

AFIANZANDO DERECHOS EN EL EMBARAZO Y EL PARTO DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD





En 2017 se formó un grupo de trabajo para abordar la atención y acompañamiento de partos en el Hospital Príncipe de Asturias de la ciudad de Córdoba, desde la mirada de sus trabajadores¹. El grupo estuvo conformado por un equipo de salud del hospital, que ya venía trabajando el tema dentro de la institución, y por un equipo de la Universidad Nacional de Córdoba. Se reconocen aportes de diversas disciplinas: trabajo social, antropología, pediatría, obstetricia, nutrición y enfermería. La intención fue conocer y reflexionar sobre la perspectiva de los trabajadores (percepciones, conocimientos, prácticas de atención) y sobre la “cultura organizacional” de la que forman parte, para diseñar posibles vías de acción.

Luego de un año de trabajo en conjunto se elaboró, entre otras cosas, este material. En él se propone una selección de recomendaciones y marcos legales sobre la asistencia de partos y nacimientos, que aparecen en más de una decena de guías, declaraciones y documentos del Ministerio de Salud de la Nación, la OMS y Unicef. También aparecen relatos de usuarias y trabajadores de la salud, algunos pertenecientes al mencionado hospital y otros no. El objetivo es contribuir a que se afiancen y potencien los conocimientos y prácticas beneficiosas en el acompañamiento de partos, entendiendo esto como una atención que propicia experiencias saludables de un modo integral y bajo una perspectiva de derechos.

1. Se reconoce la existencia y la posibilidad de usar un lenguaje genéricamente neutro e inclusivo, que hace uso, por ejemplo, de la “e” (recién nacide), la “x” (nacidx) o el “*” (nacid*). En esta oportunidad se decide continuar con la “o” para ese tipo de casos. No se pretende invisibilizar otras identidades, sino remitirnos al lenguaje utilizado en las guías y recomendaciones de las que hacemos uso, como así también a su uso generalizado en el mencionado contexto hospitalario.

Si bien este cuaderno es resultado de un proceso situado en un hospital determinado, puede ser libremente difundido, y apropiado por todos los equipos de salud que lo requieran, como así también por la sociedad en su conjunto.

Estas páginas reúnen información actualizada que los equipos de salud pueden disponer a modo de toma de nota de cuáles son las buenas prácticas reconocidas en la actualidad: la medicina y la ciencia en general se van construyendo y modificando, no son algo fijo ni acabado, es decir están en permanente revisión. El modo actual de parir y asistir partos es característico de nuestro tiempo, y por lo tanto es susceptible de ser revisado, como toda práctica, en pos de las necesidades y demandas sociales y culturales.

Se buscó un lenguaje que, se espera, pueda ser comprendido por cualquier lector del campo de la salud: el proceso de parto en el hospital comienza en la puerta del establecimiento, desde que la parturienta ingresa hasta que se retira con el alta médica. Este material se dirige a todos los servicios que están implicados durante su permanencia, por lo que se intenta no dar por sentado aquellos conceptos naturalizados en algunos espacios disciplinares, a los fines de facilitar su apropiación.

1. De qué hablamos cuando decimos... Conceptos importantes



La comunidad científica pretende que las intervenciones en salud sean evaluadas y analizadas con rigurosidad, para luego ser consideradas beneficiosas o, por el contrario, no recomendables. En ese sentido, se desarrolló el concepto de **basada en la evidencia** que orienta las buenas prácticas en la atención. Con ello, quedan a la vista prácticas fuertemente arraigadas, que en un momento histórico parecían ser convenientes, pero el tiempo y las investigaciones mostraron que no hay evidencia que las sustenten. Inclusive en algunos casos afirman que traen consecuencias negativas, por ejemplo: enemas, rotura prematura de membranas, prohibir la ingesta de líquidos o alimentos, indicar la posición de litotomía (acostada) para parir, por nombrar sólo algunas. En cambio, hay otras indicaciones que tiempo atrás no era posible pensar como importantes y que en la actualidad comienzan a implementarse por sus beneficios, por ejemplo: el cuidado de la intimidad en el parto, el acompañamiento continuo de quien está pariendo por alguien de su elección (siempre que lo desee), el contacto inmediato piel con piel con su hijo, entre otras (9, 13)².

Actuar con **responsabilidad** es ofrecer un cuidado basado en las evidencias, con la menor cantidad posible de intervenciones y de acuerdo a las necesidades de la madre y su hijo (8).

2. Al final de este cuaderno se encuentra la bibliografía con cada número asignado.



La OMS en 1985 ya decía “El nacimiento no es una enfermedad” (4). Las embarazadas y parturientas deben ser consideradas como personas sanas, de modo que se facilite su participación como protagonista del propio parto (1).

—“Yo no estoy para explicarte, estoy para curarte”,
—“pero yo estoy embarazada, no enferma” (situación en consultorio).

En las últimas décadas aumentaron de manera considerable las intervenciones para iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar los trabajos de parto. La OMS denomina a esto **medicalización** y asegura que debilita la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera perjudicial su experiencia de parto. Además, esa conducción del proceso de nacimiento trae consecuencias negativas sobre el recién nacido y el vínculo madre-hijo (14).



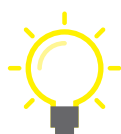
Una **experiencia de parto positiva** sucede cuando cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico; contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en todo momento; ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas (14).

“Me sentí muy bien tratada, y mi marido pudo estar en el parto, en los anteriores no lo habían dejado. Para mí fue muy importante su compañía y muy emocionante” (usuaria).

La OMS dice que la realización de un **plan de parto** por parte de la embarazada, y en conjunto con el equipo de salud, es algo útil y debería ser promovido (5). Para ello es importante que los “controles” de embarazo sean más que un seguimiento clínico: un encuentro para, entre otras cosas, adquirir información, despejar dudas y tomar decisiones. Sería deseable un trabajo integrado entre los centros de salud, los servicios del hospital, los espacios de acompañamiento del embarazo, las personas gestantes y la comunidad.

Un plan de parto consiste en que la persona pueda disponer **directivas anticipadas sobre su salud**, pudiendo **consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud** (2).

La OMS:



-Reconoce: **la mayoría de las mujeres desean** tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos, y alcanzar un logro y control personal al participar en las decisiones, inclusive cuando se desean o se requieren intervenciones médicas (14).

“Una mujer para parir necesita sentirse bien consigo misma, creerse capaz de dar a luz y recibir esa confianza también de los profesionales” (enfermera).



-Resalta: para optimizar la experiencia del trabajo de parto y nacimiento es muy importante una **atención centrada en la mujer**, a través de un enfoque holístico basado en derechos humanos (14).



-Propone: **un proceso de empoderamiento de la familia** y un cambio de paradigma, del asistencial al humanístico. Tecnología y humanización están juntas en el nuevo cambio (9).

-Indica: que el equipo de salud trabaje desde una **relación de igualdad** con personas cuyos valores y prioridades a veces son diferentes a las suyas. Participar con el otro exige un espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al comportamiento y apreciación de la diversidad (9).

-Define: el **parto normal** es aquel que inicia espontáneamente, de bajo riesgo, nace un bebé de forma espontánea, con una edad gestacional entre las 37 y las 41.6 semanas. Luego, tanto la madre como el bebé se encuentran en buenas condiciones (9).

-Recuerda: el embarazo-parto-puerperio es un proceso fisiológico. En principio, la mayoría de partos pueden ser normales, "salvo que se demuestre lo contrario". Esta debe ser la filosofía que guíe la actuación de los equipos de salud en su atención. Sólo en el caso de que se presente una complicación está justificado intervenir en el mismo (14).



“Un hospital atiende por lo general a personas enfermas. Los partos son una excepción, porque cuando se trata de un embarazo sin riesgos no se atiende a pacientes con problemas de salud. Tengamos cuidado de no ‘patologizar’ algo que no es patológico” (médico obstetra).

En Argentina existe la **ley 25.929**, conocida como **ley de Parto respetado**, que establece derechos durante el proceso de embarazo-parto-puerperio, tanto para las personas gestantes como para los bebés y acompañantes. Trabajar en consonancia con esos derechos significa que los equipos de salud tratan a esas personas dignamente; les brindan información clara y completa; respetan y alientan la elección de acompañante; respetan y habilitan la libre elección de posición para parir; respetan y acompañan el tiempo fisiológico; cuidan y fomentan la intimidad; respetan y responden a las inquietudes y necesidades (1).

Argentina reconoce la **violencia obstétrica** como una modalidad de violencia contra las mujeres (ley 26.485) y la define como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929 (parto respetado).

La OMS sostiene que a nivel global una tasa de cesárea de hasta un 15% reduce la morbilidad materna y perinatal; por encima de este nivel es un procedimiento innecesario, sin beneficios demostrados para la madre o el bebé. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y largo plazo, que son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral (4,12).

El concepto actual de la **atención durante el trabajo de parto** no sólo implica la vigilancia clínica, sino que tiene en cuenta a igual nivel los aspectos psicoafectivos. La calidad en la atención es buena cuando permite y fomenta todos los aspectos vinculados a un parto respetado (7).

El proceso de parto respetado en el hospital comienza en la puerta del establecimiento y atraviesa a todos los servicios implicados: obstetricia, enfermería, administración, imágenes, laboratorio, limpieza, pediatría, servicio social, nutrición, medicina familiar, salud mental, anestesia, instrumentista, cocina, circulante de quirófano, entre otros. Hasta que la persona sale del hospital con el alta médica, en todo momento debe sentirse cuidada, valorada, acompañada, tanto ella como su bebé.



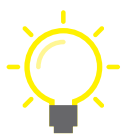
Todo el equipo de salud, en mayor o menor medida, está formando parte de algo que es trascendental para las personas que llegan a parir al hospital. Es importante que **se posicionen como acompañantes y que reconozcan la enorme influencia que tienen en las experiencias de parto y nacimiento.**

Toda interacción debe ser personalizada, recordando que los verdaderos protagonistas de cada encuentro son las mujeres y sus familias (9).

“Tengamos en cuenta que un parto para una mujer y su acompañante es una experiencia casi única, que recordarán, para bien o para mal, por siempre” (médica generalista).



2. Durante todo el tiempo que la parturienta y su acompañante están en el hospital



Recuerde que los siguientes puntos aparecen en recomendaciones y leyes; deberían ser incorporados como política institucional, y no como elección individual de cada trabajador.

-Comunicación e información

Toda interacción debe comenzar con la presentación del personal de salud que la lleva a cabo y el lugar que ocupa en el cuidado de la salud de esa mujer. También se debe avisar cuando la interacción finaliza (8, 9). Es importante que la persona gestante y su acompañante conozcan de antemano quiénes estarán en el área de parto (incluye que sean informadas de la presencia de residentes, rotantes o estudiantes)

“Mi nombre es Julia, soy la médica que va estar con vos en el parto (residente de obstetricia)”; **“Ahora termina mi turno y va a quedar otra compañera con vos (enfermera)”.**



La OMS recomienda

-Ser respetuoso y comprensivo. Escuchar las inquietudes de la parturienta y acompañantes alentándolos a que efectúen preguntas y expresen sus emociones. Toda la información dada por ellos debe ser tratada con confidencialidad (1,2). Es importante saber escuchar y estar dispuesto a aprender (9).

-Usar un lenguaje sencillo y claro y comprobar que lo transmitido ha sido comprendido (1,2, 13).

-Toda indicación debe ser provista en forma verbal y escrita, para facilitar su comprensión y su cumplimiento. Se recomienda repreguntar para su apropiación. Tener en cuenta que si se trabaja con poblaciones no alfabetizadas, con discapacidad (auditiva o mental) o migrantes que no conozca el idioma es importante un acompañante que haga también de intérprete(9).

-Cuidar los gestos y las expresiones corporales durante la atención, como así también el vocabulario (9).

-Brindar información sobre el estado de su hijo o hija de manera precisa y oportuna. Se sugiere tomarse el tiempo necesario para las explicaciones en lenguaje claro, dando lugar a las preguntas y desestimando el uso de tecnicismos (1,9).

-Debe evitarse atender de manera impersonal y conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos (9).



“Estaba en trabajo de parto, las enfermeras entraban y hablaban de cualquier cosa mientras me canalizaban, como si yo no estuviera adelante” (usuaria).

-Es obligación del agente sanitario derribar las barreras idiomáticas y nivelar la asimetría de información existente sobre él y las familias (9).

Acompañamiento

Se recomienda el acompañamiento continuo de una persona elegida por la parturienta, tanto en el parto vaginal como por cesárea. También el equipo de salud debe pensarse como acompañante: es bueno que reciba su apoyo constante. (1, 4, 7, 8, 9, 10, 11,13).



“El único momento que me sentí cuidada en la cesárea fue cuando el anestesista me acarició la cabeza” (usuaria).



Quienes reciben acompañamiento durante el trabajo de parto tienen más posibilidades de tener un parto vaginal, requieren menos analgesia y reportan más satisfacción. Además, el trabajo de parto fue más corto, tenían menos chance de cesárea o parto instrumental, o de tener un bebé con Apgar bajo a los cinco minutos (8).

“Menos intervenciones, más cuidados” (lema de la semana mundial del parto respetado 2018).



Los acompañantes no son veedores, auditores ni competencia. La mirada de otra persona sobre el trabajo propio no debe ser percibida como evaluadora. Además estas personas pueden desempeñarse como aliadas del equipo médico al permanecer constantemente al lado de la parturienta (9). Es deseable que el acompañante no sea retirado de la sala de parto para realizar intervenciones.

“Dejaron que mi mamá me acompañe en la habitación y después preguntaron si quería que alguien presencie el parto. Fue muy bueno” (usuaria).



Intimidad

Durante el trabajo de parto, la persona puede ser particularmente vulnerable a influencias del entorno. La atención obstétrica moderna suele someter a las mujeres a rutinas institucionales, intervenciones, personal desconocido, falta de privacidad y otras condiciones que pueden resultar difíciles de sobrellevar. Si la mujer se siente observada, presionada y dirigida, si experimenta una situación estresante, se produce un aumento del dolor, miedo, ansiedad y adrenalina. Estas condiciones pueden tener un efecto adverso en el progreso del trabajo de parto y en el desarrollo de la sensación de competencia y seguridad, pudiendo generar efectos adversos y tornarse necesarias algunas intervenciones (8, 13). Esto puede minimizarse con el apoyo emocional continuo por parte de familiares, amistades y también del equipo de salud, dando información, consejos y medidas que brinden comodidad (luz tenue, silencio, temperatura agradable, entre otras) (8, 11,13).

“El parto no es un reality show. No debería haber nadie ‘extra’ en parto porque ‘es re lindo ver un nacimiento’ o por simple curiosidad” (médica obstetra).



Trato digno y empático

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que va en contra del derecho a una atención respetuosa, y que también amenaza sus derechos a la salud, la integridad y la no discriminación (10). Es necesario que el personal de salud sepa escuchar y esté dispuesto a aprender, que sea sensible a las necesidades de quien está al frente, que reflexione sobre sus propias percepciones de la vida, la salud, el parto y la enfermedad (9).

“En el trabajo de parto, todos los que entraban y veían la historia clínica me decían: ‘Ay mamita, ¿te parece el sexto ya?, ¿no querés ligarte las trompas?’ (usuaria).



Todo el equipo de salud debe proveer atención de manera personalizada y respetar la privacidad de la mujer, que no se sienta expuesta al estar a la vista de otras mujeres o acompañantes. La condición de internación grupal no debe transgredir el derecho a la privacidad de las personas (8, 9).

“Me gustó que la médica, para revisarme el sangrado, le pidiera al acompañante de la chica de al lado que saliera de la habitación” (usuaria).

Respeto por las decisiones y necesidades (individuales, socioculturales)



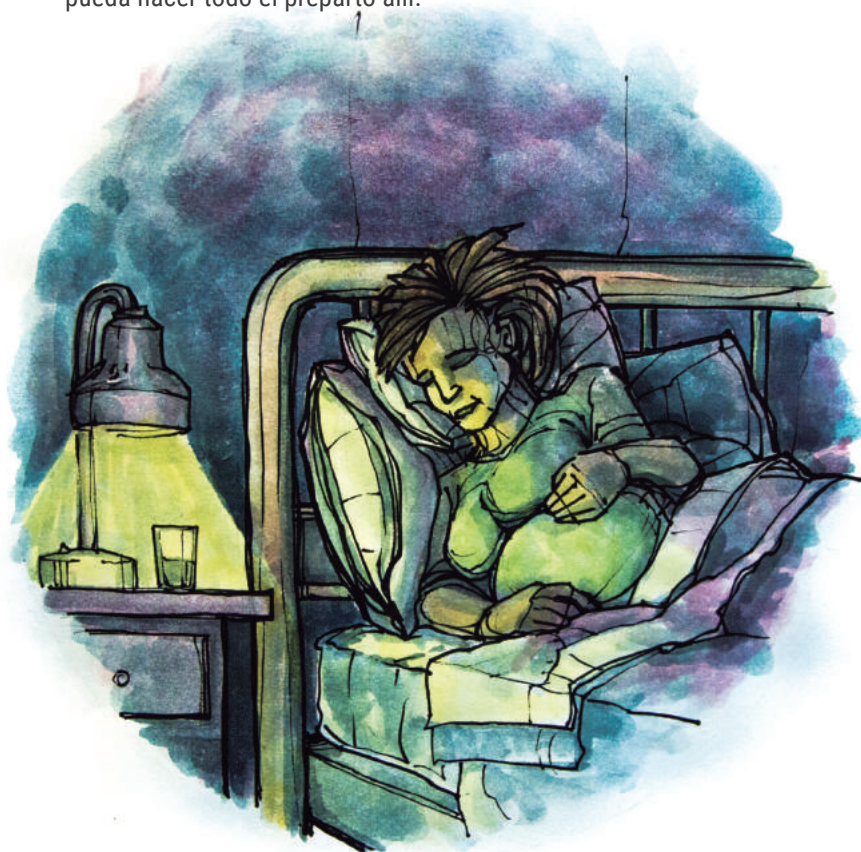
El personal de salud debe saber respetar las convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con las pautas socioculturales, de género, de pudor e intimidad de la mujer y sus familiares o acompañantes (1, 2, 9).

“Nadie debería llorar de indignación, bronca o dolor recordando su parto, por culpa de la atención denigrante y poco empática recibida” (usuaria).

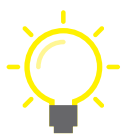
No hay necesariamente respuestas idénticas ni válidas para todas las culturas. Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas importantes para ella, la familia y/o su comunidad (4).

Adecuación de las salas de parto

Es clave que se permita la atención del período de dilatación, parto y recuperación en una sola habitación (TPR). Esto facilita el ingreso del acompañante y que la mujer no quede aislada de su entorno, evita traslados dificultosos e incómodos, tanto para la mujer como para los sectores del hospital involucrados, posibilita la utilización de tecnología de apoyo en el momento requerido (8, 9). Las instituciones que poseen TPR deben habilitarlas desde que la mujer ingresa para que pueda hacer todo el preparto allí.

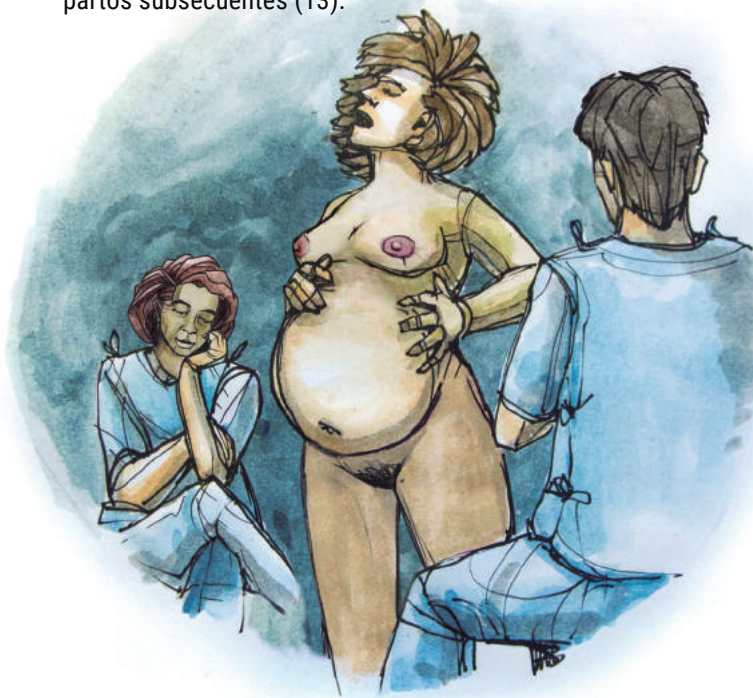


3. Período de dilatación



Recuerde que los siguientes puntos aparecen en recomendaciones y leyes; deberían ser incorporados como política institucional, y no como elección individual de cada trabajador.

-Temporalidad. Duración del período de dilatación. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación (hasta 4 cm de dilatación). Esto puede variar ampliamente de una mujer a otra. Y la duración de la fase activa (a partir de los 4 cm hasta dilatación total) generalmente no pasa las 12 horas en los primeros partos y las 10 horas en los partos subsecuentes (13).





-Tomar y beber. No debe restringirse la ingesta de líquidos y comidas durante el trabajo de parto si la mujer lo desea, ya que la aspiración de contenido gástrico durante la anestesia general es un evento muy infrecuente. La restricción de la ingesta de líquidos no tiene utilidad, no acorta la duración del trabajo de parto, no disminuye las cesáreas y genera discomfort en las mujeres (9, 11,13).

“Me levanté a la mañana, rompí bolsa y fui directo al hospital. Parí a las 19. En todo ese tiempo no me dejaron comer ni tomar nada. Tenía tanta sed que me mojaba los labios con un algodón con agua” (usuaria).

-Se recomienda fomentar que las mujeres caminen, **se muevan y tengan postura erguida** durante el trabajo de parto. Esto acorta el período dilatante en las nulíparas y reduce las cesáreas. No implica riesgo de mortalidad perinatal ni sufrimiento fetal, ni ingreso del recién nacido a la neo. Permitir que las mujeres caminen o que adopten una postura erguida durante el trabajo de parto es una intervención beneficiosa, económica y fácil de implementar que respeta las elecciones de la mujer (9, 11,13).

-Primero no dañar. Controlar el uso rutinario de drogas, procedimientos, pruebas y restricciones. Muchas de esas intervenciones durante el trabajo de parto y parto involucran otras intervenciones para supervisar, prevenir o tratar efectos adversos de las mismas, desencadenando una “cascada de intervenciones” (8).



-Evitar el “manejo activo” del trabajo de parto. No aplicar un “paquete de cuidados” de rutina con el fin de apurar o prevenir el retraso del trabajo de parto: oxitocina y amniotomía temprana, maniobra de Hamilton, administración generalizada de líquidos intravenosos, antiespasmódicos. Esta conducta no ofrece beneficios que superen a los daños potenciales, como la hipervolemia materna. El uso sistemático y generalizado de líquidos intravenosos en todas las mujeres en trabajo de parto aumenta los costos, afecta los recursos y limita la posibilidad de que la persona pueda caminar o de adoptar posturas libremente (4, 8, 11,13).



“Hay que esperar, respetar lo fisiológico, eso le digo siempre a los estudiantes. El trabajo de parto va a ir aumentando progresivamente solo, no hay que hacer cosas `por las dudas´. Poniendo oxitocina apurás las cosas, y se puede generar por ejemplo una hipertonía. Hay muchos casos que van a cesárea por causa de esto” (médico obstetra docente de Medicina).

-Tratamiento del dolor. Las personas en trabajo de parto experimentan un rango variado de dolor y diferentes respuestas a él. La reacción individual al dolor puede ser influida por las circunstancias del trabajo de parto, por el contexto en que se encuentre la mujer, y por la preparación y el apoyo que reciba. El dolor también está condicionado por el tipo de inicio del trabajo de parto (espontáneo o inducido) y por las intervenciones médicas, como episiotomía o parto instrumental (4, 8, 9, 11,13).



-Se recomienda **promover el uso de métodos analgésicos no farmacológicos**. El apoyo continuo intraparto reduce la probabilidad de necesitar analgesia. Algunas técnicas de relajación, respiración, música y meditación mostraron ser útiles para la reducción o manejo del dolor. También técnicas manuales como masajes, aplicación de compresas tibias y acupuntura son recomendadas (8, 9,13).

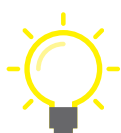
“Sentía que el dolor me partía las caderas en dos; me servía agacharme y agarrarme de la cama. Cuando estaba así hacía un sonido continuo con la voz que me ayudaba a pasar esos dolores y a concentrarme” (usuaria).

Aún así se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto. (13)



No olvidar de tener en cuenta, para este momento, todo lo que contiene el punto 2 de este material

4. Expulsivo



Recuerde que los siguientes puntos aparecen en recomendaciones y leyes; deberían ser incorporados como política institucional, y no como elección individual de cada trabajador.

-Temporalidad. Se debe informar a las mujeres que la duración del expulsivo (período entre la dilatación total del cuello del útero y el nacimiento del bebé) varía de una mujer a otra. En los primeros partos se completan generalmente en 3 horas y en los siguientes en 2 (13).



-La OMS recomienda alentar a que las mujeres elijan la **posición para para parir**. Se debe incentivar que las mujeres adopten la posición que les resulte más cómoda durante el trabajo de parto y el parto, ya que esta medida reduce el dolor y genera mayor satisfacción (9). La OMS recomienda alentar y asistir a las mujeres para que sigan su propia necesidad de pujar (13).

“La verdad es que probé acostada y no pude. Y cuando me paré sentí que así iba a poder: la obstetra me dijo que si me sentía cómoda parada que pujara, y fueron a buscar las colchonetas. Así, parada y con ellas sosteniéndome, porque no daba más, hice dos pujos y nació” (usuaria).



-Política para la episiotomía. La OMS indica que no se recomienda el uso ampliado o de rutina en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo (13).

“‘Mira papá, te la he dejado cero kilómetro’, le dijo el médico a mi compañero al acabar de coserme” (usuaria).

En cuanto a la presión del fondo del útero (**Maniobra de Kristeller**) no hay evidencia que avale que deba ser realizada. Por el contrario, la OMS sostiene que puede ser perjudicial y causar roturas en el útero, desgarros en el periné y fracturas en el bebé (7)



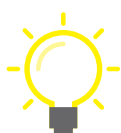
-Si el parto es por **cesárea** la mujer tiene derecho a estar acompañada todo el tiempo, a tener contacto piel con piel con el bebé sobre su pecho apenas lo extraen, a recibir traslado lo antes posible a la habitación (donde podrá estar continuamente con el bebé), a ver el nacimiento del bebé y que por lo tanto bajen la barandilla o campo quirúrgico (telón), a que el equipo médico haga el silencio adecuado y no hablen de cosas triviales mientras operan. La sala debe tener la temperatura adecuada.

“Me sentí muy incómoda cuando en plena cirugía la médica me hizo el cuestionamiento de la ligadura de trompas” (usuaria).

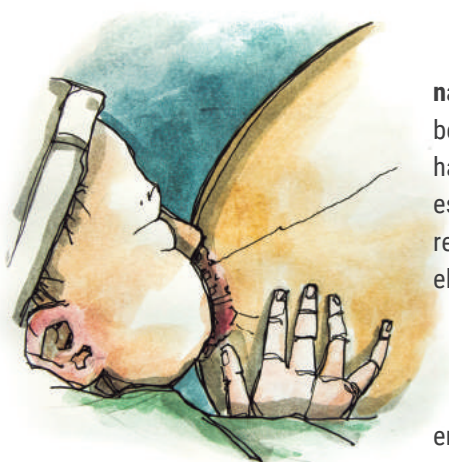


No olvidar de tener en cuenta, para este momento, todo lo que contiene el punto 2 de este material

5. Alumbramiento y atención al RN



Recuerde que los siguientes puntos aparecen en recomendaciones y leyes; deberían ser incorporados como política institucional, y no como elección individual de cada trabajador.



-Promover el pinzamiento tardío del cordón umbilical luego del nacimiento. Esperar 3 minutos o hasta que deje de latir, tiene efectos beneficiosos en los RN: permite el pasaje de sangre desde la placenta hacia el RN. No genera riesgo de hemorragia para la madre. Durante la espera, el bebé puede ser colocado en el pecho materno, lo cual favorece el primer contacto temprano, piel a piel. Esto estimula el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna (8,13)

-La OMS indica mantener a los recién nacidos sin complicaciones en **contacto piel con piel** con sus madres inmediatamente después del nacimiento, al menos durante la primera hora del nacimiento. Esto previene la hipotermia del bebé, promueve la lactancia y favorece el vínculo- apego entre madre e hijo, entre otros beneficios (8,13). Para lograr esto, se recomienda realizar medida de peso y talla en diferido; y la administración de vitamina K, vacuna para la Hepatitis B y BCG y profilaxis ocular en la sala de internación conjunta.



“El bebé no debe ser separado siquiera para que lo pesen, para que lo midan, para que le pongan una vacuna o para que le escuchen el corazón. Todas esas acciones pueden hacerse sobre el pecho de su mamá o sobre el pecho de quien esté acompañando en ese momento. Tenemos que, como sistema de salud, pensarlo al revés y acomodarnos a tener las cosas adecuadas para este tipo de recepción” (médica generalista).



“Fue un momento hermoso, único. Me lo mostraron y me lo dejaron en mi pecho apenas nació” (usuaria).

-La OMS recomienda la **humanización en la atención neonatal**: esos niños tienen el derecho a ser considerados sujetos en oposición a objetos de las prácticas médicas, a ser tratados en forma digna y respetuosa (1, 8). En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz (13)



No olvidar de tener en cuenta, para este momento, todo lo que contiene el punto 2 de este material

6. Posparto



Recuerde que los siguientes puntos aparecen en recomendaciones y leyes; deberían ser incorporados como política institucional, y no como elección individual de cada trabajador.

-La OMS resalta los beneficios y el derecho de la **internación conjunta madre-hijo** sin interferencias institucionales, sin separaciones injustificadas y con libre acceso para los grupos familiares (1, 8).

-El equipo de salud debe estar capacitado para brindar asistencia a la madre y al recién nacido para contribuir al inicio temprano de la **lactancia** (9). Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible (13). La mujer debe recibir acompañamiento para la lactancia propiciando que sea una experiencia placentera para la mujer e informando de los beneficios para el bebé.



“En la habitación me enseñaron posiciones para que la bebé pudiera mamar bien, porque me estaba costando que succionara, y me lastimaba el pezón” (usuaria).

-La madre debe recibir contención emocional e información sobre el estado de salud propio y el de su bebé (9)

-La institución debe ofrecer un **horario amplio para el ingreso de familiares**, por lo menos tres horarios en distintos momentos del día.



Es importante que el equipo de salud tenga la concepción de las familias como “dueñas de casa”, y no como “visitas” (9).

“La segunda noche de internación no me dejaron que se quede nadie. Soy primeriza y era muy importante que estuviera alguien para ayudarme y acompañarme. Yo no me podía mover, me hubiera dejado más tranquila” (usuaria).



-Antes del alta hospitalaria, la institución debe contar con un **dispositivo de consejería**, que posibilite recuperar conocimientos y experiencias de las mujeres, y brindar información en relación a salud sexual y reproductiva, cuidados del bebé, derecho a la identidad, y referenciar a los centros de salud para el control de la mujer y el recién nacido (9).

“Me gustó mucho como me hablaron. Me sacaron todas las dudas y me explicaron los pasos a seguir. Además me informaron muy bien todos los métodos anticonceptivos, entonces una toma conciencia de las decisiones que toma” (usuaria).



No olvidar de tener en cuenta, para este momento, todo lo que contiene el punto 2 de este material

7. Cierre

Cuando una mujer en situación de parto ingresa a la institución cada persona con la que se encuentra es clave en su experiencia. La fisiología del parto necesita, para prosperar, de un ambiente acogedor, íntimo, silencioso, seguro y libre, en términos de no intimidatorio ni estresante. La espera y la calma se tornan elementos indispensables. Por eso, es importante que los trabajadores de la salud, cualquiera sea el rol específico que ocupan, se posicionen como acompañantes y habiliten el bienestar, el placer y la autonomía de la parturienta.

Las mujeres y acompañantes resaltan como positivas aquellas acciones que van en consonancia con una adecuada y comprometida atención integral del parto, es decir que atiende a aspectos emocionales, culturales, fisiológicos, espirituales. Dicho reconocimiento es altamente gratificante para los trabajadores que habilitaron esa dinámica, teniendo como efecto el fortalecimiento y satisfacción de los propios equipos, a la vez que se enriquecen los lazos de la institución con la comunidad.

Para que todo esto suceda, es necesario volver a mirar el proceso perinatal no como enfermedad ni como hecho médico, sino como lo es en la enorme mayoría de las veces: algo saludable.

Con este material, se espera contribuir a procesos de trabajo que permitan afianzar derechos en el embarazo y el parto desde los equipos de salud.

8. Referencias

1. Ley Nacional 25.929 de Derechos de padres e hijos en el proceso del nacimiento (2004).
2. Ley Nacional 26.529 de Derechos de los pacientes (2009).
3. Ley Nacional 26.485 de Protección integral a las mujeres (2009).
4. Declaración de Fortaleza, recomendaciones sobre el nacimiento (OMS 1985).
5. Cuidados en el Parto Normal, Guía Práctica (OMS; 1996).
6. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto (OMS; 2001).
7. Guía para la atención del parto normal, Ministerio de Salud de Argentina (2003).
8. Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia (MCF). Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Con el auspicio de UNICEF y el Ministerio de Salud de la Nación (2006).
9. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. 2da edición. UNICEF (2012).
10. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto, en centros de salud (OMS; 2014).
11. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto (OMS; 2015).
12. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea (OMS; 2015).
13. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo (OMS; 2016).
14. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (OMS; 2018).



ÍNDICE

Presentación

1. De qué hablamos cuando decimos...Conceptos importantes.

Medicalización; experiencia de parto positiva; plan de parto; atención centrada en la mujer; empoderamiento de la familia; relación de igualdad en la atención sanitaria; parto normal; ley 29.929 (Parto Respetado); violencia obstétrica; tasa de cesárea; influencia de todos los servicios que intervienen y su presencia como acompañamiento.

2. Durante todo el tiempo que la parturienta y su acompañante están en el hospital. Comunicación; información; acompañamiento; intimidad; trato digno y empático; respeto por las decisiones y necesidades (individuales y socioculturales); adecuación de salas de parto.

3. Período de dilatación. Duración; ingesta de comida y bebida; movimiento libre y postura erguida; evitar el “manejo activo” del trabajo de parto; alivio y tratamiento del dolor.

4. Expulsivo. Duración; posición para parir; política de episiotomía; maniobra de Kristeller; parto por cesárea.

5. Alumbramiento y atención del recién nacido. Pinzamiento tardío del cordón; contacto piel con piel; humanización de la atención neonatal;

6. Posparto. Internación conjunta madre-hijo; lactancia; ingreso de familiares y acompañantes; consejería en salud sexual y reproductiva.

7. Cierre

8. Referencias

Este material fue producido a lo largo de más de un año de trabajo en conjunto entre miembros del equipo “Mi cuerpo, mi decisión”, de la UNC, y del “Equipo Maternidad Segura y Centrada en la Familia” del Hospital Municipal Príncipe de Asturias. Éste está integrado de manera estable por Liliana Bekerman (pediatra), Paola García Elettore (trabajadora social), Verónica Rodríguez (tocoginecóloga) y Paula Ortiz (nutricionista). En el período que se desarrolló el proyecto se llevaron adelante diversas acciones en el Hospital, que posibilitaron conocer distintas miradas en torno a los partos, contribuyendo en la elaboración de este material.

Agradecemos a los trabajadores de distintos servicios que respondieron las encuestas; a quienes nos dieron entrevistas; a quienes tuvieron gran disposición y apertura para intercambiar pareceres y reflexiones.

Agradecemos a las mujeres que dieron sus testimonios para que podamos conocer sus experiencias de parto.

Además fue importante el apoyo de la subdirección del Hospital, que posibilitó el convenio de trabajo y las tareas propuestas.

El diseño y maquetación son de Bea Barbosa, y los dibujos son de Daniel Marin.

La becaria del proyecto es Lucía Reano,
la directora es Valeria Nicora y la codirectora es Magdalena Arnao.

Este material se enmarca dentro de una beca BITS-UNC, de título: “Afianzando derechos en el embarazo y el parto desde los equipos de salud”. Fue elaborado entre junio de 2017 - agosto de 2018, en la ciudad de Córdoba.

Contactos

Hospital Príncipe de Asturias 4343322 int 5503
micuerpomidecisión.sociales@gmail.com

El texto está bajo licencia Creative Commons Atribución- Compartirigual

Los dibujos están bajo licencia Creative Commons Atribución- SinDerivados



