



PARTO ADECUADO – PARTO SEGURO

RECOMENDACIÓN FECLES N°5

DESCRIPCIÓN BREVE

En diferentes centros de Atención de Salud existen una serie de reclamos y demandas por parte de las mujeres que se encuentran embarazadas en función de lo que algunos llaman parto Humanizado, como así también por parte de los equipos de salud externos que las asisten. Con el objetivo de cuidar el Binomio de la Mujer y su hijo en gestación, como así también resguardar los recursos Humanos, Estructurales y Financieros de las Instituciones; FECLES ha generado una revisión sobre el tema, definiendo una serie de estrategias, cuidados y recomendaciones o sugerencias a tener en cuenta.

Dra. Andrea Nikcevich Dra. Patricia Evangelista

INTRODUCCIÓN:

La institucionalización del parto a partir de comienzos del siglo XX ha permitido el descenso de las tasas de morbilidad materno – infantil resultantes de los partos patológicos.

El parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los otros aspectos esenciales para las familias. Dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales.

El equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a embarazos de alto riesgo para todos los casos.

Como versa en la Guía para la atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia del Ministerio de Salud de la Nación (2010), esto ha llevado al empleo desmedido de prácticas médicas innecesarias, viéndose reflejado en el aumento indiscriminado de cesáreas (que llegan actualmente en algunos centros al 80% de los partos) sin reflejarse en mejores resultados obstétricos y neonatales.

Como consecuencia de esta situación, varios movimientos se desarrollaron tanto a nivel nacional como internacional a fin de lograr que el parto vuelva a ser un hecho natural con participación de la familia.

En el año 1985, la OMS en la Reunión de Fortaleza, proclamó la declaración *“El nacimiento no es una enfermedad”*.

En dicha reunión quedaron establecidas 16 recomendaciones, (**Anexo 1**) basadas en el concepto de que la mujer tiene el derecho a recibir una atención prenatal apropiada y que cumple el papel central de todos los aspectos de esta atención, incluyendo en esta atención a los factores sociales, emocionales y psicológicos.

A partir de la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN) creada por OMS-UNICEF en 1991 con el objetivo de promover la lactancia materna en las maternidades e implementada en la Argentina en 1994, surge el concepto de Maternidades Centradas en la Familia.

Es recién en 2007 que se publicó la Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia y hacia fines de 2008, la representación argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) editó el Modelo de Maternidad Centrada en la Familia, tomado por el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. El mismo, constituye un paradigma en la atención perinatal.

A fines de 2009, UNICEF trabajó junto al Ministerio de Salud de la Nación en un proyecto de diagnóstico y seguimiento basado en la iniciativa Maternidad Segura (MS).

Luego, para integrar las iniciativas de Maternidad Centrada en la Familia y la Maternidad Segura se conceptualizó un nuevo modelo integrado: Los 10 pasos hacia una *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)* (**Anexo 2**).

El modelo de MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto con el equipo de salud como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de las prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido, implementando prácticas seguras y de probada eficacia y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN) que promueve fuertemente la lactancia materna.

NORMATIVAS:

A continuación enumeramos las principales leyes que regulan el cumplimiento de un parto adecuado y seguro (**Anexo 3**):

- ✓ Ley Nacional 25.929¹ y su Decreto Reglamentario 2035/2015.
- ✓ Ley Nacional 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales y su Decreto Reglamentario 1011/2010.
- ✓ Ley 118/1998 CABA y Ley Nacional 26.061 de Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes.
- ✓ Ley Nacional 26.873 de Promoción y concientización pública sobre la lactancia materna y su Decreto reglamentario 22/2015.
- ✓ Ley Nacional 22.909. Ley de vacunación obligatoria.
- ✓ Comunicado sobre la ley de vacunas (Junio 2017)
- ✓ Guías de atención para el parto normal en maternidades centradas en la familia². Incluye:
 - Profilaxis de distintas patologías:
 - Hepatitis B (aplicación de vacuna)
 - Enfermedad hemorrágica del recién nacido (aplicación de vitamina K)
 - Oftalmia gonocócica
 - Iniciación del amamantamiento dentro de la 1ª hora
 - Programas de pesquisas:
 - Endócrino – metabólica
 - De hipoacusia
 - De displasia de cadera
- ✓ Otras recomendaciones:
 - Resolución 1142/ 2004. Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal de VIH.

¹ Ley 25.929: Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

² Aprobado por Resolución Ministerial Nº 647, del 5 de diciembre de 2003, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, implementado por Resolución (MS y AS) Nº 149, del 1 de junio de 1993. Primera edición de este documento año 2004.

PROBLEMÁTICA:

A partir de la promulgación de la Ley 25.929 en septiembre de 2004 y su reglamentación en 2015, las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, se están viendo cuestionadas en relación a sus prácticas obstétricas.

El parto adecuado y seguro, supone un mayor acompañamiento de la parturienta, menor intervencionismo médico en la atención de la madre y del recién nacido y también mayor participación en las decisiones médicas.

Ello se ha reflejado en la solicitud creciente de planes de parto, muchas veces en oposición al saber médico profesional, generando un alto riesgo de morbi-mortalidad materno infantil.

Es cada vez mayor el porcentaje de acciones legales y de ocasiones prácticas denunciadas como violencia obstétrica³.

Ante esta situación se impone establecer pautas de acción, comunes a las instituciones a fin de otorgar una respuesta adecuada a cada caso, que contemple el cumplimiento de la ley, atendiendo los requerimientos de la madre, sin que esto signifique riesgo para ella y/o para la integridad de la persona por nacer.

Llevar a cabo un parto adecuado y seguro, no debe ir en contra de la tecnología sino de su uso incorrecto o abuso.

Debe comprenderse que, tanto los obstetras como las autoridades de las instituciones que atienden partos, jamás avalarían la práctica de acciones que pudieran perjudicar a alguna mujer en cualquiera de sus estados.

A continuación, analizaremos situaciones a considerar a partir de pedidos de “planes de parto” de las madres durante el embarazo.

Parto Institucional vs Parto domiciliario

No existen pruebas sólidas de ensayos aleatorios que favorezcan el parto planificado en el domicilio vs. el parto planificado en el hospital en pacientes embarazadas de bajo riesgo.

✓ *Parto institucional*

En los últimos 50 años el advenimiento y la difusión del parto institucional sumado a la posibilidad de una rápida y oportuna intervención produjo una disminución abrupta del número de muertes maternas y una notable mejoría en la salud de los recién nacidos.

✓ *Parto domiciliario*

³ Violencia obstétrica: 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.

Los ensayos muestran que las pacientes que viven en áreas donde no hay buena información acerca del parto en el domicilio pueden recibir con beneplácito los ensayos éticamente bien diseñados que asegurarían una elección fundamentada. Como la calidad de las pruebas a favor del parto en el domicilio obtenidas de los estudios observacionales parece aumentar de forma sostenida, quizás sea importante preparar una revisión sistemática que se actualice de forma regular y que incluya estudios observacionales como se describe en el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones como un intento para configurar nuevos ensayos controlados aleatorios.

La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA), con motivo de haber tomado estado público el parto domiciliario y debido a que esta modalidad de atención se asocia a un mayor riesgo obstétrico por la imposibilidad de resolver, en tiempo y forma, las emergencias maternas y fetales que pueden ocurrir durante el trabajo de parto y el parto, se vio en la obligación de informar a la población su posición, basada en criterios científicos avalados por datos de la literatura médica internacional. Cabe destacar que SOGIBA es la entidad científica que representa a más de 1000 ginecólogos y obstetras de la Ciudad de Buenos Aires.

Hasta el momento todos los trabajos serios efectuados han demostrado una significativa reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal a partir de que los partos fueron institucionalizados y no se cuenta por ahora con nada que científicamente demuestre lo contrario. Por otra parte, los resultados perinatales adversos en los partos domiciliarios que exhiben los países que cuentan con estadísticas al respecto, afirman aún más esta postura. La Ley N° 25.929, ampara la decisión de la mujer de elegir el lugar del parto y debemos ser respetuosos de la misma. Si bien, debemos poner en conocimiento de las mujeres que en el parto domiciliario hay menos intervencionismo respecto a cesárea, fórceps, episiotomía y anestesia comparado con el parto institucional, es nuestro deber comunicar que el riesgo de complicaciones neonatales como convulsiones y/o depresión del recién nacido se duplican mientras que las secuelas neurológicas graves se triplican, al igual que la mortalidad fetal y neonatal. Estos resultados adversos han sido observados en poblaciones de países desarrollados donde las condiciones de traslado se suponen óptimas, así como también son adecuados los recursos para solucionar urgencias que se pueden presentar en dicho domicilio. Esto se comprobó en parturientas de bajo riesgo y habiéndose descartado previamente los factores que contraindican el parto domiciliario.

Pedido de cesárea por la madre

Se define como parto por cesárea a petición de la madre, a aquella operación cesárea que se realiza sin trabajo de parto iniciado y en ausencia de indicaciones maternas o fetales tradicionales.

Las dificultades que plantea esta solicitud se ubican, por un lado, en los intereses de la medicina que suele utilizar estrategias basadas en los riesgos biológicos tanto maternos como fetales.

Por otro lado hoy se suele aceptar e inclusive estimular la práctica de la autonomía por parte de los pacientes basada en un asesoramiento adecuado de manera tal que pueda ejercer adecuadamente sus aspiraciones autónomas.

Teniendo en cuenta el balance riesgo - beneficio, hay obstetras que consideran que se debe recomendar a los pacientes un plan para parto vaginal seguro y adecuado, en ausencia de indicaciones maternas o fetales.

Las experiencias de vida críticas (por ejemplo, trauma, violencia o malos resultados obstétricos cercanos) y la ansiedad sobre el proceso del nacimiento pueden inducir su demanda y deberían analizarse en conjunto.

Según el consenso de la FASGO (Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia) realizado en Tucumán en 2014, ante una solicitud de parto por cesárea electiva, el obstetra, en su calidad de defensor de la salud de la paciente, debe ayudar y guiar a la embarazada a través de información médica detallada, hacia una decisión que respete tanto la autonomía de la paciente, como la obligación del médico para optimizar la salud de la madre y el recién nacido. Teniendo en cuenta el balance de riesgos y beneficios asociados con la cesárea a demanda materna y con la intención de incorporar responsablemente la preferencia de las pacientes en la toma de decisiones médicas, FASGO ofrece las siguientes recomendaciones:

- El parto vaginal es seguro y apropiado en la mayoría de los casos y debería ser recomendado, en ausencia de indicaciones maternas o fetales para operación cesárea.
- En los casos de cesárea por pedido materno se recomienda:
 - No se debe realizar antes de una edad gestacional de 39 semanas.
 - No debe estar originada en la falta de disponibilidad de tratamiento eficaz del dolor.
 - No se recomienda para las mujeres que desean tener varios hijos, dado que los riesgos de la placenta previa, acretismo, e histerectomía grávido puerperal aumentan con cada parto por cesárea.
- Mientras no exista una normatización basada en evidencias, la tarea profesional deberá enmarcarse siempre con un consentimiento informado y firmado, claramente explícito y detallado (**Anexo 4**).
-

Trabajo de parto sin intervención Vs Inducción del trabajo de parto

Una vez iniciado el trabajo de parto se asume que se halla detenido si luego de 1 hora en multíparas y 3 horas en nulíparas, con contractilidad normal y sin desproporción pélvico-cefálica, la cabeza fetal no ha descendido ni rotado y la dilatación cervical permanece estacionaria.

En 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó recomendaciones para la inducción del trabajo de parto¹, otra intervención crucial en el manejo del trabajo de parto (**Anexo 5**). La meta fue consolidar la orientación para lograr intervenciones efectivas relacionadas con la atención intra-parto. Fue elaborada bajo la premisa de garantizar la seguridad y autonomía de las madres durante el trabajo de parto en tanto se atiende el problema mundial de la alta tasa de cesáreas.

A continuación se mencionan las de mayor fuerza:

Diagnóstico de retraso de la 1ª etapa del trabajo de parto

Realización de partograma de la fase activa con línea de acción de 4 horas para monitoreo del avance del trabajo de parto

Prevención de la prolongación de la 1ª etapa del trabajo de parto

No se recomienda el uso de líquidos IV para abreviar la duración del trabajo de parto.

Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo.

Se recomienda acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados

No se recomienda el uso de enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto

Tratamiento de la prolongación de la 1ª etapa del trabajo de parto

No se recomienda el uso de misoprostol para la conducción del trabajo de parto.

Negativa a la inmunización:

Una situación planteada por los padres de recién nacidos es la negativa a la inmunización de los mismos desconociendo la **obligatoriedad** de la vacunación.

La jurisprudencia más reciente al respecto es un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) de junio de 2012, que ratificó lo dispuesto en el mismo caso por la Corte Suprema de la Provincia de Buenos Aires en octubre de 2010 (C. 111.870.n.n o U.V Protección y Guarda de Personas).

El alto tribunal, en fallo unánime sostuvo que el principio de autonomía encuentra límites en el derecho a la salud de la comunidad y en el interés superior del niño, por lo que obligaron a vacunar al menor en un plazo perentorio de dos días.

Los dos argumentos centrales por los cuales la CSJN descarta el pedido, son el daño a terceros (por el posible contagio y quiebre de la inmunidad del conjunto social por la negativa) y la protección de la autonomía individual del menor, la que “prima facie” se vería afectada por el riesgo que para su salud implica la negativa dada por sus padres.

A mediados de 2017, se presentó un proyecto de ley anti vacunas, con el objetivo de eliminar la obligatoriedad de la vacunación, a tono con los movimientos que en Europa y Estados Unidos están haciendo reaparecer “viejas” enfermedades, poniendo en duda su seguridad. El objetivo de este proyecto, es que los médicos informen a los padres sobre las posibles reacciones adversas que pueden tener las vacunas y dejen abierta la posibilidad de optar por la no vacunación, bajo responsabilidad del médico.

Este proyecto de ley causó un fuerte rechazo en las autoridades sanitarias así como también las sociedades científicas y va en contra de la jurisprudencia de la CSJN.

A continuación se transcribe el comunicado de la Sociedad Argentina de Inmunología (SAI), Fundación Huésped y Sociedad Argentina de Infectología (SADI)

Comunicado sobre la ley de vacunas (Junio 2017)

“En vista del proyecto de ley presentado por la diputada nacional Paula Urroz, recientemente trascendido, desde la Sociedad Argentina de Inmunología (SAI), la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y Fundación Huésped vemos con mucha preocupación que nuestros representantes del Poder Legislativo propongan medidas tendientes a modificar la ley vigente. Consideramos que esto indudablemente significará un retroceso en política sanitaria, con serias consecuencias potenciales para la salud de nuestra población y las futuras generaciones. El sólo hecho de que un niño pueda quedar desprotegido por falta de vacunación representa un peligro social, ya que no sólo él queda vulnerable sino que también pone en riesgo a sus semejantes al no contribuir a la inmunidad general de la población o “inmunidad de rebaño.”

En este sentido, y en base a la extensa evidencia científica acumulada en favor de la vacunación, rechazamos el proyecto de ley presentado”.

Partos acuáticos:

El parto acuático constituye otra de las modalidades de parto solicitadas.

Debemos distinguirla del pedido de trabajo de parto bajo el agua.

Al revisar los estudios relativos a los partos acuáticos se vio que no todos diferencian el trabajo de parto del mismo parto y que, en consecuencia, los resultados positivos que se producían durante la dilatación no podían ni debían extrapolarse al momento del nacimiento.

Además, en los diferentes estudios consultados, la inmersión en agua no es siempre igual, ya que hay variaciones en la duración de la misma, la profundidad de la bañera, la temperatura del agua e incluso en el uso o no de chorros de hidromasaje.

A esto se suma que la mayoría de estudios realizados tiene muestras pequeñas con posibilidades de sesgo altas.

Aún así, consideran que a falta de mayor evidencia, la dilatación en agua puede considerarse positiva, por la disminución del dolor y por la mejor experiencia por parte de las madres, mientras que a partir del período expulsivo debería proseguirse en el exterior porque a pesar de considerar que puede ser un nacimiento más suave, una transición menos traumática desde el líquido amniótico al líquido exterior, hay riesgos que no deben obviarse.

Las complicaciones son tanto para la madre como para el bebé, a saber:

- ✓ Mayor riesgo de infección materna y neonatal (sobre todo si ha habido rotura de membranas)
- ✓ Dificultades en la termorregulación neonatal
- ✓ Avulsión y ruptura del cordón al sacar al bebé de debajo del agua o maniobrar desde arriba, dentro de la bañera, produciéndose hemorragia y shock
- ✓ Dificultad respiratoria
- ✓ Hiponatremia por aspiración de agua
- ✓ Convulsiones
- ✓ Asfixia neonatal
- ✓ Síndrome de aspiración de meconio
- ✓ Sepsis

Son complicaciones **graves**, con riesgos evidentes para la vida, debiendo evitarse y **promoverse el parto fuera del agua**.

En conclusión, no se ha demostrado ningún beneficio para el bebé o la madre el realizar el período expulsivo dentro del agua, por lo que se sugiere la revisión de las recomendaciones, para que **el parto acuático no se convierta en una norma**.

RECOMENDACIONES FECLES:

- Que cada institución cuente con un plan de parto de acuerdo a las normativas generales de la institución, a disposición quien lo requiera. Cada institución las informará como crea conveniente.
- Informar a los servicios de obstetricia y neonatología de la normativa.
- Que cada institución cuente con un *Consentimiento Informado*, que será parte de la documentación necesaria para la internación. Será completado por el obstetra, en las consultas de control del embarazo.
- Que el plan de parto contenga toda la información en relación a las prácticas de obstetricia y neonatología que se realizarán según la normativa vigente en nuestro país.

Prácticas obstétricas:

- Desarrollar el parto según los planes de parto de cada institución respetando la autonomía de la gestante, pero de acuerdo a la situación médica de la paciente y a las características edilicias de la institución.
- Las maternidades con disponibilidad técnica suficiente, pueden implementar el trabajo de parto bajo agua, desaconsejándose el período expulsivo en este ambiente es decir el parto acuático por su riesgo.
- Desaconsejar el parto domiciliario en cualquier circunstancia informando sus riesgos.

Recepción del RN:

- Aplicación de vacunas:
 - Administración de vacuna contra Hepatitis B: Se aplicará dentro de las 12 hs del Nacimiento (Resolución Ministerial 940/00) En caso de rechazo expreso a la vacunación, formular la denuncia correspondiente a la Defensoría de Menores e Incapaces de turno (se busca en la web o llamando al 102). Se debe tener disponible en cada Maternidad el teléfono correspondiente según cada Provincia o Distrito.
 - Administración de la vacuna BCG: Se aplicará antes del egreso de la maternidad. (ley 26.796/12)
- Pesquisas neonatales obligatorias nacionales:
 - Pesquisa de Enfermedades Metabólicas: Se realizará luego de las 36 hs del nacimiento. (Ley 26.279/07)
 - Otoemisiones Acústicas: (ley 25.415/01)
- Prevención de enfermedad hemorrágica del RN:
 - Aplicación de Vitamina K intramuscular: Esta forma de aplicación se realiza en las primeras 4 hs. de vida y es una recomendación avalada por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de la Nación. La utilización de la Vitamina K oral como alternativa, no asegura la prevención de estas hemorragias ya que, la absorción por esta vía es errática, más aún, cuando la madre amamanta y además, no asegura niveles efectivos de Vitamina K en sangre, en el período postnatal inmediato. Se deberá agotar todas las instancias para asesorar a los padres sobre los beneficios de la aplicación por vía intramuscular. De no aceptar esta vía y optar por la vía oral, deberán firmar un compromiso de aplicación al alta, de las dosis posteriores indicadas.
- Prevención de oftalmía gonocócica del RN:
 - Aplicación de gotas oftálmicas de eritromicina: Se realiza en todos los RN, aún los nacidos por cesárea.

Durante la internación post- parto:

- Promover la Internación conjunta
- Promover la lactancia materna
- Dentro de las posibilidades de cada institución, contar con una visita prenatal y dejar registro escrito de la misma.
- Analizar “Planes de Parto” presentados por embarazadas y confrontarlos con las normas institucionales, evaluando y dando respuesta por escrito de lo que se puede y no se puede aceptar. Cada institución determinará quién realiza el análisis.
- Implementar los cambios a fin de lograr la transformación de las maternidades hacia MSCF.

Bibliografía:

- ¹ *WHO Recommendations for induction of labor* Geneva: World Health Organization; 2011
(http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/en/)

ANEXOS

Anexo 1:

Las 16 recomendaciones de la OMS:

1. Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo posnatal.
2. 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 culturalmente importantes.
3. El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.
4. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
5. Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.
6. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
7. La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea.
8. La monitorización fetal electrónica solo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal y en los partos inducidos.
9. Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
10. No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.
11. No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo.
12. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el parto.
13. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
14. La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de las inducciones.
15. Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).
16. No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Anexo 2:**Los 10 pasos hacia una *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)*.**

Paso 1: Reconocer el concepto de Maternidades Seguras Centradas en la Familia como una política de la Institución.

Paso 2: Brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal.

Paso 3: Respetar las decisiones de las embarazadas y de su familia en el trabajo de parto y parto.

Paso 4: Priorizar la internación conjunta madre-hijo/a sanas con participación de la familia.

Paso 5: Facilitar la inclusión de la madre, padre y el resto de la familia en la internación neonatal.

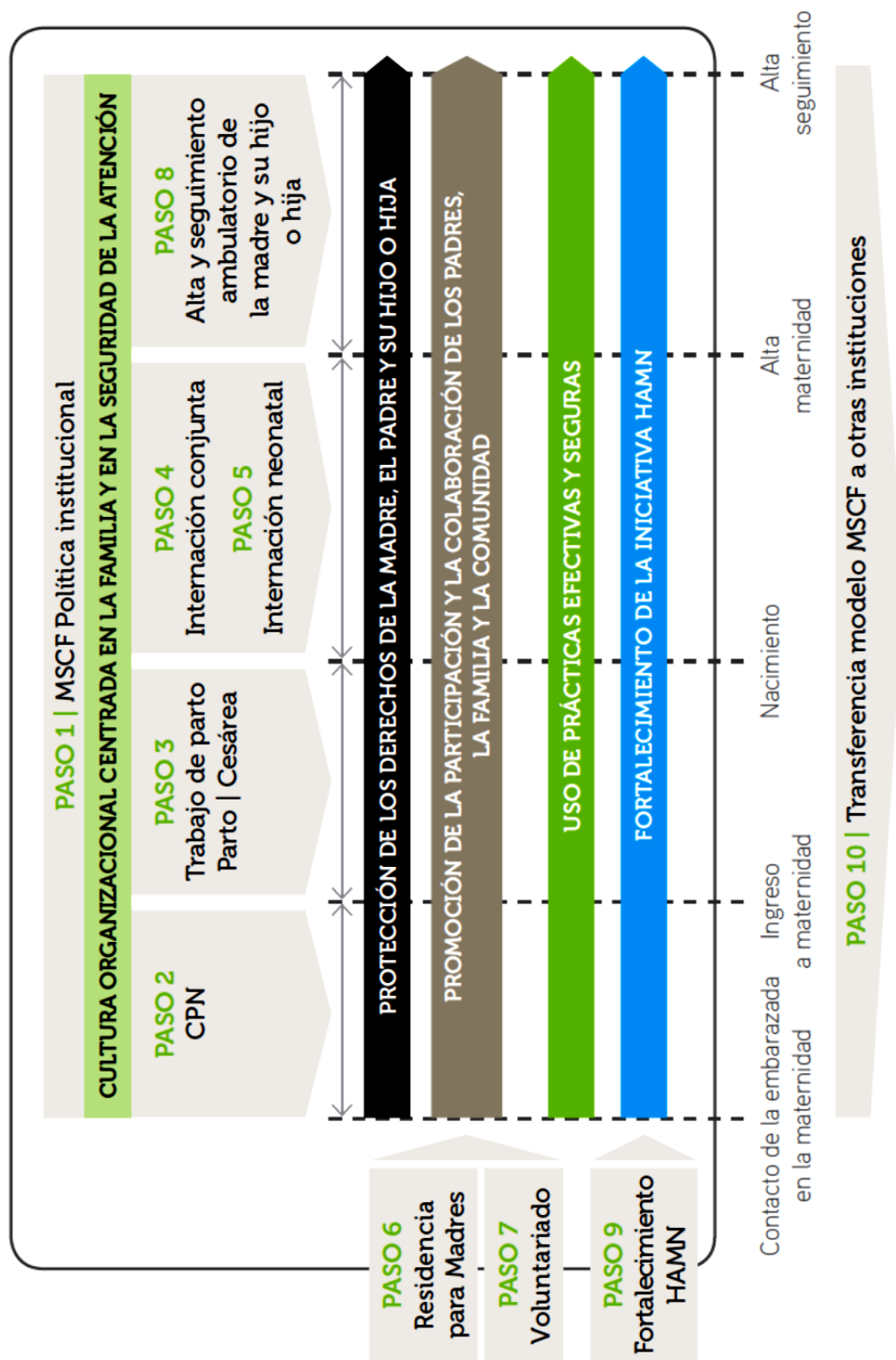
Paso 6: Contar con una Residencia para Madres (RM) que permita la permanencia junto con los recién nacidos internados.

Paso 7: Contar con un servicio de voluntariado hospitalario.

Paso 8: Organizar el seguimiento del recién nacido sano y, especialmente, del de riesgo, en consultorios externos especializados, que prioricen la inclusión familiar.

Paso 9: Trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de la iniciativa HAMN.

Paso 10: Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones, para la transformación en MSCF.



Anexo 3:

Normativas

- **Ley Nº 25.929**

Sancionada en 2004 y reglamentada en 2015 (decreto 2035/2015) aplica tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

La ley establece en su **ARTÍCULO 2**, que toda mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A la información sobre las distintas intervenciones médicas y optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en cuenta sus pautas culturales.
- c) A ser considerada como persona sana respecto del proceso de nacimiento y poder de este modo ser protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación no justificada.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo/a y a que se la haga participe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a exámenes o intervenciones con fines de investigación, salvo bajo consentimiento.
- g) A estar acompañada por una persona de su confianza y elección, durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo/a durante la internación, siempre que la condición clínica del Recién Nacido lo permita.
- i) A ser informada, desde el embarazo acerca de los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño/a.
- k) A ser informada sobre los efectos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño/a y sobre ella.

En el **ARTÍCULO 3**, la mencionada norma se refiere a la persona recién nacida, estableciendo sus derechos a:

- a) A ser tratada en forma respetuosa.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a exámenes con fines de investigación, salvo con consentimiento escrito de sus representantes legales, aprobado por Comité de ética.
- d) A la internación conjunta con su madre, siempre que la condición clínica de ambos lo permita.
- e) A que sus padres reciban asesoramiento e información sobre sus cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como su plan de vacunación.

El **ARTÍCULO 4** hace referencia los derechos de los padres del recién nacido en situación de riesgo, cuyos derechos son:

-
- a) Recibir información comprensible, suficiente y continua, sobre el estado de salud de su hijo/a, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
 - b) Tener acceso continuo a su hijo/a, si la situación clínica lo permite y a participar en su atención y las decisiones relacionadas con la misma.
 - c) A prestar consentimiento escrito para exámenes o intervenciones con fines de investigación bajo protocolo aprobado por el comité de Ética.
 - d) A que se facilite la lactancia materna siempre que no incida de manera desfavorable en su salud.
 - e) A ser asesorados e informados sobre los cuidados especiales del niño/a.

- **Decreto reglamentario 2035/ 2015 de la Ley 25.929.**

Establece que: ..."cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma, en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulaci3n, posici3n, analgesia, acompa1amiento) y la v1a de nacimiento. El equipo de salud y la Instituci3n asistente deber1n respetar tal decisi3n, en tanto no comprometa la salud del binomio madre – hijo/a. Dicha decisi3n deber1 constar en la instituci3n en forma fehaciente. En caso de duda, se decidirá en favor de la persona asistida"...

- **Ley 26.485. Ley de protecci3n integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales y su Decreto Reglamentario 1011/ 2010".**
- **Ley Nacional 26.061. Ley de Protecci3n Integral de los Derechos de Niños, Ni1as y Adolescentes.**

Esta ley de 2005 protege de manera integral los derechos de las ni1as, ni1os y adolescentes que se encuentren en el territorio de la Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jur1dico nacional y en los tratados internacionales.

Art. 14. – Derecho a la salud. Los organismos del Estado deben garantizar:

a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad.

Art. 31. – Deber del funcionario de recepcionar denuncias. *El agente p1blico que sea requerido para recibir una denuncia de vulneraci3n de derechos de los sujetos protegidos por esta ley, ya sea por la misma ni1a, ni1o o adolescente, o por cualquier otra persona, se encuentra obligado a recibir y tramitar tal denuncia en forma gratuita, a fin de garantizar el respeto, la prevenci3n y la reparaci3n*

del daño sufrido, bajo apercibimiento de considerarlo incurso en la figura de grave incumplimiento de los deberes del funcionario público.

- **Ley_26.873. Ley de Promoción y Concientización Pública sobre la Lactancia Materna, el Decreto 22/2015, reglamentario con el que se completó y puso en vigencia esta norma.**

Orientada a extender y ampliar la promoción y la concientización pública sobre la importancia de la lactancia. 31 de Julio de 2015.

- **Ley 22.909. Ley de Vacunación Obligatoria**

Art. 11 -Las vacunaciones a que se refiere esta ley son obligatorias para todos los habitantes del país, los que deben someterse a las mismas de acuerdo a lo que determine la autoridad sanitaria nacional con respecto a cada una de ellas.

Los padres, tutores, curadores y guardadores de menores o incapaces son responsables, con respecto a las personas a su cargo, del cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo anterior.

Anexo 4:

**MODELO DE RECHAZO TRAPÉUTICO AL PARTO VAGINAL -
CESAREA PROGRAMADA A PEDIDO DE LA PACIENTE**

Yo _____ DNI: _____ he sido informada por el Dr. _____ acerca de la modalidad de finalización de mi embarazo. De acuerdo a mi situación actual lo indicado es esperar que se inicie en forma espontánea el trabajo de parto y que el nacimiento sea por la vía vaginal o sea un parto. En ciertas situaciones a pesar de haber comenzado el trabajo de parto, también puede ser necesario efectuar una operación cesárea.

Mi deseo, en contraposición a la indicación de mi médico obstetra, es que se me efectúe una operación cesárea en forma programada.

El Dr. / a.: _____ me ha explicado:

1. que dadas las condiciones actuales no existe ninguna indicación precisa, ni médica ni obstétrica para optar por una operación cesárea, en vez de esperar el inicio del trabajo de parto y que el nacimiento se produzca por un parto vaginal.
2. que la operación cesárea presenta los siguientes riesgos y desventajas, en comparación con el parto por la vía vaginal:
 - a. un período de recuperación materna más prolongado luego del nacimiento
 - b. una mayor posibilidad de enfermedad materna consistente en mayor incidencia de: paro cardíaco, hematoma de la herida operatoria, histerectomía (extirpación del útero), infección puerperal (uterina y abdominal), complicaciones anestésicas, tromboembolismo venoso, lesiones de la vejiga y del uréter, lesiones intestinales, y hemorragia genital que requiere de histerectomía (extirpación del útero).
 - c. Mayor incidencia de enfermedad respiratoria (síndrome de distress respiratorio o taquipnea transitoria) del recién nacido.
 - d. Mayor tasa de fracaso de la lactancia
 - e. Mayor riesgo en futuros embarazos de: placenta previa y acretismo placentario, patologías que predisponen a un mayor sangrado, ponen en riesgo la vida de la madre y del feto y conllevan una mayor incidencia de histerectomía (extirpación del útero) postnacimiento
 - f. Mayor riesgo en futuros embarazos de rotura uterina, la cual trae aparejado riesgo para la vida de la madre y el feto.
 - g. Con la operación cesárea existe la posibilidad que queden adherencias intraabdominales que dificulten futuras cirugías, y también que aumente el riesgo de lesión intestinal o de la vejiga en futuras cirugías.
 - h. Con la operación cesárea siempre quedará una cicatriz en la piel del abdomen, que puede tener diferentes características.
 - i. Con la operación cesárea existe el riesgo de sufrir eventraciones, las cuales son sectores de debilidad de la pared abdominal en el sitio de la cicatriz operatoria.

Asimismo los potenciales beneficios de una cesárea programada son:

- a) Conocimiento de la fecha exacta del nacimiento.
- b) Se previene el nacimiento del niño postérmino.
- c) Disminución del riesgo del nacimiento de un niño muerto por asfixia.
- d) Reducción del riesgo de la hemorragia luego del nacimiento ocasionada por atonía uterina (inadecuada contracción del útero después de la salida de la placenta).
- e) Reducción de los riesgos asociados a una cesárea de urgencia, tales como depresión neonatal, infección uterina, lesión accidental de órganos abdominales, hemorragia, y complicaciones relacionadas con la anestesia.
- f) Reducción del riesgo de: parálisis del plexo braquial asociado a distocia de hombros, fractura de clavícula, de húmero y cráneo.
- g) Reducción del riesgo de asfixia fetal relacionada a eventos que se dan durante el trabajo de parto, por ejemplo: desprendimiento normoplacentario, procidencia del cordón umbilical, entre otros.
- h) Reducción del riesgo de lesiones en el periné y en vagina, tales como desgarros.

He comprendido las explicaciones que me brindó el Dr. _____, siendo dadas las mismas en un lenguaje sencillo y claro; asimismo he efectuado todas las observaciones que considere necesarias y se me han aclarado todas las dudas que he planteado.

Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo con claridad cuáles son los riesgos y desventajas de la operación cesárea en comparación con el parto por vía vaginal.

En consecuencia, solicito y presto conformidad para que se me efectúe una operación cesárea en forma programada, a pesar de no existir ninguna indicación para la misma.

FIRMA DE LA PACIENTE

FIRMA Y ACLARACION DEL MEDICO

ACLARACION

FECHA ____/____/____

DNI

Anexo 5: Recomendaciones de la OMS Conducción del trabajo de parto.

Lista resumida de las recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto

Esta tabla contiene recomendaciones específicas tal como fueron formuladas y aprobadas por los participantes de la consulta técnica de la OMS sobre la conducción del trabajo de parto.

Contexto	Recomendación	Calidad de evidencia	Fuerza de la recomendación
Diagnóstico de retraso en la primera etapa del trabajo de parto	1. Se recomienda el partograma de la fase activa con una línea de acción de 4 horas para monitoreo del avance del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	2. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.	Muy baja	Débil
Prevención de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto	3. No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Baja	Débil
	4. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	5. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia epidural.	Baja	Débil
	6. No se recomienda el uso de amniotomía sola para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	7. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	8. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	9. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	10. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda administrar líquidos por boca e ingerir alimentos durante el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	11. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo.	Muy baja	Fuerte
	12. Se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.	Moderada	Fuerte
	13. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
Tratamiento de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto con conducción	14. Se recomienda el uso de oxitocina sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	15. No se recomienda la conducción con oxitocina intravenosa hasta que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	16. No se recomienda utilizar un esquema de inicio de oxitocina a altas dosis e incremento de la oxitocina para conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	17. No se recomienda el uso de misoprostol oral para la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	18. No se recomienda el uso de amniotomía sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	19. Se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
Cuidados durante la conducción del trabajo de parto	20. No se recomienda el uso de la tocodinamometría interna comparado con la tocodinamometría externa, con el fin de mejorar los resultados de una conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
