

Recomendaciones

sobre prácticas y actitudes en
la asistencia del embarazo y
nacimiento institucional

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Uruguay 2018



Ministerio
de SALUD



UNFPA

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Ministerio de Salud Pública

Ministro

Dr. Jorge Basso

Sub. Secretario

Dr. Jorge Quian

Directora General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Subdirector General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos

Área programática Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Ana Visconti

Área programática Salud Integral de la Mujer

Dr. Rafael Aguirre

COORDINACIÓN DE LA PUBLICACIÓN

Dra. Ana Visconti

Dr. Rafael Aguirre

REDACCIÓN

Obst. part. Leticia Rumeu

EQUIPO TÉCNICO DE TRABAJO Y REVISIÓN

MSP

Psic. Nora D'Oliveira. Asesoría ministerial.

Dra. Ana Visconti. Área programática Salud Sexual y Salud Reproductiva

Dr. Rafael Aguirre. Área programática Salud Integral de la Mujer

Dr. Wilson Benia. Ex Coordinador Áreas Programáticas

Dra. Claudia Romero. Área programática Niñez

UdeLAR

Dra. Josefina Tarigo. Clínica ginecotocológica "A"

Dra. Grazzia Rey. Clínica ginecotocológica "B"

Dr. Christians Rodríguez. Clínica Ginecotocológica "B"

Dra. Karla Borda. Cátedra de Neonatología. Centro Hospitalario Pereira Rossell

Dra. Manuela De María. Cátedra de Neonatología. Centro Hospitalario Pereira Rossell

Obst. Part. Eliana Martínez. Escuela de Parteras

Obst. Part. Valeria Caraballo. Escuela de Parteras

Psic. Carolina Farías. Facultad de Psicología.

Asociación Uruguaya de Perinatología

Dra. Verónica Fiol

Dra. Fernanda Blasina

Asociación Obstétrica Uruguaya

Obs. part. María del Carmen Romero Reyes

Sociedad Ginecotocológica del Uruguay

Dra. Nancy Murillo

UNFPA

Psic. Valeria Ramos

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
PRÓLOGO	5
1. FUNDAMENTACIÓN	6
2. OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES	9
3. MARCO TEÓRICO	9
4. POBLACIÓN OBJETIVO	17
5. RECOMENDACIONES	18
6. ANEXO I	37
7. ANEXO II	40
8. ANEXO III	41
9. ANEXO IV	42
10. ANEXO V	43
11. ANEXO VI	45
12. ANEXO VII	48
13. ANEXO VIII	59

INTRODUCCIÓN

En el marco de la reforma del Sistema de Salud, nuestro país ha avanzado en un cambio del modelo de atención en pos de un sistema que ofrezca un servicio oportuno, eficiente y de calidad, acorde a las necesidades cambiantes de la población de usuarios, sus familias y la comunidad. Su objetivo principal es mejorar las condiciones de salud y propiciar una mayor satisfacción en usuarios y prestadores de los servicios. Su desarrollo se ha enmarcado en el respeto y promoción de los derechos y en el logro de los mejores resultados en salud.

Debemos destacar que los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos reconocidos internacionalmente y que, en los últimos años, en Uruguay se han dado grandes avances en el reconocimiento legal y normativo de los mismos, así como en la consolidación del estado como su garante.

Desde el MSP se ha impulsado el desarrollo de servicios de atención que facilitan efectivizar estos derechos y el establecimiento de recomendaciones sanitarias que guíen los procesos asistenciales en el marco de los mismos, la bioética y la mejor evidencia científica.

En este sentido, y dentro de un amplio programa de desarrollo de guías en salud sexual y reproductiva, el MSP publica en 2014 el “Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” cuyas recomendaciones continúan plenamente vigentes. Sin embargo, dicho manual no integraba recomendaciones sobre las prácticas y actitudes que debe tomar el equipo de salud y las instituciones en la atención del nacimiento. Es, probablemente, en la atención del nacimiento donde se evidencia con más claridad las dificultades para establecer un modelo asistencial con un enfoque humanizado, de respeto y centrando la atención en la mujer y su familia. Si bien tiene claras explicaciones históricas, plantea un problema que requiere un inmediato abordaje por parte de las autoridades sanitarias. Se debe entender el nacimiento como un hecho biológico fisiológico, impregnado de las creencias y actitudes culturales tanto individuales como familiares, y en donde la participación activa de la mujer y su familia resultan claves en los resultados sanitarios y la satisfacción de los participantes.

Para ello es de vital importancia, para los integrantes del equipo que atiende el nacimiento, incorporar y practicar un modelo de atención que aplique la mejor evidencia científica, garantice la calidad y respete los derechos de los usuarios y sus familias.

Las presentes recomendaciones buscan guiar estas prácticas para obtener un cambio en el paradigma de atención del nacimiento. Es por lo tanto un aporte complementario, indispensable y sustantivo a la normativa vigente que nos complace en presentar.

Dr. Rafael Aguirre
Asesor Responsable
Programa Salud Integral de la Mujer
DIGESA – MSP

RECOMENDACIONES SOBRE PRÁCTICAS Y ACTITUDES EN LA ASISTENCIA DEL EMBARAZO Y NACIMIENTO INSTITUCIONAL

PRÓLOGO

En la última década, Uruguay ha realizado importantes avances en la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud que incluye un cambio de paradigma, desde un modelo de atención materno infantil a un modelo de atención integral en salud sexual y salud reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud, desde 1985, comienza a visualizar las consecuencias desfavorables del modelo asistencial existente y plantea el derecho de las madres a un cuidado humanizado–respetado y a un papel central en todos los aspectos de su atención, iniciando un proceso de normalización del nacimiento e instando a los estados a revisar la tecnología aplicada a los mismos.

La Ley 18.426 de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enunciando en el artículo 3º, *“promover el parto humanizado, garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificadas”*.

A partir de una serie de problemas de salud de la población, priorizados según criterios de magnitud y relevancia, el Ministerio de Salud Pública definió para el período 2015 –2020 Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), con el propósito de orientar el logro de resultados concretos y medibles, en el marco de las perspectivas de derechos, género y generaciones. En su definición se tuvo presente las prioridades planteadas por el plan de gobierno y los compromisos internacionales asumidos por el país.

De este modo se generó una nómina inicial de problemas críticos sobre los que se está trabajando. Uno de ellos se refiere a la **Humanización del parto institucional y reducción de la tasa de cesáreas**. En este contexto consideramos fundamental contemplar las condiciones de asistencia del proceso reproductivo en un marco de derechos y de prácticas basadas en la evidencia científica.

Estas recomendaciones tienen por objetivo contribuir a la mejora en la calidad asistencial perinatal en el Sistema Nacional Integrado de Salud, fortaleciendo al equipo de salud mediante la promoción de un modelo de atención basado en buenas practicas en un marco de derechos en salud sexual y reproductiva.

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud Pública

1. FUNDAMENTACIÓN

La reforma de salud implementada desde al año 2007 en nuestro país, plantea cambios en tres aspectos básicos del sistema: financiero, de gestión y de modelo de atención. Los cambios a nivel del modelo proponen sustituirlo por uno que privilegie la prevención y la promoción, sobre la base de una estrategia de atención primaria en salud, que integre en una dinámica de redes los niveles primario, secundario y terciario.

Entre otros, los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud expresan: asistencia con orientación preventiva, integral, de contenido humanista, universal, equitativa y de continuidad, así como también calidad integral en la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos. Este enunciado señala un proceso de cambios y de reorganización de las políticas de salud, nos obliga a reflexionar sobre las prácticas y actitudes asistenciales cotidianas, a priorizar la calidad en las distintas etapas del proceso asistencial y a visualizar las mismas en un marco de derechos.

Entender la salud como derecho humano implica asumir responsabilidades inherentes al estado en su condición de garante.

En junio del 2015, a partir de la identificación de los problemas de salud de la población, priorizados según criterios de magnitud, relevancia y vulnerabilidad, el Ministerio de Salud definió los Objetivos Sanitarios Nacionales 2015–2020:

- 1- Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.
- 2- Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
- 3- Mejorar la calidad de los procesos asistenciales.
- 4- Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

Han sido planteados para orientar la producción de resultados concretos y medibles desde una perspectiva de derechos, contemplando las diferencias vinculadas al género y las generaciones, mejorando la atención integral de las patologías de mayor prevalencia.

Estos objetivos sanitarios dan lugar a 5 objetivos estratégicos. El tercero de ellos; *mejorar el acceso y la atención de la salud en el curso de la vida*, plantea como una de las propuestas de intervención la humanización de partos y cesáreas, que permita mejorar las condiciones de asistencia del nacimiento en un marco de derechos y de prácticas basadas en la evidencia científica. Una de las metas para alcanzar éste objetivo, propone reducir un 10 % las cesáreas evitables.

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Para ello se han basado en la siguiente declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS

en 1985 en Fortaleza (Brasil): *“No hay justificación alguna para que ninguna región, presente una tasa de cesáreas superior al 10-15%”*. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento no responde a una indicación médica. Las complicaciones maternas son mayores en la cesárea que en el parto vaginal (ej. hemorragia que necesite histerectomía, complicaciones anestésicas, paro cardíaco, tromboembolismo e infección puerperal mayor), así como también la complicación fetal de distrés pulmonar. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como a embarazos futuros. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.

Otro aspecto significativo, es el costo que implica al sistema, cuando su indicación es innecesaria, afectando la sustentabilidad del mismo y el acceso equitativo a la atención materna y neonatal. La cesárea, en comparación al parto vaginal, representa un gasto significativo para los sistemas sanitarios.

UNICEF refiere que entre los años 2006 y el 2010, un 38% de los nacimientos a nivel mundial fueron por cesárea, mostrando una fuerte inequidad en resultados materno fetales por región, no viéndose asociado a mejoras en la morbilidad materno fetal sino a diferencias socioeconómicas y culturales.

Uruguay no es ajeno a esta realidad, registrándose un ascenso progresivo en el porcentaje de cesárea de aproximadamente un 2% anual. En el año 2009 fue de un 35,5% y en 2016 de un 43,1%, registrando instituciones por encima de 55%.

La promoción de un modelo asistencial humanizado-respetado es también una herramienta para reducir la tasa de cesáreas, al permitir a la mujer y su familia vivir y sentir el parto como una experiencia satisfactoria y segura, no viendo a la cesárea como una solución que evita una temerosa experiencia.

En nuestro país, contamos con la Ley 18.426 en defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, que de forma explícita enuncia en el artículo 3°: *“promover el parto humanizado, garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificadas”*.

La guía en salud sexual y reproductiva “Manual para la atención a la mujer en proceso de embarazo parto y puerperio” del MSP (2014), promueve el nacimiento institucional y humanizado.

Es de expresa necesidad conceptualizar el nacimiento como un hecho biológico y fisiológico, a pesar de contar con este concepto desde 1985 puesto de manifiesto por la OMS, la medicalización

y el uso de las tecnologías de forma exacerbada, pretenden satisfacer la demanda planteada por el momento histórico socioeconómico y cultural actual que las familias gestantes atraviesan.

El nacimiento se encuentra impregnado de las creencias y actitudes de la época, por esta razón es que es de vital importancia, para todos los integrantes del equipo asistencial materno infantil, incorporar y practicar un modelo de asistencia que fomente tecnología apropiada para el nacimiento, garantizando la calidad asistencial y mejorando los resultados maternos-fetales:

- Animar a mujeres gestantes y sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal.
- Reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo.
- Mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio en un marco de derechos en salud sexual y reproductiva.
- Centrar la atención en la usuaria y su familia y no en el equipo asistencial.
- Garantizar el uso adecuado, oportuno y eficiente de las tecnologías disponibles.
- Implementar buenas prácticas asistenciales basadas en evidencia científica.

2. OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES

Estas recomendaciones tienen por objetivo contribuir a la mejora en la calidad asistencial perinatal en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Sus acciones específicas son:

- Facilitar en el Sistema Nacional Integrado de Salud el ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva en el proceso del nacimiento.
- Promover el cambio en el modelo asistencial actual.
- Generar una herramienta de trabajo para la asistencia respetuosa del embarazo parto y puerperio en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Facilitar la sustentabilidad del sistema en el ámbito de la salud materno-infantil mediante la promoción de un modelo asistencial basado en buenas prácticas de atención, en un marco de derechos en salud sexual y reproductiva.

3. MARCO TEÓRICO

Paradigmas médicos y evolución de los modelos asistenciales

El “arte de partear”, conocido en la actualidad como obstetricia, se define por la acción de un tercero en el arte de acompañar, proteger, cuidar a la madre e hija o hijo en el proceso del embarazo, parto y puerperio. Los primeros pasos en este arte fueron dados desde épocas remotas de la prehistoria y transmitidos de generación en generación, como un buen hacer por el otro y la especie.

La asistencia en el parto en estas etapas y en la obstetricia primitiva responde al *paradigma mágico*, en donde la aparición de hechiceras, curanderas, brujos (los médicos de la época u otros semejantes) probablemente se debió a casos de partos complejos que no se producían en forma espontánea, y por experiencias de muertes tanto maternas como fetales que los obligaba a invocar a través de ellos y hacia los cielos a las divinidades de cada época. La salud materna fetal se veía determinada por la suerte del evento en sí mismo y la administración de brebajes, amuletos, danzas, cantos, probando primitivamente el ensayo y error, manifiesta tal vez el origen de la obstétrica como ciencia.

En la edad moderna y en respuesta a la preocupación existente por la alta mortalidad materna a nivel mundial, la ciencia comienza a interesarse en el campo de la obstetricia, pone de manifiesto un *paradigma tecnocrático* y comienza a implementar acciones para controlar, intervenir y modificar el proceso fisiológico del nacimiento en la búsqueda de la mejora en los resultados en la salud materno-fetal, construyendo un modelo asistencial médico-hegemónico.

El estudio de la obstetricia como ciencia, inserta en el paradigma de la época (SXVII, XVIII, XIX) junto con la institucionalización del proceso del nacimiento, logra generar un impacto beneficioso abrupto en la mortalidad materna a nivel mundial. Sin perjuicio de este logro, el nacimiento es considerado un proceso hospitalario, incluyendo prácticas rutinarias y protocolizadas, como la episiotomía, el rasurado, los enemas, la inducción del parto, sin contar con una sólida evidencia científica que avale el uso de las mismas.

Se incluyó el parto en un modelo sanitario de enfermedad, colocando a la mujer en el escrutinio sistemático de una serie de controles cuyo objetivo fue representarlos biométricamente, considerando a la usuaria como una persona enferma necesitada de atención médica, incapaz de atravesar este proceso como un evento fisiológico más del ciclo vital. En consecuencia se resta progresivamente la autonomía y el protagonismo de la mujer y la familia en el proceso reproductivo. En este contexto los partos se han convertido en trances tecnológicos, en los que, a veces, se tiende a una excesiva medicalización e intervencionismo en pro de evitar el riesgo a la salud materna-fetal o la anulación del dolor.

Se trata de una visión del nacimiento caracterizada por atributos como: medicalización, fragmentación del cuidado, tecnologización o monopolio médico. Estamos ante una cultura del nacimiento intervencionista que, en países con acceso a tecnología sanitaria, se ha ido instituyendo en la modalidad de parto más común, mayoritaria y legitimada.

Esta tendencia a la medicalización de los partos no ha pasado desapercibida frente a entidades sanitarias como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que desde 1985, comienza a visualizar las consecuencias desfavorables de este modelo asistencial y plantea mediante diferentes documentos (Reflexión mundial de medicalización y nacimiento 1980 –Tecnologías apropiadas para el parto 1985– Cuidados en el parto normal. Guía práctica. 1996) el derecho de las madres a un cuidado humanizado-respetado y a un papel central en todos los aspectos de su atención, iniciando un proceso de normalización del nacimiento, instando a los estados a revisar la tecnología aplicada a los mismos, reconociendo que cada mujer debe elegir el tipo de parto que desea, contribuyendo de este modo a devolverle el protagonismo durante el proceso.

Con este nuevo *paradigma emergente*, que plantea un modelo asistencial humanizado y respetado, promueve las evidencias científicas que proponen incluir la participación activa, de la mujer y su familia, durante la planificación, ejecución y evaluación de la asistencia durante el proceso del nacimiento, tomando como base la concepción fisiológica del evento en sí.

Se promueven las investigaciones que evalúen las praxis y tecnologías de atención al parto más adecuadas, apostando por la promoción de un itinerario asistencial menos intervencionista que evite la tasa de cesáreas innecesarias e inducciones de parto injustificadas y promocióne el respeto por los tiempos del proceso fisiológico del nacimiento.

El objetivo fundamental ha sido alcanzar una madre y un recién nacido sanos, con el menor nivel de intervención posible y de la manera más segura, fomentando durante la práctica clínica:

- Participación activa de las madres.
- Respeto a la intimidad.
- Derecho al acompañamiento.
- Derecho a la movilidad.
- Apoyo emocional efectivo.
- Toma de decisiones consensuadas intraparto.

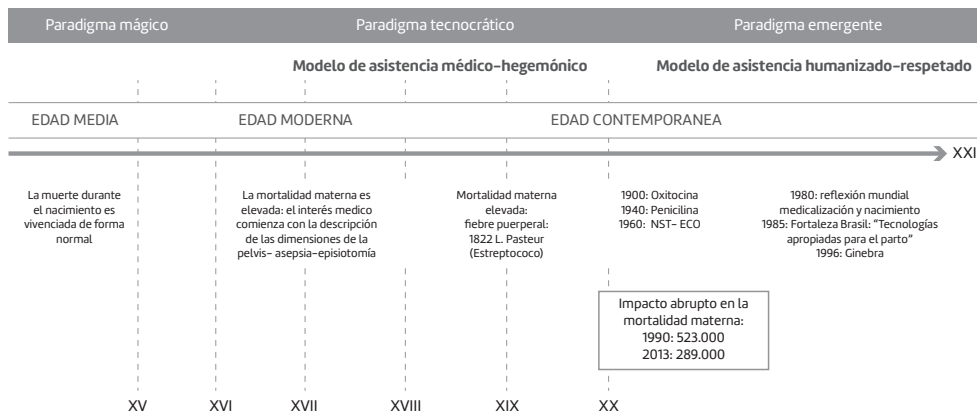
Se trata, en definitiva, de combinar las prácticas biomédicas con las consideradas alternativas según necesidad de la usuaria y la situación clínica que ésta atraviese, realizando un análisis crítico de las rutinas clínicas sistemáticas y de los modelos hegemónicos de atención, desde el que se respeta la complementariedad entre los saberes médicos y los recursos naturales maternos.

Esta nueva perspectiva planteada por la OMS se fundamenta en evidencias científicas que muestran cómo el excesivo intervencionismo en los partos normales puede incrementar la morbilidad de las madres y los recién nacidos.

La conclusión de estas investigaciones es que hay que racionalizar el uso indiscriminado de la tecnología en el parto, ya que la intervención sistemática y protocolizada en los nacimientos de bajo riesgo aumenta las complicaciones materno-fetales, mientras que las intervenciones puntuales en determinadas situaciones patológicas intraparto pueden salvar la vida de las mujeres y de los recién nacidos.

El desafío que se nos plantea hoy, es atravesar por este cambio de paradigma sabiendo que, si bien los cambios se viven como eventos dramáticos para las ciencias insertas en la sociedad modificando su estabilidad y madurez, debemos hacer el esfuerzo para lograr optimizar los resultados en la salud materno-fetal.

Esquema 1: Representación gráfica paradigmas médicos y evolución de los modelos asistenciales



Concepto de asistencia humanizada - respetada

Cuando hablamos de humanizar, hacemos referencia a: *"hacer humano, familiar, afable a alguien o algo"*. El concepto de asistencia sanitaria humanizada implica brindar asistencia, incluyendo como condición en la relación equipo técnico/paciente, un trato personalizado, reconociendo la dignidad de la persona y respetando sus principios y valores.

La simple condición de ser humano, no otorga la calidad de vivir y comportarse humanamente.

El concepto de humanización forma parte fundamental en la calidad del proceso que se está brindando. Frente a una situación de enfermedad, la dignidad de las personas se encuentra temporalmente amenazada, hace que la persona se sienta frágil por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad.

La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro, obligando al profesional a repensar continuamente sus propios esquemas mentales y a remodelar costumbres de intervención para que se orienten al bien de la mujer.

Humanizar la vida y la salud no es otra cosa que sabernos personas en todo momento y lugar, humanizar la asistencia sanitaria no es reducirla a un trato cordial, tiene un significado profundo y conlleva numerosas implicaciones. Humanizamos cuando asistimos a las personas desde una concepción holística; son más que físico y corporeidad, son personas con emociones y sentimientos que viven en un entorno concreto y en una familia, barrio, comunidad y sociedad, personas singulares y únicas que requieren respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas. Personas capaces de decidir, deseosas de participar con autonomía para el cuidado de su vida, salud y bienestar, personas con derechos y responsabilidades, libres para elegir.

Cuando la usuaria/o atraviesa alguna etapa del proceso salud-enfermedad que no cree poder resolver en solitario se acerca al sistema de salud en búsqueda de ayuda; cuando la asistencia brindada se realiza desde un modelo asistencial humanizado y respetado, se abre una ventana de oportunidad única de potenciar buenos resultados asistenciales y brindar aportes que mejoren la calidad de vida de las personas.

La humanización en la asistencia sanitaria es un compromiso activo y una responsabilidad como integrantes del equipo de salud, se construye día a día cuando proveemos los cuidados y la atención sanitaria expresando “tú eres persona y te trato en tu totalidad como ser humano”.

Si bien no parecen plantear discusión los conceptos antes expuestos, es posible en algunas ocasiones llegar a despersonalizar la vida, la salud y la asistencia sanitaria.



Asistencia humanizada - respetada durante el nacimiento

Definimos al nacimiento humanizado institucional como aquel en el que se respeta a los protagonistas del proceso, se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar, garantizando el bienestar materno fetal y realizando un uso racional de la tecnología.

Tres grandes pilares sustentan el modelo asistencial humanizado y respetado durante el nacimiento, articulando entre sí como engranajes de tal forma que la ausencia de alguno de ellos hace que el modelo no funcione:

Atención sanitaria centrada en la mujer gestante y su familia

El parto es un proceso fisiológico normal, forma parte del ciclo vital reproductivo de la mujer, se enmarca en el derecho a salud sexual y reproductiva y se manifiesta impregnado por las creencias y costumbres del momento histórico, social, económico y cultural en el que existe.

Bajo esta premisa es que el modelo de atención sanitaria humanista y respetado cobra especial significado, ya que plantea por definición: centrar la atención sanitaria en la mujer embarazada y su familia respetando a los protagonistas y a los acompañantes, empoderándolos en la toma de decisiones seguras e informadas.

Se pone de manifiesto construyendo puentes que prioricen la comunicación en el equipo de salud entre sí y con los usuarios, fomentando las buenas prácticas asistenciales basadas en la mejor evidencia científica disponible, evitando la vulneración a la autonomía de la mujer que los procesos de medicalización provocan. El equipo sanitario debe tener la capacidad de escuchar la voz de la mujer, hacer el esfuerzo de entender sus preferencias y preocupaciones y construir relaciones de respeto entre sí.

En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural. OMS 1985.

La OMS define como parto normal a *“aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento, en donde el niño nace espontáneamente, en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”*. Cuando consideramos la clasificación “riesgo” para valorar al parto normal, debemos de tomar en cuenta que el valor predictivo de puntuar el riesgo está muy lejos del 100%, una gestante que se supone de bajo riesgo cuando comienza el parto puede en cualquier momento tener un parto complicado y muchas gestantes catalogadas de “alto riesgo” tienen un parto y alumbramiento exento de complicaciones. Por esta razón es que durante la asistencia del nacimiento alcanzamos los mejores resultados en salud materno-fetal, cuando el abordaje se hace bajo el respeto del proceso en su fisiología como tal y la detección precoz y oportuna resolución de complicaciones.

Cuando hablamos de medicalización, entendemos a la asistencia guiada por procedimientos médicos realizados de rutina, en una embarazada sana, motivados en oportunidades por intereses que difieren del beneficio para la mujer o el feto.

Los avances biomédicos en el último siglo han logrado una considerable reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal a nivel mundial, logro que debemos celebrar y mejorar a diario.

El modelo de atención sanitaria humanista y respetado lejos está de diferir con este pensamiento, su base se fundamenta en un sistema orientado hacia las necesidades de la mujer embarazada, con una visión integral y holística, que garantice tanto los derechos en salud sexual

y reproductiva, como los resultados en salud materno–neonatal, con un uso racional de la tecnología disponible, garantizando la sustentabilidad del sistema y el acceso igualitario a todas las usuarias del mismo.

Por todo lo antes expuesto, el concepto de asistencia sanitaria humanizada y respetada del nacimiento resulta complejo y polisémico, en su definición plantea aspectos técnicos, éticos y actitudinales y propone un cambio en el concebir de la práctica clínica actual en obstetricia.

Diversos ejes configuran lo que debe ser una atención de calidad para proporcionar una asistencia sanitaria humanizada y respetada, que no se limita a la simple aplicación de técnica de cuidados.

Parecería fácil implementar el cambio en el modelo asistencial, en los embarazos de bajo riesgo; sin embargo, trasladar el centro de atención del equipo de salud a la usuaria en ocasiones enfrenta resistencias.

En los embarazos catalogados de alto riesgo, algunos autores señalan que entre los obstáculos para la prestación de atención sanitaria en un modelo humanista, figuran factores como la presión de ser responsable de la seguridad de la mujer y el feto, la falta de participación activa de la gestante en la toma de decisiones y la pesada carga de responsabilidad sobre los trabajadores de la salud por los posibles problemas legales.

Ninguno de estos factores invalida la posibilidad de la asistencia sanitaria humanizada y respetada; incluso poniendo de manifiesto sus principales características, como ser el uso compartido de la toma de decisiones, la excelencia en la comunicación y la realización de prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible, disminuimos las complicaciones planteadas por éstos obstáculos.

A nivel operacional la atención del nacimiento en este modelo, comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de promover la vivencia satisfactoria del trabajo de parto, nacimiento y puerperio. Entre dichos atributos encontramos:

- Garantizar la salud materno–fetal.
- Respetar la fisiología del parto, interviniendo solo lo necesario.
- Identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la mujer gestante.
- Brindar apoyo emocional.
- Garantizar la autonomía, otorgando poder de decisión.
- Garantizar la privacidad.

Cuidar al equipo prestador de salud

El modelo sanitario que practica la asistencia tradicional médica (medico–hegemónico, en un paradigma tecnocrático) pone a los profesionales de la salud como centro básico del mismo, depositando sobre estos la presión de poseer el don de sanar al enfermo.

Por esta razón el uso exacerbado de herramientas tecnológicas, la visión del paciente como objeto y no como sujeto de atención, la cosificación del usuario (ej. referirse por número de cama o por situación clínica) y la fragmentación asistencial (valoración del usuario desde la multidisciplina, sin una visión integral) son prácticas utilizadas como mecanismos de defensa y sostén del estrés cotidiano.

Los profesionales que sufren altas dosis de estrés son víctimas de auto exigencia y a menudo no son conscientes de las señales de alarma ante esta situación. Resisten y se van agotando, llegando al denominado “síndrome de agotamiento y despersonalización”.

Llegados a este punto, suele existir un des-compromiso que es deshumanizador, donde el profesional interpone una distancia emotiva con el paciente. Es lo que se ha denominado preocupación distanciada y deshumanización defensiva, respondiendo a la premisa que contemplar el sufrimiento de otros, produce estrés emocional.

El *burn-out* en los profesionales se produce por el choque entre los altos ideales con el contraste continuo de sucesivos fracasos sufridos, con una máxima entrega previa, generosidad y pasión por las tareas.

Los eventos ocurren independientemente de los esfuerzos del profesional. El resultado es la deshumanización en el trato y la baja en la calidad de los cuidados.

Como contrapartida, el modelo de asistencia sanitaria humanizado y respetado propone “cuidar al cuidador”, compartir la presión de la responsabilidad de obtener buenos resultados asistenciales, promoviendo acciones como ser:

- Valoración interdisciplinaria de cada situación clínica.
- Generación de espacios para la construcción mediante la discusión colectiva.
- Capacitación continua.
- Toma de decisiones colegiadas entre la macro, meso y microgestión.

La humanización de la asistencia sanitaria comienza en la alta dirección, que muestra y actúa con respeto, asignando valor a sus profesionales.

Promover y apoyar comportamientos humanizados por parte de la alta gerencia (ej.: comunicación adecuada, participación, reconocimiento de esfuerzos y logros, conciliación, asignación de roles y responsabilidades, promoción de la formación y la capacitación) es una condición necesaria para que los distintos actores se orienten al valor de un modelo asistencial humanizado y respetado, enmarcando la gestión clínica en prácticas que efectivicen los principios del modelo.

Buenas prácticas asistenciales

Definimos las buenas prácticas asistenciales como aquellas que combinan la experiencia del proveedor de salud, las características del paciente y la mejor evidencia científica disponible

para asegurar que esa práctica produzca más beneficios que daños o sea mejor que cualquier otra práctica conocida.

En 1985, la OMS revé las prácticas realizadas durante la asistencia del parto y clasifica las mismas en 4 categorías:

- a. Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- b. Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas.
- c. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- d. Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente.

Al momento actual, buena parte de ese accionar se ha reformulado, identificando también en algunas situaciones baja evidencia y/o escaso consenso científico.

El modelo de asistencia humanizada y respetada basa su desempeño clínico en buenas prácticas asistenciales, obligando así a la continua revisión y actualización del saber científico.

Para la ejecución de las mismas, en el capítulo 5 realizaremos recomendaciones basadas en buenas prácticas asistenciales dirigidas a dos niveles:

1. Equipos de gestión clínica.
2. Instituciones prestadoras de salud.

4. POBLACIÓN OBJETIVO

En el marco de un modelo asistencial humanizado-respetado, el equipo actuante está conformado por todas los integrantes del equipo de salud que participan en alguna de las etapas del proceso asistencial de la mujer y su familia, ya sea durante la consulta preconcepcional, el embarazo, nacimiento y/o puerperio.

Es de vital importancia el trabajo en equipo, mediante un abordaje con enfoque interdisciplinario. Resulta imprescindible para alcanzar la práctica del modelo con éxito: reconocer, valorar y respetar las distintas visiones.

Uno de los pilares del modelo asistencial humanizado-respetado es la comunicación efectiva, ya sea entre la usuaria y el equipo de salud o entre los integrantes del mismo, tomando especial énfasis la alineación en el pensamiento y accionar, generando así el terreno propicio para la toma de decisiones consensuadas.

5. RECOMENDACIONES

Este documento propone en sus objetivos generar una herramienta de trabajo para la asistencia respetuosa del embarazo, parto y puerperio en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Siguiendo este lineamiento se plantean recomendaciones en dos niveles: a los equipos de gestión clínica, que permitan mejorar las prácticas y actitudes y pongan de manifiesto un cambio en el modelo asistencial, y a las instituciones prestadoras de servicios de salud, mediante la propuesta de un plan de acción que permita realizar intervenciones para la implementación del mismo.

A- RECOMENDACIONES A LOS EQUIPOS DE GESTIÓN CLÍNICA

- 1- Referentes al control prenatal
- 2- Referentes al ingreso a las maternidades
- 3- Referentes a la 1ª etapa del parto
- 4- Referentes a la 2ª etapa del parto
- 5- Referentes a la 3ª etapa del parto
- 6- Referentes a la etapa puerperal

B- RECOMENDACIONES A LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

- 1- Generales
- 2- Referentes al control prenatal
- 3- Referentes a la consulta en servicios de emergencia
- 4- Referentes a la internación durante la 1ª, 2ª y 3ª etapa del parto
- 5- Referentes a la etapa puerperal
- 6- Plan de acción: hacia un modelo de atención sanitaria humanizado-respetado durante el nacimiento

A- RECOMENDACIONES A LOS EQUIPOS DE GESTIÓN CLÍNICA

1- Referentes al control prenatal

Las recomendaciones aquí expuestas ponen de manifiesto la **práctica clínica de un modelo asistencial con enfoque humanizado-respetado** centrando la atención en la mujer y su familia. Para las demás consultas se recomienda el texto: Guías del embarazo y parto del MSP. 2014.

Integración del equipo

Obstetras parteras/os, ginecotocólogo/as, médicos/as de familia se ubican como referentes dentro del equipo de salud al momento de realizar el control prenatal en nuestro país.

Es importante tener en cuenta que en un modelo de atención humanizada, la valoración de la usuaria centrada en sus necesidades basa su éxito en la interdisciplina oportuna con una mirada integral y holística, valorando el aporte de todos los integrantes del equipo con igual trascendencia, considerando sus criterios y ordenando el trabajo según experticia y competencias profesionales.

Se recomienda valorar a la usuaria con una mirada interdisciplinaria considerando integrar: enfermería, psicología, odontología, nutrición, trabajo social, anestesiología y todas las interconsultas adicionales que según necesidades surjan.

Características de la consulta

Para situar a la usuaria y su familia en el centro de la asistencia sanitaria es necesario promover acciones que nos permitan conocer su contexto socioeconómico y cultural.

El tiempo empleado en cada consulta obstétrica debe contemplar con igual importancia los aspectos técnicos y la promoción al diálogo. Destinar un momento tangible de apertura, en donde se contemplarán las necesidades de la usuaria y su familia en referencia a lo planteado durante las distintas etapas del proceso.

Es recomendable promover interconsultas oportunas de no contar con herramientas que respondan las distintas necesidades planteadas. En estos casos, resulta indispensable disponer de un registro eficiente y una buena comunicación entre los integrantes del equipo de salud.

El responsable del control obstétrico debe realizar un abordaje integral, considerando e integrando todas las miradas. Se debe evitar compartimentar la asistencia, representando este aspecto un efecto desfavorecedor sobre el valor de la interconsulta.

Decisiones informadas

El embarazo como evento fisiológico del proceso continuo de salud-enfermedad de las mujeres, evidencia una oportunidad única para los equipos de salud de promover el autocuidado de la mujer y su familia.

Valorar la existencia o no de patologías concomitantes, nos ayuda a fomentar hábitos saludables mediante la identificación oportuna de factores de riesgo y la asertiva toma de decisiones. Para ello la información brindada por el equipo de salud debe:

- Considerar la mejor evidencia disponible (teniendo en cuenta que el conocimiento en salud implica una continua actualización).
- Expresarse mediante un lenguaje claro y accesible incluyendo distintas condiciones de discapacidad sensorial o física.
- Responder al más alto interés de lograr el óptimo nivel de salud.
- Estar seguida de un espacio de discusión.
- Aceptar la toma de decisiones conjuntas entre todas las partes.

Uso apropiado de tecnología

El uso apropiado, racional y oportuno de la tecnología disponible es esencial en un modelo de atención humanizado y respetado del nacimiento, nos permite universalizar la asistencia sanitaria y evitar la medicalización excesiva del proceso con todas las implicancias negativas a las que ya se hizo referencia en el marco teórico.

El uso exacerbado de tecnología en ocasiones es utilizado como herramienta de defensa médico-legal, generando en contrapartida un deterioro en la comunicación y la relación con la usuaria, sin aportar mejoras tangibles en los resultados materno-fetales.

Preparación para el nacimiento

Se recomienda desde etapas tempranas del embarazo brindar información sobre el proceso fisiológico del nacimiento y la capacidad natural que la mujer desarrolla durante el mismo. Esta es una buena estrategia para disipar la incertidumbre y temor que manifiestan algunas mujeres, fomentando una experiencia satisfactoria mientras se prepara para la normalidad del trabajo de parto, parto y/o cesárea.

Se recomienda estimular la preparación para el embarazo, parto/cesárea y puerperio durante el periodo prenatal.

La educación para el nacimiento es uno de los componentes más importantes hacia el logro de un nacimiento humanizado y respetado, siendo éste un derecho de los individuos y un objetivo sanitario del Ministerio de Salud.

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluyen el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el nacimiento, sin violencia ni discriminación, siendo obligación de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud garantizar este derecho.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la preparación para el nacimiento por sus efectos beneficiosos maternos y perinatales que la evidencia científica muestra como:

- Menor grado de ansiedad, manifestando una actitud positiva.
- Mayor asistencia al control prenatal.
- Mayor disfrute del embarazo y el parto, mejorando su calidad de vida y percepción del proceso.
- Mayor y mejor participación de la pareja. Apoyo hacia la mujer durante todo el trabajo de parto, brindando seguridad y mayor contención emocional.
- Adecuada respuesta a las contracciones uterinas, utilizando las técnicas de relajación, respiración, etc.
- Menor duración total del trabajo de parto.
- Menor uso de fármacos en general.
- Menor incidencia de cesáreas.
- Mejor vínculo con el recién nacido y mayor aptitud para una lactancia natural.

En consecuencia, el MSP ha establecido a las actividades de preparación para el nacimiento como una meta asistencial 2017-2019 para los prestadores del SNIS y establecido una guía para la implementación de estas actividades (ver anexo VII).

En base a ello, los equipos de preparación para el nacimiento deben estar coordinados por una obstetra-partera, ya que a nivel nacional representa el profesional de salud con capacitación inherente al respecto, recomendándose la participación interdisciplinar de psicología, ginecología, pediatría y/o neonatología, nutrición, enfermería, odontología y trabajo social.

Para delinear los contenidos del curso de preparación para el nacimiento, como puntapié inicial y en condiciones ideales, se plantea individualizar mediante abordaje inclusivo las necesidades de las usuarias y su familia, ya que no será igual los requerimientos de una mujer nulípara que los de una multigesta, los de una adolescente, los de una pareja de mismo sexo o una mujer sola, el antecedente de un evento adverso y/o una experiencia positiva ligada a la maternidad.

Este reflexionar inicial guiará el orden y la profundidad de las distintas temáticas a desarrollar, sin perder de vista que en todos los cursos de preparación para el nacimiento y, en base a la guía establecida por el MSP, no debería faltar oportunidad de trabajar los contenidos allí descriptos (ver anexo VII).

Toda mujer tiene derecho de experimentar el embarazo y el nacimiento como un evento asistencial saludable, independiente de la vía de finalización, siendo necesario brindar información sobre las posibles vivencias vinculadas al respecto, considerando con igual necesidad abordar los aspectos emocionales referentes a un parto vaginal, instrumental y/o cesárea.

Además de atender estos contenidos, la preparación para el nacimiento brinda el espacio oportuno para la construcción de un *plan de nacimiento*. El plan de nacimiento surge en EEUU

en los años 80 como una herramienta en la práctica de la autonomía de las mujeres durante la asistencia institucional del parto, siendo reconocido como tal por la OMS en su documento “Cuidados en el parto normal: una guía práctica – Ginebra – 1996”. Implica una concientización del autocuidado en salud por parte de la usuaria y un consenso sobre lo expresado de forma escrita, ya que implica un documento escrito y el accionar del equipo de salud actuante. Para su construcción, la mujer embarazada tras haber recibido información sobre el embarazo y el proceso del nacimiento, teniendo en cuenta sus valores, deseos personales, expectativas y necesidades particulares del mismo, expresa de forma escrita qué prácticas prefiere durante la asistencia del nacimiento en condiciones normales.

El plan de parto y nacimiento es el eje de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y el equipo que la asiste, y debe servir para orientar la atención sanitaria que se le preste a lo largo de todo el proceso.

Dado su valor, se propone un plan de nacimiento estándar que podrá ser adaptado por cada mujer embarazada si así lo desea, para su caso individual (ver anexo IV).

A- RECOMENDACIONES A LOS EQUIPOS DE GESTIÓN CLÍNICA

2- Referentes al ingreso a las maternidades

Conceptos a tener en consideración a modo práctico para estas recomendaciones:¹

1ª etapa del parto: el diagnóstico del inicio de la misma tiene características multifactoriales que involucran paridad, patrón contráctil, dilatación cervical.

Se compone de dos etapas:

Fase pasiva: período de tiempo en donde hay contracciones uterinas dolorosas o no y se hace presente un cierto cambio cervical, hasta los 4 cm de dilatación; no es un período necesariamente continuo.

Fase activa: cuando hay contracciones uterinas dolorosas regulares, borramiento cervical > 50% y dilatación cervical progresiva > a 4 cm.

2ª etapa del parto se define con el hallazgo de dilatación completa, marcando la diferencia entre *fase pasiva y activa* la aparición de contracciones expulsivas involuntarias (pujos).

3ª etapa del parto se define desde la expulsión del feto hasta la resolución del alumbramiento y valoración del canal de parto

¹ *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Guia NICE 2014.*

Consulta en servicio de emergencia

- Valorar parámetros generales de salud materna fetal según guía ministerial vigente.
- Disponer un tiempo de valoración que permita una mirada integral de la usuaria.
- Disponer de un espacio físico confortable que permita una consulta íntima y con un trato personalizado (priorizando la relación uno/uno, un profesional/una consulta).
- Cuidar en todo momento la privacidad y la intimidad de la usuaria (disponer de campos para cubrir a la usuaria).
- Todo el equipo asistencial debe identificarse frente a la usuaria y acompañante de forma clara y sencilla (de ser posible contar con identificación en el uniforme de trabajo).
- Intercambiar con la usuaria y su acompañante (si así lo desea la misma) el motivo de consulta y las dudas en referencia al mismo. Brindar espacio al diálogo.
- Valorar historia clínica y paraclínica de la usuaria en conversación continua con la misma.
- En ausencia de diagnóstico de situaciones clínicas que aumenten el riesgo materno-fetal, se desaconseja el ingreso al área de parto de usuarias en etapas previas al inicio del trabajo de parto.
- Explicar el planteo diagnóstico e indagar sobre las expectativas al respecto.
- El ingreso o no en situaciones especiales debe de ser conversado en todos los casos considerando las opciones posibles según caso clínico y tratando de alcanzar una conducta consensuada e informada.

A- RECOMENDACIONES A LOS EQUIPOS DE GESTIÓN CLÍNICA

3- Referentes a la 1ª etapa del parto

Todas las recomendaciones realizadas en este capítulo refieren a situaciones asistenciales de bajo riesgo materno-fetal. De detectarse algún riesgo para la salud materna y/o fetal, el planteo asistencial puede variar en virtud del cuadro clínico.

Es válido plantear que frente a alguna situación clínica con sospecha de aumento del riesgo materno-fetal que requirió intervención de algún tipo, luego de resuelta la misma, se puede retomar la propuesta asistencial inicial planteada para parto de bajo riesgo.

En este documento se describen prácticas clínicas **no recomendadas**, ya sea por ser ineficaces, perjudiciales o no existir clara evidencia científica para fomentarlas, y prácticas clínicas **recomendadas**, las cuales muestran afectos beneficiosos para la asistencia sanitaria institucional durante el nacimiento.

Prácticas clínicas **no recomendadas** durante la 1ª etapa del parto de bajo riesgo en un modelo asistencial humanizado-respetado

Suspensión de vía oral rutinaria.

Colocación rutinaria de vía venosa periférica.

Uso rutinario de rasurado perineal.

Uso rutinario del enema evacuador.

Decolamiento de las membranas ovulares como forma de inducción de la dinámica uterina.

Limitar los movimientos corporales de la mujer.

Uso sistemático del partograma: según la última evidencia disponible el uso del mismo no se recomienda como parte del tratamiento y la atención estándar del trabajo de parto.

Prácticas y actitudes del equipo asistencial no justificadas que interfieran desde el punto de vista emocional afectando el proceso fisiológico del nacimiento.

Indicación rutinaria de occitocina.

Rotura artificial rutinaria de membranas para abreviar el trabajo de parto espontáneo.

Control de salud materno-fetal mediante monitorización fetal continua rutinaria.

Vestimenta de la usuaria con material estéril.

Examen ginecológico a repetición, sin evidente beneficio para la salud materno-fetal.

Administración de antiespasmódicos para abreviar el tiempo de la 1ª etapa del trabajo de parto.

Prácticas clínicas **recomendadas** durante la 1ª etapa del parto en un modelo asistencial humanizado-respetado

Consentimiento informado (verbal y/o escrito) de los procedimientos clínicos durante el proceso asistencial

Plan de nacimiento: en caso de presentar uno, el equipo asistencial debe respetar y consensuar las prácticas clínicas propuestas considerando lo escrito en dicho documento (ver anexo IV).

Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto.

Alentar la movilidad y posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres con bajo riesgo, respetando la elección de la posición que la usuaria desee.

Disponer de métodos de alivio del dolor (farmacológicas o no) para mejorar la satisfacción de la usuaria.

Control de salud materno fetal con cardiotocograma fetal y auscultación intermitente según caso clínico.

Realizar tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina, modificando éste intervalo según evolución clínica del proceso.

Priorizar los deseos y preferencias de las mujeres y reducir a un mínimo el número total de tactos vaginales.

Uso de amniotomía y occitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.

Ver Anexo I: tabla de evidencia científica.

A- RECOMENDACIONES A LOS EQUIPOS DE GESTIÓN CLÍNICA

4- Referentes a la 2ª etapa del parto

Prácticas clínicas **no recomendadas** durante la 2ª etapa del parto de bajo riesgo en un modelo asistencial humanizado– respetado

Posición de litotomía para la asistencia del nacimiento.

Uso rutinario de episiotomía.

No hay evidencia científica concluyente en referencia a la maniobra de Kristeller y el esfuerzo de pujo dirigido vs. espontáneo.

Prácticas clínicas **recomendadas** durante la 2ª etapa del parto en un modelo asistencial humanizado–respetado

Consentimiento informado (verbal y/o escrito) de los procedimientos clínicos durante el proceso asistencial

Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto. En caso de indicarse cesárea de emergencia considerar la presencia del acompañante durante todo el proceso (preparación para la cirugía, ingreso al block quirúrgico, anestesia y nacimiento).

Durante el esfuerzo de pujo: permitir a la usuaria adoptar la posición que elija, considerando que la posición vertical es la que según la evidencia mejora los resultados asistenciales.

Control del bienestar fetal mediante cardiotocograma fetal y auscultación intermitente según caso clínico.

Promover un ambiente íntimo, de respeto y dignidad para la usuaria y sus acompañantes. Valorar el número de recursos humanos presentes en sala, priorizar la relación uno a uno.

En caso de necesitar la presencia de más de un técnico como apoyo para un determinado proceso, informar a la usuaria y su familia de ésta situación

Ver Anexo II: tabla de evidencias científicas.

A- RECOMENDACIONES A LOS EQUIPOS DE GESTIÓN CLÍNICA

5- Referentes a la 3ª etapa del parto

Prácticas clínicas **recomendadas** ligadas a la asistencia materna, durante la 3ª etapa del parto en un modelo asistencial humanizado-respetado

Valorar bienestar general según guía clínica ministerial vigente.

En caso de adoptar una posición vertical durante la 2ª etapa del parto, adquirir posterior a la expulsión del recién nacido, una posición en decúbito dorsal que frente a un aumento de la pérdida sanguínea favorezca la identificación oportuna de la misma.

Administración de medicación uterotónica profiláctica para disminuir la hemorragia post parto.

Valoración del canal blando de parto con foco de luz adecuado y en posición ginecológica para asegurar la indemnidad del periné. En caso de constatar desgarros que requieran sutura, informar a la usuaria del cuadro clínico y realizar la reconstrucción del canal de parto previa administración de anestésicos.

Fomentar el inicio de la lactancia lo más precozmente posible, independientemente de la vía de nacimiento, siempre que no haya contraindicaciones para la misma.

Prácticas **clínicas recomendadas** ligadas a la asistencia inmediata del recién nacido en un modelo asistencial humanizado-respetado

Previo al nacimiento, comunicación o discusión entre el equipo obstétrico, pediátrico y/o neonatal.

Presentación del pediatra y/o neonatólogo previamente al nacimiento con la familia, explicando las etapas de transición y adaptación del recién nacido así como también los procedimientos a realizar.

Se recomienda que el lugar de la asistencia del neonato sea junto a su familia o próximo a ésta.

Verificar ambiente en la sala de nacer: iluminación, acondicionamiento térmico y acústico, existencia de equipamiento y materiales necesarios para la asistencia del recién nacido.

Fomentar el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido, independientemente de la vía de nacimiento, en recién nacidos sin necesidad de alguna de maniobra de reanimación.

Realizar ligadura oportuna de cordón no antes de los 30-60 segundos.

Se sugiere posponer medidas antropométricas, profilaxis oftálmica y administración de vitamina K para favorecer el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido.

No se recomienda realizar de forma rutinaria procedimientos invasivos como el pasaje de sondas orogástricas y/o rectales, aspiración nasofaringo-bucal, valorar cuadro clínicos y datos extraídos de la historia clínica materna que sugieran la necesidad de realizar dichos procedimientos.

Ver Anexo III: tabla de evidencias científicas.

A- RECOMENDACIONES A LOS EQUIPOS DE GESTIÓN CLÍNICA

6- Referentes a la etapa puerperal

La etapa puerperal comienza al culminar la 3ª etapa del parto (vaginal o quirúrgico).

En caso de parto vaginal, se recomienda trascorrir sus dos primeras horas en sala de nacer y luego completar su período mediato durante la estadía de internación en sala común del centro asistencial.

En caso de puerperio quirúrgico, se recomienda valorar la posibilidad de contar con un área para la recuperación anestésica que permita la presencia de compañía (de elección de la usuaria) hasta su traslado a sala común de internación.

Se recomienda que el equipo de salud conozca y respete la Norma nacional de lactancia materna, que a texto explícito enuncia: *“el equipo de salud ayuda a las madres a estar en contacto piel a piel con su bebé y a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al nacimiento. Se practica el alojamiento conjunto durante las 24 horas del día”*².

El puerperio representa para la usuaria un período de especial vulnerabilidad en donde las exigencias de la maternidad reciente y la recuperación física del proceso como tal, pueden plantear un escenario estresante en el que el apoyo emocional, la contención y empatía brindada por los acompañantes y el equipo de salud son de vital importancia para todo el núcleo familiar.

Es también una excelente oportunidad para el equipo asistencial interdisciplinario de brindar información, estimulando conductas que fomenten el autocuidado de la madre, evacuando también consultas referentes a los cuidados del recién nacido.

El apoyo durante este período de personal de salud capacitado en técnicas y asesoramiento a la lactancia, cuidados del recién nacido y asesoramiento en anticoncepción, favorecerán las condiciones al alta de la madre y el niño/a.

En circunstancias que se aparten del proceso fisiológico o resultados no esperables, como ser muerte o morbilidad perinatal y/o situaciones clínicas en torno a la maternidad que afecten emocionalmente a la usuaria, se recomienda interconsulta con equipo de salud mental.

Es importante no olvidar que estamos frente a la recuperación de un evento fisiológico. En este sentido, el descanso acompañado de una buena alimentación que evite ayunos prolongados en un marco de contención emocional, conforman los pilares de la atención sanitaria durante este período.

² Norma nacional de lactancia materna. Ministerio de Salud-UNICEF- RUANDI. 2017. Pág. 34.

Prácticas clínicas **recomendadas** ligadas a la asistencia durante el puerperio

Valorar bienestar materno según guía clínica ministerial vigente.

Brindar apoyo emocional a la madre y su acompañante.

Recomendar lactancia exclusiva en caso de que no haya contraindicación para la misma.

Asesorar sobre cuidados del recién nacido.

Brindar herramientas que fomenten el autocuidado.

B- RECOMENDACIONES A LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

1- Generales

Tal como ya se hizo referencia en el marco teórico, éste modelo asistencial necesita para su correcta implementación el involucramiento de todos los niveles de gestión de la institución sanitaria (maso-meso-micro).

Sería ineficiente y provocaría un efecto negativo en la calidad asistencial si alguno de los engranajes participantes en el proceso asistencial, y por lo tanto actores del cambio en el modelo asistencial, vierten sus esfuerzos de forma aislada sin compartir el compromiso y/o la responsabilidad.

Como pilares fundamentales para la práctica de un modelo asistencial sanitario de calidad con enfoque humanista y de respeto, las instituciones asistenciales deben construir:

- Propuesta de asistencia institucional comprometida con el cambio en el modelo asistencial.
- Sistema de comunicación efectiva y eficiente entre los distintos niveles de gestión.
- Propuesta de capacitación continua dirigida a los distintos niveles de gestión.
- Definición de procesos asistenciales, protocolos y pautas de servicios.
- Definición de distintos roles y perfiles asistenciales.
- Sistema de continua valoración de la calidad asistencial.

Si no se encuentra alineado el pensamiento de los distintos actores difícilmente lleguen a la usuaria y a su familia sus beneficios.³

³ Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3

B- RECOMENDACIONES A LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

2- Referentes al control prenatal

Acceso

El control prenatal debe de ser accesible para la usuaria y su familia. Las distintas instituciones que brindan servicios de asistencia sanitaria deben tener en cuenta las necesidades de su población considerando:

- Disponibilidad en el acceso al transporte (días, horarios, etc.).
- Horarios y días de consulta (brindar propuestas amplias y variadas para fomentar la participación de los acompañantes).
- Distribución en la planta física del área de control y salas de espera (escaleras, señalización, puestos de informes, acceso universal), disponer de herramientas frente a situaciones especiales (ej.: hipoacusia, entre otras).
- Facilitar las interconsultas con coordinaciones eficientes y efectivas , intentando disminuir la cantidad de visitas a la institución y disminuyendo los tiempos de espera, concretando las interconsultas antes del próximo control obstétrico.
- Se recomienda adecuar los tiempos de las consultas a las características de las mismas. Ej.: diferenciar el tiempo destinado para primer control obstétrico, consulta y siguientes.

Área de control prenatal

El área física del consultorio en donde se realizará el control prenatal debe contemplar un espacio cómodo y funcional de trabajo.

Se recomienda una distribución del mobiliario que facilite el contacto visual entre el equipo, la usuaria y su acompañante.

Las salas de espera deben disponer de asientos y servicios sanitarios destinados a este fin.

Sistema de información

Se recomienda un sistema de registro que facilite a la usuaria el acceso a la totalidad de la información referente a su control obstétrico, ya sea de los contenidos registrados en el carné obstétrico y/o historia clínica, los resultados de estudios paraclínicos realizados y/o solicitados y los informes de interconsultas brindados por otros especialistas.

B- RECOMENDACIONES A LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

3- Referente a la consulta en servicios de emergencia

En condiciones ideales resulta óptimo que la mujer embarazada conozca de forma anticipada la planta física en donde debe consultar.

De diferir las áreas físicas (control prenatal – servicios de emergencia – internación), se recomienda una instancia previa de visita coordinada para conocimiento, orientación y asesoramiento de la usuaria y su familia referente a las distintas áreas físicas donde debe concurrir. De no ser posible, buscar estrategias alternativas de visualización del área (videos – fotos – audiovisuales).

El trato hacia la usuaria debe ser cordial, tanto el personal técnico como no-técnico involucrado en la consulta en servicio de emergencia de la mujer embarazada debería contar con buenas técnicas de comunicación, mantener un discurso unificado de asistencia y dar lugar a la participación de los acompañantes de forma activa (de ser solicitado por la usuaria).

Se recomienda que cuando el motivo de consulta refiera a causas del embarazo, parto y puerperio, la usuaria pueda consultar de forma directa en el área de la maternidad, sin necesidad de ser valorada por otros técnicos en puertas de emergencia general. Los pasillos y corredores deben estar señalizados de forma sencilla y el acceso de los mismos debe ser universal.

Las salas de espera deben disponer de asientos y servicios sanitarios destinados a este fin.

B- RECOMENDACIONES A LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

4- Referente a la internación durante la 1ª, 2ª y 3ª etapa del parto

El Ministerio de Salud a nivel nacional recomienda el nacimiento institucional como estrategia para la obtención de buenos resultados materno-neonatales.

Si bien cada mujer tiene el derecho a elegir el lugar donde parir, se considera que en el contexto sanitario actual la forma segura de parto es el nacimiento institucional humanizado – respetado.

Bajo esta premisa se realizan estas recomendaciones, a fin de que las instituciones puedan brindar una asistencia de calidad y calidez logrando humanizar el proceso asistencial del nacimiento.

Integración del equipo

La obstetra partera/o es el profesional de salud idóneo para la asistencia de mujeres embarazadas de bajo riesgo. Debemos de contar en el equipo con la presencia del ginecotocólogo/a con quien valorar en forma conjunta y oportuna las situaciones clínicas que desvían el riesgo de su patrón de normalidad. El equipo básico asistencial se completa con la presencia de licenciado en enfermería, auxiliar de enfermería junto a pediatra y/o neonatólogo y anestésista, alineados en el modelo asistencial humanizado-respetado del nacimiento.

Es importante destacar que el modelo de asistencia humanizado debe pensarse desde todas las miradas del equipo, para ello es necesario contar con técnicos que hayan recibido formación al respecto, fomentando desde la institución dicha capacitación.

Área de internación

Partiendo de la definición del proceso de parto y puerperio como evento fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, las condiciones básicas del área de internación se hacen deducibles del mismo.

No existe evidencia científica disponible que respalde la necesidad de internación de la mujer embarazada en proceso de parto normal en un área cerrada y/o block quirúrgico. Por el contrario, ambientes inadecuados con bajas temperaturas o aislados llevan a insatisfacción en la asistencia percibida, desencadenando en oportunidades una cascada de intervenciones innecesarias que interfieren en el proceso fisiológico del nacimiento.

Se recomienda que el área física proponga un ambiente amigable posible, con una temperatura ambiente de 26°C aproximadamente, presentándose como área limpia, que cuente con servicio higiénico y área de depósito de artículos personales.

El área debe disponer además suficiente espacio físico que permita compañía a elección de la usuaria durante todo el proceso asistencial. En nuestro país contamos con la Ley 17.386 de acompañamiento al nacimiento, que reconoce el derecho de la usuaria a contar con la presencia de un acompañante durante el proceso del nacimiento (independiente de la vía de finalización del mismo). Se recomienda valorar, según necesidad de la usuaria, la posibilidad de contar con la presencia de más de un acompañante durante las distintas etapas del proceso.

Se propone como área ideal de internación a las llamadas “salas de nacer”, en las que la mujer puede trascurrir el proceso asistencial del parto en su totalidad (1ª, 2ª y 3ª etapa, incluyendo el puerperio inmediato) evitando las molestias de traslados inminentes al nacimiento y generando mayor satisfacción a la usuaria y su familia.

Recomendación de mobiliario básico en sala de nacer:

- Cama articulada para asistencia de partos, con posibilidad de asistencia de nacimiento en posición vertical y/o semisentada.
- Barra de sostén vertical.
- Balones de esferodinamia.
- Banco de parto y/o silla de parto.
- Ducha.
- De ser posible, disponibilidad para baños de inmersión.

- Área de deambulaci3n.
- Espacio f3sico para acompa1ante.
- Bandeja equipada para asistencia de partos.
- Foco de luz. Iluminaci3n apropiada.
- Elementos de valoraci3n de salud fetal (estetoscopio de Pinard, auscultaci3n electr3nica de la frecuencia card3aca fetal basal (Doptone®), monitor fetal).
- Superficie adecuada para asistencia inicial de RN.
- Bandeja equipada para asistencia de recepci3n del reci3n nacido.
- Opciones de ventilaci3n, previ3n de aire acondicionado y/o calefacci3n.
- Previsi3n de comunicaci3n efectiva frente a complicaci3n obst3trica y/o reci3n nacido.

Las instituciones deber3n, adem3s, asegurar al equipo asistencial condiciones adecuadas para el desarrollo de sus tareas. Dado que el proceso de parto puede llevar un tiempo prolongado, es importante la existencia de 3reas accesibles y para que el equipo asistencial pueda permanecer en adecuadas condiciones durante el desarrollo del mismo, incluyendo 3reas de descanso.

B- RECOMENDACIONES A LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

5- Referente a la etapa puerperal

Área de internaci3n

El 3rea de internaci3n para esta etapa no necesita mayor recurso material que el de una sala com3n de internaci3n.

En condiciones ideales:

- Sala individual.
- Cama de internaci3n sanitaria.
- Cuna para reci3n nacido.
- Servicio sanitario.
- Espacio para el acompa1ante.

De no ser posible esta distribuci3n, podemos considerar una sala de internaci3n compartida, siempre que se priorice la intimidad de la usuaria y se considere dentro del espacio f3sico y los servicios la presencia de un acompa1ante a permanencia. Las dimensiones de la habitaci3n compartida debe contemplar la coexistencia de un n3mero m3nimo de 4 usuarios (2 madres, por

lo menos dos recién nacidos) y sus acompañantes. Brindar las comodidades en el área física, que habiliten estos lineamientos asistenciales, debe de promoverse de forma universal y equitativa, evitando los pagos extra para acceder a los mismos.

B- RECOMENDACIONES A LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES

6- Plan de acción: hacia un modelo de atención humanizada – respetada durante el nacimiento

Las recomendaciones aquí planteadas proponen *un plan de acción* que sirva a las instituciones como herramienta para promover un cambio del modelo asistencial hacia uno de asistencia humanizada y respetada.

Para promover esta acción debe haber una reflexión a nivel de la alta dirección de los servicios, que defienda la propuesta y se disponga a implementar cambios que prioricen los principios del modelo.

El compromiso institucional para el cambio debe ser liderado desde la alta dirección y es responsabilidad institucional llevar adelante cambios en la planta física, la gestión de los recursos humanos y la aplicación del modelo asistencial que la atención humanizada – respetuosa del nacimiento requiere.

Es clave la capacitación y sensibilización del personal en este cambio de paradigma, así como la monitorización de los resultados incluyendo la satisfacción de la usuaria respecto a la asistencia recibida.

No es esperable un cambio al paradigma emergente respecto a la asistencia del nacimiento si no existe una política institucional al respecto.

Propuesta:

Paso 1

• 1 Evaluación institucional inicial – establecimiento de la brecha

Actividades

- 1-a Diagnóstico de situación: modelo asistencial actual de la institución.
- 1-b Identificación y formación de equipos referentes de trabajo comprometidos y alineados con el nuevo modelo asistencial a implementar.
- 1-c Identificación y descripción de procesos asistenciales actuales.
- 1-d Valoración de áreas físicas y posibilidad de implementar modificaciones.

Responsables

- 1-a Alta gerencia.
- 1-b Alta gerencia y mandos medios.
- 1-c Mandos medios y microgestión.
- 1-d Alta gerencia.

Paso 2

• 2 Elaboración de un plan de acción en base a guías nacionales e internacionales

Actividades

- 2-a Formulación de objetivos.
- 2-b Construcción de indicadores y propuesta de metas.
- 2-c Generación de protocolos asistenciales y /o actualización de los existentes según principios del modelo asistencial a implementar.
- 2-d Sociabilización de los protocolos asistenciales generados a todos los participantes del proceso asistencial.
- 2-e Capacitación sobre el modelo asistencial a implementar dirigido a todos los relacionados con proceso asistencial.

Responsables

- 2-a-b Alta gerencia.
- 1-c-d Mandos medios y micro gestión (equipos referentes conformados en el paso 1).

Paso 3

• 3 Implementación de las acciones: prácticas y actitudes para una asistencia institucional humanizada y respetada del nacimiento

Actividades

- 3-a Sociabilización de la propuesta a todos los participantes del proceso asistencial.
- 3-b Aplicación de protocolos asistenciales generados en paso 2.

Responsables

- 3-a Alta gerencia y mandos medios.
- 3-b Mandos medios y micro gestión.

Paso 4

• 4 Monitirización de resultados

Actividades

- 4-a Medición de indicadores propuestos.
- 4-b Evaluación de satisfacción de usuarios.

Responsables

- 4-a Alta gerencia y mandos medios.

Paso 5

• 5 Plan de ajuste y formulación de propuesta definitiva

Actividades

- 5-a Valoración de resultados: análisis de indicadores.
- 5-b Evaluación de resultados: análisis de metas.
- 5-c Sociabilización de resultados.
- 5-d Construcción de propuesta asistencial **definitiva según resultados obtenidos.**

Responsables

- 5-a Alta gerencia y mandos medios.
- 5-b Alta gerencia y mandos medios.
- 5-c Mandos medios.
- 5-d Alta gerencia, mandos medios y micro gestión.

6. ANEXO I

Evidencias científicas: Prácticas clínicas **no recomendadas** durante la 1ª etapa del parto en un modelo asistencial humanizado

Suspensión de vía oral rutinaria.

Singata M, Tranmer J, Gyte G. Restricción de líquidos por vía oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.

Colocación rutinaria de vía venosa periférica.

Cuidados en el parto normal guía práctica. OMS 1996.

Uso rutinario del enema evacuador.

Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Uso rutinario del rasurado perineal.

Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Despegamiento de las membranas ovulares como forma de inducción de la dinámica uterina.

Boulvain M, Stan C, Irion O. Despegamiento de membranas para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Limitar los movimientos corporales de la mujer embarazada.

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.

Uso sistemático del partograma como parte del tratamiento y la atención estándar del trabajo de parto.

Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.

Intervención del proceso fisiológico del parto sin evidente beneficio para la salud materno-fetal.
Brown Heather C, Paranjothy Shantini, Dowswell Therese, Thomas Jane. Paquete de atención con tratamiento activo del trabajo de parto para la reducción de las tasas de cesárea en mujeres de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
Conducción rutinaria con occitocina.
Brown Heather C, Paranjothy Shantini, Dowswell Therese, Thomas Jane. Paquete de atención con tratamiento activo del trabajo de parto para la reducción de las tasas de cesárea en mujeres de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
Rotura artificial de membranas para acortar el trabajo de parto espontáneo.
Rebecca MD Smyth, S Kate Alldred, Carolyn Markham. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.bibliotecacochrane.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4 Art no. CD006167. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
Ausencia de métodos de alivio del dolor (farmacológicos o no farmacológicos).
Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson J. Tratamiento del dolor para las mujeres en trabajo de parto: un resumen de revisiones sistemáticas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.
Control de salud materno-fetal mediante monitorización fetal continua rutinaria.
Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.
Vestimenta de la usuaria con material estéril.
Cuidados en el parto normal guía práctica. OMS 1996.
Examen vaginal a repetición sin evidente beneficio para la salud materno-fetal.
Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088. pub2.

Administración de antiespasmódicos para acortar el tiempo de la 1º etapa del trabajo de parto.
Rohwer A, Khondowe O, Young T. Antiespasmódicos para el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 8. Art. No.: CD009243. DOI: 10.1002/14651858.CD009243.

Tabla de evidencias científicas: prácticas clínicas **recomendadas** durante la 1ª etapa del parto en un modelo asistencial humanizado

Consentimiento informado (verbal y/o escrito) de los procedimientos clínicos durante el proceso asistencial.

Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016–2019 CONSEJERÍA DE SANIDAD – MADRID.

Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.

Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto OMS 2015.

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

Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto OMS 2015.

Disponer con métodos de alivio del dolor (farmacológicas o no), para mejorar la satisfacción de la usuaria.

1-Smith C, Levett K, Collins C, Crowther C. Técnicas de relajación para el control del dolor durante el trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514.

2-Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson J. Tratamiento del dolor para las mujeres en trabajo de parto: un resumen de revisiones sistemáticas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.

Control del bienestar fetal con cardiotocograma fetal y auscultación intermitente según caso clínico.

Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub2

Realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. Priorizar los deseos y preferencias de las mujeres y reducir a un mínimo el número total de tactos vaginales.

Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto OMS 2015.

Se recomienda el uso de amniotomía y occitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.

Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto OMS 2015.

7. ANEXO II

Tabla de evidencias científicas: Prácticas clínicas **no recomendadas** durante la 2° etapa del parto en un modelo asistencial humanizado

Posición de litotomía para la asistencia del nacimiento.

Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Uso rutinario de la episiotomía.

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3

Tabla de evidencias científicas: Prácticas clínicas **recomendadas** durante la 2° etapa del parto en un modelo asistencial humanizado

Consentimiento informado de los procedimientos clínicos durante el proceso asistencial

Plan de Humanización de La Asistencia Sanitaria 2016 – 2019 Consejería de Sanidad – Madrid.

Acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.

Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto OMS 2015.

Control del bienestar fetal con cardiotocograma fetal y auscultación intermitente según caso clínico.

Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub2

Estimular la posición vertical en referencia al esfuerzo de pujo.

Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Promover un ambiente íntimo, de respeto y dignidad para la usuaria y su familia.

Cuidados en el parto normal guía práctica. OMS 1996.

8. ANEXO III

Tabla de evidencias científicas: Prácticas clínicas **recomendadas** durante la asistencia materna, de la 3° etapa del parto

Valorar pérdida hemática materna y bienestar general según guía clínica ministerial vigente.

Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Ministerio de Salud Pública Dirección General de la Salud División de Planificación Estratégica de Salud Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva Programa de Salud Integral de la Mujer. 2014.

En caso de adoptar una posición vertical durante la 2ª etapa del parto, adquirir posterior al nacimiento del recién nacido una en decúbito dorsal que evite favorecer el aumento de la pérdida sanguínea frente a una genitorragia aumentada.

Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Administración de occitocina profiláctica para disminuir la hemorragia post parto Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.pub2

Tabla de evidencias científicas: Prácticas clínicas **recomendadas** ligadas a la asistencia inmediata del recién nacido en un modelo asistencial humanizado-respetado

Atenção à Saúde do Recém-Nascido –Guia para os Profissionais de Saúde –Ministério da Saúde–Secretaria de Atenção à Saúde –Departamento de Ações Programáticas–estratégicas. 2012.

Clampeo oportuno del cordón umbilical.

McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3

Contacto piel con piel entre la madre y el neonato sano.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

9. ANEXO IV

PROTOTIPO DE PLAN DE NACIMIENTO

Este plan de nacimiento deberá ser elaborado y personalizado en conjunto entre la usuaria y el equipo asistencial.

FECHA:

SERVICIO ASISTENCIAL DE ORIGEN:

SERVICIO ASISTENCIAL A QUIEN ESTÁ DIRIGIDO:

Quien suscribe _____, n° de documento _____ haciendo uso de mi autonomía y luego de asesorarme en instancia de _____, manifiesto a continuación mis preferencias con relación a la asistencia sanitaria a recibir durante la internación en el proceso de nacimiento y puerperio.

Sin perjuicio de lo antes expresado, ante situaciones que se alejen de lo aquí planteado, se me informará al respecto para consensuar las acciones a tomar.

Durante el proceso del nacimiento estaré acompañada por:

1- Durante el trabajo de parto:

Preferencias asistenciales durante el trabajo de parto:

- Sobre uso rutinario de vías venosas periférica _____
- Sobre suspensión de vía oral _____
- Conducción y/o inducción del trabajo de parto _____
- Rotura artificial de membranas ovulares _____
- Uso de métodos para el tratamiento del dolor _____
- Movilidad física _____
- Intimidad _____
- Otros _____

2- Durante la asistencia del parto:

Preferencias asistenciales durante parto:

- Conducción y/o inducción del trabajo de parto _____
- Rotura artificial de membranas ovulares _____
- Movilidad física _____
- Intimidad _____
- Otros _____

3- Ante realización de cesárea:

- Preferencia de tipo de anestesia _____
- Acompañamiento durante todo el proceso asistencial (anestesia, cirugía, asistencia del recién nacido)
- Con referencia al recién nacido _____

4- Con relación a la asistencia del recién nacido: _____

5- Con relación al puerperio y lactancia _____

FIRMA: _____

10. ANEXO V



CONSENTIMIENTO INFORMADO OPERACIÓN CESÁREA

Fecha.....

La sra..... de..... años de edad, con
cédula de identidad.....

En caso de incapacidad de consentir: el/la sr./sra. de años de edad,
con cédula de identidad en calidad de pareja, familiar o representante
legal de la sra. con cédula de identidad
.....

Declara:

Que el/la Dr./Dra.....
con N° CJP

nos ha explicado y suministrado la siguiente información sobre la operación cesárea, que
la hemos podido leer con anterioridad a la misma, que se nos han aclarado todas las dudas y
atendido nuestras sugerencias.

1. La cesárea es una intervención quirúrgica obstétrica que se lleva a cabo para la extracción del feto y la placenta por vía abdominal
2. La indicación de una cesárea se debe a que las circunstancias actuales de mi embarazo y/o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo en cuanto al compromiso de salud de la madre y/o del feto, y por tanto a opinión del equipo médico actuante, la cesárea ofrece menores riesgos para la salud.
3. En mi caso las indicaciones son:
4. La cesárea requiere anestesia, que será valorada, informada y realizada por el Departamento de Anestesia, para lo cual el/la anesestesiólogo/a le informará para su consentimiento previo
5. Luego de la extracción del recién nacido, la atención del mismo estará a cargo de médico/a pediatra o neonatólogo/a.
6. La cesárea se practica por parte de especialistas y en la mayoría de los casos se alcanza el objetivo buscado, pero entiendo que se trata de una cirugía mayor, y por tanto no está exenta de complicaciones, como hemorragia, hematomas superficiales o profundos, lesiones de órganos vecinos (vejiga, intestinos, grandes vasos), dehiscencia y/o eventración postquirúrgica, infección de la cicatriz, adherencias, entre las complicaciones más frecuentes.

7. Diversos riesgos obstétricos pueden determinar un mayor riesgo de complicaciones durante la intervención, o luego de la misma, potencialmente graves para la madre y el feto. Éstas son:

preeclampsia, eclampsia, trastornos de la coagulación, diabetes gestacional, embarazo múltiple, placenta previa, polihidramnios, oligoamnios, alteraciones del crecimiento fetal, infecciones o malformaciones congénitas, presentaciones fetales distólicas, rotura prematura de membranas, prematurez, colestasis gravídica, cirugías uterinas previas, patologías médicas agregadas al embarazo.

8. Además, existe riesgo de complicaciones intraoperatorias imprevistas e impredecibles propias del embarazo, con riesgo de muerte o compromiso de salud materna o fetal, como son el acretismo placentario, rotura uterina, embolia de líquido amniótico, inversión uterina, eclampsia, hemorragias uterinas por atonía, desgarros uterinos, aspiración de líquido amniótico meconial, lesiones fetales por presentaciones anómalas.

9. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera una complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales, o variar la técnica prevista de antemano en procura de salvar mi vida o la de mi hijo.

Por todo lo expuesto otorgo el consentimiento de que:

- He sido informada en un lenguaje claro y sencillo.
- El/la Dr./Dra. ha permitido formular todas las observaciones y preguntas al respecto.
- También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento asumiendo, en ese caso, los riesgos que un parto por vía vaginal puede implicar para mi salud y la del feto, en tanto el equipo médico actuante ha aconsejado la cesárea como mejor opción. Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

En tales condiciones, CONSIENTO que se me realice una operación CESÁREA.

Firma del usuario o representante

Contrafirma.....

C.I.

Firma del médico

N° CJP

Fecha

11. ANEXO VI

MARCO LEGAL

Derechos

- Ley 18335/2008
Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de Servicios de Salud.
- Ley 18104/2007
Igualdad de Derechos y Oportunidades.
- Ley 18426/2008
Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Decreto 293/2010. Reglamentación de la Ley 18426. Creación de los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva en todas las instituciones.
- Ordenanza 623/2012
Creación Comisión Nacional Asesora en SSyR.
- Ordenanza 693/2012
Sobre funcionamiento y monitoreo de Maternidades.
- Guía atención en SSyR de adolescentes Primer nivel – 2011.
- Guía en SSySR para personas con discapacidad – 2012.
- Guía implementación de servicios SSySR – 2010.

Embarazo parto y puerperio:

- Ley N° 18.426:
Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.
...”Artículo 3°. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva: c) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados...”
- Ley N° 17.386⁴:
Acompañamiento durante el nacimiento.
- Decreto 67/2006. Reglamentación de ley de acompañamiento del parto.

- Ley 15084/1980
Licencia por maternidad para mujeres.
- Ley 16104/1990
Normas sobre licencias por maternidad y lactancia.
- Ley 11577/1950
Prohibición de despido de trabajadora embarazada.
- Ley 16045/1989
Prohibición de suspensión y despido por motivos de embarazo o lactancia.
- Ley 17215/1999
Normas de protección a mujeres trabajadoras en estado de gravidez o lactancia.
- Ordenanza MSP 751/2006.
Creación de la Comisión Nacional para el monitoreo y reducción de la muerte de mujeres por causa del embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto.
- Ley 18437/2008 Art 74
- Ley de Educación
Reglamentación para mujeres estudiantes embarazadas.
- Ley 18868/2011
Prohibición de realizar test de embarazo a mujeres para ingreso a trabajo.
- Ordenanza MSP 447/2012
Control de embarazo e ITS.
- Ley 19161/2013
Licencia por paternidad y maternidad.
- Guía embarazo, parto y puerperio:
Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio.
Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, División de Planificación Estratégica de Salud, Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Programa de Salud Integral de la Mujer. 2014.⁵
- Guía de orientación en buenas prácticas en lactancia equipos de salud – 2011.

⁵ http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20EMBARAZO%20y%20PARTO%20MSP%202014_1.pdf

Anticoncepción

- Decreto 383/2010
Acceso a la ligadura de trompas y la vasectomía como prestaciones gratuitas y obligatorias por la sola voluntad del/a usuario/a.
- Decreto 009/2011
Canasta básica de métodos anticonceptivos que deberán prestar a usuarios/as todas las instituciones de salud.
- Decreto 292/2012
Colocación gratuita de DIU en instituciones de salud pública y privada.
- Guía estimación necesidades y compras de insumos SSySR – 2013.
- Guía SSySR métodos anticonceptivos temporales y permanentes – 2013.
- Manual operativo administración logística insumos SSySR – 2013.

Reproducción asistida

- Ley 19167/2013
Ley de reproducción humana asistida.
- Ordenanza MSP 462/2014
Creación de Comisión Honoraria RHA.
- Decreto 69/2014
Sobre clínicas y servicios de RHA.
- Decreto 311/2014
Reglamentario ley RHA.
- Decreto 313/2014
Financiación RHA.
- Decreto 84/2015
Reproducción asistida de alta complejidad.
- Manual procedimientos reproducción humana asistida – 2014.
- Manual para la reproducción asistida de alta complejidad – 2015.

12. ANEXO VII

Pauta para la implementación de cursos de preparación para el nacimiento en el marco de la Meta 1

DIGESA – MSP

La presente pauta busca guiar a los prestadores de salud del SNIS en la implementación de cursos de preparación para el nacimiento en el marco de la meta

1. En el indicador que refiere a “embarazadas correctamente controladas según pauta” se incorpora como meta la realización de cursos de preparación de la embarazada para el nacimiento.

La justificación de inclusión de la meta se relaciona con:

- La obligación del Estado de definir y liderar políticas, proteger y promover salud. La misma no se limita a la atención sanitaria, sino que incluye a otros factores, que inciden en la calidad de vida de las personas.
- La educación para la salud es clave en el logro de una mejor calidad de vida de los individuos. En base a programas estructurados de educación prenatal que incorporan las recomendaciones de OMS y UNICEF sobre los beneficios que representan ciertas prácticas para la mujer embarazada y su familia, es posible transmitir información de calidad en base a derechos que mejoran la calidad de la atención.
- La educación en la etapa prenatal contribuye a la preparación física y psicológica de la mujer para afrontar el embarazo y los cambios que se van a ir presentando, el parto, su recuperación en el puerperio y a que la vivencia de todo el proceso sea lo más armoniosa posible, tanto para la madre como para su pareja o acompañante. A la vez se transmite la importancia de fortalecer el vínculo afectivo con su bebé, prácticas de crianza, maternidades y paternidades corresponsables y otros factores que favorecen o dificultan el normal desarrollo y crecimiento.
- El curso de preparación para el nacimiento ofrece una valiosa oportunidad de integrar un colectivo con los mismos intereses y preocupaciones que atraviesa una etapa de especial

sensibilidad y de recibir información calificada en el momento oportuno, lo cual genera autonomía y responsabilidad a la hora de tomar decisiones o brindar consentimiento.

- Estas acciones están en línea con:
 - Objetivos Sanitarios Nacionales.
 - Guías en SSYSR del MSP.
 - Las recomendaciones de organismos internacionales como OMS, UNICEF, FIGO (Federación Internacional Ginecología y Obstetricia).

Propósito

Esta guía establece un marco para el desarrollo de actividades de educación para la salud referidas a los cambios que afrontan las mujeres y sus parejas durante el embarazo, parto y puerperio, contribuyendo a que maternidades y paternidades sean disfrutadas en el pleno ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

La educación para el nacimiento es uno de los componentes más importantes hacia el logro de un parto humanizado, siendo éste un derecho de los individuos y un objetivo sanitario del MSP.

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluyen el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto sin violencia ni discriminación, siendo obligación de las instituciones del SNIS garantizar este derecho.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la preparación para el nacimiento por sus efectos beneficiosos maternos y perinatales, que según evidencia científica favorece:

- Menor grado de ansiedad, manifestando una actitud positiva.
- Mayor asistencia al control prenatal.
- Mayor disfrute del embarazo y el parto, mejorando su calidad de vida y percepción del proceso.

- Mayor y mejor participación de la pareja. Apoyo hacia la mujer durante todo el trabajo de parto, brindando seguridad y mayor contención emocional.
- Adecuada respuesta a las contracciones utilizando las técnicas de relajación, respiración, etc.
- Menor duración total del trabajo de parto.
- Menor uso de fármacos en general.
- Menor incidencia de cesáreas.
- Mejor vínculo con el recién nacido y mayor aptitud para una lactancia natural.

Esta guía se ajusta a los lineamientos contenidos en:

- Ley 18.426 de promoción de la SSYSR y su decreto reglamentario 293/2010.
- Decreto 378/2015: exoneración de costo de ecografía estructural y transvaginal en el embarazo
- Ord. MSP 62/2017: Acciones sobre lactancia materna.
- Ley 17386/2001: Acompañamiento del parto y su decreto reglamentario 67/2006.
- Ley 18335/2008: Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de servicios de salud.
- Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio – MSP.
- Plan Nacional de Primera Infancia y Adolescencia – 2016.
- Declaración de la OMS: Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centro de salud.
- Maternidad segura y centrada en la familia – UNICEF.
- Guía alimentaria para la población uruguaya.
- Guía de orientación anticonceptiva – MSP.

Objetivo

Orientar a los equipos de salud de las instituciones en la implementación de cursos dirigidos a los usuarios y usuarias a partir de las 20 semanas de gestación para lograr un nacimiento humanizado y consciente, en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales, con enfoque de derechos y con promoción de derechos sexuales y reproductivos.

Todas las mujeres tienen derecho a ser acompañadas por quien elijan durante el trabajo de parto, parto, cesárea y nacimiento del bebé. La participación de la pareja en la preparación para el nacimiento le permitirá adquirir información relevante y estar presente y activo/a durante todo el proceso de atención prenatal, el nacimiento y los cuidados del bebé.

Las instituciones deberán fomentar y apoyar la presencia de la pareja o acompañante (sea varón o mujer) en las consultas y el nacimiento, así como su participación en los cursos para el nacimiento, trabajo de parto, parto y puerperio.

Población objetivo

Todas las mujeres embarazadas usuarias de los prestadores integrantes del SNIS y sus acompañantes.

Metodología

- Se formarán grupos de hasta 20 mujeres con sus parejas o acompañantes elegidos.
- Se iniciarán a partir de las 20 semanas de gestación, debiendo completar el curso antes del nacimiento.
- El curso contará de un mínimo de 7 encuentros que deberán completar previo al nacimiento.
- Cada clase/encuentro tendrá una duración de aproximadamente dos horas.

Horario y registro

- Estos cursos deberán dictarse en horarios razonables, amplios y flexibles, pudiendo realizarse de lunes a sábado.
- Se tendrán en cuenta horarios que faciliten la participación de mujeres y de hombres trabajadores y la posibilidad de reponer clases perdidas.
- Se registrará la asistencia y se extenderá constancia (por duplicado) de asistencia al curso si completa al menos 5 encuentros.
- La copia de dicha constancia se adjuntará a la historia clínica al momento del parto.
- La existencia de dicho comprobante habilitará el marcado en la hoja del SIP del campo “preparación para el parto”.

PREPARACIÓN PARA EL PARTO	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
NO	SI

No se marcará en caso de que haya realizado el curso en ámbitos institucionales ajenos o no vinculados a los prestadores integrales del SNIS.

Recursos

Las instituciones deberán asegurar para lograr este objetivo:

- Recursos humanos capacitados.
- Recursos materiales.
- Ambiente adecuado.

a) Recursos humanos

Las instituciones deben garantizar los recursos humanos que serán los encargados de planificar y desarrollar el contenido del curso de preparación para el nacimiento.

El equipo de preparación para el nacimiento estará coordinado por obstetra Partera por tratarse de un perfil profesional habilitado legalmente y capacitado para la organización y desarrollo de este proceso.

En la organización y desarrollo del curso y sus contenidos se integrará la práctica y conocimiento de otros profesionales:

- Lic. Psicología.
- Lic. Trabajo Social.
- Lic. Enfermería.
- Lic. Nutrición.
- Ginecólogo.
- Odontólogo o higienista dental.
- Neonatólogo o pediatra.

La obstetra partera será la coordinadora del equipo multidisciplinario. Están entre sus funciones:

- Adecuar los cursos a la presente guía y la mejor evidencia disponible.
- Participar de los cursos y capacitaciones que se puedan realizar al respecto.
- Registro de las actividades y asistencia.
- Informe para el MSP sobre características del curso y cobertura.
- Realizar la evaluación de los cursos teniendo en cuenta las opiniones de los usuarios y los equipos de salud.
- Liderar un proceso continuo de mejora de los cursos.

b) Recursos materiales

La institución dispondrá de un ambiente confortable, amplio, bien iluminado y con acceso a servicios higiénicos.

Contará con la privacidad necesaria y los siguientes materiales:

- medios audiovisuales;
- pizarrón y marcadores;
- sillas cómodas;
- pelotas de goma de 75 cm de diámetro;
- colchonetas de gimnasio;
- emisor de música;
- agua;
- carpetas, hojas y lapiceras;
- material educativo que apoye el tema tratado en cada encuentro.

Metodología

La modalidad de trabajo buscará generar espacios que permitan que las participantes se sientan contenidas, favoreciendo la expresión de sentimientos y temores, especialmente de las mujeres embarazadas.

Se utilizarán técnicas que permitan trabajar sistemáticamente y de forma estructurada los aspectos cognitivos, emocionales, de habilidades, etc. Además, es relevante habilitar la oportunidad de expresar, analizar, reflexionar y compartir las ideas previas de las participantes sobre todos estos aspectos.

El contenido del taller será complementario a la información que se brinda en la consulta obstétrica, haciendo hincapié en aquellos temas que por su importancia o por razones

operativas, son más sencillos de abordar en una dinámica grupal. Se debe evitar realizar clases magistrales, buscando dinámicas que promuevan la participación y el planteo de inquietudes de los participantes relacionados con temas de embarazo, parto, crianza, autocuidado y vínculos. Será de particular importancia favorecer la explicitación de las contradicciones entre saberes populares y conocimientos técnicos (conflicto pedagógico), para generar una síntesis nueva que facilite el cambio de las prácticas en la vida cotidiana.

En la medida de lo posible se habilitarán espacios de atención diferenciada a las adolescentes embarazadas, creando grupos específicos con la perspectiva de la maternidad en esta etapa y brindando especial atención a los casos de maternidad forzada. Si el número de adolescentes no justifica la creación de un grupo, en los talleres que integren embarazadas adolescentes se enfocarán los temas en forma particular en referencia a esta etapa de la vida.

Se destaca, además, que a partir de la ley N° 19.167 (de Reproducción Humana Asistida) se ha facilitado la gestación en parejas integradas por mujeres, para lo cual los equipos de salud deben estar abiertos y capacitados.

Durante el proceso del grupo y a medida que se profundiza en el conocimiento de sus integrantes, podrían detectarse situaciones que requieren un abordaje individual (depresión, no aceptación del embarazo, consumo de sustancias psicoactivas, violencia basada en género, diagnóstico de malformaciones congénitas, etc.). En estos casos se coordinará una entrevista con el ginecólogo, médico, obstetra partera tratante u otros perfiles profesionales que puedan colaborar en el abordaje de la situación.

Se deberán crear materiales institucionales de apoyo al curso que reafirmen o complementen los contenidos del mismo.

Se deberá entregar a las parejas copia de los consentimientos informados de parto y cesárea para su conocimiento. Se deberán aclarar dudas al respecto.

Durante las dos horas de duración de cada taller, se integrarán actividades de educación para la salud, intercambio de información, evacuación de dudas, etc., y la práctica de ejercicios beneficiosos para la gestante (ejercicios respiratorios, verticalidad y el movimiento en el parto, relajación consciente, masajes, manejo no medicamentoso del dolor, ejercicios piso pélvico, etc.) en los cuales se incorporará a la pareja o acompañante.

Se deberá respetar la diversidad en la percepción que cada una tiene sobre su historia y significación del cuerpo.

Se aplicarán dinámicas de juegos, lecturas compartidas, PPT, videos, y más.

Estos temas se irán introduciendo en cada taller, en forma progresiva y a cargo de los profesionales correspondientes, de acuerdo al tema que se trata.

Al finalizar cada taller habrá un espacio para preguntas, comentarios y reflexiones.

Se le entregará a cada mujer una carpeta donde irá guardando los materiales alusivos que se le entregan en cada encuentro.

Contenidos priorizados:

Los cursos deberán abordar los siguientes contenidos en base a la mejor evidencia científica, los derechos y con perspectiva de género y generaciones:

- Importancia del control pregestacional, obstétrico y neonatal. Objetivos, ventajas y resultados.
- Importancia y objetivos de la preparación para el nacimiento.
- Cambios fisiológicos del embarazo.
- Hábitos saludables en el embarazo. Nutrición. Higiene. Trabajo. Sexualidad.
- Derechos de la gestante y su pareja. Licencia maternal y paternal.
- Síntomas y signos de consulta precoz.
- Trabajo de parto y parto. Etapas del mismo. Duración. Sintomatología esperable. Resultados.
- Derechos en la asistencia al nacimiento. Prácticas para el nacimiento respetado. Prácticas recomendadas y no recomendadas en la asistencia del parto. Consentimiento informado.
- Métodos no farmacológicos y farmacológicos para el manejo del dolor.
- Cesárea y fórceps. Posibles indicaciones. Riesgos. Consentimiento informado.
- Llegada del recién nacido. Cuidados, estimulación, desarrollo.

- Cambios, cuidados y motivos de consulta en el puerperio.
- Lactancia materna. Fomento vínculo madre – hijo – padre.
- Anticoncepción.

La institución debe:

- Dar a conocer el plan de curso para el nacimiento a todo el personal de salud, especialmente aquellos que están en atención directa con mujeres embarazadas, parto y recién nacido, para mejores resultados,
- Capacitar al personal de salud sobre asistencia respetada del nacimiento.
- Elaborar y presentar su plan de curso para el nacimiento sobre la base de los criterios generales de esta pauta especificando:
 - Responsable (coordinadora), datos de contacto (teléfono, email).
 - Integración del equipo: nombre completo, especialidad, email.
 - Cantidad de clases a dar y carga horaria.
 - Días y horarios de los cursos.
 - Contenido teórico y práctico de cada clase.
- Informar al MSP lo que éste solicite respecto a los cursos de preparación para el parto y las capacitaciones realizadas sobre asistencia respetada del parto.

Material de apoyo

Marco legal:

- Ley 17.386 de acompañamiento al parto.
- Decreto de acompañamiento al parto (amplía la ley 17.386).
- Derechos de usuarios de la salud.
- Ley de salud sexual y reproductiva.
- Prestaciones sociales por maternidad y paternidad.
- Ley 18.227 de asignación prenatal.
- Derechos de la mujer trabajadora (Leyes 11.577 y 19.161).
- Derechos por lactancia.
- Ley licencia por paternidad 17.930 sector público.
- Ley de interrupción voluntaria del embarazo 18.987.
- Ley 18.426 de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Guías y material apoyo técnico:

- Guías MSP.
- Guías OPS – OMS.
- Biblioteca Cochrane.
- Material “Bienvenido bebé” (UNICEF).

13.ANEXO VIII

SOLICITUD DE CÉSAREA A DEMANDA



Yo..... de..... años de edad, con cédula de identidad.....

Declaro que:

Solicito que se realice una cesárea a demanda entendiendo por tal la que se realiza en embarazos con feto único y a término, a requerimiento de la propia paciente y en ausencia de indicaciones médicas u obstétricas que la justifiquen.

Comprendo que la conducta obstétrica recomendada con vistas a la finalización de la gestión es el parto vaginal.

Se me ha explicado y suministrado la siguiente información sobre la cesárea a demanda, que la he podido leer con anterioridad a la misma y que se me han aclarado todas las dudas y atendido mis sugerencias.

Entiendo que la cesárea a demanda:

- Puede aumentar los riesgos sobre mi persona exponiendo a una mayor frecuencia en éste o futuros embarazos de:
 - placenta previa;
 - rotura uterina;
 - hemorragias;
 - acretismo placentario;
 - histerectomía;
 - infecciones herida operatoria;
 - complicaciones anestésicas;
 - lesiones vesicales o intestinales;
 - trombo-embolismo;
 - endometritis;

- infecciones urinarias;
 - dolor postnacimiento;
 - dificultades con la lactancia;
 - mayor estancia hospitalaria;
 - muerte.
- Puede aumentar los riesgos sobre el feto y recién nacido de:
 - depresión neonatal;
 - dificultad respiratoria;
 - hipertensión pulmonar;
 - hipotermias e hipoglicemias;
 - ingreso a cuidados especiales;
 - mayor estadía hospitalaria.

Entiendo que se recomienda no realizar antes de las 39 semanas ante un mayor riesgo de complicaciones neonatales por inmadurez.

En tales condiciones, **solicito** que se me realice una operación **cesárea a demanda**, asumiendo los riesgos y consecuencias que la misma puede implicar para mi salud y la del feto, en tanto el equipo médico tratante ha indicado el parto vaginal como conducta obstétrica recomendada.

Firma del usuario o representante legal Contrafirma C.I.
--

Firma del médico Contrafirma médico N° CJP Fecha

El presente documento debe acompañarse y no excluye la firma del consentimiento informado para operación cesárea.

