

GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PARTO RESPETADO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En el marco de la Ley Nacional N° 25.929

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**



Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Daniel Gollan

Subsecretaría de Atención y Cuidados Integrales en Salud

Nicolás Kreplak

Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud

Sabrina Balaña

Dirección de Maternidad y Salud Perinatal

Delia Zanlungo

Equipo matricial de la DPEGS que participó en la elaboración de contenidos

Andrea Paz

Luciana Kanterewicz

Agostina Finielli

Lidia Tundidor

Carla Giuliano

Mara Martínez Monteagudo

Carlota Ramírez

Melina Mosquera

César Bissutti

Silvia Marzo

Gisela Stablun

Tatiana Aime

Equipo de la Dirección de Maternidad y Salud Perinatal

Alejandra Bustos

María Emilia San Martín

Ana María Pitto

María Rosa Sabbadin

Ana María Suarez

Mónica Villegas

Analía Bertolotto

Myrian Bracco

Analía De Simón

Paola Saracco

Andrea Das Neves

Patricia Barrios Skrok

Carlos Sereno

Perla Farinato

Daiana Muñoz

Silvina González

Fabián Tomasoni

Silvina Moggiano

Facundo Parra

Vanesa Zanca

Francisco Saraceno

Viviana Cosentino

Giselle Lamela

Julia Elena Britos

Colaboradores externos

Laura Cicocioppo

Romina Castellani (DNSSyR)

En el proceso de construcción de esta Guía realizamos rondas de intercambio y discusión, en las que participaron: Mariana Larroque, Patricia Rosemberg, Cecilia Ciochi, Carolina Naya, Mariela Teseyra, Eduardo Fernández, Melina Vincenti, Erica Gutiérrez, Sandra Zapiola, Violeta Osorio, Amparo Saiz, Mariana Laburu, Natalia González, equipo de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud, a cargo de la Lic. Noelia López.

Les agradecemos sus aportes que nos permitieron ampliar la mirada con la que construimos esta herramienta para la atención, cuidado y gestión del parto respetado en la provincia de Buenos Aires.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO CONCEPTUAL	3
a. Derecho a la soberanía sobre el propio cuerpo	3
b. Partos sobreintervenidos y violencia obstétrica.....	4
c. Vínculos, saberes y ternura.....	7
3. LINEAMIENTOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO, ATENCIÓN Y CUIDADO	8
a. Consejería en opciones	8
b. Cuidados durante el embarazo.....	9
c. Cuidados durante el trabajo de parto, parto y recuperación (TPR)	12
d. Cuidados en el puerperio y cuidados neonatales	18
4. REDES DE ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO	21
5. HACIA LA EQUIDAD Y UNA MIRADA INTERSECCIONAL: POBLACIONES Y SITUACIONES ESPECÍFICAS	23
6. ALGUNAS REFLEXIONES	26
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO	30

1. INTRODUCCIÓN

En septiembre del año 2020 la Provincia de Buenos Aires adhirió a la Ley Nacional N° 25.929, conocida como “Ley de Parto Respetado” y sancionada en el 2004, a través de la Ley provincial N° 15.188. Garantizar los derechos humanos y la soberanía del cuerpo de la persona gestante durante el proceso de embarazo, parto y puerperio es un compromiso asumido por nuestra gestión. Presentamos esta Guía en pos de la transformación del modelo de atención en salud, invitando a pensar y problematizar nuestras prácticas y saberes. Mediante este instrumento buscamos construir procesos de acompañamiento y cuidado de la salud libres de violencias. Algunos indicadores, que resultan del Sistema de Información Perinatal¹, nos permiten visibilizar la magnitud de los desafíos pendientes. Como ejemplo podemos observar que en la provincia de Buenos Aires tenemos una tendencia creciente de cesáreas en el sector público; en el año 2011 se registró una tasa de 27% mientras que en el año 2019 ese mismo porcentaje ascendió a 36%. Asimismo, en ese año el 52% de las personas que cursaron su primer parto le realizaron una episiotomía, una práctica que no está recomendada de manera rutinaria. Por otra parte, en relación al acompañamiento en el parto, si bien hubo un incremento del 92% en los acompañamientos en el periodo 2011 a 2019, en el último año registrado el 44% de las personas no estuvieron acompañadas en el mismo.

Práctica	% registrado en el sector público de la PBA (año 2019)	Recomendación de la OMS (año 2018)
Cesárea	35,6%	A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
Acompañamiento en el parto por una persona de su elección	56,2%	Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
Episiotomías en primíparas	52,2%	No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.
Fuente	SIP 2019	OMS: Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea (2015) / Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva (2018)

¹ El Sistema Informático Perinatal es una herramienta creada por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) que permite la construcción de información de los procesos de atención, acompañamiento y atención perinatal a través del registro de datos en la Historia Clínica Perinatal.

Disponer de indicadores permite tener un conocimiento aproximado de la realidad de nuestro territorio provincial, de la situación de salud de las personas y de las prácticas de atención y cuidado que se despliegan. Con esta información se puede problematizar, historizar, desnaturalizar las situaciones, hacernos preguntas y construir respuestas posibles.

Durante el segundo semestre del 2020 iniciamos el proceso de construcción de una política de cuidado integral en el marco de la adhesión a la Ley Nacional, realizando en cinco Regiones Sanitarias los Foros de participación “Camino al Parto Respetado” que son espacios regionales de encuentro entre trabajadoras y trabajadores de los equipos de salud, organizaciones sociales y autoridades sanitarias y políticas de cada Región Sanitaria. Los Foros son una política de participación organizada en forma conjunta por la Cámara de Diputados de la Provincia, Ministerio de las Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual y el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Uno de los objetivos de esta estrategia es brindar continuidad territorial en los distintos municipios con la conformación de mesas de trabajo regionales. La misma continuará hasta completar todas las regiones sanitarias. Asimismo, fue un insumo para la elaboración colectiva de este documento.

En esa línea, esta Guía tiene el objetivo de ser un instrumento que contribuya al proceso de transformación de los modelos de atención y gestión. Se encuentra dirigida a los equipos de salud² de la provincia de Buenos Aires, involucrados en procesos de cuidado, atención y gestión de personas gestantes y recién nacidas. Esta Guía no es exclusiva para la atención de los embarazos llamados de “bajo riesgo”, ni para los partos fisiológicos, sino para el cuidado de todas las personas en situación de embarazo, parto y puerperio. Entendemos que la transformación sólo es posible si es colectiva, mediante la circulación del poder-saber y el compromiso activo para la erradicación de las violencias. Comprometidas y comprometidos con las disposiciones del marco normativo nacional y provincial que resultan obligatorias, proponemos un formato que nos interpele y nos invite a hacernos preguntas de forma conjunta, para repensar nuestro rol como equipo de salud, nuestra posición de poder y orientar nuestras prácticas para garantizar derechos, producir salud integral y acompañar deseos.

² En el marco de esta Guía entendemos por “equipo de salud” a todas las personas que integran un colectivo de trabajadoras y trabajadores en diferentes roles y funciones, en particular cuando nos referimos a equipos de salud que brindan atención y cuidados en el proceso de embarazo, parto y puerperio se incluye a obstétricas/os, médicas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, administrativas/os, promotoras/es de salud, puericultoras/os, doulas, psicólogas/os, agentes sanitarias/os y toda otra persona que lo integre.

Es por ello que ésta es una *guía viva*, abierta e incompleta, para que se vaya construyendo junto con los equipos de cada institución de salud, actores de su comunidad y las personas gestantes y sus vínculos afectivos.

2. MARCO CONCEPTUAL

a. Derecho a la soberanía sobre el propio cuerpo

En la Argentina existe un amplio marco de derechos de las mujeres y el colectivo de la diversidad sexual, que aplican en relación a la temática de esta Guía. Entre ellos destacamos la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) y las Leyes provinciales N°13.066 y 14.738 de creación del programa de salud sexual y reproductiva en la provincia de Buenos Aires; la Ley Nacional N° 26.061 que crea el Sistema de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005); la Ley Nacional N° 26.485 que crea el Sistema de Protección Nacional para Prevenir, Sancionar y Erradicar las Violencias Contra las Mujeres en el ámbito que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009); la Ley Nacional N° 26.529 de Derechos del Paciente (2009), la Ley Nacional N° 26.657 de Protección de la Salud Mental promulgada (2010), la Ley Nacional N° 26.618 de Matrimonio Civil o conocida como “Ley de Matrimonio Igualitario” (2010), la Ley Nacional N° 26.743 de Identidad de Género (2012), la Ley Nacional N° 26.862 de Fertilización Asistida (2013), la aprobación del Nuevo Código Civil y Comercial (2015), entre otras normas.

Es importante que nos preguntemos: ¿Qué conocimiento tenemos sobre estas leyes? ¿Organizan de alguna manera nuestras prácticas? ¿Las conocen las personas en proceso de embarazo, parto y puerperio? ¿Se las informamos de un modo activo? Estas y otras preguntas son las que invitamos a hacernos para construir colectivamente el proceso de transformación que necesitamos.

En este marco de reconocimientos de derechos se inscribe el hito fundacional que inaugura la Ley Nacional N° 27.610 de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la Ley Nacio-

nal N° 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia, conocida como “Ley de los 1000 días”, sancionadas el 30 de diciembre del año 2020.

La Ley de IVE se erige como la expresión legal de un proceso cultural más amplio que rompe el mandato que asocia a las mujeres al destino “natural” de gestar, como un “deber”, generando así un antes y un después en la historia de la maternidad en Argentina, para reconocer el derecho a decidir, anclado en el deseo de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar. Esta discusión excede al aborto, se trata de la soberanía de las mujeres y personas con capacidad de gestar sobre sus propios cuerpos y procesos reproductivos en las relaciones cotidianas. Una soberanía que es relacional, es decir, que se garantiza en la medida que construimos vínculos que la sostienen y acompañan en el proceso de decisión. ¿Pueden decidir las personas gestantes? ¿Qué lugar tiene su voz en las decisiones que se toman en el proceso? ¿Si no tienen lugar, quienes deciden? ¿Sus decisiones desorganizan nuestra tarea y los tiempos de la institución? ¿Cómo transformamos nuestras prácticas y nuestros servicios? ¿De qué manera garantizamos su soberanía y respeto por sus decisiones en este proceso? Estas preguntas, entre otras, nos interpelan y nos orientan para ser agentes de cuidado en lugar de re-producir enfermedad y violencia.

b. Partos sobreintervenidos y violencia obstétrica

La soberanía sobre el propio cuerpo es un derecho humano de todas las personas. El acompañamiento médico e institucional puede limitar y restringir la soberanía de las personas gestantes si no se realiza de manera crítica, reflexionando sobre nuestra práctica instituida y cotidiana. El proceso de embarazo, parto y puerperio se ve atravesado por una serie de prácticas sanitarias rutinarias que ponen a las personas gestantes en una situación de exposición a las violencias. La violencia obstétrica es una modalidad de violencia por razones de género, pero además es un problema de salud pública.

Presentamos a continuación algunas situaciones problemáticas para identificarlas, pensarlas de forma interseccional y transformarlas.

En nuestro país la Ley Nacional N° 26.485, de “Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, define, en su Art. 6 inc. e), la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un

trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley N° 25.929”.

Existen diferentes tipos de violencias de género bajo modalidad de violencia obstétrica que pueden verse plasmadas en distintas situaciones de asistencia e intervención a lo largo del proceso reproductivo. La violencia psicológica o física, como el uso de diminutivos o sobrenombres, los comentarios irónicos y descalificadores, las humillaciones y burlas, la falta de respeto por la intimidad, las amenazas, retos, gritos, la discriminación de cualquier índole, el maltrato o agresión física (incluida la negación del alivio del dolor), la subestimación del padecer de la persona, el abandono, negativa o demoras injustificadas en la atención, constituyen formas naturalizadas que necesitamos visibilizar para poder eliminarlas de nuestras prácticas.

Dentro de este tipo de violencias también se ubica el impedimento a estar acompañadas de una persona de su elección durante todo el proceso de atención del cuidado reproductivo. Incluye también situaciones que ocurren inmediatamente luego del nacimiento como la negativa al contacto inmediato e ininterrumpido de la persona recién nacida con la persona que acaba de parir.

La falta de acceso a información suficiente, adecuada y oportuna, falta de alternativas a los procedimientos propuestos, conductas aleccionadoras, dificultad para acceder a una interconsulta o segunda opinión, el uso discrecional de los riesgos, negativa al acceso de la historia clínica, firma del consentimiento informado sin información ni tiempo requeridos para su asimilación, negativa para participar en el proceso de toma de decisiones sobre las intervenciones o tratamientos propuestos y dar consentimiento para recibirlos, son algunas de otras tantas prácticas que pueden ser incluidas bajo la categoría de violencia obstétrica. Entonces es importante que nos preguntemos ¿por qué ocurren estas prácticas en el ámbito sanitario de atención del embarazo, parto, puerperio? Y en tanto somos como actrices y actores protagonistas de su ejercicio ¿cómo las transformamos?

La **medicalización³ e intervenciones rutinarias injustificadas** durante el trabajo de parto y el parto son algunas de las prácticas que necesitamos transformar: el rasurado del vello púbico, los enemas, las episiotomías de rutina, la colocación de vía endovenosa rutinaria, el monitoreo

³ Entendemos por medicalización al proceso de convertir situaciones de la vida social y subjetiva en cuadros patológicos, con el objetivo de darles resolución, mediante la medicina, a situaciones que no son médicas, sino sociales o de las relaciones interpersonales.

fetal continuo en casos no indicados, la inducción y la corrección farmacológica rutinaria del trabajo de parto, los exámenes obstétricos excesivos o innecesarios, la obstrucción de la libre movilidad durante el trabajo de parto, el parto en posición horizontal obligada, el parto instrumental (incluida la cesárea, fórceps, ventosas) no justificados por la situación clínica. Algunas de estas prácticas pueden ser necesarias en determinadas y excepcionales situaciones, pero podríamos decir que la excepción se hizo regla y rutina.

En muchas ocasiones la primera cesárea determina el futuro reproductivo de la persona gestante en tanto constituye uno de los puntos de partida de la cascada innecesaria de intervenciones que determina mayor posibilidad de nueva cesárea en futuros embarazos y de complicaciones en los mismos.

Es necesario no presumir que todas las personas gestantes tienen pareja. Preguntas como ¿y el papá? ¿viene tu novio? ¿dónde está el marido? pueden resultar discriminatorias y violentas. Es importante considerar que no todas las personas gestantes o con capacidad de gestar son mujeres cisgénero, se identifican con su género otorgado al nacer ni tampoco todas son heterosexuales. Existen personas que transitan procesos de embarazo, parto y puerperio que se reconocen como varones trans, lesbianas, personas no binarias y personas que no se identifican con alguna de estas categorías que no viven ni se autoperciben como mujeres. En este sentido, es una obligación del equipo de salud respetar la identidad de género de cada persona, no presumiendo la heterosexualidad. Impedir que una lesbiana acompañe el parto de su pareja o discriminar a un varón trans por su identidad es una de tantas formas de violencias en este contexto.

Nuestro objetivo no es realizar un listado taxativo de prácticas a prohibir sino que, por el contrario, buscamos problematizar la utilización de manera rutinaria y acrítica de prácticas dominantes como parte de la cultura institucional en los servicios de salud. Reflexionar sobre los procesos que motivan y conducen a la sobreintervención nos va a permitir desarrollar estrategias para su transformación. ¿Qué intentamos evitar con esas prácticas? ¿Por qué pensamos que un parto sobreintervenido evita riesgos? ¿Qué riesgos queremos evitar? ¿Para la seguridad de quién? ¿Dónde está la decisión de las personas que acompañamos? ¿Quiénes son los y las responsables de garantizar la seguridad en la escena del parto?

Muchas de estas situaciones están naturalizadas, nuestro desafío es visualizarlas para problematizar su reproducción y generar estrategias que nos permitan desmantelarlas.

Queremos **desmantelar las prácticas de control, castigo, y violencias**. ¿Cómo lo hacemos? ¿Siempre fue así? ¿Dónde lo aprendimos? ¿Cómo lo modificamos? Estas transformaciones no solo implican reconocer la soberanía de los cuerpos de las personas gestantes sino también pensar en un modelo de salud que no reproduzca violencias.

c. Vínculos, saberes y ternura

Cuando nos interpelamos sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, surge inmediatamente la necesidad de restituir a la persona gestante su rol protagónico y su autoridad epistémica en todo el proceso de embarazo, parto y puerperio. La institucionalización de los partos y nacimientos fue acompañada de un proceso de infantilización de las personas gestantes, desvalorización de otros saberes que no sean los saberes médicos, medicalización del proceso y toma de decisiones unilaterales, lo que se traduce en relaciones desiguales y violentas.

El proceso de transformación que deseamos desencadenar necesita que nos preguntemos: ¿Quiénes toman las decisiones centrales en el proceso del cuidado de embarazo, parto y puerperio? ¿Estas decisiones se toman unilateralmente? ¿Es nuestro saber el único saber? ¿Nuestro saber orienta decisiones únicas o abre un abanico de posibilidades? ¿Cómo podemos compartir activamente nuestro conocimiento? ¿Quién decide, quién elige? Si la persona gestante no elige aquello que consideramos la mejor opción, ¿qué hacemos, cómo actuamos, qué sentimos?

Los vínculos son los protagonistas del proceso de transformación que necesitamos, por eso proponemos preguntarnos: ¿Cómo son los vínculos que se despliegan entre personas de distintas profesiones y saberes que integran los equipos de salud? ¿Cómo son los vínculos entre los y las trabajadoras de salud y la persona en proceso de gestación y parto? Identificamos como un desafío transformar los vínculos desiguales en vínculos de ternura y corresponsabilidad al interior del equipo de salud, como de este con la persona gestante y su entorno afectivo.

3. LINEAMIENTOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO, ATENCIÓN Y CUIDADO

Consideramos que el acompañamiento, atención y cuidado con perspectiva de género, diversidad y derechos asociados al proceso reproductivo es un proceso continuo, que comienza con la búsqueda del embarazo y/o la duda de gesta, la confirmación de la misma, con consejería en opciones. En caso de decidir continuar la gesta, abarca luego el cuidado del embarazo, el trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio, incluyendo la adopción de un método anticonceptivo en el post evento obstétrico. Proponemos en este apartado recorrer los distintos momentos del proceso reproductivo teniendo como ejes de nuestras preguntas: la soberanía de los cuerpos, la dimensión del cuidado, los vínculos que construimos, la diversidad en los modos culturales de parir, los deseos, la ternura.

a. Consejería en opciones

Es importante que frente a la duda o posibilidad de embarazo los equipos de salud faciliten su detección y confirmación de manera precoz. Eso incluye tanto la realización del test de embarazo como de la primera ecografía de forma oportuna, adecuando los circuitos de atención que sean necesarios en cada efector de salud para que esto sea posible. La realización de test de embarazo debe poder ofrecerse sin demoras ante la posibilidad de embarazo, tanto en guardia general u obstétrica como en consultorios externos. Es importante conocer la situación de embarazo para ofrecer un cuidado oportuno. Así también, para la continuidad del cuidado y la atención, resulta significativo poder construir vínculos entre las personas gestantes y los equipos de salud, articulando cuando sea posible con actores de la comunidad.

Entendemos que **la maternidad no es un mandato ni destino obligatorio** para las personas con capacidad de gestar. Por ello, en el espacio de consulta cuando aparece la posibilidad de la situación de embarazo es fundamental poder habilitar la pregunta sobre el **deseo** respecto a la continuidad o no del mismo.

El equipo de salud debe garantizar una consejería en opciones dentro del marco de la atención integral. La misma consiste en generar un espacio de diálogo y escucha activa, brindar asesoramiento e información que permita a la persona la toma de decisiones de manera libre y

autónoma con relación a su situación sobre el embarazo, su continuidad y su deseo de maternidad.

La confirmación precoz del embarazo permite que, frente a cualquiera de las opciones contempladas en la consejería, la atención que brinde el equipo de salud sea la más oportuna y adecuada a lo que cada persona necesite y desee.

En caso de que la decisión de la persona gestante sea la de no continuar el embarazo⁴, en gestas menores a las 14 semanas completas se facilitará el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. En caso de exceder esa edad gestacional, se contemplarán las causales de interrupción legal del embarazo previstas en el marco legal vigente. También se tendrá en consideración para aquellas personas que desean continuar su embarazo pero que no tienen deseo de materner, la opción de dar en adopción, brindando el asesoramiento y acompañamiento necesario.

Si la persona decide continuar la gestación, escuchar y acompañar es la premisa, siempre en función de su situación, sus necesidades, sus deseos y decisiones, y brindando en cada caso de manera activa la información de la que dispone el equipo de salud.

b. Cuidados durante el embarazo

Durante el transcurso del embarazo, para poder brindar un cuidado adecuado y singular al proceso que cada persona gestante transita, será fundamental construir y sostener un vínculo en el que la escucha activa esté presente para poder habilitar la expresión de los deseos, el recorrido personal, las decisiones, los miedos y las necesidades. Para que esto sea posible nos parece que puede ser útil poder plantearnos ¿Cómo recibimos a la persona gestante? ¿Nos presentamos con nuestro nombre? ¿Le preguntamos el suyo? En el espacio de la consulta le preguntamos: ¿Cómo transita este embarazo? ¿Con quiénes? ¿Si tiene apoyo familiar/red? ¿Tiene trabajo y en qué condiciones laborales se encuentra? ¿Tiene pareja? ¿Quién la acompaña en este proceso? ¿Desea estar acompañada? ¿Cómo se integra este embarazo a su proyecto de vida? Durante este diálogo, como equipo de salud tenemos por delante el desafío de generar el espacio de escucha para que sea un lugar de intercambio e interacción.

⁴ Para consultar los lineamientos de la Provincia de Buenos Aires sobre Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo sugerimos recurrir a la [Guía de Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la PBA](#), Enero 2021.

En el primer contacto de la persona gestante con el sistema de salud es conveniente poder transmitir la importancia de la continuidad del cuidado del embarazo y de esta manera poder establecer un acuerdo para las consultas siguientes y su periodicidad. Para este objetivo podemos preguntarnos ¿Se le comparte en qué consiste los cuidados prenatales? ¿Qué estudios son necesarios realizar? ¿Para qué se hacen? ¿Se comparte que los cuidados se extienden también luego del momento del parto?

Durante el transcurso de los encuentros ¿Realizamos consejería en métodos anticonceptivos para el post evento obstétrico? ¿Conversamos acerca del intervalo entre embarazos, en función de la trayectoria de vida de cada persona y de las recomendaciones? ¿Le damos la posibilidad de repreguntar sobre esta información brindada o si tiene dudas? ¿Se habla acerca del momento del parto/nacimiento? ¿Se habla de parto vaginal o cesárea? ¿Se le ofrece la posibilidad de presentar un plan de parto? En los casos que corresponda, ¿se explica en qué momento y por qué los cuidados prenatales deberán continuar en la maternidad donde finalizará su embarazo? Cuando hablamos de embarazos con posibles riesgos, ¿explicamos de manera clara que queremos decir? ¿Le explicamos que el parto puede suceder en otro lugar al que pensaba o la posibilidad de tener que cambiar su lugar de atención para obtener un cuidado adecuado a la complejidad que necesita?

La persona gestante tiene derecho a estar acompañada por quien elija durante todo el proceso de cuidado, ya sea por su pareja, o por alguna persona acompañante familiar o no familiar. Identificamos como un momento estratégico poder incluir a las parejas en las consultas prenatales para contribuir a promover la corresponsabilidad en el proceso de embarazo y posterior crianza, compartiendo las recomendaciones de cuidados de la persona recién nacida, así como para fomentar una participación más activa en el cuidado de la salud sexual y no reproductiva de la pareja. Estos encuentros dan la oportunidad también de ofrecer controles de salud integral, así como al testeo de ITS recomendado formalmente como parte del cuidado prenatal.

Es fundamental poder asegurar el acceso a las consultas obstétricas y a la realización de los estudios complementarios, adecuando los circuitos de atención que sean necesarios en cada efector de salud para que esto sea posible. La priorización de la atención de las personas gestantes dentro del sistema de salud evita demoras innecesarias que pudieran retrasar diagnósticos o tratamientos en caso de complicaciones obstétricas. Algunas de las estrategias

que podrían utilizarse en este sentido son los turnos protegidos, acceso a los servicios diferenciados para las personas gestantes, facilitación de turnos de demanda espontánea para gestantes, asignación programada de turnos para interconsultas o estudios al momento de la consulta obstétrica, posibilidad de organizar como Hospital de día algunas de las consultas para realizar estudios o para algunas gestantes que requieran un seguimiento en particular. Es prioritario realizar consejerías en salud sexual y reproductiva, incluyendo el asesoramiento en métodos anticonceptivos en las consultas prenatales. También es necesario incluir la oferta de vasectomías en las mismas y la corresponsabilidad de las parejas. Idealmente es recomendable que la persona gestante pueda, antes del momento del parto, tomar la decisión de qué método anticonceptivo utilizará luego de la finalización del embarazo. Esta elección tiene que quedar registrada en su libreta de salud prenatal y/o en la historia clínica perinatal, para facilitar que esta voluntad sea conocida por el equipo de salud que la acompañará en el momento del parto, logrando el acceso a la práctica.

Durante esta etapa también es importante comunicar sobre la existencia de espacios de información e intercambio sobre embarazo, parto y cuidados de la persona recién nacida, llamados habitualmente “Curso de Preparación Integral para la Maternidad” (PIM). Estos espacios son moderados de manera interdisciplinaria por distintas personas del equipo de salud, con especial participación de licenciadas y licenciados en obstetricia, y se ofrece en efectores de distintos niveles de complejidad. Es importante contar con una oferta amplia de horarios que facilite a las personas gestantes y sus acompañantes poder asistir.

La consulta prenatal, como en todas las consultas de salud, es también una oportunidad para detectar situaciones de violencias de género. Es importante que el equipo de salud esté capacitado en la detección de estas situaciones, así como en su abordaje a fin de no revictimizar y/o producir nuevas violencias. Además, es importante que el equipo de salud conozca o tenga a disposición los mecanismos administrativos e institucionales en su territorio para poder articular con el servicio local y aquellos circuitos y recursos estatales necesarios para abordar y acompañar esta situación con una respuesta rápida, cuidada y efectiva según la necesidad de cada caso.

c. Cuidados durante el trabajo de parto, parto y recuperación (TPR)

Es importante que las trabajadoras y trabajadores de salud que acompañan el proceso de atención y cuidado conozcan y garanticen los derechos de las personas en situación de parto, las personas recién nacidas y sus vínculos afectivos. Esto incluye al equipo que interviene directamente en la atención, como a las personas que están en la entrada de la maternidad, cuidadores hospitalarios, trabajadores de maestranza, personal de instrumentación quirúrgica, equipo de salud mental, trabajadores de laboratorio, entre otros. Es responsabilidad del equipo de atención obstétrica y autoridades de la institución comprometer a todas las trabajadoras y trabajadores intervinientes a garantizar los derechos en este proceso. ¿Conocemos las leyes referidas en esta Guía? ¿Esta información está disponible y visible en la institución en la que trabajamos, tanto para el equipo de salud como para las personas gestantes?

Propuestas de abordaje:

- **Tener en lugares visibles la información sobre las distintas leyes y compartirlas en los distintos encuentros con las personas gestantes.**
- **Generar espacios de reflexión interna y realizar actividades de formación e intercambio para el equipo de salud de la institución, a fin de crear estrategias que faciliten el acceso a los derechos de las personas usuarias del sistema de salud.**

La **entrada a la institución** constituye un momento clave porque en el ingreso se inscriben un tipo de relaciones con las personas gestantes. ¿Por dónde entra la persona embarazada? ¿Quién la recibe? ¿Cómo la reciben? ¿Cómo es ese espacio de internación? ¿Qué lugar ocupa la cama? ¿Se pone o no se pone vía? ¿Dónde está el instrumental, se encuentra a la vista? ¿La persona gestante entra sola? ¿Qué sucede con la persona acompañante y/o vínculos afectivos? La determinación de ingreso a la institución, ya de por sí, expone a la persona que atraviesa el proceso reproductivo a una serie de intervenciones y prácticas innecesarias, que no ocurrirían si esos mismos procesos se dan en otro ámbito. Tal es así que se intenta, en la medida de lo posible, retrasar el momento de internación en personas que transitan un parto o inicio de trabajo de parto, para que el ingreso a la institución sea lo más avanzado posible.

La intimidad es un cuidado que necesitamos garantizar durante el proceso reproductivo, con especial atención en el momento del trabajo de parto, parto y recuperación. Esto requiere en ocasiones la redistribución o mejora de los espacios dedicados a la atención de las personas gestantes. En ocasiones es necesario jerarquizar qué situaciones requieren una mayor intimidad, como en casos de duelo perinatal. Es importante siempre consultar o avisar a la persona gestante cuando haya trabajadores en formación como parte del equipo asistente (estudiantes de grado o postgrado, residentes, concurrentes, becarias/os, rotantes), y avisar cuando nuevas personas del equipo de salud se suman al proceso asistencial y qué tarea van a desempeñar en ese proceso (por ejemplo, si ingresa personal de enfermería a administrarle medicación, o si ingresa el equipo pediátrico para la recepción neonatal). Garantizar la intimidad incluye que quienes estén acompañando este momento lo hagan de manera acorde a como la persona gestante desea transitarlo. Asimismo, es importante que el entorno esté de acuerdo a los deseos de la persona: la iluminación, el tono de voz, puertas, ventanas y cortinas abiertas o cerradas, abrigo, necesidad de regular la temperatura ambiental. Si la persona gestante, como parte de su proceso, quisiera estar desnuda ¿pensás que tal y como está organizada actualmente la atención ella se sentiría libre y cuidada para hacerlo? ¿Sentís que su intimidad estaría resguardada? El parto es un hecho sexual y como en todo hecho sexual la intimidad y la libertad se consideran esenciales, ¿qué valor se le da, entonces, a estos dos puntos en la atención obstétrica que brindamos? ¿Cómo son recibidos los gritos, jadeos y respiraciones de la persona gestante?

Las prácticas de cuidado y los espacios donde transcurren tienen una estrecha relación.

Para avanzar en procesos de cuidados en torno al trabajo de parto y parto es importante transformar los espacios, repensarlos, reorganizarlos. No obstante, esta necesidad no tiene que convertirse en un obstáculo reactivo al cambio, por eso resulta importante pensar ¿cómo transformamos los espacios con los recursos disponibles? ¿Estamos garantizando la intimidad y la comodidad requerida o deseable? De lo contrario, ¿Qué podemos hacer para cambiarlo? ¿Hay ventanas transparentes que podamos tapar? ¿Hay luces que podemos apagar o lámparas que podamos cubrir para que sean más tenues? ¿Hay puertas que podemos cerrar? ¿Hay música o aromas que podemos ofrecer e incorporar? ¿Hay elementos que podemos adicionar al espacio como colchonetas, pelotas, banquitos, sillas, sillones, almohadones? ¿Tenemos posibilidad de ofrecer baño o ducha durante el trabajo de parto? ¿Podremos mantener el tono de voz bajo

estando en ese espacio? ¿Podemos limitar la circulación de personas por esos espacios? ¿Podemos evitar dejar a la vista instrumental y material de uso médico y medicación?

¿Podemos transformar espacios existentes en unidades de TPR? Las unidades de trabajo de parto, parto y recuperación, conocidas como “unidades de TPR”, reponen la dimensión del parto como un proceso y habilita otra relación entre el equipo de salud y las personas gestantes; ya que el equipo es el que se desplaza según las necesidades de las personas en situación de parto y no al revés. Tradicionalmente existen salas de dilatante, salas de parto, quirófanos y salas de internación, y es la persona gestante la que se tiene que ir movilizándose para transitar por todos esos espacios. Las unidades de TPR o similares proponen que el trabajo de parto, parto y recuperación (primeras horas de puerperio), puedan llevarse a cabo en un solo lugar, adecuado y confortable. Pensar en quiénes se desplazan de un lugar a otro nos permite pensar en el tipo de relaciones que habilitamos y en quiénes están a disposición de quién.

Propuestas de abordaje:

- **Garantizar la menor cantidad de trabajadoras/es de salud en la escena del parto/nacimiento.**
- **Favorecer el vínculo con la institución como una unidad colectiva que sostienen prácticas respetuosas de derechos, independientemente de quien asista al momento del parto.**
- **En situaciones en donde los espacios no sean adecuados para garantizar intimidad, recurrir a herramientas provisorias que lo faciliten como colocar biombos o cortinas entre las camas.**
- **Brindar elementos que permitan el movimiento y disminuir la intensidad de la luz.**
- **Cuidar que las puertas de las habitaciones permanezcan cerradas.**
- **Ingresar a la habitación o unidades de TPR de manera sutil para no invadir.**

Durante el trabajo de parto y el parto, la persona gestante tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y no ser discriminada. Esto incluye nombrar a la persona de la manera que desea ser nombrada y a respetar las costumbres y rituales alrededor del parto y nacimiento para cada gestante. El uso de diminutivos o sobrenombres es un ejercicio abusivo del poder. Los comentarios irónicos o descalificadores son considerados una de las formas más

comunes de violencia obstétrica. ¿Existe un ambiente adecuado en la atención para que la persona gestante pueda manifestar sus elecciones y preferencias? ¿Cómo lo construimos? Para esto proponemos cuidar los gestos y las palabras, evitando juicios de valor sobre la manera como la persona gestante atraviesa el proceso, su cultura, su orientación y/o identidad de género, y/o elecciones de cualquier índole. Si el equipo de salud interviniente se presenta con su nombre y función, brinda información clara de las situaciones o procesos que pudieran suceder, responde de manera simple y clara a las preguntas de la persona y su entorno familiar promueve la posibilidad de generar un vínculo de confianza que conlleve la toma de decisiones de manera conjunta y a la construcción de corresponsabilidad en los resultados.

Cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto y parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento). El equipo de salud habiendo brindado información suficiente y clara, deberá respetar la decisión siempre valorando el riesgo que la persona quiere asumir y su consentimiento para las prácticas a realizar. Asimismo, es derecho de la persona gestante estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante todo el proceso y de manera ininterrumpida del trabajo de parto, el parto o cesárea, sin requisitos de género, parentesco, edad o de ningún otro tipo e independientemente de la vía de parto. Es importante aclarar que el derecho al acompañamiento es de la persona gestante, no se trata del derecho del otro padre, madre u otro vínculo afectivo de la persona recién nacida a presenciar el nacimiento. Informar oportunamente sobre este derecho es fundamental para garantizarlo. De la misma manera es derecho no estar acompañada si así lo desea la persona gestante o si ha cambiado de opinión en el transcurso del proceso de trabajo de parto. **El acompañamiento durante el parto disminuye el tiempo del trabajo de parto, las cesáreas y el parto instrumental⁵.**

Es importante que el equipo de salud acompañe el trabajo de parto respetando los tiempos fisiológicos y subjetivos evitando prácticas que aceleran de manera innecesaria y rutinaria los tiempos o que limiten los movimientos, como el monitoreo fetal continuo y/o el uso de una venoclisis. No se recomienda la inducción y conducción del trabajo de parto de un modo rutinario. Se contempla sólo en casos que posean indicaciones obstétricas precisas y justificadas, y con el consentimiento de la persona gestante.

⁵ Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

También es preciso preservar la intimidad durante los exámenes vaginales y evitar que éstos sean repetidos o más frecuentes de lo necesario y, en lo posible, realizados siempre por la misma persona. Según estándares de la OMS no se recomienda realizar tactos vaginales con menos de 4 horas de espacio entre ellos, pudiendo modificar los intervalos ante la presencia de otros indicadores que den cuenta del avance del trabajo de parto, como por ejemplo sensación de pujo o en situaciones justificadas por algún signo de alarma por lo que sea preciso evaluar el momento del trabajo de parto. Recordar que, ante cada examen vaginal, auscultación de los latidos fetales, o cualquier intervención que nos brinde información nueva, tiene que ser compartida con la persona gestante. Cualquier cambio de conducta obstétrica, incluso en situaciones de urgencia, deben ser informadas y consentidas por la persona gestante. ¿Las prácticas clínicas que realizás, son debidamente autorizadas por la persona gestante con información suficiente y adecuada?

Es importante también brindar información a los vínculos afectivos de la persona gestante sobre la evolución de su parto, cambios de conductas obstétricas y los motivos, pros y contras y alternativas posibles, como así también sobre el estado de la persona recién nacida, principalmente cuando es solicitada.

¿Cuándo y cómo comunicamos? El proceso de parto, en tanto proceso fisiológico y emocional, puede verse interrumpido por una racionalización excesiva del mismo, o por una sensación de alarmas y riesgos permanentes, por lo que cuándo y cómo comunicamos la información resultan dimensiones centrales a pensar y trabajar con los equipos.

¿Cómo hacemos para evitar prácticas rutinarias que tenemos internalizadas e institucionalizadas? ¿Qué hacemos? ¿Cómo lo hacemos? ¿Siempre fue así? ¿Dónde lo aprendimos? ¿Cómo las modificamos? Necesitamos construir estrategias colectivas en cada una de las instituciones de salud para evitar las intervenciones innecesarias del trabajo de parto y parto. Las intervenciones que hacemos sobre las personas gestantes que ingresan a la institución ¿son todas realmente necesarias?

Para compartir algunos ejemplos que nos permitan repensar las decisiones que se toman en contexto clínico, según recomendaciones internacionales (ver Anexo) se desaconseja la colocación de venoclisis de manera rutinaria ya que entorpece el libre movimiento, estableciendo que sólo es necesaria en casos donde se requiera el suministro endovenoso de medicación; tampoco se recomienda la utilización rutinaria de oxitocina sintética durante el trabajo de parto, ni la rotura artificial de membranas. Estas prácticas suelen realizarse sin dudar

si son necesarias o sin pensar en los momentos oportunos para realizarlas. Lo mismo ocurre con la realización de episiotomía de manera rutinaria, con la función de “prevenir desgarros”, cuando pueden en sí mismo complicar la recuperación de la gestante, ¿Cuándo resulta indispensable el uso de una episiotomía? ¿En qué se basa esa decisión? En este sentido, podemos mencionar otras intervenciones efectivas que pueden recomendarse para la prevención de los desgarros perineales, como es la recomendación de ejercicio físico durante el embarazo y durante el trabajo de parto, favorecer la libertad de movimiento, el avance del proceso según los tiempos fisiológicos y el pujo libre, es decir no conducido.

Luego del nacimiento, es preciso fomentar y brindar las condiciones necesarias para que el contacto precoz y continuo piel a piel de la puérpera con la persona recién nacida pueda darse de manera ininterrumpida en la sala de parto, durante la primera hora de vida, ya que favorece el inicio de la lactancia y el vínculo y apego entre ambos. Siempre y cuando la persona puérpera así lo desee, es recomendable que la persona recién nacida sea colocada sobre su pecho desnudo y cubiertas ambas para mantener el calor. De manera adicional, la lactancia precoz estimula la liberación de oxitocina, la cual genera contracciones uterinas que reducen el sangrado post-parto y es también una práctica que reduce riesgos de complicación pos-parto como hemorragias, y favorece la recuperación de la persona puérpera.

Respecto a la persona recién nacida se pueden destacar algunos ejes importantes para tener en cuenta en la toma de decisiones, es recomendable:

- Pinzar el cordón cuando deje de latir, de esta manera se mantiene el flujo sanguíneo entre la placenta y la persona recién nacida, y eso puede mejorar la dotación de hierro incluso hasta los seis meses de vida.
- Favorecer que la observación de la persona recién nacida, así como intervenciones que sean necesarias realizar sean hechas en contacto piel con piel con la persona puérpera. En caso de ser necesario llevarla a otra habitación, se favorecerá su acompañamiento por parte de quien la persona puérpera elija. Cualquier intervención realizada sobre la persona recién nacida será autorizada por la persona puérpera.
- Informar acerca del alumbramiento (expulsión de la placenta), permitiendo el manejo acorde a las costumbres y creencias. Si es deseo de la persona puérpera llevarse su placenta, se facilitarán los medios para que suceda y generando las condiciones de posibilidad para respetar esta decisión.

d. Cuidados en el puerperio y cuidados neonatales

El momento del posparto es una oportunidad de cuidado de la salud que habitualmente desaprovechamos. Al igual que en el resto de las situaciones del proceso reproductivo, es indispensable el trato digno, respetuoso y que se mantenga una adecuada comunicación, que la información que se brinde sea de manera completa, clara y sencilla, tomando en cuenta su cultura, sus costumbres, su nivel de educación y su idioma.

A fin de fortalecer el vínculo temprano y la lactancia es importante asegurar la internación conjunta de quien transita el puerperio y la persona recién nacida, procurando que las prácticas que se requieren realizar dentro del servicio de neonatología no prolonguen la estadía de la persona de manera innecesaria. En relación a la lactancia es prioritario escuchar y ofrecer información, apoyo y acompañamiento adecuado. ¿Solemos preguntar sobre el deseo de amamantar? Iniciar y sostener la lactancia requiere de esfuerzo y de compartir responsabilidades en el cuidado que resulta necesario explicitar para que no sea vivido como un mandato, hecho que dificultará aún más su sostenimiento en el tiempo.

La lactancia es una responsabilidad colectiva, por lo cual es necesario que el entorno vincular de la persona que amamanta esté informado sobre la necesidad de acompañamiento en el proceso de lactancia, para colaborar en otras tareas de cuidado y permitir el tiempo necesario para que la lactancia pueda sostenerse. En caso de personas púerperas que decidan no amamantar, o en las cuales la lactancia está contraindicada por algún problema de salud, o en casos de muerte perinatal, ofrecer asesoramiento, acompañamiento y tratamiento requerido para la inhibición de la lactancia, brindando opciones.

Este momento de cuidados posteriores al nacimiento es una oportunidad estratégica para garantizarse el acceso al método anticonceptivo elegido, de manera de otorgar el alta con el método ya provisto. En la Provincia de Buenos Aires continuamos teniendo altos índices de embarazo no planificado. La consejería en salud sexual, reproductiva y no reproductiva constituye una valiosa oportunidad de brindar acceso a métodos anticonceptivos, escuchando, informando y acompañando decisiones de las personas respecto a su vida sexual y reproductiva.

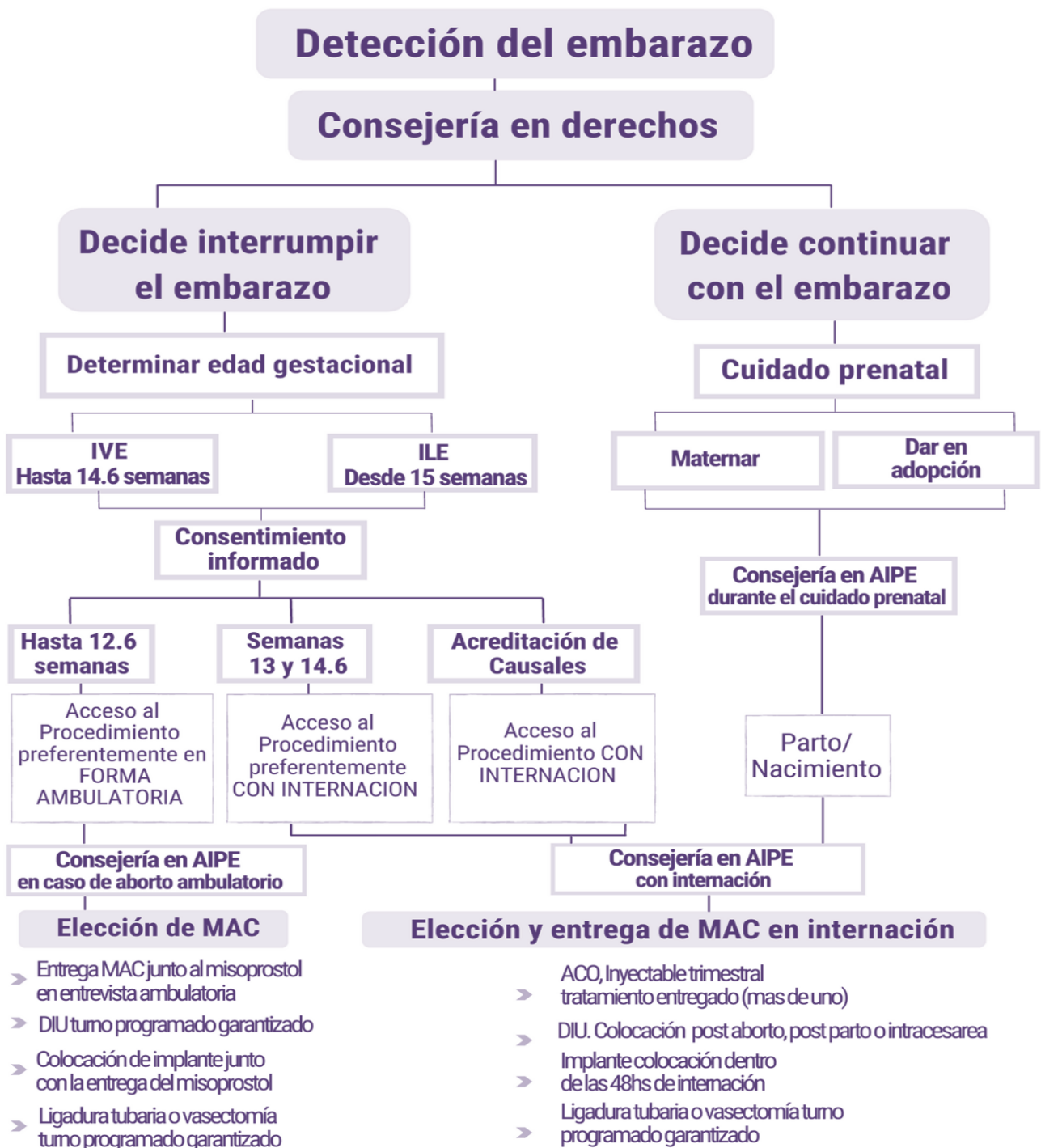
La persona que transita el puerperio necesita contar con acompañamiento para el autocuidado del puerperio y de los cuidados de la persona recién nacida. Para esto consideramos importante

brindar información clara y concisa, que le sea útil para la vuelta a casa, enfatizando las estrategias de promoción y prevención de la salud, incluyendo pautas de alarma tanto para la persona puérpera como para la persona recién nacida.

Maternar y criar son procesos complejos en los cuales se suele ver como principal o única responsable de los cuidados a las mujeres. Desde el acompañamiento y cuidado de las personas embarazadas, puérperas y recién nacidas, como equipo de salud podemos contribuir a generar estrategias de corresponsabilidad y espacios -como los grupos de crianza-, para compartir saberes, experiencias e información. Estas propuestas pueden funcionar como ámbitos colectivos para evitar que las personas transiten estas experiencias en soledad.

Propuesta de abordaje:

- **Construir rondas o mesas de trabajo periódicas, integradas por trabajadoras y trabajadores de salud de las diversas áreas, y por organizaciones de la comunidad, para construir las estrategias de implementación de la presente guía en cada una de las instituciones**
- **Construir espacios de acompañamiento de las personas que transitan el puerperio y la crianza**



PROMOCIÓN DE USO DE PRESERVATIVO

4. REDES DE ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Para garantizar derechos en el marco de la Ley de Parto Respetado resulta fundamental la construcción de redes vivas de cuidado y vínculos dinámicos entre los equipos y la comunidad. Esto requiere del compromiso de las instituciones involucradas en la gestión y atención de la salud y del trabajo en equipo. Dicho propósito podrá alcanzarse a través de un sistema de salud que permita la organización en red, cuyos mecanismos de referencia/contrarreferencia funcionen en adecuación a los principios que implica un modelo de atención basado en el trato digno, amable y con respecto por la diversidad de todas las personas gestantes durante el tránsito de su singular experiencia.

Además, para avanzar en la implementación de la Ley de Parto Respetado necesitamos construir interacciones virtuosas de las instituciones que brindan cuidado a las personas gestantes, recién nacidas y puérperas y sus vínculos afectivos durante el proceso reproductivo. Para ello será necesario que las autoridades y responsables de gestión de los efectores de salud de los distintos niveles de dependencia -de gestión pública y privada- se impliquen en generar las condiciones de posibilidad locales, en tanto son corresponsables de la implementación de la política pública en salud.

Como parte del trabajo en red, es importante que trabajemos en el fortalecimiento de los sistemas de información disponibles -tal el SIP, el SISA y el CIPRES- como insumo para problematizar y avanzar en los procesos de transformación de las prácticas, contando con información que dialogue con nuestras decisiones y representaciones sobre prácticas cotidianas. Para esto es fundamental revalorizar la tarea de la carga y utilización de los sistemas de información para la toma de decisiones y el trabajo en red.

Tener claramente establecidos circuitos de referencia y contrarreferencia entre los efectores de distintos niveles de complejidad, resulta imprescindible para que tanto el equipo de salud como las personas gestantes puedan tener la información de cómo y dónde asistir a los cuidados necesarios en cada momento. Esto incluye tener conocimiento de los protocolos locales de derivación ambulatoria o durante la internación. De no existir estos circuitos, es necesario que trabajemos con la comunidad local sanitaria y los diferentes niveles de la red de atención para la

construcción colectiva de los circuitos, herramientas, protocolos, entre otros, que faciliten la circulación formal de la persona gestante entre los distintos niveles de atención y asegure el cuidado oportuno. Las redes de cuidado como organismos vivos y dinámicos se van conformando para dar respuesta a las necesidades de las personas gestantes.

En las instituciones y territorios en que los que trabajamos, ¿están definidos los circuitos de la red? ¿Conocemos a otros actores que podrían formar parte de la red? ¿Conocemos los roles de los actores que la conforman? ¿La red que conformamos es solo una red de derivaciones? ¿Cómo construimos redes de cuidado integral?

Para que estas redes funcionen y se sostengan es necesario que acompañemos el vínculo y la comunicación entre los distintos niveles de atención. Es indispensable que este acompañamiento sea activo por todos los actores involucrados en esta red de cuidado, ello implica que quien hace una referencia no se desvincule del proceso entendiendo que es parte de este e indispensable para obtener un resultado, y esto incluye al nivel central de gestión. Implicarse en la tarea de cuidado en tanto proceso es clave para lograr producir salud en un sistema habitualmente centrado en atender enfermedades.

Los circuitos, las redes, los protocolos y todas las herramientas que utilicemos en pos de mejorar el vínculo y la comunicación entre los niveles suelen requerir repensarse y comunicarse periódicamente. Para esto es útil generar ámbitos de encuentro de quienes componen estas redes, poner en práctica situaciones hipotéticas o reales sucedidas para poder identificar los problemas, posibles facilitadores y obstaculizadores, en relación al proceso de transformación de las prácticas.

5. HACIA LA EQUIDAD Y UNA MIRADA INTERSECCIONAL: POBLACIONES Y SITUACIONES ESPECÍFICAS

Los procesos de embarazo, parto, nacimiento y/o puerperio pueden presentarse en coincidencia con otras condiciones o con circunstancias específicas que ameriten pensarlas en su singularidad como poblaciones o situaciones especiales. Proponemos abordarlas desde una mirada interseccional⁶ que permita brindar un cuidado adecuado, considerando la superposición de inequidades que habitan estas personas gestantes, puérperas y recién nacidas.

A continuación, presentamos brevemente algunas de estas situaciones que identificamos para tener en cuenta en el proceso de implementación de la “Ley de Parto Respetado”, entendiendo que podrán identificarse otras en función de lo que suceda en la realidad de cada uno de los territorios y establecimientos. Cada una de estas situaciones amerita el desarrollo de herramientas específicas para su abordaje por lo cual en esta guía solo incluiremos algunos aspectos a tener en cuenta al momento de generar guías específicas de abordaje para cada caso. Nombrarlas en esta guía es parte de la tarea que tenemos por delante para visibilizar inequidades en la atención y poder abordarlas con las herramientas necesarias.

→ **Personas adolescentes.** El embarazo en la adolescencia merece especial atención ya que en su mayoría es no planificado. El embarazo en la adolescencia constituye un indicador de inequidad, ya que frecuentemente se produce en los estratos más pobres de la sociedad y en el caso de las personas menores de 15 años de edad siempre es una señal de alarma dada su asociación con la violencia sexual y el riesgo que significa para la salud integral. Es importante problematizar el concepto de riesgo, donde la condición

⁶ El término fue acuñado por Kimberlee Crenshaw y se propone como una categoría de análisis que permite analizar y visibilizar distintas formas de discriminación. Una mirada interseccional permite mostrar las formas en que distintas formas de injusticia social como el racismo, sexismo, xenofobia, entre otros, muchas veces se superponen. Cada persona, conforme su historia de vida, género, raza, edad, situación socioeconómica, entre otras condiciones, quedan situadas en un lugar específico de desigualdad. Poder analizar su situación de forma compleja colabora a desandar violencias y pensar estrategias de transformación.

normalizada de la maternidad no sólo invisibiliza el impacto que provoca un embarazo forzado sobre la salud mental y futuro de estas niñas, sino que además minimiza la evidencia científica existente en cuanto a la morbilidad que presenta el embarazo en menores de 15 años. Resulta fundamental desarrollar herramientas de acompañamiento de las niñas, sus referentes afectivos y los equipos de salud para el adecuado acceso a la atención necesaria.

- **Personas con discapacidades.** La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) reconoce que todas las personas con discapacidad tienen los mismos derechos y libertades que el resto de las personas y deben poder ejercerlos en condiciones de igualdad y no discriminación. La Argentina incorporó esta Convención a su ordenamiento jurídico en 2008, y en 2014 se le otorgó jerarquía constitucional. Sin embargo, continúa siendo un desafío que las mujeres y personas con capacidad de gestar con discapacidad, puedan acceder a cuidados en salud para el embarazo, parto y puerperio sin discriminación ni vulneración de sus derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. Las decisiones que toman las personas con discapacidad respecto a su vida reproductiva deben ser ejercidas con plena autonomía, siendo imprescindible generar las condiciones para garantizar su participación activa en el cuidado del embarazo, y en los procesos de trabajo de parto, parto y puerperio, evitando la sobremedicalización, las inducciones y/o cesáreas innecesarias, sostenidas por el prejuicio de que estas mujeres son incapaces de experimentar un parto vaginal o sin intervención. Para ello es fundamental que estas personas puedan contar con sistemas de apoyo adecuados para ejercer sus derechos.
- **Personas gestantes en contexto de encierro.** Las personas gestantes privadas de su libertad tienen derecho a acceder a atención y acompañamiento adecuado en salud que responda a sus necesidades, antes, durante y después del parto. Estas personas se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. La combinación de prejuicios y estereotipos que pesan sobre las personas gestantes en contextos de encierro habitualmente se expresa en trato discriminatorio, violento y una serie de prácticas que en muchos casos se configuran como malos tratos, tratos inhumanos o degradantes y hasta torturas. Debemos favorecer que puedan acceder tanto a consultas obstétricas como a la atención del trabajo de parto, parto y nacimiento en los efectores de salud donde reciban un trato respetuoso y adecuado a su situación particular.

- **Personas de pueblos originarios.**⁷ *Las mujeres y diversidades indígenas, sus cuerpos como territorios y sus territorios ancestrales, son de vital importancia para desarrollarse en su ser y su sentir como equilibrio espiritual y de vida. Las voces de las mujeres y diversidades indígenas es diversa, pluricultural, plurinacional, es decir, no hay una única voz, ni una única práctica de parto o pariciones. Esta visibilidad histórica de derechos tiene que ser plurinacional y pluricultural, es decir, que se reconozca e incluya la demanda de las mujeres y diversidades indígenas, sus creencias y sentimientos desde el respeto a su dignidad y autonomía, reconocer y adecuar las prácticas pluriculturales a los servicios de salud del sistema público y privado, desde sus perspectivas y modalidad de atención al parto respetado seguro, inclusivo, de reconocimiento tal de las prácticas ancestrales de salud a las mujeres y diversidades indígenas, caracterizada por el respeto a la interculturalidad de los Pueblos-Naciones Indígenas actuales, al empoderamiento e información de las mujeres y diversidades indígenas a una gestación sin violencia, con pleno reconocimiento de sus derechos ancestrales a parir desde sus prácticas como parte de los Pueblos-Naciones Indígenas, como también al pleno acceso y ejercicio de la salud pública. Se reconocen los avances científicos occidentales en pos de una salud, pero en sus prácticas resulta invasiva y poco permeable al diálogo diverso entre medicinas de otros Pueblos-Naciones indígenas. Por eso, es importante impulsar políticas sanitarias públicas enfocadas al diálogo, a la interconsulta, a los consensos entre la medicina occidental, la medicina tradicional y las prácticas ancestrales en salud indígena que permitan la coexistencia e intercambio mutuo de conocimientos en Salud.*
- **Situación de muerte perinatal.** De acuerdo a la OMS, la muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido entre las 22 semanas de embarazo y la primera semana de vida. Esta situación puede ser atravesada como un duelo. Las personas gestantes, así como sus vínculos afectivos, en muchos casos transitan estos eventos en soledad y sin la contención de los equipos de salud. Los cuidados que los mismos pueden brindar tiene un papel primordial en la vivencia del duelo. Necesitamos trabajar en la mejora de los procesos de atención frente a la muerte gestacional y perinatal, en el marco de una política integral de cuidados, con protocolos y herramientas específicas que nos ayuden a acompañar estas situaciones de la manera que cada gestante lo necesite.

⁷ Este punto fue redactado por el Programa Provincial de Salud y Pueblos Indígenas de la Dirección Provincial de Salud Comunitaria, por lo que se transcribe en su versión original, respetando la voz que allí se expresa.

- **Personas gestantes en situación de alto riesgo.** Las personas gestantes que por existencia de patologías o complicaciones obstétricas requieran de mayores cuidados o de ser derivadas a efectores de mayor complejidad en función de sus capacidades de atención, se encuentran en una situación particular por estas condiciones para la toma de decisiones respecto a su proceso de embarazo, parto, nacimiento y puerperio. Para garantizar su derecho a ser protagonista de este proceso, será fundamental comunicar las opciones, la información disponible y respetar los deseos y necesidades singulares.
- **Personas recién nacidas en situación de alto riesgo.** Las personas recién nacidas en condiciones de prematurez, bajo peso al nacer y con enfermedades complejas en el período neonatal, requieren de cuidados específicos en función de estas condiciones. La mayoría de los niños y niñas que estuvieron críticamente enfermos en el momento del nacimiento tienen pronóstico favorable a largo plazo en cuanto a salud y calidad de vida. Sin embargo, tienen una probabilidad mayor que los recién nacidos sanos de presentar secuelas o morbilidades de diverso impacto que requieran atención especializada e integrada. Esta población requiere de redes de cuidado con equipos interdisciplinarios, donde reciban la atención de distintos especialistas con los conocimientos apropiados.

6. ALGUNAS REFLEXIONES

La institucionalización de los partos y nacimientos fue acompañada de un proceso de infantilización y tutelaje de las personas gestantes, desvalorización de otros saberes que no sean los saberes médicos, medicalización del proceso y toma de decisiones unilaterales, lo que se traduce en relaciones profundamente desiguales en el campo de la salud. Para desarrollar políticas de implementación de la Ley Nacional de Parto Respetado en la Provincia de Buenos Aires, surge inmediatamente la necesidad de transformar las prácticas de atención actuales, en prácticas de cuidado que restituyan el rol protagónico de las personas gestantes, y que den lugar a la soberanía, los deseos y las decisiones de esas personas. Esta Guía nos convoca a pensar junto con otros actores, ¿cómo transformamos las prácticas de sobreintervención y medicalización en prácticas de cuidado y acompañamiento garantes de derechos?

Esta Guía tiene la intención de ser una guía viva, abierta e incompleta, para utilizarla como herramienta de trabajo con los equipos de cada uno de los efectores de salud y sus comunidades a través de la conformación de **rondas de gestión** que permitan continuar con los procesos de transformación.

Proponemos transformar nuestras prácticas que hoy producen y reproducen violencia obstétrica, tanto en los espacios de acompañamiento y atención como en los espacios de gestión. El proceso de construcción de la guía lo compartimos con otros actores a través de rondas horizontales de construcción y la pensamos en esta instancia como instrumento para guiar el intercambio, la reflexión y la revisión de prácticas de los equipos de salud, con la lupa sobre el proceso de atención y las intervenciones innecesarias que se generan de manera habitual en la atención obstétrica. Necesitamos historizar y hacernos preguntas sobre: el riesgo, las prácticas sanitarias, las prácticas médicas, las prácticas hospitalarias, el hospital como espacio para parir, los vínculos, el lugar de los deseos, la seguridad, la ternura en la escena del nacimiento. Entendemos que el trabajo tiene que estar centrado en la construcción de vínculos de corresponsabilidad al interior del equipo de salud, como de este con la persona gestante y sus vínculos afectivos. Si las decisiones son compartidas, la responsabilidad también lo es.

La propuesta es generar espacios y construir modelos de atención y acompañamiento por fuera de los mandatos de control y tutelaje. Acompañar como equipo, como comunidad de salud, a las personas en situación de embarazo, parto y puerperio desde un lugar que nos involucra directamente en este proceso y que incluya las subjetividades, que promuevan la confianza, que no sean dicotómicas sino amplias y flexibles a la hora de acompañar la construcción de la soberanía de los cuerpos.

Tenemos el desafío de completar y continuar la propuesta de esta guía viva en cada territorio, para reducir las inequidades en el acceso a la salud de las personas gestantes y como parte del proceso de transformación de las prácticas patologizantes, medicalizantes y de sobre-intervención en prácticas de cuidado que recuperen el rol protagónico de las personas gestantes y sea adecuado a sus deseos, necesidades, decisiones y singularidades.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Balaña et al (2019) Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización. Tinta Limón: Buenos Aires. Disponible en: <https://www.tintalimon.com.ar/libro/salud-feminista/>

Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Accessed 16 May 2021. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full/es>

Decreto PEN 2035/2015 Reglamentación de la Ley Nacional N° 25.929 sobre Parto Humanizado.

Ferreria Couto CM, Fernandes Carneiro M. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. Enferm. glob. [online]. 2017, vol.16, n.47 [citado 2021-05-17],pp.539-575. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300539&lng=es&nrm=iso. Epub 01-Jul-2017. ISSN 1695-6141. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>.

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. Accedida el 17 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full/es>

Ley Nacional N° 25.929 (2004) Derechos de los padres y los recién nacidos en el momento del nacimiento

Ley Nacional N° 27611 (2020) Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia

Ley Nacional N° 27610 (2020) Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Liu, N.H., Mazzoni, A., Zamberlin, N. et al. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. Reprod Health 10, 2 (2013). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-2>

Mazzoni, A., Althabe, F., Gutierrez, L. et al. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth 16, 34 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0824-0>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas (2017). Violencia obstétrica. Un problema estructural y actitudinal. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/files/2017/06/WEB-RP-3-Violencia-Obstetrica-VF.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2021). Guía de Implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la Provincia de Buenos Aires, en el marco de la ley nacional N° 27610. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/02/Guía-Interrupción-Voluntaria-del-Embarazo.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2016) Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/organizacion-del-seguimiento-de-prematuros-de-riesgo>

Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) (2017). Plan Nacional de Prevención del Embarazo no intencional en la Adolescencia. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/educacion/esi/historia/embarazo-no-intencionada>

Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud/OMS (2018) Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia positiva. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Quattrocchi P, Magnone N. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020. Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo). Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/7/20/40-3>

Rosemberg P, Alazraqui M, Spinelli H. "Las atendemos de lunes a viernes": nacimientos según días de la semana en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2004-2013. Salud Colectiva. 2020 Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3079>

Umamanita. El parto es nuestro. Liga de la Leche.(2009). Guía para la atención para la muerte perinatal y neonatal. Disponible en:

https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/epen_y_umamanita_-_guia_para_la_atencion_a_la_muerte_perinatal_y_neonatal.pdf

Vallejos Parás A, Espino y Sosa S, López Cervantes M, Durán Arenas L, ¿Las mujeres prefieren las cesáreas?, Perinatología y Reproducción Humana, Volume 30, Issue 3, 2016, Pages 127-129, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.11.002>

ANEXO

Resumen de recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (2018)

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras – consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto – se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces. ^a	Recomendación específica en función del contexto
Período de dilatación		
Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación	5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación. <ul style="list-style-type: none"> — La fase latente del período de dilatación es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsiguientes — El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsiguientes 	Recomendado
Duración del período de dilatación	6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsiguientes.	Recomendado
Progreso del período de dilatación	7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.	No recomendado
	8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante todo la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.	No recomendado

^a Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva*.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Líquido y alimentos por vía oral	24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. ^a	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo. ^a	Recomendado
Limpieza vaginal	26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones. ^b	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27. No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^c	No recomendado
Amniotomía de rutina	28. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto. ^b	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural. ^b	No recomendado
Antiespasmódicos	31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	32. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto. ^b	No recomendado
Período expulsivo		
Definición y duración del período expulsivo	33. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo. <ul style="list-style-type: none"> — El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. — Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas. 	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	34. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	35. Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Método para pujar	36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	37. En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto

^a Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto*.

^b Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva*.

^c Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la estimulación del trabajo de parto*.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Técnicas para prevenir el traumatismo perineal	38. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendado
Política para la episiotomía	39. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Presión del fondo uterino	40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado
Alumbramiento		
Uterotónicos profilácticos	41. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento. ^a	Recomendado
	42. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP). ^a	Recomendado
	43. Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg). ^a	Recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé. ^b	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	45. Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes. ^a	Recomendado
Masaje uterino	46. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica. ^a	No recomendado
Atención del recién nacido		
Aspiración nasal u oral de rutina	47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz. ^c	No recomendado
Contacto piel con piel	48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. ^d	Recomendado
Lactancia	49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos. ^e	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	50. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia). ^d	Recomendado

^a Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva*.

^b Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto*.

^c Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la estimulación del trabajo de parto*.

^d Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo*.

^e Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la salud de recién nacidos*.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día. ^a	Recomendado
Atención de la mujer tras el nacimiento		
Evaluación del tono muscular del útero	52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina. ^b	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones. ^c	No recomendado
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	54. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía. ^c	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	55. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas. ^d	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento. ^{d,e}	Recomendado

^a Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la atención posnatal de la madre y el recién nacido*.

^b Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*.

^c Incorporada a partir de la *Guía de la OMS: pinzamiento tardío del cordón umbilical para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé*.

^d Incorporada a partir de las *Directrices de la OMS sobre la reanimación básica de recién nacidos*.

^e Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo*.

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2021 - Año de la Salud y del Personal Sanitario

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Guía Parto Respetado PBA - Mayo 2021 - Diseño

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 37 pagina/s.