PROPUESTAS A LA PRÁCTICA

PROCEDIMIENTO:

- Ante cada propuesta numerada caben tres posibilidades de valoración, de las que hay que seleccionar solo una:
 - AZUL: Propuesta considerada como viable, a incorporar de forma más o menos inmediata (Incluso puede que ya se esté llevando a cabo puntualmente).
 - ROJA: Propuesta que, aunque sería deseable incorporar, es imposible plantear actualmente su aplicación, frecuentemente por falta de recursos.
 - NARANJA: Propuesta a desarrollar de forma progresiva, asumiendo un grado significativo de dificultad para llevarla a cabo.

Lectura de resultados: La opción **azul** significa que se recomienda ya su desarrollo, la **roja** quiere decir que esta propuesta queda prácticamente descartada, y la opción **naranja** se refiere a que, aunque se realice ya su aplicación, precisa de algún tiempo para consolidarse.

INTRODUCCIÓN:

Se consideran los siguientes apartados:

- A. **Alrededor de la noticia.**
- B. **En la evolución del proceso.**
- C. **Atender en los últimos días, *post mortem*, duelo y recuperación.**

En cada uno de estos apartados, y a partir del debate, tanto de las presentaciones como en la fase deliberativa del taller, surgen dos niveles de propuestas:

- Propuestas generales: que desarrollan una actitud de cambio más global, respecto a la forma en que se presta la atención actualmente. Estas propuestas pueden incluir varias de carácter más específico. Se distinguen con la letra **(G)**.
- Propuestas específicas: son más concretas, y de carácter más operativo.

En la práctica aplicar una propuesta G llevará consigo desarrollar también varias propuestas específicas, aunque también algunas de éstas pueden ser excluidas.

A. Alrededor de la noticia:

1. Establecer y cuidar la relación durante todo el proceso de atención (**G**), que incluye conceptos como el acompañamiento, el afrontamiento, la acogida...
2. Concretar una referencia (formada, posiblemente, por un facultativo y un profesional de enfermería), identificada claramente por la familia afectada, con el objeto de responder a las demandas (incertidumbre: dudas, confusiones, temores...) e ir construyendo una percepción de control sobre la adversidad (apreciación sobre la posibilidad de actuar ante la adversidad de forma conjunta).
3. Mejorar el sistema de comunicación de la noticia que tenga en cuenta las características aportadas en el taller (**G**).
4. Establecer un espacio y un protocolo consensuado entre ginecología y neonatología, en la planta maternal, de atención al parto y puerperio inmediato, para dar la primera noticia.
5. Organizar un sistema de formación para todo el personal de la UGC Neonatología (incluye también office, celadores, auxiliares...), abierta a la participación del personal de Ginecología, articulado por la USMI y participado por el movimiento asociativo con experiencia en este ámbito (ASAENES, CUDECA, Alma y Vida...), para que el servicio adquiera una actitud y un lenguaje más o menos homogéneo respecto a la gestión emocional y relacional, la reducción del sufrimiento y la recuperación del proyecto de vida (**G**).

B. En la evolución del proceso.

6. Desarrollar un modelo de atención compartida que propicie un trabajo progresivo para cambiar el eje de la misma, de forma que sea la atención más próxima al domicilio, Atención Primaria, la que la articule, reduciendo a lo mínimo posible la estancia hospitalaria (**G**).
7. Establecer un estructura de trabajo que propicie la continuidad de la atención, teniendo en cuenta:
 - La extensión de los referentes, de forma análoga a la atención primaria, asegurando su comunicación periódica.
 - La valoración de la situación social: Especialmente respecto a aquellas familias que tengan una situación de desventaja social (ZNTS -Zonas con Necesidades de Transformación Social-, dispersión geográfica...) y/o red de apoyo social deficitaria o inexistente.
 - La planificación conjunta del alta, al menos mediante medios virtuales, si fuera preciso.
 - Favorecer los contactos con el movimiento asociativo de la zona.
8. Establecer un sistema de conexión directa (sin pasar por otros servicios) para los supuestos de nuevo ingreso, entre Atención Primaria y la UGC de Neonatología:
 - En los controles previstos, organizados en acto único, si fuera posible.
 - En las situaciones de crisis y desestabilización, que no se puedan resolver en Atención Primaria.

9. Realizar un plan de participación con la familia afectada en los cuidados hospitalarios, que contemple, además, la transmisión de habilidades para la articulación de los cuidados necesarios, cuando se produzca el alta. Esta última función podrá realizarse de forma individual y/o en sesiones grupales, con ayuda de método y materiales específicos.
10. Inducir y fomentar el movimiento asociativo en los casos de prematuridad desde los servicios públicos y colaborar en su sostenibilidad.
11. Rentabilizar la sala de padres, de manera que forme parte del proceso participativo con la finalidad de mejora de la atención.

C. Atender en los últimos días, *post mortem*, duelo y recuperación.

12. Apoyo a la toma de decisiones bien informadas, especialmente de las situaciones LET, respetando siempre valores y creencias de la familia afectada.
13. Propiciar un espacio y un protocolo específico en la planta maternal para posibilitar las buenas prácticas del duelo nonato y perinatal inmediato (consultar las recomendaciones detalladas como elementos de buenas prácticas en el Informe del Taller, páginas 3 y 4).
14. Habilitar un espacio análogo en el servicio de Neonatología y UCI neonatal, que permita asumir la comunicación desde Neonatología, donde se tenga en cuenta los elementos de buenas prácticas en el duelo perinatal.
15. Desarrollar un protocolo que propicie la recuperación de la familia afectada, que contemple la vuelta al domicilio, en coordinación con Atención Primaria; teniendo en cuenta especialmente la exploración y seguimiento de los signos de riesgo de duelo patológico.

