



Mujer**ahora**

---

# VIOLENCIA OBSTÉTRICA

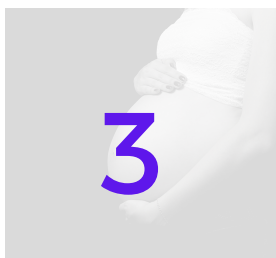
COMPENDIO DE NORMAS  
URUGUAY 2021

# Índice



## PRÓLOGO

Cristina Grela



## LÍNEAS PREVIAS

Una herramienta útil al servicio de la ciudadanía en general, personas gestantes que deseen informarse más allá de las consultas rutinarias de control de embarazo, defensores/as de derechos humanos y demás operadores/as jurídicos en particular



## INSTRUMENTOS

- 5** Constitución de la República
- 6** Ley 17.386
- 6** Decreto 67/006
- 7** Ley 18.211
- 7** Ley 18.335
- 9** Decreto 274/010
- 12** Ley 18.426
- 13** Decreto 293/010
- 13** Ley 19.286
- 17** Ley 19.580
- 19** Decreto 339/019
- 20** Ley 19.846
- 22** Decreto 258/992
- 24** Ordenanza 447/2012 -
- 25** Ordenanza 693/2012
- 27** Guía Servicios para la atención de la salud sexual y reproductiva en las instituciones prestadoras de salud.
- 28** Guía Abordaje de la salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad.
- 31** Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio.
- 71** Recomendación sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional.
- 80** Recomendación sobre notificación humanizada de diagnósticos prenatales y al nacimiento.
- 84** Links a Instrumentos





# PRÓLOGO

---

Las incertidumbres que vivimos en el 2020 y la que sigue en lo actual, tiene una gran certidumbre: la violencia contra las mujeres aumentó en el mundo entero.

En un contexto de fronteras cerradas, cuarentenas obligatorias o libertades responsables, lo indignante y cierto es que no se han oído ecos disonantes, ni sabido adoptar medidas acordes que permitan afrontar la compleja realidad que vivimos.

En las situaciones de embarazo, aborto, parto y puerperio, se han cometido faltas, errores garrafales, omisiones y atropellos. Esa manifestación de violencia se presenta durante el mayor proceso de generosidad de las mujeres con la humanidad, y no sólo es inaceptable, también es inmoral y abona al patriarcado como sistema y a la injusticia como instrumento de perpetuarlo.

Cualquier acción que lesione los derechos sexuales o reproductivos, la vida sexual o la vida reproductiva, es un insulto a la población y a la humanidad.

Es un ataque al presente y al futuro.

Cuando la violencia se sucede, las mujeres requieren de acompañamiento, asesoramiento y asistencia de profesionales de varias disciplinas. La dimensión jurídica se torna indispensable y en la primera línea de defensa encontramos a abogadas comprometidas, que en su día a día trabajan por los derechos de las mujeres.

La compilación normativa que este trabajo contiene, confiamos que es una herramienta útil para su tarea.

**Cristina Grela**

---



# LÍNEAS PREVIAS

La violencia obstétrica constituye una de las formas más naturalizadas y legitimadas socialmente de violencia basada en género. Es una manifestación de violencia ejercida hacia la mujer y el bebé durante la atención al embarazo, el parto y puerperio. La misma involucra acciones; como procedimientos médicos y medicalización injustificados; omisiones, como la ausencia de información completa, falta de consentimiento o consentimiento coercitivo; trato deshumanizante o infantilizante y/o el no respeto por los valores u opiniones de la mujer. Genera consecuencias a nivel físico, psicológico y emocional, así como un impacto en su ámbito personal, social y laboral.

Con toda certeza podemos afirmar que la mayoría de las mujeres hemos sido víctimas de violencia obstétrica en alguna medida, aún sin percibirlo.

La vulneración de derechos, la imposición de prácticas o intervenciones, así como la falta de información y consentimiento en el ámbito obstétrico, se han vuelto parte del ejercicio médico. Distando así de la apuesta en los últimos años por una medicina más ética y alejada del otrora paternalismo reinante.

A esto se suma la naturalización de estas prácticas que hay a nivel social, donde la mujer que lo vivió puede llegar a sentir que no es apoyada o comprendida, no solo por sus pares, sino por su familia, quienes legitiman el actuar médico como si este se viera vedado de todo cuestionamiento, dejando entonces casi que anulada la capacidad de la mujer de tomar decisiones en un proceso fisiológico como es el parto, y hacerla sentir que es incapaz de hacerlo sola.

En la defensa y el activismo por los derechos humanos de las mujeres y de las infancias, en los procesos de embarazo y nacimiento, hay un déficit de trabajos que faciliten la práctica cotidiana del asesoramiento legal en estos temas. Nos vimos en la necesidad de rastrear y estudiar todas las normas nacionales que tuvieran vinculación a la violencia obstétrica, así como al respeto del parto fisiológico, basado en derechos y la autonomía de la mujer. Así surge el compendio de las herramientas legales de las cuales nos valemos en nuestra labor de defensa.

En esa línea y con ese espíritu elaboramos el presente documento que no pretende ser más que una herramienta útil al servicio de la ciudadanía en general, personas gestantes que deseen informarse más allá de las consultas rutinarias de control de embarazo, defensores/as de derechos humanos y demás operadores/as jurídicos en particular.

Así pretendemos contribuir humildemente a la visibilización de este tipo de violencia, como a su prevención, investigación, sanción y reparación.

Antes de comenzar con los distintos instrumentos que nos convocan, es necesario hacer algunas precisiones para entender mejor la sistematización.

En primer lugar, debemos aclarar que mucha normativa de la trascrita refiere al universo de usuarios/as de la salud, pero luego en su articulado, se refiere a pacientes y enfermedades. Si bien se deja textual, se debe entender al leer los mismos que se refiere a gestante, embarazada, parturienta, puérpera; en los casos de la enfermedad, se debe entender que se refiere al embarazo o a alguna patología que pueda surgir en el embarazo, durante la etapa de trabajo de parto o puerperio.

Asimismo, cabe destacar que hay normativa a nivel internacional, recomendaciones de organismos internacionales de Derechos Humanos, que en esta oportunidad optamos por referenciar mediante un link para que se pueda acceder directamente a la fuente, siendo instrumentos fundamentales al tiempo de argumentar la necesidad del respeto al derecho de la mujer a vivir una experiencia de embarazo, nacimiento y puerperio digna, y libre de todo tipo de violencia.

Por último, mencionar que las guías y recomendaciones del Ministerio de Salud Pública sobre la atención a la mujer embarazada, (“Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. 2014” y “Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. 2018”) contienen un contenido alto de disposiciones técnicas propias de la materia gineco-obstétrica, especificaciones basadas en lo que dictan las investigaciones científicas del momento en que fueron redactadas, y que por eso mismo se encuentran en continuo avance. Por lo tanto, aquellas recomendaciones que se ciñen estrictamente a lo que ampara la ciencia del momento, y que puede hoy ya haber sido modificado, hemos decidido no incluirlo en este trabajo, por entender que además excede de los objetivos del mismo. Por esto sugerimos que, si fuera necesario, alguna información a ese respecto, consultar directamente en la página web del Ministerio de Salud Pública para obtener la información actualizada.

# CONSTITUCIÓN

Artículo 7 Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general.

Artículo 8 Todas las personas son iguales ante la ley no reconociéndose otra distinción entre ellas sino la de los talentos o las virtudes.

Artículo 24 El Estado, los Gobiernos Departamentales, los Entes Autónomos, los Servicios Descentralizados y, en general, todo órgano del Estado, serán civilmente responsables del daño causado a terceros, en la ejecución de los servicios públicos, confiados a su gestión o dirección.

Artículo 40 La familia es la base de nuestra sociedad. El Estado velará por su estabilidad moral y material, para la mejor formación de los hijos dentro de la sociedad.

Artículo 44 El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

Artículo 72 La enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución, no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno.

Artículo 332 Los preceptos de la presente Constitución que reconocen derechos a los individuos, así como los que atribuyen facultades e imponen deberes a las autoridades públicas, no dejarán de aplicarse por falta de la reglamentación respectiva, sino que ésta será suplida, recurriendo a los fundamentos de leyes análogas, a los principios generales de derecho y a las doctrinas generalmente admitidas.



# LEYES Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS

## **LEY N° 17.386 ACOMPAÑAMIENTO A LA MUJER EN EL PREPARTO, PARTO Y NACIMIENTO.**

Artículo 1 Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

Artículo 2 Todo centro asistencial deberá informar en detalle a la embarazada del derecho que le asiste en virtud de lo dispuesto por el artículo 1° y estimulará la práctica a que éste hace referencia.

Artículo 3 Las disposiciones de la presente ley serán aplicadas por los profesionales, así como por las instituciones asistenciales del área de la salud, sean públicas o privadas.

## **DECRETO N° 67/006 REGLAMENTARIO DE LA LEY 17.386**

Artículo 1 Todas las Instituciones públicas y privadas promoverán la información a las mujeres usuarias, con suficiente antelación y en los diversos niveles de atención en salud, durante el transcurso del embarazo, acerca del derecho a ser acompañadas durante el trabajo de parto, el parto y el nacimiento.

Artículo 2 Todas las Instituciones de salud del sector público y privado, con prestaciones en salud sexual y reproductiva, contarán con la Ley de Acompañamiento y su reglamentación, publicadas en lugares visibles al público y en particular a las usuarias de los servicios.

Artículo 3 Las instituciones instrumentarán los mecanismos administrativos que permitan el acompañamiento en el parto y nacimiento, a saber: a) Instrumentar la disponibilidad de equipos de vestimenta apropiados para tal fin, así como la adecuación de espacios de permanencia de acompañantes en el pre parto, parto y puerperio. b) No discriminar al acompañante por aspectos vinculados al sexo, al estado civil, a lo étnico racial, a razones socioeconómicas y culturales. c) Promover la participación en las cesáreas, de acuerdo a las posibilidades y limitaciones del evento obstétrico. d) Proveer acompañantes entrenados por parte de las maternidades públicas y privadas, en caso de no contar con un acompañante referente de la mujer. e) Dejar constancia en la historia obstétrica, la referencia de la persona que actuó como acompañante o las razones por las cuales la mujer no fue acompañada durante el trabajo de parto, parto o nacimiento. f) Integrar la información de la Ley, a la promoción de salud materno infantil y de salud reproductiva, tanto en las instituciones públicas como privadas.

Artículo 4 El no cumplimiento del presente Decreto, generará acciones por parte de las oficinas competentes del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 5 Las Instituciones públicas y privadas que cuenten con servicios de obstetricia, contarán con un plazo de seis meses, a partir de la promulgación de este Decreto, para adecuarse a la normativa.

Artículo 6 La Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, a través del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, será quien reciba las denuncias ante el incumplimiento de lo dispuesto en el presente Decreto.

## **LEY N° 18.211 SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD**

Artículo 3 Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

Artículo 16 Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 51 Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

- C) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

## **LEY N° 18.335 DERECHOS Y OBLIGACIONES DE PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Artículo 2 Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

Artículo 11 Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Este puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por

existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

Artículo 17 Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a: A) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos. B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica. C) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles. D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas. E) Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa. F) Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.

Artículo 18 Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a: A) Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud. B) Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud. En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber). Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad. C) Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función. D) Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.

La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente. El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita. En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.

La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y solo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con estos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente. También podrá ser solicitada directamente al prestador de salud por el Ministerio Público cuando se trate de la historia clínica de una víctima de un delito cuya investigación tenga bajo su dirección, siempre que recabe previamente el consentimiento de aquella o, en su caso de la familia, y a los solos efectos de la acción penal. El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediar orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.

E) Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente -ante requerimiento expreso de los mismos- conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste. En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión.

F) Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: "No Reanimar" impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.

G) Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes.

H) Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.

I) Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas aplicables a su caso. Las consultas de carácter privado que se realicen con este fin serán de cargo del paciente.

Artículo 24 El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas. Si el paciente abandona el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, tal decisión deberá consignarse en la historia clínica, siendo considerada la situación como de "alta contra la voluntad médica", quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad.

## **DECRETO N° 274/010 REGLAMENTARIO DE LA LEY N° 18.335**

Artículo 5 Los servicios de salud desarrollarán su actividad conforme al principio de calidad integral de la atención en salud que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la Bioética y los derechos humanos de los usuarios y pacientes.

El control de la calidad integral de la atención en salud estará a cargo del Ministerio de Salud Pública, quien tomará en cuenta el respeto a tales principios y derechos, aplicables también a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9 Todo usuario o paciente tiene derecho a ser oído y atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.

Artículo 10 El derecho a un trato respetuoso y digno que tienen todos los pacientes, incluye la protección de su intimidad cuando estén haciendo uso de los servicios de salud, tanto en situaciones de internación como de atención ambulatoria.

Artículo 12 Todo usuario o paciente tiene derecho a conocer la nómina de profesionales que se desempeñan en el servicio de salud, sus nombres, especialidades y demás datos disponibles, así como sus días y horarios de consulta. Asimismo, todo paciente tiene derecho a conocer los nombres, cargos y funciones de cualquier trabajador de la salud del servicio de salud que participe en la atención que éste le brinde, a cuyo efecto los mismos deberán portar identificación visible.

Artículo 16 El otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud.

Artículo 17 Todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Artículo 20 Excepto cuando la Ley disponga lo contrario, el paciente tiene derecho a:

- a) Revocar el consentimiento otorgado en cualquier momento.
- b) Negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.
- c) Emitir su voluntad anticipada de conformidad con lo dispuesto por la Ley Nro. 18.473 de 3 de abril de 2009.

En todos los casos precedentes, deberá dejarse constancia en la historia clínica, con firma del paciente y del profesional de la salud actuante.

Artículo 22 Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos sin requerirse el consentimiento informado, de todo lo cual se dejará precisa y fundada constancia en la historia clínica.

Artículo 23 El consentimiento informado deberá ser recabado por el profesional de la salud que indica el procedimiento o por el que vaya a practicarlo, según lo determine el respectivo servicio de salud, priorizando el derecho del paciente a la mejor calidad de la información.

Artículo 25 En los casos de intervenciones quirúrgicas y de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, el consentimiento informado deberá otorgarse por escrito, firmado conjuntamente por el profesional de la salud y el paciente.

La información deberá incluir:

- a) Identificación y descripción del procedimiento.
- b) Objetivo que se pretende alcanzar.
- c) Beneficios que se esperan alcanzar.
- d) Consecuencias probables de la realización y de la no realización del procedimiento.
- e) Riesgos frecuentes.
- f) Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento de acuerdo con el estado de la ciencia.
- g) Riesgos personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente.
- h) Advertencia sobre interacciones y contraindicaciones con otros procedimientos, tratamientos y medicamentos respecto de la situación actual del paciente.
- i) Advertencia sobre restricciones a su estilo de vida e incomodidades que puede aparejar.
- j) Procedimientos alternativos, incluso los no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud, sus riesgos y beneficios.

Artículo 26 El documento de consentimiento informado, además de la información a que se refiere el artículo anterior deberá contener, como mínimo, los siguientes datos:

- a) Identificación del servicio de salud.
- b) Identificación del procedimiento.
- c) Identificación del paciente.
- d) En caso de no ser otorgado por el paciente, identificación de quien presta el consentimiento en su representación y declaración jurada de su legitimación.
- e) Identificación del profesional que informa.
- f) Consentimiento del paciente o su representante.
- g) Declaración del paciente o su representante de que conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de la revocación.
- h) Lugar y fecha.
- i) Declaración del paciente o de su representante de haber podido efectuar libremente cualquier pregunta.
- j) Constancia de que el paciente o el representante recibe una copia de dicho documento y de que comprendió adecuadamente la información.
- k) En los casos de niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad se deberá dejar constancia de haber actuado de acuerdo a lo previsto en el literal a) del artículo 24 del presente decreto.
- l) Firmas del profesional de la salud y del paciente o su representante. Cuando el paciente no supiere o no pudiere firmar, se requerirá la firma de dos testigos.

Artículo 27 Todo paciente tiene derecho a que se lleve una historia clínica completa, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.

Artículo 28 Los servicios de salud tienen el derecho y el deber de llevar la historia clínica de cada uno de sus pacientes, en forma escrita o electrónica.

Los trabajadores de la salud tienen el derecho y el deber de consignar bajo su firma en la historia clínica los datos e información referidos al paciente y a su proceso de atención que sean determinados por las disposiciones vigentes.

Artículo 29 El correcto llenado de la historia clínica forma parte de la atención a la salud, siendo de responsabilidad del trabajador de la salud actuante la realización del registro correspondiente de manera completa, ordenada, veraz e inteligible.

Artículo 33 El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas. En caso de indigencia le será proporcionada en forma gratuita. Igual derecho asistirá a las personas referidas en los literales b), c) y d) del Artículo 30 del presente Decreto.

Igual derecho y en iguales condiciones, tienen las personas mencionadas en el literal a) del Artículo 30, cuando lo soliciten por escrito fundado a la Dirección Técnica del servicio de salud, la que evaluará la pertinencia de la solicitud.

Artículo 35 El derecho del paciente a la rectificación, actualización, inclusión o supresión de datos así como a la impugnación de valoraciones personales en su historia clínica, se regirá por lo dispuesto en los Artículos 15 y 16 de la Ley N° 18.331 y el Decreto Nro. 414/009 de 31 de agosto de 2009.

## **LEY N° 18.426 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Artículo 1 (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo 2 (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

b) garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias.

Artículo 3 (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

b) prevenir la morbilidad materna y sus causas;  
 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;  
 e) promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;  
 h) fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;

Artículo 4 (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2° y 3° de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

c) Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.  
 d) Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;



**DECRETO N° 293/010 REGLAMENTARIO DE LA LEY N° 18.426**

Artículo 3 Los servicios de salud sexual y reproductiva formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje:

g) Ético, defendiendo y promoviendo el respeto por la autonomía de las personas, creando condiciones para el ejercicio de la misma, brindando información completa, pertinente, culturalmente adaptada, libre de prejuicios y validada desde el punto de vista científico y el marco de los derechos humanos, que facilite la toma de decisiones personales libres, consientes e informadas durante todo el proceso de atención.

Artículo 4 Las prestaciones en materia de salud sexual y reproductiva se brindarán de acuerdo a la evidencia científica disponible, con encare de disminución de riesgos y daños, incorporando la perspectiva de género, respetando la diversidad generacional y sin imposición por parte del profesional actuante de sus convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas.

Artículo 5 Las decisiones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos, observando al efecto lo dispuesto por la Ley N° 18.335 de 15 de agosto de 2008, su reglamentación y demás normas aplicables.

Artículo 6 Los servicios de salud sexual y reproductiva incluirán, como mínimo:

k) Creación de condiciones para la humanización del parto institucional.

l) Promoción de la participación de las parejas u otras personas a elección de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y pos parto.

m) Información sobre posibles intervenciones médicas durante el trabajo de parto, parto y pos parto, con respeto a las opciones de las mujeres en caso de existir alternativas.

Artículo 11 El Ministerio de Salud Pública ejercerá el contralor general de la ejecución de los servicios que reglamenta el presente Decreto. La Junta Nacional de Salud, en ejercicio de sus cometidos de administración del Seguro Nacional de Salud, controlará que los prestadores que integran dicho seguro brinden las prestaciones respectivas de conformidad con la normativa vigente.

**LEY N° 19.286 APROBACIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA**

Artículo 2 a) Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación de clase alguna, respetando integralmente los derechos humanos. b) Es deber fundamental prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de la colectividad. c) El médico debe ejercer inspirado por sentimientos humanitarios. Jamás actuará para generar torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni para el exterminio del ser humano, ni para cooperar o encubrir atentados contra la integridad física o moral de sus semejantes. d) El médico, en el marco de su actuación profesional debe promover las acciones necesarias para que el ser humano se desarrolle en un ambiente individual y socialmente sano. Para ello se basará en una formación profesional reconocida y se guiará por las normas y principios éticos establecidos en este Código. e) El médico debe procurar siempre el más alto nivel de excelencia de conducta profesional.



Artículo 3 Es deber del médico, como profesional de la salud, seguir los siguientes principios y valores fundamentales:

- a) Respetar la vida, la dignidad, la autonomía y la libertad de cada ser humano y procurar como fin el beneficio de su salud física, psíquica y social.
- b) No utilizar el ejercicio profesional para manipular a las personas desde un punto de vista de los valores.
- c) Posibilitar al paciente el encuentro con otro profesional idóneo si él no está en condiciones de ayudarlo dentro de sus conocimientos específicos.
- d) Hacer, como profesional de la salud y como miembro del Colegio Médico del Uruguay, todo lo que esté dentro de sus posibilidades para que las condiciones de atención sanitaria sean las más beneficiosas y no estigmatizantes para sus pacientes y para la salud del conjunto social sin discriminación alguna.
- e) Respetar el derecho del paciente a guardar el secreto sobre aquellos datos que le pertenecen y ser un fiel custodio, junto con el equipo de salud, de todas las confidencias que se le brindan, las que no podrá revelar sin autorización expresa del paciente.
- f) Mantenerse al día en los conocimientos que aseguren el mejor grado de competencia profesional en su servicio específico a la sociedad.
- g) La búsqueda de lucro económico u otros beneficios nunca deberá ser la motivación determinante en su forma de ejercer la profesión.  
Asimismo no deberá permitir que motivos de orden económico u otros intereses influyan en la recomendación profesional referida a sus pacientes, procurando también que la provisión de medios idóneos de diagnóstico y tratamiento sean éticamente adecuados.
- h) Ser veraz en todos los momentos de su labor profesional, para que los pacientes y la sociedad tomen las decisiones que les competen.
- i) Concertar y utilizar el progreso científico y tecnológico de la medicina de tal manera que el humanismo esencial de la profesión no resulte desvirtuado.
- j) Valorar el trabajo de equipo tanto en su labor de servicio a la salud de sus pacientes como de la población en general.

Artículo 4 El médico tiene responsabilidad en la calidad de la asistencia tanto a nivel personal, como en promoverla a nivel institucional.

Es su deber exigir las condiciones básicas para que ella sea garantizada efectivamente en beneficio de las personas, así como reclamar ante los organismos competentes si persisten las condiciones insuficientes en las instituciones. Los médicos que ocupen cargos de dirección deberán proporcionar a los médicos prestadores de la asistencia los recursos humanos y de infraestructura necesarios para que el servicio se preste adecuadamente.

Artículo 9 La colectividad médica velará por una adecuada educación médica continua de calidad reconocida, siendo deber del médico cumplir con ella. Este proceso educacional deberá incluir necesariamente la formación en ética médica.

Artículo 10 El médico debe propiciar que el paciente conozca sus derechos y sus obligaciones hacia las instituciones y los equipos de salud.

Artículo 11 Las quejas de un paciente no deben afectar la calidad de la asistencia que se le preste, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 37.

Artículo 12 En el ejercicio de la docencia clínica el médico velará para que los procesos de enseñanza y aprendizaje se desarrollen respetando los derechos de las personas, los principios éticos y fundamentalmente la dignidad y autonomía de los pacientes.

Artículo 13 Todo médico tiene el deber de:

- a) Dar una información completa, veraz y oportuna sobre las conductas diagnósticas o terapéuticas que se le propongan al paciente, incluyendo las alternativas disponibles en el medio.
- b) Comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos, en un lenguaje comprensible, suficiente y adecuado para ese determinado paciente.
- c) En los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar efectos nocivos en la salud física o psíquica del paciente, podrá limitarla o retrasarla.
- d) Respetar la libre decisión del paciente, incluido el rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, en el marco de las normativas vigentes. En ese caso le informará sobre los riesgos o inconvenientes de su decisión.

El médico podrá solicitar al paciente o a sus responsables, luego de la total y completa información del procedimiento propuesto, firmar un documento escrito en el que conste ese rechazo y en caso que no se lograra, dejar constancia en la historia clínica.

- e) Mantener informado al paciente de los cambios eventuales en el plan diagnóstico o terapéutico y en caso de su traslado a otro servicio o centro asistencial, informarle de los motivos del mismo.

Artículo 15 La historia clínica es un documento fundamental en el acto médico, de ahí que:

- a) El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo la custodia del médico tratante o de la institución de la que es usuario.
- b) El paciente tiene derecho al acceso a su historia y a obtener del médico un informe completo y veraz sobre su enfermedad y la asistencia que se le ha brindado.

Artículo 17 El médico debe distinguir los hechos científicamente aceptados, de sus opiniones o convicciones personales, dada su importante influencia en el pensar y el sentir social.

Artículo 26 Todo médico tiene el deber de:

- a) Guardar y respetar la intimidad del cuerpo y de las emociones del paciente cuando es interrogado, examinado o tratado.
- b) Facilitar que el paciente logre el diálogo a solas con sus seres queridos.
- c) Exigir en todos los actos médicos el respeto al pudor y la intimidad del paciente por parte del equipo de salud.
- d) Procurar que el paciente reciba el apoyo emocional necesario y facilitarle el acceso a la ayuda espiritual o religiosa que este requiera.

Artículo 27 Médico y paciente tienen derecho a la presencia de un acompañante o de un integrante del equipo cuando el carácter íntimo de la anamnesis o la exploración así lo requieran.

Artículo 28 La relación médico-paciente implica un acuerdo mutuo, de ahí que el médico tiene la obligación de:

- a) Aceptar el derecho del paciente a la libre elección de su médico.
- b) Aceptar la consulta solicitada por el paciente con otro médico sin que se perjudique la continuidad de su asistencia.
- c) No abandonar arbitrariamente la asistencia del paciente. En caso que entienda haber motivos justificados para dejar de atenderlo, tiene la obligación de asegurar la continuidad de su asistencia.
- d) Asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones, ofreciendo explicación clara, honrada, constructiva y adecuada.

Artículo 29 El médico deberá siempre respetar al ser humano que ha confiado en él. Los actos médicos que emprenda, no serán nunca simples gestos técnicos, sino que se integrarán con todos los valores esenciales de la relación médico-paciente.

Artículo 30 El médico propondrá los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que considere adecuados a la enfermedad del paciente, de acuerdo al conocimiento científico vigente, pero respetará la autonomía del paciente para recurrir a otras alternativas, explicándole las consecuencias que esa decisión pueda tener para su salud.

Artículo 31 Es éticamente inadmisibles que el médico:

- a) Reciba una retribución de cualquier índole, por concepto de solicitar a terceros consultas, exámenes, porque terceros prescriban o utilicen medicamentos, aparatos, o por enviar a su paciente a un lugar de tratamiento o que participe en dicotomía de honorarios.
- b) Soborne o entregue un provecho indebido a cualquier persona, sea quien fuere, en el ejercicio de su profesión.
- c) En ejercicio de un mandato electivo o de una función administrativa, haga valer su posición en beneficio propio.
- d) Se derive pacientes a sí mismo, de manera directa o indirecta, generando para sí un nuevo acto médico o cualquier otro tipo de beneficio que lo involucre en forma personal, institucional o empresarial y que no esté justificado por la autonomía del paciente y en el mayor beneficio de este.
- e) No utilice todos los medios aceptados por la comunidad médica para beneficio de sus pacientes por privilegiar beneficios personales.

Artículo 41 La esterilización de mujeres u hombres deberá contar con el consentimiento libre y consciente de la persona, luego de haber sido debidamente informados de las consecuencias de esta intervención médica, valiendo las consideraciones hechas en el artículo precedente en cuanto a la objeción de conciencia.

Artículo 53 Ante casos de tortura o tratamientos crueles, inhumanos o degradantes:

- a) Se prohíbe todo acto médico que signifique participación o cooperación de cualquier naturaleza con una acción reprobada por los principios éticos de la profesión.

La prohibición incluye la participación activa, el silencio cómplice, el encubrimiento, la tolerancia y toda otra intervención que signifique aconsejar, sugerir, consentir o asesorar en la comisión de actos incompatibles con el respeto y la seguridad debidas al ser humano. En ninguno de estos casos el médico podrá ampararse en la obediencia debida.

b) Se prohíbe especialmente la participación profesional directa o indirecta en actos destinados al exterminio o la lesión de la dignidad o la integridad física o mental del ser humano.

c) El médico no deberá ser partícipe antes, durante ni después, de cualquier forma de tratamientos degradantes que sean usados, aun como amenaza.

d) Es obligación informar al Colegio Médico del Uruguay u organismos nacionales e internacionales competentes sobre torturas o tratamientos crueles, inhumanos o degradantes de personas que estén bajo su responsabilidad médica o de las que tenga conocimiento por su actividad profesional.

## **LEY N° 19.580 VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES BASADA EN GÉNERO**

Artículo 2 (Declaración de orden público e interés general).- Las disposiciones de esta ley son de orden público e interés general. Declárase como prioritaria la erradicación de la violencia ejercida contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes, debiendo el Estado actuar con la debida diligencia para dicho fin.

Artículo 4 (Definición de violencia basada en género hacia las mujeres).- La violencia basada en género es una forma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres.

Se entiende por violencia basada en género hacia las mujeres toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres.

Quedan comprendidas tanto las conductas perpetradas por el Estado o por sus agentes, como por instituciones privadas o por particulares.

Artículo 6 (Formas de violencia).- Constituyen manifestaciones de violencia basada en género, no excluyentes entre sí ni de otras que pudieran no encontrarse explicitadas, las que se definen a continuación:

A) Violencia física. Toda acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una mujer.

B) Violencia psicológica o emocional. Toda acción, omisión o patrón de conducta dirigido a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte su estabilidad psicológica o emocional.

C) Violencia sexual. Toda acción que implique la vulneración del derecho de una mujer a decidir voluntariamente sobre su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio y de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada y la trata sexual.

G) Violencia simbólica. Es la ejercida a través de mensajes, valores, símbolos, íconos, imágenes, signos e imposiciones sociales, económicas, políticas, culturales y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión, desigualdad y discriminación, que contribuyen a naturalizar la subordinación de las mujeres.

H) Violencia obstétrica. Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos.

Q) Violencia institucional. Es toda acción u omisión de cualquier autoridad, funcionario o personal del ámbito público o de instituciones privadas, que discrimine a las mujeres o tenga como fin menoscabar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de las mismas, así como la que obstaculice el acceso de las mujeres a las políticas y servicios destinados a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar las manifestaciones, tipos y modalidades de violencia contra las mujeres previstas en la presente ley.

Artículo 22 (Directrices para las políticas de salud).- El Ministerio de Salud Pública y todo otro órgano y organismo vinculado a las políticas de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el ámbito de sus competencias, deben:

C) Erradicar las prácticas sustentadas en estereotipos discriminatorios para las mujeres y adoptar medidas para garantizar el respeto de la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de las mujeres, sin distinción por motivos de edad, orientación sexual o identidad de género, situación de discapacidad, origen étnico racial, creencias religiosas entre otros factores.

E) Garantizar que todas las intervenciones en salud respeten la libre expresión de voluntad de las mujeres, en relación con todo asunto que afecte su autonomía, integridad o bienestar. Deberán contar con la información necesaria según sus necesidades de comunicación, siendo esta de calidad, no discriminatoria y comprensible, incluyendo todas las opciones existentes, sus riesgos y beneficios. Las mujeres podrán revocar su decisión en cualquier momento y por cualquier motivo sin que esto entrañe desventaja o perjuicio alguno.

Artículo 47 (Ámbito intrainstitucional).- Los órganos, organismos e instituciones públicas y privadas, deben adoptar medidas para la prevención, protección, investigación y sanción de la violencia basada en género que ocurra en el ámbito intrainstitucional, ejercida por su personal respecto de otros funcionarios, de trabajadores o de usuarios y usuarias de los servicios.

Artículo 65 (Medidas cautelares especiales).- Para el cumplimiento de la finalidad cautelar, el Tribunal podrá adoptar alguna de las siguientes medidas, u otras análogas, fijando el plazo que corresponda:

H) Disponer correctivos y otras medidas para evitar la discriminación o la violencia hacia las mujeres en el medio laboral o institucional.

I) Ordenar las prestaciones médicas, educativas o análogas que entienda imprescindibles, por parte de los organismos públicos u otras instituciones responsables.

J) Habilitar el cambio de prestador de salud, manteniendo los derechos y condiciones establecidas respecto al prestador anterior.

**DECRETO N° 339/019 REGLAMENTARIO DE LA LEY N° 19.580****Artículo 9 LIBRE EXPRESIÓN DE VOLUNTAD, LA CONFIDENCIALIDAD Y RESPETO A LA VIDA PRIVADA** (lit. E y G art. 22 de la Ley N° 19.580 de 22 de diciembre de 2017). Para

garantizar la libre expresión de voluntad, la confidencialidad y el respeto a la vida privada de las mujeres que requieren asistencia/atención como consecuencia de situaciones de violencia basada en género, se deberá respetar la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública, incluyendo especialmente:

- d. Proporcionar la información necesaria, de calidad, no discriminatoria y comprensible, incluyendo todas las opciones existentes, sus riesgos y beneficios.
- e. Recabar el consentimiento informado antes de la realización de cada intervención invasiva.

**Artículo 14 PARTO HUMANIZADO.** (lit. H del art. 6 de la Ley N° 19.580 de 22 de diciembre de 2017 y Ley N° 18.426 del 1° de diciembre de 2008). Los prestadores de servicios de salud deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar que la atención de las mujeres durante la consulta preconcepcional, el embarazo, el nacimiento y el puerperio así como de los/las recién nacidos/as, respete los principios del modelo asistencial humanizado-respetado, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública vigentes.

La práctica clínica de los equipos de salud deberá respetar, durante todo el proceso asistencial, el derecho de toda mujer:

a. A ser tratada con respeto, de modo individual o y personalizado, a que se tengan en cuenta sus pautas culturales y se asegure la intimidad y confidencialidad. En particular, debe ser considerada, durante el trabajo de parto y nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista del mismo.

b. A ser informada sobre las distintas intervenciones sanitarias que pudieren tener lugar, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas promoviendo las ventajas del parto natural cuando no existieran impedimentos.

c. A presentar un Plan de Parto y Nacimiento, el que será elaborado y tendrá los alcances previstos en el artículo 15 de este reglamento.

d. A participar en forma gratuita en los cursos de preparación para el nacimiento que se deben implementar por parte de los prestadores de servicios de salud siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública.

e. Al acompañamiento de un referente emocional de su confianza durante el parto de acuerdo con la Ley N° 17.386 de 23 de agosto de 2001 y el Decreto Reglamentario N° 67/006 de 6 de marzo de 2006.

f. Al respeto de los tiempos biológicos y psicológicos y la movilidad durante el trabajo de parto y la libre elección de la posición para parir, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por la evolución del proceso de nacimiento y por el estado de salud de la gestante y de su hija o hijo.

g. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales, asegurando la toma de decisiones seguras e informadas.

h. A tener a su lado a su hijo o hija inmediatamente al parto o cesárea y durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que la mujer o el recién nacido no requieran de cuidados especiales.

i. Al respeto de sus principios, valores y prácticas culturales para decidir sobre la vestimenta (propia y la de su hijo o hija), la alimentación, el destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

j. A que se fomente la lactancia materna y su inicio lo más precozmente posible independientemente de la vía de nacimiento, a menos que sea contraindicado para su salud.

**Artículo 15 PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO.** El Plan de Parto y Nacimiento es el instrumento por medio del cual la usuaria establece sus preferencias, necesidades y restricciones sobre la asistencia durante el proceso de trabajo de parto y el nacimiento de su hijo o hija, constituyendo el eje de la relación clínica entre la mujer embarazada y el equipo que la asiste.

El equipo de salud deberá generar las instancias para establecer un diálogo continuo a lo largo de la gestación y discutir las opciones más seguras de acuerdo con las preferencias e individualidades de la mujer informando sobre las ventajas del parto natural. Cuando la mujer participe en los cursos de preparación para el nacimiento a que se hace referencia en el lit. d del artículo anterior, el Plan de Parto y Nacimiento podrá elaborarse en este espacio.

Este Plan queda supeditado a las condiciones de salud que presente la gestante y el hijo o hija al momento del nacimiento y la voluntad verbal expresa de la mujer en el momento en que está recibiendo la atención de salud.

**Artículo 16 PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA** (lit. H del art. 6, art. 47 y 48 de la Ley N° 19.580 de 22 de diciembre de 2017). Las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento constituyen normas técnicas de aplicación obligatoria para los prestadores de servicios de salud.

El apartamiento injustificado de las mismas, así como toda forma de trato humillante o discriminatorio constituye violencia obstétrica (literal h del art. 6 de la Ley N° 19.580 de 22 de diciembre de 2017) y dará lugar a las sanciones administrativas que correspondan y habilitará el derecho al cambio de prestador de salud en las condiciones y conforme al procedimiento previsto en el lit. c del art. 2 del Decreto N° 375/012 de 12 de noviembre de 2012.

## **LEY 19.846 APROBACION DE LAS OBLIGACIONES EMERGENTES DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, EN RELACION A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION ENTRE MUJERES Y VARONES, COMPRENDIENDO LA IGUALDAD FORMAL, SUSTANTIVA Y DE RECONOCIMIENTO**

**Artículo 3 (Discriminación hacia las mujeres).**- Constituye discriminación hacia las mujeres, toda distinción, exclusión, restricción u omisión basada en el género que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra. No se consideran discriminatorias las medidas especiales de carácter temporal que tienen como objetivo garantizar igualdad real entre varones y mujeres.

**Artículo 4 (Discriminación directa e indirecta hacia las mujeres en base al género).**- Se considera discriminación directa hacia las mujeres en base al género la situación en que se encuentra una persona que sea, haya sido o pudiera ser tratada, en atención a su sexo, orientación sexual y/o identidad de género, de manera menos favorable que otra en

situación comparable. Se considera discriminación indirecta hacia las mujeres en base al género la situación en que una norma, una política o una práctica aparentemente neutra, pone a una persona en desventaja particular con respecto a otras personas por razón de su sexo, orientación sexual y/o identidad de género.

**Artículo 5 (Discriminaciones múltiples).**- Se considera discriminación múltiple a la intersección de la discriminación en base al género con otros factores tales como la ascendencia étnico-racial, la condición socioeconómica, la edad, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género, el lugar de origen o la residencia.

**Artículo 6 (Principios orientadores).**- Las políticas públicas para la igualdad de género se guiarán por los siguientes principios:

A) Prioridad de los Derechos Humanos: Se priorizarán los derechos humanos por sobre otros objetivos o intereses. Se interpretarán extensivamente las normas que consagran derechos humanos o los amplían y restrictivamente las que los limitan, teniendo especialmente en cuenta el contexto social para la efectiva protección de la persona.

C) Inclusión: Se deberán adoptar medidas específicas para remover los obstáculos para la efectiva integración de los colectivos de mujeres que sufren mayor discriminación.

**Artículo 7 (Lineamientos generales).**- Las políticas públicas para la igualdad se orientarán, entre otros, por los siguientes lineamientos:

E) El acceso integral y con equidad de los servicios de salud será de calidad y con énfasis en salud sexual y salud reproductiva, a lo largo de todo el ciclo de vida, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, en concordancia con lo establecido por la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

H) La prevención, atención, investigación y sanción de la violencia basada en género hacia las mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida y la reparación integral de los daños producidos.



# DECRETOS

## DECRETO N° 258/992 DOCTORES EN MEDICINA. REGLAMENTACION SOBRE CONDUCTA MÉDICA Y DERECHOS DEL PACIENTE

**Artículo 1** El médico debe asegurar la mejor calidad de atención al enfermo, brindándole la más adecuada al caso, de acuerdo a los medios a su alcance, que tenga la mayor efectividad, cause el menor sufrimiento y produzca los más reducidos efectos colaterales adversos e inconvenientes, con el menor costo posible para el paciente y la sociedad que integra. Para ello, debe brindarse con bondad, dedicación y calor humano, procurando que esas virtudes humanas sean comprendidas y asumidas por el paciente en su beneficio, poniendo además a su servicio su capacitación médica actualizada.

**Artículo 2** El médico debe defender los derechos humanos relacionados con el ejercicio profesional, y especialmente el derecho a la vida a partir del momento de la concepción (Arts. 1.2 y 4.1 de la Convención Interamericana de Derechos Humanos aprobada por la ley 15.737 de 8/3/985 y Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la ley 16.137 de 28/09/990). En salvaguarda de los derechos y dignidad de la persona humana (Arts. 7 y 72 de la Constitución) debe negarse terminantemente a participar directa o indirectamente, a favorecer o siquiera admitir con su sola presencia toda violación de tales derechos, cualquiera fuera su modalidad o circunstancias.

**Artículo 5** El médico debe informar adecuadamente al enfermo respecto a cuanto este lo consulte, con veracidad y objetividad atendiendo a las circunstancias del caso. Al respecto, procurará obtener el "libre consentimiento informado" del enfermo o sus representantes legales antes de realizar las acciones médicas necesarias, teniendo en cuenta que no pueden emitir consentimiento válido los menores de 21 años de edad (art. 280 del Código Civil) y demás incapaces, salvo las excepciones legalmente previstas.

**Artículo 6** El médico debe conducirse ante el enfermo a su cargo en la mejor forma posible, tratándolo con el máximo respeto, demostrándole especial consideración ante el relato de sus males, ofreciéndole sostén espiritual, proporcionándole la ayuda a su alcance para superar o atenuar prejuicios derivados de su dolencia, esforzándose para curarlo, mejorarlo o aliviarlo con su dedicación abnegada y aplicación cuidadosa de sus conocimientos científicos y experiencia clínica, dedicándolo todo el tiempo necesario sin darle muestras de prisa.

**Artículo 7** El médico debe, en circunstancias de urgencia, prestar inmediato auxilio al herido, accidentado o enfermo grave que se encontrara en su presencia o inmediata proximidad, carente de asistencia o necesitando su colaboración profesional con la de otros médicos y, asimismo, ocuparse de obtener en el lugar del hecho todos y los más adecuados recursos, y de no ser ello posible, procurar el traslado del paciente, en las condiciones más apropiadas que sea posible.

Asimismo, debe concurrir prontamente ante un llamado apremiante.

**Artículo 8** El médico debe, en circunstancias no urgentes, asistir al enfermo a su cargo en toda situación durante el curso de la misma enfermedad y cuando encontrara obstáculo absoluto para ello, avisar de inmediato al paciente o a sus representantes y suministrar a su sustituto la información pertinente a efectos de mantener la continuidad asistencial sin inconvenientes ni perjuicios para el enfermo.

Asimismo, debe prestar asistencia a todo el que solicite sus servicios de ser único en una localidad.

**Artículo 11** El médico debe mantener con sus colegas y colaboradores un trato correcto y solidario, respetando los ámbitos de actuación y especialización profesional de estos.

Cuando trabaja en equipo, debe efectuar la distribución de tareas según la calificación de cada integrante, impartiendo las instrucciones pertinentes y, contando con la correspondencia cuidadosa de quienes integran el equipo.

**Artículo 15** El médico debe ajustarse a la verdad en toda declaración que le sea requerida en vía administrativa o judicial, aún cuando de ello se deriven perjuicios para él o sus colegas.

Igual criterio debe presidir su actuación como perito cuando le sea requerida por cualquier autoridad pública.

**Artículo 17** El médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología realizada y la evolución del caso.

Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica u otra, constituirá, de por sí, documentación auténtica y hará plena fe de su contenido a todos sus efectos.

**Artículo 19** Al médico le está prohibido negar asistencia, en las circunstancias que refieren los artículos 7 y 8 del presente decreto, sea de modo directo o indirecto, a todo paciente que lo requiera salvo situaciones excepcionales debidamente autorizadas por la autoridad competente.

**Artículo 23** Al médico le está prohibido prescribir medicamentos u otros dispositivos terapéuticos, recomendar farmacias, laboratorios, clínicas, instituciones, aparatos de uso diagnóstico o terapéutico, o de cualquier otra forma derivar al paciente en función de conveniencias personales, económicas o de cualquier otra naturaleza reñidas con el recto desempeño de la profesión.

# ORDENANZAS MINISTERIALES

## ORDENANZA N° 447/2012 GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR LAS INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL EN LA ETAPA CONNATAL Y OPTIMIZAR EL CONTROL DE EMBARAZO

3- Todos los prestadores de salud deberán:

Realizar test de embarazo (rápido) o BHCG a toda mujer que lo solicita (por sola voluntad) y en el momento de consulta, tanto en la consulta del Primer Nivel de Atención como en Servicios de Urgencia.

- Iniciar las acciones de control de embarazo, ante la constatación clínica o paraclínica del mismo (incluye test rápido realizado por la institución o que trae la usuaria). Se destaca que el control de embarazo incluye, siempre, las siguientes acciones:

A- registro completo y entrega de carné SIP vigente

B- registro completo de la historia SIP e Historia Clínica

C- solicitar rutinas de embarazo, ecografía, interconsultas necesarias, etc. (según norma del Ministerio de Salud Pública)

D- realizar test rápido de sífilis y VIH (si corresponde según el prestador)

E- indicar hierro y ácido fólico (si corresponde según pauta)

F- anotar a la embarazada en un registro de las gestantes en control obstétrico por la Institución y a utilizar para la cita de las usuarias que faltan al control (si corresponde al prestador)

G- acciones de educación y promoción de salud.

- Disponer la realización de los exámenes paraclínicos de rutina obstétrica dentro de los 7 (siete) días de solicitado y la ecografía obstétrica dentro de los 15 (quince) días de solicitada.
- Contar y disponer fórmulas para lactantes para los hijos de madres VIH positivo.
- Administrarle en forma inmediata el tratamiento a los contactos sexuales infectados a la embarazada con sífilis, por parte del prestador del que es usuaria la embarazada.
- Promover el uso del preservativo:
  - o Facilitando el acceso y la entrega de los mismos por el personal de salud promoviendo:
    - El uso del doble método (preservativo y otro método anticonceptivo)
    - El uso de preservativo durante el embarazo en el entendido que reduce el riesgo de infecciones genitales bajas, infecciones de transmisión sexual (ITS) y la posibilidad de prematurez (en usuarias de riesgo).
    - Entregando más de quince preservativos por consulta, en casos justificados a criterio del equipo de salud (trabajo sexual, conductas de riesgo, ITS, etc.)

4- Se incluye como pautas clínicas obligatorias, para toda la población, sin perjuicio de lo contenido en las guías y normas vigentes:

- Recoger de la usuaria el consentimiento oral para que se realice test de ITS. En caso de que se niegue a realizarlo deberá consignarlo por escrito en la Historia Clínica y solicitar la firma del usuario o representante legal

5- Con vista a optimizar el control obstétrico y los resultados maternos perinatales, los prestadores con mal control obstétrico deberán además:

- Contar con test rápidos de embarazo, sífilis y VIH en los servicios de primer nivel y servicios de emergencia.
- Realizar test rápidos de sífilis y VIH en base a las guías clínicas del Ministerio de Salud Pública.
- Establecer un registro en las embarazadas en control obstétrico. El registro debe incluir al menos: datos patronímicos de la usuaria, datos de contacto, edad gestacional en cada control, fecha de su próximo control, y principales detalles del embarazo en curso.
- Disponer de los recursos humanos y materiales que permitan establecer equipos responsables de llevar adelante los protocolos de intervención.

## **ORDENANZA N° 693/2012 DOCUMENTO TECNICO MATERNIDADES.**

### **Recomendaciones (de la comisión redactora del documento):**

5- procesos de atención:

- Promover y recomendar el parto institucionalizado y humanizado para disminuir la morbimortalidad materno feto-neonatal.
- Regionalizar los cuidados perinatales, incluyendo la organización de un sistema de transporte oportuno y adecuado materno y/o neonatal.
- Promover el desarrollo y aplicación de normas y guías basadas en evidencias científicas.

6- regionalización organización de los Servicios:

- Incorporar en forma progresiva el “proceso de regionalización” en un área geográfica determinada, coordinando y complementando los servicios.
- Diseñar un sistema de comunicaciones entre aquellos servicios que reciben una mujer que consulta por motivo de inicio de trabajo de parto o situación que amerite su potencial traslado, y el centro donde deberá ser trasladada.

7- partos institucionalizados con atención humanizada:

Incorporar la defensa del principio de “atención institucional, humanizada y acompañada del trabajo de parto, nacimiento y del recién nacido.”

### **Maternidades de alta complejidad:**

4- sistema de traslados.

Toda maternidad, independientemente de su nivel de complejidad debe contar con un sistema de traslado oportuno, adecuado, propio, o de fácil acceso que garantice el principio de “transporte intraútero”.

Esto implica que el equipo debe reconocer durante el embarazo los problemas que determinan riesgo para la madre y/o el recién nacido y derivar la embarazada en forma oportuna.

En todos los casos el sistema de traslado debe contar con ambulancia especialmente equipada a tal efecto. El equipamiento deberá adecuarse a los estándares internacionales (respiradores de traslado, incubadoras, bombas de infusión, etc.) con autonomía suficiente o baterías recargables en tránsito.

**Indicaciones de traslado in útero:**

1. Amenaza de parto prematuro en gestaciones <32 semanas, con o sin rotura prematura de membranas.
2. Embarazo múltiple <34 semanas.
3. Embarazo <34 semanas con restricción del crecimiento intrauterino (<P5 o doppler con compromiso hemodinámico fetal).
4. Defectos congénitos mayores que requieren tratamiento inmediato.
5. Incompatibilidad sanguínea grave (compromiso de la salud fetal).
6. Hydrops fetal.
7. Polihidramnios que genera repercusión materna u oligoamnios severo.
8. Preeclampsia grave o hemólisis o aumento de las enzimas hepáticas o plaquetopenia (síndrome de HELLP).
9. Enfermedad endócrino metabólica que no logra compensación a pesar del tratamiento instituido.
10. Enfermedad materna grave que requiere manejo especializado (ejemplo cardiopatía, enfermedades autoinmunes, trasplantada, etc.)

**Emergencias obstétricas que contraindican el traslado in útero:**

1. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserata.
  2. Sangrado con repercusión hemodinámica.
  3. Madre con riesgo de vida inminente.
  4. Parto inminente.
  5. Sospecha de hipoxia fetal intraparto.
  6. Procidencia de cordón o extremidades.
- Una vez catalogado el riesgo obstétrico se optará por el Centro de referencia más cercano y apropiado para la complicación definida.

**Recursos para el traslado:**

La organización del sistema de traslado requiere recursos materiales y humanos adecuados para garantizar las siguientes acciones:

1. Evaluación de la salud de madre-hijo. Valoración cuidadosa del caso clínico.
2. Selección de un centro de referencia adecuado y oportuno para la recepción de la madre y/o recién nacido.
3. Estabilización previa al traslado.
4. Organización del transporte propiamente dicho: condiciones, unidad de traslado, personal.
5. Admisión en el centro receptor previa comunicación con el responsable de la recepción.
6. Referencia- contra referencia del caso.

El equipo estará integrado por chofer, Auxiliar de Enfermería especializada, Obstetra Partera y en aquellas pacientes con inestabilidad real o potencial Médico de traslado.

El traslado podrá realizarse dependiendo de la condición que lo determina en unidad común o especializada.

En relación a los recursos humanos se destaca la importancia de la capacitación debiendo contar con equipo integrado por chofer, auxiliar de enfermería y médico, obstetra partera o técnico especializado en traslado.

# GUÍAS Y RECOMENDACIONES REDACTADAS EN LA ORBITA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

## **GUIA PARA IMPLEMENTAR SERVICIOS PARA LA ATENCION DE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD.**

Todas las Instituciones prestadoras de salud deberán contar con un Servicio de Salud Sexual y Reproductiva. El mismo estará constituido por un ECR y por todos los técnicos y profesionales de la institución involucrados en cumplir las acciones necesarias para garantizar las prestaciones establecidas en la Ley 18.426 y su reglamentación (293/010).

Estos servicios deberán cumplir con las acciones y prestaciones incluidas en la ley y las normas establecidas por el MSP relacionadas con la SS y SR.

El Servicio deberá garantizar un conjunto de acciones y prestaciones que involucra a todos los profesionales de la salud del prestador – efector.

La Institución es responsable de la capacitación de su personal para poder brindar prestaciones integrales. El MSP podrá evaluar estas capacitaciones para que las mismas cumplan con los estipulados de la ley y decreto correspondientes.

Todos los profesionales deberán cumplir con sus funciones asistenciales intransferibles.

Con el objetivo de optimizar las acciones y prestaciones a llevar adelante, por todos los profesionales, se establece el requerimiento de, al menos, un Equipo Coordinador de Referencia en cada institución.

### **Integración y organización del ECR.**

El ECR estará integrado por aquellos profesionales seleccionados por la institución según el siguiente perfil:

- Poseer formación de grado en el área de la salud.
- Acreditar estudios especializados y/o experiencia probada en el área de la SS y/o SR según una perspectiva de derechos, con un abordaje de la atención que tenga en cuenta todos los componentes de la salud de las personas, la diversidad sexual y de género.

Dicho perfil será especificado y controlado directamente por el MSP desde el Área SS y SR del DPES en coordinación con la JUNASA.

La integración mínima del ECR está pautada en el decreto 293/010 del 30/09/10 que reglamenta la ley 18.426 (ginecólogo, obstetra partera, psicólogo), debiendo incorporar naturalmente a Licenciados en Enfermería.

No obstante, el ECR deberá integrarse o vincularse (dependiendo de lo establecido por el MSP) con profesionales de diversas especialidades (urología, endocrinología, psiquiatría, trabajo social, oncología, etc.) que permitan un trabajo interdisciplinario o una derivación eficiente y coordinada que permita una asistencia integral y oportuna.

El ECR tendrá actividades asistenciales que serán intransferibles, si bien no todos sus integrantes deberán realizar asistencia.

El ECR funcionará en un área física con características que aseguren la confidencialidad y accesibilidad a las prestaciones, además de posibilitar reuniones del equipo, programadas y periódicas.

El ECR tendrá un horario de atención (asistencial) de conocimiento público donde asistirá a los usuarios referidos y a todos aquellos que soliciten la asistencia por opción.

**Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública.**

Ejercer su rol rector en políticas de salud, monitoreando y fiscalizando la implementación de los servicios. Esto incluye:

- a. Establecer número e integración del o de los equipos coordinadores de referencia, en función del número de usuarios beneficiarios, distribución y área geográfica de cobertura de cada institución.
- b. Asegurar la universalidad, oportunidad, integralidad y calidad de las prestaciones y de los insumos para la atención de la SS y SR.
- c. Definir los lineamientos de las capacitaciones referidas a la materia.
- d. Revisar, evaluar y solicitar cambios a las instituciones en el modo de implementación de los servicios y prestaciones, con el objetivo de optimizar la ejecución de la política y garantizar los derechos de los usuarios.

**Responsabilidades de las instituciones prestadoras de salud.**

- a- Disponer de los recursos humanos y materiales necesarios para implementar los servicios y asegurar sus acciones.
- b- Crear el/los ECR, que tendrán una integración adecuada a las características institucionales, a la cantidad y distribución geográfica de sus usuarios. Su integración deberá ser notificada al MSP, para su evaluación con vistas a establecer una integración ideal para cada institución.
- c- Asignar potestades y facilitar recursos a los integrantes del/los equipos coordinadores de referencia para lograr los objetivos planteados. Estas potestades deberán garantizar su rol cardinal en las definiciones que las instituciones tomen al respecto de asuntos tales como la implementación de los servicios, la capacitación del personal y otros aspectos organizativos, operativos y asistenciales.
- d- Generar una política de difusión de información, orientada a los usuarios sobre derechos sexuales, reproductivos, género y diversidad sexual, así como sobre la existencia de servicios para su atención integral.
- h- Propiciar la participación de los usuarios en el seguimiento de los S SS y SR.

**ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.****RECOMENDACIONES PARA EL SISTEMA DE SALUD.****A nivel de las instituciones:**

1. Implementar una política enmarcada en la legislación nacional que garantice y promueva el acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad sin discriminación alguna.
2. Garantizar que los servicios cumplan con las normas de accesibilidad universal para que un/a usuario/a pueda aprovechar del servicio en plena autonomía, seguridad y respeto de su persona.

**2.2. Accesibilidad de información**

- a. Garantizar que la información destinada a todos los usuarios/as sea accesible para personas con discapacidad.

En particular para personas con discapacidad visual:

- Producir versiones en macrotipos, Braille, audio.

Para personas con discapacidad intelectual o psiquiátrica:

- Producir versiones en lectura fácil y/o audio, video y o utilizando programas informáticos interactivos.

Para personas con movilidad reducida:

- Situar carteleras, afiches y folletería en posiciones fácilmente ubicables.

### 2.3. Accesibilidad en la Comunicación

Garantizar que las personas con discapacidad y el personal de salud y administrativo se puedan comunicar de forma comprensible. Por lo tanto introducir medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso.

Para personas con discapacidad auditiva, en el caso que la persona se comunique a través de lengua de señas uruguayaya:

- Brindar un intérprete de lengua de señas, físico o virtual. Autorizar la presencia del intérprete de lengua de señas, en cualquier instancia donde se necesite comunicar con el paciente o donde el paciente sienta necesitarlo.

Para personas con discapacidad visual y con discapacidad intelectual o psiquiátrica.

- Facilitar dispositivos de comunicación accesibles como sistemas auditivos, dispositivos multimedia de fácil acceso, medios de voz digitalizada, dibujos.

3. Generar procedimientos de recopilación de información sobre las necesidades específicas de las personas con discapacidad (en la asignación de turnos y los formularios), tipo de discapacidad y necesidad específica.

4. Organizar un servicio de atención con turnos de 40 minutos, para las personas con discapacidad de acuerdo a sus necesidades.

5. Capacitar al personal de salud sobre:

- a) Conceptualización sobre discapacidad y accesibilidad, derechos de personas con discapacidad, trato y lenguaje adecuado, con enfoque de género.
- b) Atención específica a personas con discapacidad, de acuerdo a sus necesidades, incluyendo aspectos sobre violencia.

6. Involucrar las organizaciones de personas con discapacidad en el desarrollo de medidas de servicios de salud accesibles e inclusivos.

## RECOMENDACIONES AL PERSONAL DE SALUD.

1. Comprender que la discriminación de las personas con discapacidad en su acceso a los servicios de salud no tiene que ver exclusivamente con temas de accesibilidad, sino también con barreras actitudinales que violan el respeto y la dignidad de las personas, generando ulteriores obstáculos a su acceso a los servicios



2. Capacitarse específicamente sobre discapacidad con un enfoque de género y derechos humanos, de manera que los/las integrantes de los equipos técnicos, direcciones, administrativos, tengan en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad en la atención que brindan.

3. El personal de salud y administrativo debe entender que:

- a. Las personas con discapacidad no son un grupo homogéneo, hay personas con discapacidad visual, auditiva, otras que tienen movilidad reducida, dificultades en el habla, personas con discapacidad intelectual y psíquica, algunas pueden presentar más de un tipo de discapacidad. Dependiendo de su persona y de su grado y tipo de discapacidad tienen necesidades diferentes.
- b. Las personas con discapacidad tienen el derecho a desempeñarse en autonomía de acuerdo a sus posibilidades.
- c. En muchos casos las personas con discapacidad debido a que sufren graves discriminaciones en varios ámbitos de su vida, tienen un rol extremadamente pasivo ante las situaciones.
- d. Los pacientes con discapacidad intelectual, como el resto de los pacientes, tienen derecho a ser informados sobre los procedimientos médicos que se van a llevar a cabo con su persona y decidir si se quieren someter a ellos o no. Muchas personas con discapacidad intelectual tienen capacidad para decidir sobre ello si se les ofrece la oportunidad y los apoyos necesarios.

Para que el personal de salud y administrativo pueda comprender, atender y asistir mejor sus necesidades se recomienda:

- a. Evitar subestimar y prejuizar a las personas con discapacidad.
- b. Actuar con naturalidad.
- c. Preguntar siempre si necesitan ayuda y de qué tipo, y no imponerla.
- d. No infantilizarlas, hay que tratarlas de acuerdo a su edad.
- e. No mostrar formas de cariño que no se utilizarían con otro usuario/a.
- f. Tener una actitud de predisposición a la escucha reconociendo que las que saben mejor sobre sus necesidades son ellas mismas.
- g. En caso que acudan al servicio con un/a acompañante preguntar si quieren entrar solas/os a la consulta médica.
- h. Reservar más tiempo en caso de pacientes con discapacidad:
- i. Intentar prepararse para la llegada de una persona con discapacidad, evitando generar estrés en el momento, por ejemplo preguntar a la hora de la reserva de turno si tienen alguna necesidad específica.
- j. Las ayudas técnicas de las personas con discapacidad hacen parte de su espacio corporal; no alejarlas de ellas, ni moverlas sin permiso, porque genera una sensación de inseguridad.
- k. En caso de persona con discapacidad intelectual asegurarse que:
  - a) Es capaz de tomar decisiones que tengan que ver con su salud
  - b) está actuando voluntariamente (y no bajo presión) y
  - c) tiene la suficiente información para tomar la decisión.

En caso de personas con discapacidad intelectual y psiquiátrica:

- a. Mantener una comunicación clara, sin ambigüedades, evitando confusiones.

- b. En una conversación pueden necesitar más tiempo para contestar. Se recomienda ser pacientes y flexibles.
- c. No asumir que no entienden o no puedan comunicarse.
- d. Utilizar material gráfico.
- e. Utilizar vocablos de lenguaje cotidiano.
- f. No abusar de preguntas que requieren respuestas cerradas del tipo SÍ/NO. Este tipo de preguntas no facilitan información objetiva y puede haber una tendencia del paciente a contestar SI ó No.
- g. Usar la repetición, con mesura, para asegurar que el paciente ha comprendido el mensaje.

### **RECOMENDACIONES PARA MEJORAR Y/O COMPENSAR MEDIDAS DE ACCESIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN.**

- a. Informarse sobre la existencia de información accesible;
- b. leer y explicar la información en caso de que no sea accesible (recetas, resultados médicos, etc.);
- c. apoyar en la compilación de formularios en caso de materiales inaccesibles;
- d. durante la consulta y/o exámenes médicos informar al/a usuario/a, sobre cualquier procedimiento que se le esté efectuando;
- e. distribuir información de actividades que sean accesibles para personas con discapacidad;
- f. distribuir información sobre organizaciones de personas con discapacidad;
- g. recopilar información sobre las necesidades específicas de los pacientes.

### **MANUAL PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER EN EL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.**

#### **ORIENTACION PARA LA MUJER EMBARAZADA.**

La mujer gestante, decidirá cuándo iniciará su preparación para la maternidad, y será el personal de salud el encargado de informarle sobre su derecho y posibilidad de participar de dichos espacios educativos, así como de cuáles son los beneficios de los mismos.

Es fundamental que la orientación y acompañamiento se realice principalmente en 2 ámbitos:

- En las consultas de control del embarazo.
- En las clases de preparación para la Maternidad y Paternidad.

Se deberá formar un equipo básico de Obstetra Partera y Psicóloga/o para la preparación para la maternidad y paternidad.

El mismo será coordinado por el profesional mejor capacitado dentro de la institución.

Este equipo podrá contar con otros profesionales especializados en la temática como Lic. en enfermería, nutricionista, odontólogo/a, médico/a, entre otros.

Contenidos recomendados para la orientación de la mujer gestante:

- Autocuidado en salud.
- Cambios del cuerpo durante la gestación.
- Síntomas y signos fisiológicos y patológicos de cada trimestre (vómitos, estreñimiento, hemorroides).
- Alimentación durante el embarazo y lactancia, basado las guías alimentarias de MSP. Suplementos de ácido fólico y Hierro según normas MSP.

- Desarrollo fetal.
- Importancia de prevención de la aloinmunización anti D en grupo de mujeres Rh Negativo.
- Cambios emocionales en las diferentes etapas. Sentimientos contradictorios, incertidumbres y miedos.
- Salud bucal, prevención de infecciones dentarias e higiene.
- Prevención de violencia doméstica, ya que en un 25% de los casos, los malos tratos comienzan en el primer trimestre.
- Sexualidad.
- Motivos de consulta, señales de alarma y consulta inmediata.
- Parto, trabajo de parto, parto, cesárea, nacimiento.
- Puerperio, cambios físicos y emocionales.
- Métodos anticonceptivos.
- Lactancia.
- Cuidados del recién nacido.
- Preparación física para el embarazo, parto y recuperación post parto.
- Información de leyes que protegen a la embarazada, acompañamiento y lactancia.
- Consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas.
- Orientación para la prevención de ITS-Sida y consejería y entrega de preservativos.

## **ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO.**

### **1. CONSULTA PREVIA A LA GESTACIÓN.**

Se interrogará sobre su status con respecto a la Rubéola, vigencia de la vacuna antitetánica (VAT), VIH-Sida y Sífilis, enfermedad de Chagas, enfermedades crónicas, sustancias adictivas, violencia doméstica y uso de medicaciones en forma habitual.

Se solicitarán los siguientes exámenes paraclínicos: hemograma, glicemia, toxoplasmosis, VIH y VDRL-RPR.

- De presentar patologías crónicas conocidas (diabetes, hipertensión arterial, patologías autoinmunes, etc.) se deberá realizar la interconsulta con el especialista correspondiente afín de planificar el momento oportuno del embarazo.
- Se valorará vigencia de la colpocitología oncológica.
- Se controlará la presión arterial en condiciones basales para la identificación de Hipertensión Arterial Crónica.
- Se dejará constancia del peso y talla.
- Se recomendará el uso de suplemento de ácido fólico (0,4 a 1 mg/día) desde antes del embarazo hasta las 12-14 semanas para la prevención de anomalías del tubo neural.
- Se explorará sobre el uso de drogas, tabaquismo, alcohol y medicaciones crónicas y otras sustancias de uso habitual que puedan afectar el desarrollo del embarazo (café, mate, etc.).
- Se pesquisará la existencia de violencia doméstica, dándole preponderante importancia dada la prevalencia en aumento en la población general.
- Asesoramiento genético, edad, historia de embarazos previos patológicos: abortos recurrentes, muerte fetal, muerte infantil, hijos con alteraciones genéticas.
- Cuando la mujer o la pareja manifiesten dudas sobre su fertilidad y presenten diagnóstico de esterilidad conyugal, se realizará la derivación correspondiente para la valoración y eventual tratamiento.
- En caso de necesidad de realización de radiografías y ante la duda de un posible embarazo, se sugiere confirmar el mismo previamente o informar al equipo de salud.

Se interrogará sobre su status con respecto a la Rubéola, vigencia de la vacuna antitetánica (VAT), VIH-Sida y Sífilis, enfermedad de Chagas, enfermedades crónicas, sustancias adictivas, violencia doméstica y uso de medicaciones en forma habitual.

Se solicitarán los siguientes exámenes paraclínicos: hemograma, glicemia, toxoplasmosis, VIH y VDRL-RPR.

- De presentar patologías crónicas conocidas (diabetes, hipertensión arterial, patologías autoinmunes, etc.) se deberá realizar la interconsulta con el especialista correspondiente afín de planificar el momento oportuno del embarazo.
- Se valorará vigencia de la colpocitología oncológica.
- Se controlará la presión arterial en condiciones basales para la identificación de Hipertensión Arterial Crónica.
- Se dejará constancia del peso y talla.
- Se recomendará el uso de suplemento de ácido fólico (0,4 a 1 mg/día) desde antes del embarazo hasta las 12-14 semanas para la prevención de anomalías del tubo neural.
- Se explorará sobre el uso de drogas, tabaquismo, alcohol y medicaciones crónicas y otras sustancias de uso habitual que puedan afectar el desarrollo del embarazo (café, mate, etc.).
- Se pesquisará la existencia de violencia doméstica, dándole preponderante importancia dada la prevalencia en aumento en la población general.
- Asesoramiento genético, edad, historia de embarazos previos patológicos: abortos recurrentes, muerte fetal, muerte infantil, hijos con alteraciones genéticas.
- Cuando la mujer o la pareja manifiesten dudas sobre su fertilidad y presenten diagnóstico de esterilidad conyugal, se realizará la derivación correspondiente para la valoración y eventual tratamiento.
- En caso de necesidad de realización de radiografías y ante la duda de un posible embarazo, se sugiere confirmar el mismo previamente o informar al equipo de salud.

## 2. ATENCIÓN DE LA MUJER CON EMBARAZO SIN PATOLOGÍAS.

Seguimiento de la mujer que cursa un embarazo sin patologías.

El seguimiento de la mujer con embarazo sin patologías consiste en una serie de intervenciones sanitarias que tienen la finalidad de informar sobre las condiciones fisiológicas, y prevenir, detectar precozmente y tratar las condiciones patológicas.

¿Qué profesional lo puede hacer?

El mismo puede ser realizado por Obstetras Parteras/os, Ginecotocólogos/as, Médicos/as de Familia y Médicos/as Generales.

Ambiente físico adecuado:

El ambiente donde se realiza el seguimiento de la mujer embarazada debe ser propicio para informar, alentar la discusión, escuchar las dudas y responderlas, con la intención de empoderar a la mujer en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud y la de su embarazo.

Estos lugares deben presentar una infraestructura mínima:

Planta Física; consultorio ginecológico con sala de espera y gabinetes higiénicos, espacio para actividades educativas, laboratorio propio o coordinación de envío de muestras al laboratorio externo, equipo de ultrasonido propio o coordinación de ecografías en otra institución. Balanza, cinta métrica, esfíngo manómetro, guantes, espéculos, material para toma de muestra de colpocitología oncológica y exudado vaginal y rectal, historias clínicas, carné perinatal e historia clínica perinatal y Doptone y/o estetoscopio de Pinard.

Frecuencia de las consultas:

En cuanto al número de consultas obstétricas de la mujer con un embarazo que cursa sin patologías, existe suficiente evidencia científica que sugiere que el número debe ser de al menos cinco. La misma sostiene el concepto que no se mejoran los resultados perinatales de embarazos normales, al aumentar el número por encima de cinco. No obstante, estos estudios también demuestran que con esta frecuencia (cinco), muchas mujeres se sienten insatisfechas y les gustaría haber tenido un mayor número de consultas.

La frecuencia de consultas aconsejada en un embarazo normal será:

- Mensualmente hasta la semana 32.
- Quincenalmente hasta la semana 36.
- Semanalmente hasta el parto o hasta las 41 semanas.

Esta frecuencia podrá alterarse a juicio de la mujer y/o equipo sanitario de aparecer circunstancias que así lo ameriten.

Estrategias de intervención ante el mal control del embarazo o no concurrencia a las consultas de control:

La Ordenanza Ministerial 447/12, Control de embarazo e ITS. Protocolo de intervención ante el mal control de embarazo, establece que:

1. Todos los prestadores de salud DEBERAN:

- Realizar test de embarazo o  $\beta$ -HCG a toda mujer que lo solicite y en el momento de la consulta, tanto en el Primer Nivel de Atención como en Servicios de Urgencia.
- Iniciar las acciones de control de embarazo ante la constatación clínica o paraclínica del mismo. Ello incluye SIEMPRE:
  - registro en Historia Clínica, Historia SIP y Carné Perinatal.
  - rutinas ecografías y demás interconsultas.
  - indicar hierro y ácido fólico según pauta.
  - anotar a la mujer embarazada en un registro de gestantes el que será utilizado para citar a las mujeres que no concurren al control si corresponde.
  - acciones de educación y promoción de salud.
  - Disponer la realización de la rutina obstétrica y la ecografía dentro de los 7 y 15 días de solicitadas respectivamente.
  - Establecer y difundir a todo el equipo de salud lineamientos de consejería y ruta crítica para usuarias con test positivo de VIH.
  - Utilizar el SIP, cargar los datos en la base SIP y entregarlos mensualmente a la oficina del SIP del MSP.
  - Realizar auditoría interna de todos los casos de sífilis congénita y elevar informe al Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP en un plazo no mayor a 60 días del diagnóstico o nacimiento.
  - Realizar la denuncia obligatoria al Departamento de Vigilancia en Salud de todos los casos confirmados o sospechosos de sífilis.
  - Disponer fórmulas para lactantes para los hijos de mujeres con test positivo de VIH.

2. Los prestadores con mal control obstétrico DEBERAN ADEMÁS:

- Contar con test rápidos de embarazo, sífilis y VIH en los servicios de de Primer Nivel y Servicios de Emergencia y realizarlos en base a las guías del MSP.
- Establecer un registro de las mujeres gestantes en control obstétrico.

- Cuando se constate una usuaria que no ha controlado el embarazo o ha faltado a las consultas programadas:
- Realizar comunicación telefónica con la usuaria y re coordinar la consulta a la brevedad.
- Si no se logra establecer el contacto telefónico en 72 horas, o no existen datos para ello, o la usuaria se niega a concurrir a la consulta re-programada realizar visita domiciliaria.
- Si no se cuenta con datos reales para establecer el contacto derivar el caso a Servicio Social para la búsqueda de vías de contacto.
- Dejar constancia en la historia clínica de todas estas acciones.
- Las citas y asignación de horas para el control obstétrico se debe considerar una prioridad asistencial.

Se define como embarazo mal controlado a aquel que al momento del nacimiento tenga menos de 5 controles obstétricos realizados según la normativa del MSP.

### 3. PRIMERA CONSULTA.

Embarazo no deseado-no aceptado.

Es importante tener presente que en caso que se trate de un embarazo no deseado- no aceptado, la paciente tiene derecho a solicitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de acuerdo a la Ley 18.987.

Incluso en los casos en que la mujer no tenga aún decidido el continuar o no con el embarazo es importante que se inicie el proceso IVE para evitar dificultades en relación a los plazos legales.

Los requisitos para ampararse a la IVE son: ser ciudadanas uruguayas naturales o legales, o extranjeras residentes en el país al menos por un año; manifestar su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación; durante las primeras 12 semanas de gestación; y cumplir con el procedimiento que marca la ley.

En la primera consulta IVE se debe recibir la voluntad de la mujer. Se verifican los requisitos, se abre y completa el formulario de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Primera Consulta), se solicita paraclínica (ecografía y grupo sanguíneo), y se refiere en forma responsable a la 2ª consulta. Si esta primera consulta ocurre con un ginecólogo, se considera que es parte de la segunda consulta IVE, procediendo a la evaluación que corresponde y lo establecido para la misma (formulario, consentimiento y coordinación de las consultas con el área social y salud mental).

En caso de no cumplir con los requisitos: exceder los plazos estipulados por Ley 18.987, o si la mujer extranjera tiene residencia menor de 1 año, se debe asesorar a la mujer de acuerdo al modelo de disminución de riesgos y daños (Ley 18.426. Ordenanza 369 / 2004).

Acciones generales:

Abrir historia clínica institucional e historia clínica del Sistema Informático Perinatal (SIP).  
Abrir, completar y entregar a la mujer en esta primera consulta, el CARNE PERINATAL (excepto que la mujer solicite la IVE).

Dejar constancia de peso actual y previo al embarazo, altura y presión arterial.

Acciones Específicas:

Anamnesis del embarazo actual incluyendo:

- Fecha de Última Menstruación (FUM) y el cálculo de la edad gestacional y fecha probable de parto (FPP por regla de Wahl o gestograma CLAP).
- Antecedentes obstétricos: gestaciones, tolerancia y resultados obstétricos previos.

- Antecedentes inmunohematológicos: transfusiones previas, si hijos anteriores requirieron fototerapia, transfusión intrauterina o exanguino transfusión y si recibió inmunoprofilaxis antenatal en mujeres Rh negativo (ordenanza 99/11). Mujer portadora de hemofilia o antecedentes familiares de hemofilia: interconsulta con médico hemoterapeuta en policlínica
- Antecedentes ginecológicos: vigencia de la colpocitología oncológica con técnica de Papanicolaou (PAP), Infecciones de Transmisión Sexual.
- Antecedentes personales: patologías médicas y/o quirúrgicas previas.
- A su vez, se indagará sobre uso de sustancias psicoactivas, patologías psíquicas o situaciones de vulnerabilidad psicológica.
- Se destaca la importancia de indagar sobre la posibilidad de que la mujer haya vivido o se encuentre viviendo situaciones de violencia doméstica o violencia sexual.
- Antecedentes inmunitarios:
- Se indagará acerca de la vigencia de la VAT.

En caso de Vacuna Antitetánica no vigente: se aconsejará administrársela entre las 26 y 32 semanas de amenorrea; en aquellos casos en los que se dude sobre la continuidad del seguimiento del embarazo, se podrá administrar a cualquier edad gestacional.

- Dependiendo la situación epidemiológica, el MSP realizará las recomendaciones acerca de la necesidad de vacunación específica (vacuna antigripal, etc.)
- Antecedentes familiares, conyugales, socioeconómicos y culturales.
- Examen físico general, examen de mamas (valorando si son aptas para la lactancia), ginecológico y obstétrico, destacando que debe realizarse una inspección profunda del cuello uterino y toma de colpocitología oncológica cuando este examen no esté vigente.
- Solicitar valoración por odontólogo y nutricionista en el momento de la captación del embarazo.
- Acciones de orientación:
- Informar sobre síntomas y signos fisiológicos y anormales de acuerdo a la etapa del embarazo que se encuentre.
- Informar, orientar y acompañar según los lineamientos pautados en el capítulo de orientación.

Tamizaje paraclínico: primera rutina.

Es fundamental explicar a la usuaria embarazada para qué se solicitan estos exámenes y qué importancia tienen para el buen desarrollo del embarazo.

La realización de test de VDRL-RPR y VIH requiere del consentimiento informado y verbal de la usuaria. Si ésta se niega a su realización deberá dejarse constancia en la historia clínica y solicitarle que lo rubrique con su firma. Dar informe a quienes atienden aspectos sociales y trabajar en conjunto hacia adelante.

Si el profesional a cargo del seguimiento del embarazo lo cree necesario, este esquema puede ser modificado en cuanto a los exámenes paraclínicos a solicitar y/o con respecto a la frecuencia señalada.

Solicitar:

- Grupo sanguíneo, en sistema ABO y factor Rh (D) e investigación de anticuerpos irregulares (test de Coombs Indirecto). Solicitar SIEMPRE, independientemente que sea Rh negativo o positivo y que tenga estudios de otros embarazos.

- Hemograma.
- Glicemia en ayunas.
- Urocultivo y examen de orina.
- Serología para Sífilis, VIH y Toxoplasmosis, Rubeola y Chagas (estos dos últimos solo cuando corresponda).
- Ecografía obstétrica.

Primera rutina: acciones específicas ante resultados paraclínicos.

EXAMEN: Clasificación sanguínea y allo anticuerpos.

- En caso de Test de Coombs indirecto POSITIVO, independientemente de Rh, derivar a hemoterapia para valorar riesgo de enfermedad hemolítica feto-neonatal.

EXAMEN: Hemograma.

Acciones específicas ante resultados de primera rutina:

- Sin anemia (Hb >11 g/dl): Comenzar la administración de suplementos de hierro, a todas las embarazadas, desde su primer control. La suplementación debe durar durante todo el embarazo.

- Anemia (Hb < 11g/dl o Hto < 33%) Controlar la respuesta al tratamiento realizando nuevamente hemograma al mes de iniciado el tratamiento.

EXAMEN: Glicemia en ayunas.

Diagnóstico de diabetes gestacional. Monitoreo glicémico a los 7-15 días con glicemia capilar luego de dieta y ejercicio.

EXAMEN: Urocultivo.

Acciones específicas ante resultados de primera rutina:

Detección de bacteriuria asintomática: Tratar infección urinaria según antibiograma.

Recomendar: abundante ingesta de líquidos, correcta higiene vulvoperineal, micción frecuente.

Si corresponde, tratar estreñimiento concomitante con dieta rica en fibras.

EXAMEN: Examen de orina.

Acciones específicas ante resultados de primera rutina:

Detección de proteinuria y signos inespecíficos de infección en el sedimento. En ese caso solicitar urocultivo y tratar infección urinaria según antibiograma.

EXAMEN: Serología para Sífilis.

Acciones específicas ante resultados de primera rutina:

Dado la situación epidemiológica actual en nuestro país, se justifica una respuesta rápida para evitar la pérdida de oportunidades de tratamiento.

Se debe iniciar tratamiento de inmediato con VDRL-RPR + o test rápido +, sin perjuicio de continuar el algoritmo diagnóstico para confirmación.

Iniciar tratamiento de inmediato según Guías Clínicas del MSP (2013).

Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria dentro de los 7 días posteriores.

EXAMEN: Serología para VIH.

Acciones específicas ante resultados de primera rutina:

Ante un primer test de VIH reactivo proceder según Guías Clínicas del MSP (2013).

Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria dentro de los 7 días posteriores, según se detalla para sífilis.

Referir a consulta con ginecólogo e infectólogo para valoración y tratamiento.

EXAMEN: Serología para Toxoplasmosis.

Acciones específicas ante resultados de primera rutina:

- Si en la primera rutina la paciente presenta Anticuerpos para Toxoplasmosis IgG positivos, Ig M negativo no se vuelve a repetir el test.



· De ser IgG negativo, Ig M negativo se repite el test en el segundo y tercer trimestre (de presentar factores de riesgo se puede repetir mensualmente) y se informa sobre medidas de prevención:

- Lavarse las manos antes de manipular alimentos.
- Lavar las frutas y verduras antes de ingerirlas.
- Preferir los alimentos cocidos.
- Evitar las tareas de jardinería, o realizarlas con guantes.
- Evitar el contacto con heces de gato.

· De detectarse anticuerpos Ig M positivo iniciar tratamiento:

EXAMEN: Rubéola y Chagas.

Acciones específicas ante resultados de primera rutina:

Solicitar sólo cuando corresponda.

Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria (Rubeola en 24 horas y Chagas en 7 días).

EXAMEN: Ecografía obstétrica.

Acciones específicas ante resultados de primera rutina:

Confirmación de embarazo intrauterino, valorar número de embriones y viabilidad y ajustar edad gestacional: en caso de contar con una FUM cierta, segura y confiable, el cálculo de la EG se basará en la misma ante una ecografía precoz acorde (diferencia de más-menos 1 semana).

Si se detecta gravidez extrauterina o heterotópica derivar a ginecólogo de guardia.

Si se detecta embarazo gemelar derivar a control con ginecólogo, idealmente en policlínica especializada.

En caso de huevo huero o anembrionado derivar a policlínica ginecológica.

## **CONSULTAS SUBSIGUIENTES POR TRIMESTRES.**

Primer trimestre ( $\leq 14$  semanas).

Acciones Específicas.

Anamnesis destinada a:

- Valorar la evolución de la salud integral de la mujer y el feto.
- Descartar posibles patologías intercurrentes: exposición a teratógenos, náuseas y vómitos, genitorragia e infecciones genitales bajas.
- En caso de amenaza de aborto o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aoinmunizadas para antígeno D, indicar Inmunoprofilaxis anti D.

Recordar que una mujer embarazada puede realizarse radiografías, si estas son necesarias. No ocurre lo mismo con respecto al examen tomográfico (TC), por lo que en caso de necesitar este tipo de estudio se preferirá la resonancia magnética nuclear (RMN).

Examen clínico general y obstétrico:

- Control de peso y cálculo de Índice de Masa Corporal (peso en kg/altura  $m^2$ ).
- Control de presión arterial: la PA debe tomarse con un instrumento adecuado al perímetro del brazo y tras 20 minutos de reposo, en una mujer que no haya ingerido café ni tabaco en las dos horas anteriores. Los valores de normalidad son menores a 140/90 mmHg en todo el embarazo.
- Valorar región lumbar.
- Examen genital cuando corresponda.
- Solicitar valoración por odontólogo y nutricionista en el momento de la captación del embarazo, informándola sobre la importancia y recursos disponibles.

Solicitud de Paraclínica:

- Se solicitara la primer rutina ya especificada.
- 11 a 14 semanas. Solicitar ecografía para valorar la translucencia nual (TN). El aumento de la TN se asocia a la trisomía 21, el síndrome de Turner y otras anomalías cromosómicas, así como a múltiples malformaciones fetales y síndromes genéticos.

Ante una translucencia nual igual o mayor a p95 para la edad gestacional se debe informar a la mujer y su pareja, derivar al ginecólogo y proceder a dar un asesoramiento genético.

La valoración de la longitud cervical durante esta ecografía es recomendable para la detección de mujeres con embarazo único o múltiple con mayor riesgo de prematurez. La paraclínica en los controles subsiguientes dependerá de la edad gestacional.

Recordar que esta secuencia de exámenes podrá ser modificada dependiendo del caso clínico.

Segundo trimestre (15-28 semanas).

Acciones específicas.

Anamnesis destinada a:

- Valorar la evolución del embarazo.
- Descartar posibles patologías intercurrentes.
- En caso de genitorragia o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aloinmunizadas para antígeno D, indicar Inmunoprofilaxis anti D.
- Indagar sobre inicio de movimientos fetales, genitorragia, infecciones urinarias y genitales bajas, hidrorrea, fiebre mayor de 38°C, contracciones uterinas dolorosas, cefaleas intensas, ganancia ponderal deficitaria o excesiva.

Examen físico:

- Control de peso y presión arterial.
- Determinación y seguimiento de la curva de altura uterina. Utilizar para ello la gráfica en el reverso del Carné Obstétrico.
- Auscultación de latidos fetales de acuerdo a los medios tecnológicos disponible

Solicitud de Paraclínica.

- Repetir Test de Coombs indirecto, sólo si la mujer es Rh negativo y no ha recibido profilaxis anti D en últimas 8 semanas:
- entre 25 y 28 semanas (si se usa técnica en gel).
- a las 20, 24, 28 semanas (si se usa técnica en tubo).
- PTOG entre las 24 y las 28 semanas.
- Urocultivo.
- VDRL-RPR y VIH entre las 18 y las 23 semanas.
- Toxoplasmosis (de ser IgG negativo en la primer rutina).
- Ecografía estructural entre las 20 y las 24 semanas.

Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el segundo trimestre:

EXAMEN: Test de Coombs indirecto (Si es Rh (D) negativo).

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Resultado negativo, administrar inmunoglobulina anti D entre las 28 y 32 semanas.

Resultado positivo, derivar a ginecólogo y hemoterapia para valorar riesgo de enfermedad hemolítica feto-neonatal .

EXAMEN: PTOG (75 grs.).

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Ante valores patológicos: hacer diagnóstico de Diabetes Gestacional y derivar a ginecólogo y endocrinólogo.

## Solicitud de Paraclínica:

- Se solicitara la primer rutina ya especificada.
- 11 a 14 semanas. Solicitar ecografía para valorar la translucencia nucz (TN). El aumento de la TN se asocia a la trisomía 21, el síndrome de Turner y otras anomalías cromosómicas, así como a múltiples malformaciones fetales y síndromes genéticos.

Ante una translucencia nucz igual o mayor a p95 para la edad gestacional se debe informar a la mujer y su pareja, derivar al ginecólogo y proceder a dar un asesoramiento genético.

La valoración de la longitud cervical durante esta ecografía es recomendable para la detección de mujeres con embarazo único o múltiple con mayor riesgo de prematuridad. La paraclínica en los controles subsiguientes dependerá de la edad gestacional.

Recordar que esta secuencia de exámenes podrá ser modificada dependiendo del caso clínico.

Segundo trimestre (15-28 semanas).

## Acciones específicas.

## Anamnesis destinada a:

- Valorar la evolución del embarazo.
- Descartar posibles patologías intercurrentes.
- En caso de genitorragia o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aloinmunizadas para antígeno D, indicar Inmunoprofilaxis anti D.
- Indagar sobre inicio de movimientos fetales, genitorragia, infecciones urinarias y genitales bajas, hidrorrea, fiebre mayor de 38°C, contracciones uterinas dolorosas, cefaleas intensas, ganancia ponderal deficitaria o excesiva.

## Examen físico:

- Control de peso y presión arterial.
- Determinación y seguimiento de la curva de altura uterina. Utilizar para ello la gráfica en el reverso del Carné Obstétrico.
- Auscultación de latidos fetales de acuerdo a los medios tecnológicos disponible

## Solicitud de Paraclínica.

- Repetir Test de Coombs indirecto, sólo si la mujer es Rh negativo y no ha recibido profilaxis anti D en últimas 8 semanas:
  - entre 25 y 28 semanas (si se usa técnica en gel).
  - a las 20, 24, 28 semanas (si se usa técnica en tubo).
- PTOG entre las 24 y las 28 semanas.
- Urocultivo.
- VDRL-RPR y VIH entre las 18 y las 23 semanas.
- Toxoplasmosis (de ser IgG negativo en la primer rutina).
- Ecografía estructural entre las 20 y las 24 semanas.

Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el segundo trimestre:

EXAMEN: Test de Coombs indirecto (Si es Rh (D) negativo).

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Resultado negativo, administrar inmunoglobulina anti D entre las 28 y 32 semanas.

Resultado positivo, derivar a ginecólogo y hemoterapia para valorar riesgo de enfermedad hemolítica feto-neonatal .

EXAMEN: PTOG (75 grs.).

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Ante valores patológicos: hacer diagnóstico de Diabetes Gestacional y derivar a ginecólogo y endocrinólogo.

EXAMEN: Urocultivo.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Detección de bacteriuria

asintomática: Tratar infección urinaria según antibiograma.

Recomendar: abundante ingesta de líquidos, correcta higiene vulvoperineal, micción frecuente.

Si corresponde tratar estreñimiento concomitante con dieta rica en fibras.

EXAMEN: Serología para Sífilis.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Dado la situación epidemiológica actual en nuestro país, se justifica una respuesta rápida para evitar la pérdida de oportunidades de tratamiento.

Se debe iniciar tratamiento de inmediato con VDRL-RPR+ o test rápido +, sin perjuicio de continuar el algoritmo diagnóstico para confirmación.

Iniciar tratamiento de inmediato

según Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita y transmisión vertical del VIH. MSP, 2013. Realizar Notificación Epidemiológica Obligatoria dentro de los 7 días posteriores.

EXAMEN: Serología para VIH.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Ante un test de VIH reactivo proceder según Guías Clínicas del MSP (2013).

Realizar Notificación Epidemiológica

Obligatoria dentro de los 7 días posteriores.

Referir a consulta con ginecólogo e infectólogo para valoración y tratamiento.

El inicio de las acciones

preventivas, incluyendo el tratamiento antirretroviral, debe realizarse de inmediato, sin necesidad de esperar la confirmación del VIH.

EXAMEN: Serología para Toxoplasmosis.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Se solicita de ser IgG negativo, Ig

M negativo en el primer trimestre:

· De detectarse anticuerpos Ig M positivo iniciar tratamiento de inmediato, y solicitar test de avidéz o IgM por IFI:

1. en caso de test de avidéz alto, infección data de más de 4 meses previos.

2. en caso de test de avidéz bajo,

infección reciente (menor a 4 meses).

3. en caso de IgM por IFI positivo significa infección reciente.

En cualquier caso, derivar a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento.

· De ser IgG negativo se repite el test en el tercer trimestre y se informa sobre medidas de prevención:

- Lavarse las manos antes de manipular alimentos.

- Lavar las frutas y verduras antes de ingerirlas.

- Preferir los alimentos cocidos.

- Evitar las tareas de jardinería, o realizarlas con guantes.

- Evitar el contacto con heces de gato.

EXAMEN: Ecografía estructural.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

De constarse alteraciones de estructuras fetales, líquido amniótico, cordón o placenta derivar a ginecólogo y/o asesoramiento genético según corresponda.

Tercer trimestre ( $\geq 29$  semanas).

Acciones específicas.

Anamnesis destinada a:

- Valorar la evolución del embarazo.
- Descartar posibles patologías intercurrentes.
- En caso de genitorragia o maniobras invasivas intrauterinas en mujeres Rh negativo no aloimmunizadas para antígeno D, indicar Inmunoprofilaxis anti D.
- Indagar sobre percepción de movimientos fetales, genitorragia, infecciones urinarias y genitales bajas, hidrorrea, fiebre mayor de  $38^{\circ}\text{C}$ , contracciones uterinas dolorosas, cefaleas intensas, ganancia ponderal deficitaria o excesiva.

Examen físico:

- Control de peso y presión arterial.
- Determinación y seguimiento de la curva de altura uterina.
- Auscultación de latidos fetales.
- Semiología obstétrica: para estimar peso fetal, cantidad de líquido amniótico, tono uterino, y a partir de las 36 semanas la presentación fetal.

Solicitud de Paraclínica:

- Hemograma.
- Glicemia.
- VDRL-RPR.
- VIH.
- AgHbs.
- Toxoplasmosis (en caso de IgG negativo en la primer rutina).
- Toma de exudado recto vaginal con búsqueda de *Estreptococo* grupo B a las 35-37 semanas.
- Orina.
- Urocultivo.
- Ecografía Obstétrica para control de crecimiento a juicio del técnico tratante.

Acciones específicas ante resultados paraclínicos en el tercer trimestre:

EXAMEN: Test de Coombs Indirecto.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Se solicitará si es Rh negativo y no fue solicitado en el segundo trimestre.

De ser negativo administrar entre las 28 y 32 semanas inmunoglobulina anti D.

En caso de resultado de test Coombs positivo derivar a hemoterapia para valorar si corresponde inmunoprofilaxis anti D. No solicitar si la embarazada ya recibió inmunoprofilaxis en el segundo trimestre.

Examen: Hemograma.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

- Sin anemia: Comenzar la administración de suplementos de hierro, a todas las embarazadas, desde su primer control. La suplementación debe durar durante todo el embarazo.
- Anemia: Indicar hierro elemental diario hasta la normalización de la hemoglobina. Controlar la respuesta al tratamiento realizando nuevamente hemograma al mes de iniciado el tratamiento.

EXAMEN: Glicemia en ayunas.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

Realizar diagnóstico de Diabetes Gestacional y derivar a ginecólogo y endocrinólogo.

EXAMEN: Urocultivo

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

- Detección de bacteriuria asintomática.
- Tratar infección urinaria según antibiograma.

Recomendar:

- abundante ingesta de líquidos, correcta higiene vulvoperineal, micción frecuente.
- Si corresponde tratar estreñimiento concomitante con dieta rica en fibras.

EXAMEN: Serología para VIH.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

- Ante un test de VIH reactivo proceder según Guías Clínicas del MSP (2013).
- Referir a consulta con ginecólogo e infectólogo para valoración y tratamiento.
- El inicio de las acciones preventivas, incluyendo el tratamiento antirretroviral, debe realizarse de inmediato, sin necesidad de esperar la confirmación del VIH.

EXAMEN: Serología para Hepatitis B.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

- De ser AgHbs positivo comunicar al neonatólogo para indicar intervenciones postnatales para disminuir la probabilidad de infección del recién nacido.

EXAMEN: Serología para Toxoplasmosis.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

- Se solicita de ser IgG negativo en el primer y segundo trimestre.
- De detectarse anticuerpos Ig M positivo iniciar tratamiento de inmediato:
  1. en caso de test de avidéz alto, infección data de más de 4 meses previos.
  2. en caso de test de avidéz bajo, infección reciente (menor a 4 meses).
  3. en caso de IgM por IFI positivo significa infección reciente.
- En cualquier caso, derivar a ginecólogo y/o infectólogo para evaluar seguimiento.
- De ser IgG negativo se informa sobre medidas de prevención:
  - Lavarse las manos antes de manipular alimentos.
  - Lavar las frutas y verduras antes de ingerirlas.
  - Preferir los alimentos cocidos.
  - Evitar las tareas de jardinería, o realizarlas con guantes.
  - Evitar el contacto con heces de gato.

EXAMEN: Exudado recto vaginal.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

- De detectarse Estreptococo Grupo B positivo, al diagnosticarse trabajo de parto se comenzará con antibióticos.

Si no se realizó tamizaje, se tratarán en forma profiláctica a todas las mujeres embarazadas con riesgo de presentar infección:

- Trabajo de parto de pre término.
- Rotura Prematura de Membranas Ovulares de más de 18hrs.
- Fiebre durante el trabajo de parto.
- Infección Urinaria a EGB.
- Antecedente obstétrico de recién nacido con infección a EGB.

En caso de cesárea de elección con membranas íntegras, no se realizará profilaxis con antibióticos independientemente de que sea portadora o no.

EXAMEN: Ecografía obstétrica.

Acciones específicas ante resultados de rutina en el segundo trimestre:

- Control de crecimiento a criterio del técnico tratante.

Embarazo de 41 semanas.

No es recomendable que el embarazo se prolongue más allá de las 41 semanas.

Al cumplir las 41 semanas de amenorrea:

1. Verificar la edad gestacional en base a la FUM confiable y la ecografía precoz.

Recordar que cuanto más temprana es la primer ecografía, más correcto será el cálculo de EG, evitando intervenciones innecesarias.

2. De no presentar contraindicaciones, se realizará la maniobra de Hamilton (decolamiento de membranas).

3. Se le ofrecerá a la mujer la oportunidad de inducción farmacológica del trabajo de parto con monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal lo que ha demostrado mejores resultados perinatales sin aumentar el índice de cesáreas.

Si bien la vigilancia de la salud fetal a partir de las 41 semanas es controversial, se recomienda la realización de cardiograma fetal y medición de líquido amniótico por ecografía.

## **5- DIAGNÓSTICO DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO y ACCIONES ESPECÍFICAS INICIALES.**

Amenaza de parto de pretérmino (APP).

· APP se define como la presencia de contracciones uterinas dolorosas con modificaciones cervicales progresivas antes de las 37 semanas de edad gestacional.

- Uso de agentes uteroinhibidores.

Solo está justificado en aquellas pacientes con diagnóstico de APP y:

- Necesidad de realizar inducción de la maduración pulmonar (antes de 35 semanas).
- Necesidad de derivar a centro de referencia 3er nivel con CTI neonatal.
- Una vez en centro de 3er nivel y con maduración pulmonar completa su uso no es recomendable.

Rotura prematura de membranas ovulares (rpmo).

Ante el diagnóstico confirmado de una RPMO antes de las 34 semanas se debe:

- Asegurar el nacimiento en un centro de salud que cuente con centro de cuidados neonatales especializados.
- Iniciar la inducción de la maduración pulmonar fetal.
- Administrar antibióticos ya que reduce la morbilidad materna y neonatal y retrasa el nacimiento, lo que permite tiempo suficiente para que la profilaxis con corticoides prenatales tenga efecto, así como también la reducción en la incidencia de corioamnionitis.
- La oportunidad para la interrupción del embarazo deberá valorarse en cada caso clínico y en acuerdo con la mujer y su familia.
- De asumir una conducta expectante ante una RPMO se debe administrar una serie de antibióticos por un período de 10 días, no debiendo continuar luego de este período ya que no proporciona ninguna ventaja.
- La combinación de amoxicilina + ácido clavulánico debería evitarse en mujeres que presentan riesgo de parto prematuro debido al mayor riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal.

Estados hipertensivos del embarazo (ehe).

Para el diagnóstico de Estado Hipertensivo del Embarazo se requieren dos tomas de PA anormal (mayores o iguales a 140/90 mmHg) en condiciones basales, separadas 6 hrs. entre si.

- Ante el diagnóstico de EHE referir a ginecólogo/a.

Para el diagnóstico de Preeclampsia:

- Se preferirá la proteinuria de 24 hs a la muestra aislada.

Conducta a la paciente con preeclampsia o eclampsia:

- Ante casos de preeclampsia severa o eclampsia actuar según las guías de Asistencia de Emergencias Obstétricas y Traslado Perinatal.
- Se consideran los siguientes criterios de severidad:
  - PA sistólica  $\geq$  de 160 mmHg o PA diastólica  $\geq$  110 mmHg.
  - Instalación de convulsiones o coma (eclampsia).
  - Elementos de falla multiorgánica:
    - Aparición de síntomas neurológicos, visión borrosa, cefalea persistente e intensa.
    - Dolor epigástrico.
    - Síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia o algunos de sus componentes).
    - Oliguria.
    - Deterioro de la función renal.
    - Edema pulmonar.

El nivel de atención asistencial deberá decidirse según balance riesgo- beneficio, sabiendo que la paciente con síndrome preeclampsia-eclampsia severo cumple con los criterios para ser asistida en una maternidad de alta complejidad.

- En caso de requerirse, el traslado deberá hacerse en un móvil con médico y enfermero, y que disponga de equipamiento de reanimación, siempre previa coordinación con el centro receptor para mantener continuidad en la asistencia.

Requerir la compañía de un familiar siempre que sea posible.

Manejo de la HTA severa:

En caso de presentar cifras tensionales mayores o iguales a 160/110 mmHg se comenzará el tratamiento antihipertensivo. Se debe evitar descender la presión arterial muy bruscamente porque puede afectar la perfusión feto placentaria.

Prevención y tratamiento de eclampsia:

Ante una paciente con síndrome preeclampsia-eclampsia severo deberá realizarse tratamiento para prevenir la aparición de convulsiones y/o tratarlas en caso de eclampsia.

Diabetes gestacional (dg).

Criterios diagnósticos Diabetes

En la primera consulta se realizará una glicemia en ayunas para el diagnóstico de DG.

Factores de riesgo para Diabetes Gestacional:

- Edad materna  $>$  o igual a 35 años.
- Índice de masa corporal previa al embarazo  $>$  25.
- Dislipemia.
- Hiperinsulinemia, antecedentes de SPQO.
- Antecedente Personal de DG o intolerancia a la glucosa.
- Antecedente Familiar de primer grado de diabetes.
- Historia Obstétrica de: pérdida recurrente de embarazo, macrosomía fetal u óbito de causa inexplicada.
- En el presente embarazo: Macrosomía fetal, polihidramnios, malformación fetal, infecciones genitales bajas y/o del tránsito urinario a repetición.



Indicar dieta (nutricionista) y ejercicio.

Realizar monitoreo glicémico a los 7-15 días con glicemia capilar basal y posprandial.

Diagnostico de sífilis.

Se debe ofrecer tamizaje con pruebas no treponémicas (VDRL o RPR-Rapid Plasma Reagin-) a la embarazada en el primer control, entre las 18 y 23 semanas y en la rutina del tercer trimestre.

- En usuarias de riesgo realizar tamizaje en cada consulta.
- En mujeres con VDRL-RPR positivo, indistintamente a la dilución hallada, se aconseja iniciar tratamiento aún sin contar con el resultado de pruebas específicas (TPHA, FTAabs).
- Todo test no treponémico "REACTIVO" debe ser seguido de un test treponémico (TPHA, FTA-abs), dado que éste confirma la infección.
- Debe existir un mes libre de tratamiento, para considerar que el recién nacido se encuentra protegido.
- Debe informarse a la mujer, que aún realizando un tratamiento adecuado, existe un pequeño porcentaje de fetos en que el tratamiento no será efectivo.
- Solicitar a la mujer que comunique a su/s contacto/s sexual/es que deben realizarse los estudios para diagnosticar o descartar la infección por sífilis.

La institución de la que es usuaria la mujer embarazada DEBE brindar en forma inmediata el tratamiento al/a los contacto/s sexual/es y entrega de preservativos

- La sífilis, congénita y en adultos, es un evento de notificación obligatoria.

El nuevo decreto de enfermedades y eventos de notificación obligatoria (41/02) de febrero del 2012, establece que ambos eventos deben de notificarse ante la sospecha, dentro del plazo de una semana desde que se toma conocimiento del mismo.

- Al producirse el nacimiento se deberá realizar la auditoría del caso completando el Formulario oficial de auditoría de sífilis gestacional y congénita. Es responsabilidad de la Dirección Técnica de la institución donde se produce el nacimiento, completar el formulario y enviarlo dirigido al Área de Salud Sexual y Reproductiva del MSP.

Diagnóstico de infección por VIH.

Se debe ofrecer prueba diagnóstica de VIH en la primera consulta, en el segundo trimestre (18-23 semanas) y en la rutina del tercer trimestre.

Según Ordenanza N° 447/2012 los prestadores con mal control obstétrico deberán contar con test rápidos de Sífilis y VIH en los servicios de primer nivel y servicios de emergencia.

La consejería en la mujer que se realizará la prueba de VIH en el embarazo, debe considerar, en un lenguaje adecuado:

- Significado de la prueba y posibles resultados.
- Intervenciones frente a un eventual resultado reactivo.
- Promover la realización de la prueba en la pareja.
- Estimular las preguntas para evacuar dudas en la mujer.
- Promoción enfática del uso del preservativo durante el embarazo y lactancia.

Frente a un resultado de VIH positivo en una mujer embarazada se recomienda las siguientes acciones psicoeducativas:

- Actitud empática y escucha activa: se debe permitir a la paciente exteriorizar conceptos previos de la mujer en relación a la temática. Brindando la información adecuada, con información lo más clara posible. Teniendo en cuenta como se ha desarrollado el diagnóstico de VIH que genera casi siempre una carga importante de angustia y confusión.

- Valorar recursos internos y externos: redes familiares y sociales de apoyo con los que cuenta. Trabajar en conjunto con la mujer, a quién comunicará o no el diagnóstico y que reacciones puede esperar en los diferentes ámbitos.
- Reforzar la importancia de los controles y la correcta adherencia a la medicación. es importante capitalizar el momento del embarazo y el acercamiento de la mujer al servicio de salud para motivarla a continuar con los controles propios de la patología luego de nacido el hijo. Es frecuente que las mujeres controlen el embarazo, realicen el tratamiento para evitar la transmisión al hijo, concurran a los controles del niño, pero no realicen sus propios controles.
- Explicar que la reducción de la carga viral a niveles indetectables a través del Tratamiento Antirretroviral (TARV) es fundamental para reducir el riesgo de transmisión vertical.
- Explicar que mejorar o preservar la condición inmunológica mejorará la condición de su propia salud.
- Reforzar la importancia del uso del preservativo aunque la pareja tenga VIH para evitar la reinfección y en caso de no saber la condición de la misma reforzar la importancia de realizar la prueba y captación de la misma.
- Informar acerca de la necesidad de inhibición de la lactancia. es importante trabajar precozmente este aspecto con la mujer, ya que de no ser así podría provocar dificultades en el desarrollo de adecuadas conductas de apego. Es importante transmitir que al no amamantar está protegiendo a su hijo y que por lo tanto es un acto de amor. También enseñar y promover otras conductas importantes para favorecer el apego como hablarle, acariciarlo, mirarlo a los ojos y estar especialmente atentas a él/ella durante la alimentación.
- Indagar posibles situaciones de violencia o consumo problemático de sustancia (alcohol, cannabis, cocaína, pasta base de cocaína).
- Desde el comienzo de la intervención es necesario coordinar acciones con trabajador/a social, para valorar la situación de la mujer en este aspecto.

Informar y facilitar el usufructo de beneficios sociales.

- La valoración y acompañamiento desde el área de salud mental es necesaria para la elaboración de lo antes expuesto. En caso de no ser posible la participación de rutina de salud mental, atender particularmente síntomas de depresión o malestar psico emocional y realizar consulta con psicología y/o psiquiatría para elaborar acciones conjuntas, paciente y equipo de salud.

Información a ser brindada:

Consejería post-test.

Cuando es necesario extraer una segunda muestra de sangre, se realiza la consejería post test. En esta instancia debe participar personal entrenado y debidamente capacitado para realizar la consejería sobre:

- Comunicar que el primer resultado es "reactivo" o "positivo preliminar".
- Que se requiere de un nuevo examen para llegar al diagnóstico final con certeza.
- Que la sensibilidad y especificidad de la prueba es de aproximadamente 99%, pero que existe reactividad inespecífica o "falsos positivos" en los test de tamizaje, por ello es necesario realizar pruebas complementarias (confirmatorias).
- Que es necesario iniciar el TARV sin esperar la confirmación dado que su inicio precoz es una medida fundamental para evitar la transmisión al niño y si el resultado definitivo es negativo se suspenderá.

- Es necesario brindar información clara respecto a la seguridad de los fármacos ARV, haciendo énfasis en que los riesgos de teratogénesis y/o malformaciones son casi inexistentes.

- Que ante el resultado de VIH reactivos es posible que sea necesario realizar cesárea.

- Qué ante el resultado reactivo de VIH se deberá suspender la lactancia.

- Qué ante el resultado reactivo se deberá realizar seguimiento con exámenes al RN y tratamiento para disminuir la transmisión Cuando el resultado es "no reactivo", se informará que la prueba se repetirá entre las 18 y 23 semanas, en el tercer trimestre y en el trabajo de parto si es necesario Se promoverá enfáticamente el uso del preservativo durante el embarazo y la lactancia.

Infecciones genitales bajas

- Vaginosis bacteriana (VB): La VB sintomática se asocia a prematuridad.

Algunas evidencias sugieren que el tratamiento de la VB en pacientes con alto riesgo de parto prematuro reduce el riesgo de este resultado entre un 25% y un 75%, sobre todo cuando se realiza antes de las 20 semanas.

No se recomienda su investigación en mujeres asintomáticas, porque en ese grupo de mujeres no se ha demostrado que esta infección empeore los resultados perinatales.

- Chlamydia Trachomatis: La infección sintomática se asocia con RCIU y prematuridad.

## **INTERVENCIONES NO RECOMENDADAS SEGÚN LA ESTRATEGIA DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.**

Prácticas clínicas no recomendadas.

Pelvimetría

No ha demostrado ser efectiva la pelvimetría clínica ni radiológica para detectar desproporción feto pélvica en embarazos normales.

Movimientos fetales

La monitorización de rutina de los movimientos fetales en embarazos normales no ha demostrado ser efectiva en prevenir muertes fetales.

Uso no recomendado de exámenes paraclínicos.

Ecografía Obstétrica

En embarazos normales, la evidencia científica es clara en que no se han mejorado los resultados perinatales al realizar más de dos ecografías (una en el primer trimestre y otra entre las 18 y 24 semanas). La ecografía en el tercer trimestre, en embarazos normales, ha aumentado la tocurgia sin mejorar los resultados perinatales. No obstante, los estudios de satisfacción de la mujer en aquellos sugieren que ellas prefieren realizarse más estudios ecográficos, por lo que se deja a criterio del médico tratante.

Eco-doppler feto-materno-placentario

Este examen ha demostrado su eficacia en embarazos que cursan con patologías, en las que se sospecha insuficiencia placentaria, fundamentalmente al diagnosticar RCIU, diabetes gestacional o hipertensión arterial, mediante el registro de la arteria umbilical. Su eficacia en embarazos sin patologías no ha sido demostrada.

Cardiotocograma fetal basal (CTG)

No se justifica desde el punto de vista asistencial, la solicitud rutinaria de CTG basal para valorar la salud fetal en embarazos normales. Solo ha sido demostrado que mejora los resultados perinatales cuando se sospechan situaciones de hipoxemia fetal aguda o crónica, genitorragia o disminución de movimientos fetales.<sup>64</sup> Se recomienda su realización para la vigilancia de la salud fetal a partir de las 41 semanas de edad gestacional.

- Es necesario brindar información clara respecto a la seguridad de los fármacos ARV, haciendo énfasis en que los riesgos de teratogénesis y/o malformaciones son casi inexistentes.

- Que ante el resultado de VIH reactivos es posible que sea necesario realizar cesárea.

- Qué ante el resultado reactivo de VIH se deberá suspender la lactancia.

- Qué ante el resultado reactivo se deberá realizar seguimiento con exámenes al RN y tratamiento para disminuir la transmisión Cuando el resultado es "no reactivo", se informará que la prueba se repetirá entre las 18 y 23 semanas, en el tercer trimestre y en el trabajo de parto si es necesario Se promoverá enfáticamente el uso del preservativo durante el embarazo y la lactancia.

Infecciones genitales bajas

- Vaginosis bacteriana (VB): La VB sintomática se asocia a prematuridad.

Algunas evidencias sugieren que el tratamiento de la VB en pacientes con alto riesgo de parto prematuro reduce el riesgo de este resultado entre un 25% y un 75%, sobre todo cuando se realiza antes de las 20 semanas.

No se recomienda su investigación en mujeres asintomáticas, porque en ese grupo de mujeres no se ha demostrado que esta infección empeore los resultados perinatales.

- Chlamydia Trachomatis: La infección sintomática se asocia con RCIU y prematuridad.

## **INTERVENCIONES NO RECOMENDADAS SEGÚN LA ESTRATEGIA DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.**

Prácticas clínicas no recomendadas.

Pelvimetría

No ha demostrado ser efectiva la pelvimetría clínica ni radiológica para detectar desproporción feto pélvica en embarazos normales.

Movimientos fetales

La monitorización de rutina de los movimientos fetales en embarazos normales no ha demostrado ser efectiva en prevenir muertes fetales.

Uso no recomendado de exámenes paraclínicos.

Ecografía Obstétrica

En embarazos normales, la evidencia científica es clara en que no se han mejorado los resultados perinatales al realizar más de dos ecografías (una en el primer trimestre y otra entre las 18 y 24 semanas). La ecografía en el tercer trimestre, en embarazos normales, ha aumentado la tocurgia sin mejorar los resultados perinatales. No obstante, los estudios de satisfacción de la mujer en aquellos sugieren que ellas prefieren realizarse más estudios ecográficos, por lo que se deja a criterio del médico tratante.

Eco-doppler feto-materno-placentario

Este examen ha demostrado su eficacia en embarazos que cursan con patologías, en las que se sospecha insuficiencia placentaria, fundamentalmente al diagnosticar RCIU, diabetes gestacional o hipertensión arterial, mediante el registro de la arteria umbilical. Su eficacia en embarazos sin patologías no ha sido demostrada.

Cardiotocograma fetal basal (CTG)

No se justifica desde el punto de vista asistencial, la solicitud rutinaria de CTG basal para valorar la salud fetal en embarazos normales. Solo ha sido demostrado que mejora los resultados perinatales cuando se sospechan situaciones de hipoxemia fetal aguda o crónica, genitorragia o disminución de movimientos fetales.<sup>64</sup> Se recomienda su realización para la vigilancia de la salud fetal a partir de las 41 semanas de edad gestacional.

**TRABAJO DE PARTO Y PARTO.**

Todo establecimiento donde se asistan partos deberá tener personal calificado y permanente para tales efectos dentro de la institución las 24 horas del día y todos los días del año.

Características de las maternidades de baja y alta complejidad.

Maternidad de baja complejidad

Destinada a la atención de mujeres con embarazos y partos que inicialmente se cataloguen de bajo riesgo, que pueden garantizar el adecuado seguimiento de la situación clínica materna y fetal.

Estructura

- Sala de parto.
- Sala de parto o de nacer.
- Área de cuidado neonatal de bajo riesgo.
- Alojamiento madre-hijo.
- Laboratorio.
- Servicio de imagenología.
- Servicio de hemoterapia.
- Sistema informático.
- Block quirúrgico.
- Servicio de traslado materno y neonatal propio o coordinado.

Recursos Humanos

- Obstetra Partera de guardia interna.
- Ginecólogo\* de retén.
- Pediatra\* de retén. Debe asistir todos los partos.
- Anestesiista\* de retén.
- Neonatólogo\* referente de retén.
- Licenciada de enfermería por turno.
- Auxiliar de enfermería por turno.

(\* si el número de partos es mayor de 2 nacimientos por día, estos profesionales deben estar de guardia interna)

Condiciones maternas

- Mujer sin patologías cursando embarazo mayor de 32 semanas.
- Con patología compensada o controlada.
- Embarazo sin patología malformativa fetal prenatal.
- Cursando embarazo con complicación aguda, que no esté en condiciones de ser trasladada a una maternidad de alta complejidad.
- Cesárea de coordinación que cumpla con condiciones neonatales (más abajo), podálica o gemelar.
- Que requiera: reparación desgarros vaginales o cervicales, rotura uterina, extracción manual de la placenta o legrado por aborto incompleto.

Condiciones neonatales

- Recién nacido (RN) mayor de 32 semanas y peso mayor de 1500 gramos.
- Síndrome de Distress Respiratorio (SDR) leve.
- SDR moderado que no requiera apoyo ventilatorio o CPAP.
- RN procedentes de UCI estables o que requieran alimentación parenteral.
- Pequeño para la Edad Gestacional (PEG) con score Z mayor a 1 Desvío Estándar (DE).
- Ictericia que requiere fototerapia.
- Defecto congénito sin compromiso vital.

### Maternidad de alta complejidad

Cumple con los requisitos de la maternidad de baja complejidad y además cuenta con estructura, recursos humanos y organización adecuadas de tercer nivel: Centro de Tratamiento Intensivo neonatal propio. Centro Intensivo obstétrico o polivalente propio o de rápido acceso estructura.

- Sala de parto.
- Sala de parto o de nacer.
- Área de cuidado neonatal de bajo riesgo.
- Área de cuidado intensivo neonatal.
- Alojamiento madre-hijo.
- Laboratorio.
- Servicio de imagenología.
- Servicio de hemoterapia.
- Sistema informático.
- Block quirúrgico.
- Servicio de traslado materno y neonatal propio o coordinado.

### Recursos humanos.

- Obstetra Partera de guardia interna.
- Ginecólogo de guardia interna.
- Pediatra de guardia interna.
- Anestésista de guardia interna.
- Neonatólogo de guardia interna.
- Licenciada de enfermería por turno.
- Auxiliar de enfermería por turno.
- Condiciones maternas.
- APP menor a 32 semanas con o sin RPM.
- Madre con patología descompensada o potencialmente grave.
- Embarazo múltiple menor o igual a 34 semanas.
- Embarazo menos a las 34 semanas con RCIU.
- Defectos congénitos mayores.
- Incompatibilidad sanguínea grave.
- Hydrops fetal.
- Polihidramnios con repercusión materna u oligoamnios severo.
- Preeclampsia grave o síndrome HELLP.
- Enfermedad endocrino-metabólica descompensada.
- Enfermedad materna grave.

### Condiciones neonatales.

- Pretérmino menor de 32 semanas.
- PEG con score Z mayor a 2DE.
- RN que requiere AVM o CPAP.
- RN que requiere ATP y no cumple con criterios de cuidados en maternidad de baja complejidad.
- RN que requiere inotrópicos.
- RN con asfisia severa o Síndrome Hipóxico isquémico.
- RN que requiera exanguinotransfusión.
- RN que no pueda ser resuelto en maternidades de baja complejidad.

¿Quién puede controlar y asistir a una mujer en proceso de parto?

Las mujeres en proceso de parto deben ser controladas y asistidas por un equipo asistencial multidisciplinario, organizado, competente y eficiente, donde cada integrante conozca su rol en el proceso de atención y legitime las competencias y las funciones de los otros profesionales integrantes del equipo de salud.

Las Obstetras Parteras y los/as Ginecólogos/as están calificados para controlar y asistir a aquellas usuarias en proceso de trabajo de parto, parto y puerperio que cursan sin patologías y sin factores de riesgo obstétricos o perinatales.

Los Médicos de Familia, Médicos Rurales y Médicos Generales cuentan con capacitación para la atención del proceso de parto en usuarias sin factores de riesgo, por lo que en ausencia de la Obstetra Partera o Ginecólogo/a tendrán esta responsabilidad.

Las mujeres en proceso de trabajo de parto, parto o puerperio cursando embarazos con patologías o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas o perinatales, deben ser controladas y asistidas por un equipo de salud liderado por el Ginecólogo/a, quien tendrá bajo su responsabilidad la toma de decisiones, conductas e indicaciones.

Las siguientes recomendaciones guiarán la asistencia de las mujeres que cursan embarazos, trabajos de parto y partos sin patologías en maternidades de baja complejidad.

## **1- EL PERÍODO DE PREPARTO**

Concepto.

Decimos que una mujer se encuentra en prep parto cuando, cursando un embarazo de término, presenta contracciones uterinas dolorosas acompañadas o no de modificaciones cervicales que no llegan a cumplir las condiciones necesarias para realizar el diagnóstico de trabajo de parto.

Objetivos de la atención durante el período de prep parto

- Cuidado integral de la mujer y del feto
- Valoración de la actividad uterina y de las modificaciones cervicales

Acciones generales.

- Registrar la consulta y la evaluación correspondiente en la historia clínica y el Carné Perinatal.
- En esta etapa es fundamental la actividad preventiva y educativa. Informar sobre la evolución normal y esperada de este período, tanto desde el punto de vista fisiológico (pérdida de tapón mucoso, frecuencia y regularidad de contracciones, etc.) como orientación sobre síntomas y signos de alarma.
- Entregar a la mujer un resumen adecuado para que se lleve a su domicilio en el caso de ser dada de alta.
- Verificar que la mujer una vez que vuelva a su domicilio, tiene acceso real al sistema de salud de presentarse alguno de estos síntomas de alarma.

Acciones específicas.

Cuidados de la mujer.

- Anamnesis:
- Examen físico general
- Examen físico abdominal.
- Examen físico genital.
- Verificar si tiene o no acompañante.

Cuidados del feto.

Se valorará mediante la auscultación de los latidos fetales, según su frecuencia y regularidad y en el caso de tener contracciones uterinas se controlará la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después de ellas. La impresión clínica del tamaño fetal, su situación y presentación y la cantidad del líquido amniótico también integran este ítem.

No es necesario realizar Cardiotocograma basal fetal (CTG) y Doppler materno feto placentario en embarazos y partos sin patologías para asegurar el estado de salud fetal.

Control de la evolución del parto.

Es importante recordar y explicar a la mujer que no es posible determinar exactamente cuándo se inicia el trabajo de parto, sino que se trata de un proceso dinámico y progresivo.

Por ello en esta consulta es importante valorar la evolución de las contracciones uterinas en cuanto a su frecuencia e intensidad para detectar oportunamente si la mujer está ingresando en trabajo de parto.

Se debe evitar el ingreso hospitalario en pre-parto ya que se vincula a mayores tasas de intervencionismo obstétrico.

El embarazo sin control adecuado en cantidad y calidad durante el parto

Si la mujer presenta un embarazo sin control adecuado y no dispone de las rutinas obstétricas actualizadas, este será un momento adecuado para su ajuste e indicación.

La paraclínica que debe tener una mujer embarazada antes del parto según las presentes Normas de Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio es la misma que en la primera rutina, agregando la serología para Hepatitis B (HbsAg) y la búsqueda para estreptococo del grupo B en exudado recto-vaginal.

En algunos casos se podrá obviar alguno de estos exámenes que podrían no tener relevancia dado la proximidad del nacimiento.

El uso de los test rápidos de Sífilis y VIH en caso de estar disponibles es de valor en estos casos.

En el caso de detectar resultados alterados se realizarán las interconsultas y medidas pertinentes.

Es importante corroborar que la vacuna antitetánica se encuentre vigente, de no ser así proceder a administrar el refuerzo.

Si nunca ha recibido la vacuna antitetánica (caso excepcional) se debe comenzar la vacunación (repetir a los 2 y 6 meses) y en el momento del parto o cesárea administrar suero antitetánico. Si la mujer no ha sido vacunada contra la Rubéola, deberá ser vacunada en el puerperio.

## **2- EL TRABAJO DE PARTO.**

Concepto.

El trabajo de parto se define por la presencia de contracciones uterinas regulares de intensidad, frecuencia y duración suficientes como para producir el borramiento y dilatación cervical progresiva. Si bien el proceso del parto es dinámico, en la práctica, en primíparas se diagnostica cuando la dilatación es mayor o igual de 3 cm. y en múltiparas cuando la dilatación es mayor o igual a los 4 cm. Este criterio se acompaña de la presencia de contracciones uterinas regulares que suelen ser dolorosas, con una frecuencia de 3 a 5 cada 10 minutos.

Este proceso es un fenómeno continuo en el tiempo, que por motivos estrictamente descriptivos subdividiremos en tres períodos:

- Período de dilatación.
- Período de expulsión.
- Período de alumbramiento.



a. Objetivos de la atención del trabajo de parto.

Lograr un parto en óptimas condiciones, sin secuelas físicas ni psíquicas para la mujer.

Acompañar el proceso normal del parto con el mínimo intervencionismo.

Lograr el nacimiento de un recién nacido/a maduro, vigoroso, con un peso adecuado para la edad gestacional, sin sufrir episodios de hipoxia o traumas vinculados al parto.

Promover una adecuada interrelación madre y recién nacido/a desde los primeros minutos de vida. También con su familia y su padre si así es posible.

b. Acciones generales al ingreso de la mujer en trabajo de parto.

Registrar en la historia clínica y el Carné Perinatal. Completarlos y/o actualizarlos con la información proporcionada por las exploraciones que se recomiendan a continuación:

- Anamnesis completa.
- Examen físico general.
- Examen físico abdominal.
- Examen físico genital.

## **INTERVENCIONES RECOMENDADAS SEGÚN LA ESTRATEGIA DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.**

Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.

Pocas intervenciones han demostrado ser tan beneficiosas, a tan bajo costo, como el acompañamiento para brindar apoyo emocional durante el trabajo de parto y parto, reduciendo: la duración del trabajo de parto, el dolor, el parto instrumental, el Apgar bajo a los cinco minutos, la experiencia negativa en cuanto al parto. Esto, probablemente, se considera más importante que otras condicionantes como por ejemplo, las condiciones edilicias.

Higiene vulvo perineal.

El parto debe asistirse con guantes estériles y material estéril. Previo al mismo se realiza una desinfección locorregional.

Alimentación.

Es recomendable asegurar un aporte hídrico y calórico adecuado durante el proceso del parto, si la mujer así lo solicita.

Generalmente puede mantenerse la hidratación oral y la alimentación con alimentos livianos.

Estado afectivo de la mujer.

Es importante estar atentos al estado anímico-emocional y la comodidad de la mujer.

Para posibilitar que transite el proceso del parto de la manera elegida y natural, se recomienda:

- La realización de clases de preparación para la maternidad/paternidad.
- El acompañamiento por la persona que ella considere.
- Estimular a la mujer para que adopte la posición que desee.
- Alentar la deambulación durante el trabajo de parto, si la mujer así lo prefiere.
- Brindar a la mujer toda la información que ella solicite.
- Respetar el derecho de la mujer a la privacidad y confidencialidad.
- Garantizar la continuidad de la atención por personal calificado promoviendo la personalización del control y asistencia del parto.
- Disminución del intervencionismo y la medicalización no justificados.

La rotura de las membranas ovulares.

La rotura de la bolsa amniótica suele ocurrir en cualquier momento del trabajo de parto, más frecuentemente luego de alcanzada la dilatación completa. Después de producida es conveniente hacer un tacto vaginal para valorar la dilatación cervical, la altura de la presentación y para comprobar que no se haya producido un prolapso de cordón umbilical o prociencia de miembros.

También es importante corroborar la frecuencia cardíaca fetal para descartar compresiones funiculares u otras situaciones que se pueden presentar.

No se aconseja realizar la amniotomía electiva (rotura artificial de membranas) de rutina como forma de acelerar el trabajo de parto.

Solo debe realizarse cuando:

- Se constata una distocia de la dinámica uterina (estimula la frecuencia y la coordinación de las contracciones uterinas y facilita el descenso de la presentación)
- Se requiere realizar el registro cardiotocográfico interno
- Se necesita conocer la calidad del líquido amniótico

El momento ideal para practicar la amniotomía es con la presentación encajada en la pelvis, con el fin de evitar un prolapso del cordón o prociencia de miembros.

Deberá utilizarse guantes e instrumental estéril (amniótomo), no reutilizable. Se debe obtener el consentimiento informado oral de la usuaria

Inducción y conducción farmacológica del trabajo de parto.

Si aquél (trabajo de parto) evoluciona dentro de parámetros normales no deben administrarse fármacos para aumentar la contractilidad uterina ya que su utilización no está exenta de riesgos.

La indicación más frecuente de oxitocina es la existencia de distocia de la dinámica uterina que no permite el progreso de la dilatación y/ o el descenso de la presentación, o cuando se debe inducir el trabajo de parto ya que no ha comenzado el mismo en forma natural. La administración de oxitocina se hará por vía endovenosa y en perfusión continua con bomba de infusión, de manera que pueda ser suspendida de forma inmediata en cualquier momento y que la posibilidad de disparos del goteo sea mínima. Si no se dispone de bomba de infusión, se destinará un integrante del equipo de salud para la atención de esa mujer en forma personalizada.

Otra forma de inducción del trabajo de parto, fundamentalmente cuando el cuello uterino no se encuentra maduro, es mediante el uso de Prostaglandinas.

En el caso de cesárea previa o cicatriz uterina, la utilización de prostaglandinas está contraindicada y el uso de oxitocina es controversial.

Analgoanestesia.

A fin de manejar el dolor es importante utilizar diferentes técnicas desde el principio del trabajo de parto, sin esperar al momento en que el dolor es demasiado intenso y con ello se genere excesiva ansiedad en la mujer y sus acompañantes. En todos los casos se procurará la colaboración activa de la mujer y de la pareja y/u otras personas que participan en el parto.

Métodos analgésicos no farmacológicos para reducir el dolor:

Existen diferentes técnicas que pueden aplicarse durante el proceso del parto con el fin de disminuir la percepción dolorosa.

- Preparación para el parto. Las mujeres informadas, que logran una mayor relajación al disminuir los miedos al proceso, perciben una disminución del dolor durante el trabajo de parto y parto.

- Hidroterapia – Parto en agua. La inmersión en agua durante el primer estadio del trabajo de parto ha demostrado disminuir la necesidad de analgésicos sin empeorar los resultados perinatales. Su efecto en el segundo y tercer estadio no ha podido ser evaluado adecuadamente.
- Masajes y contacto físico. El masaje superficial abdominal o dorsal, la presión/masaje y la aplicación superficial de calor o frío suele disminuir la intensidad del dolor haciéndola tolerable.
- Métodos disuasivos. Conversar y deambular durante el trabajo de parto, tener una ventana para mirar el exterior, mirar televisión o escuchar música, son estímulos sensoriales que permiten que la mujer esté menos pendiente del dolor de las contracciones.
- Técnicas de relajación. El estrés provoca una respiración superficial, dándole al cuerpo menos oxígeno. Un ambiente relajado, acogedor y técnicas respiratorias y posturales de relajación permiten una disminución de la tensión muscular y mental. También la visualización de imágenes mentales permite controlar el dolor.
- Música. Si bien la magnitud de esta técnica no es muy significativa, la misma sumada a otra tiene la capacidad de distracción, relajación y reforzamiento de otras conductas como la respiración rítmica.
- Acupuntura y Acupresión. Acupuntura técnica china para mejorar el flujo y equilibrio de energía. Acupresión es la aplicación de presión o masaje profundo en los puntos de acupuntura tradicionales.
- Otras: cambio de posiciones, Hipnosis, Tens, Yoga, Reflexología, Aromaterapia, Dígito Puntura, etc.

Métodos analgésicos farmacológicos para reducir el dolor:

Al momento actual todos los fármacos analgésicos de utilización endovenosa han demostrado asociarse con peores resultados perinatales.

Actualmente, las técnicas espinales y más concretamente la analgesia peridural y la técnica combinada intra/peridural son de preferencia. Su seguridad (materna y fetal) y efectividad en cuanto a reducir el dolor, como así también los estudios de satisfacción de las pacientes, han demostrado su utilidad. Esta técnica estará a cargo del médico anestesista.

De estar disponible, resulta recomendable realizar una consulta con anestesista previa al parto, iniciar la analgesia peridural cuando la mujer así lo solicita, una vez iniciado el trabajo de parto.

## **INTERVENCIONES NO RECOMENDADAS SEGÚN ESTRATEGIA DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.**

Rasurado vulvo perineal.

No se ha podido demostrar que mediante el rasurado de rutina se disminuyan las infecciones.

Cuando esté indicado realizar una episiotomía, pueden recortarse los vellos con tijera en la zona afectada.

Cuando se realice una cesárea sólo será preciso recortar con tijera la zona suprapúbica donde se practicará la incisión.

Enema evacuador.

Se aconseja solicitarle a la mujer que evacue en forma natural en las primeras etapas del trabajo de parto. Si esto no es posible y cuando se realiza el tacto vaginal, se comprueba que el recto está ocupado, podrá indicarse el enema evacuador, si la mujer lo solicita.

Venoclisis.

Esta maniobra se realizará, solamente, si existen inconvenientes para la rápida cateterización en una potencial situación de urgencia (capital venoso de mala calidad), o cuando efectivamente se necesite por indicación precisa.

### 3- SITUACIONES ESPECIALES.

a. Asistencia de la mujer embarazada con infección por VIH

La mujer VIH positiva tiene un riesgo de 25-40% de transmisión vertical de no recibir intervención médica preventiva.

En mujeres que llegan en trabajo de parto y se desconoce su condición serológica se indicará una prueba de diagnóstico rápido y de ser positiva se inicia inmediatamente el tratamiento con la finalidad de prevenir la transmisión vertical; posteriormente se confirmará el diagnóstico.

Vía de finalización del embarazo en mujeres con VIH:

Escenario 1:

Captación tardía (36 semanas o más) o diagnóstico tardío de VIH, con carga viral detectable o desconocida, sin TARV.

Inicio de TARV rápidamente y mantenerlo post nacimiento Información clara a la mujer, sobre el diagnóstico y los beneficios de las intervenciones (TARV, cesárea, suspensión de lactancia).

Cesárea programada a las 38 - 39 semanas.

Suspender lactancia.

Escenario 2:

36 semanas o más, bajo TARV, con buena respuesta virológica, pero que no está indetectable (es decir más de 50 copias/ml) o se desconoce la carga viral de las 36 semanas.

Continuar TARV post parto.

Información clara a la mujer, sobre el diagnóstico y los beneficios de las intervenciones (TARV, cesárea, suspensión de lactancia) Cesárea programada a las 38 -39 semanas (teniendo en cuenta situación obstétrica y opinión de la mujer).

Suspender lactancia.

Escenario 3:

36 semanas o más, bajo TARV, CV indetectable (menor o igual a 50copias/ml).

Continuar TARV y seguirlo en el post nacimiento.

El riesgo de transmisión es menor al 1%, tanto si se realiza parto como si se realiza cesárea. Valorar situación obstétrica y opinión de la mujer. (Si es parto realizar la mínima cantidad de maniobras obstétricas invasivas. Ej.: rotura artificial de membranas ovulares, episiotomía, aplicación de fórceps).

Información clara a la mujer de beneficios y riesgos de cesárea Vs parto vaginal.

Suspender lactancia.

Escenario 4:

Tiene programada realización de cesárea por su condición de VIH, carga viral mayor a 50 copias/ ml (no está indetectable) o desconocida que se presenta con RPM y/o trabajo de parto, mayor a 34 semanas.

Información clara a la mujer, sobre el diagnóstico y los beneficios de las intervenciones con objetivo de reducir la transmisión vertical.

Valorar situación obstétrica:

Si se encuentra en trabajo de parto franco dejar evolucionar parto manteniendo el AZT si se encuentra al inicio del TDP (dilatación < 4cm) membranas ovulares íntegras, se puede

indicar útero-inhibición en espera de completar 3hs de AZT i/v, revalorar y si la situación se encuentra incambiada realizar cesárea si la RPM es menor a 2hs y la edad gestacional es > 34 semanas, realizar al menos 1h de AZT i/v y se podrá realizar cesárea si la RPM es > 2hs, iniciar AZT i/v según pauta dejar evolucionar a parto vaginal (no se justifica cesárea) Si es parto realizar la menor cantidad de intervenciones posible.

Si está bajo TARV continuarla en el post nacimiento.

b. La mujer con Estreptococo del grupo B positivo.

Si el exudado rectovaginal detecta la presencia de Estreptococo del grupo B, al diagnosticarse el trabajo de parto se comenzará tratamiento según se indica en el capítulo de control de embarazo.

#### **4- ACCIONES ESPECÍFICAS EN CADA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO.**

El período dilatante.

El período de dilatación se extiende desde el comienzo del trabajo de parto hasta la dilatación completa.

Objetivos de la atención durante el período dilatante:

- Evaluar la progresión de la dilatación cervical.
- Evaluar el bienestar de la mujer y del feto.
- Detectar precozmente alteraciones en la progresión de la dilatación cervical o la salud materna y/o fetal y actuar oportunamente para disminuir el riesgo de complicaciones obstétricas o perinatales.

Controles a realizar en el período dilatante.

El trabajo de parto evoluciona de diferentes maneras en cada mujer, pero generalmente lo hace con una velocidad de 1 cm. de dilatación cada hora. El uso del partograma (CLAP/OPS) detecta en forma oportuna, progresiones anormales (al atravesar la línea de alarma), que ameritan intervenciones.

Es importante controlar la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y la progresión de la dilatación cervical, descenso de la presentación e integridad de las membranas ovulares.

Los tactos vaginales se restringirán al mínimo imprescindible que permita valorar con seguridad la progresión del parto.

Como mínimo son necesarias una exploración al ingreso, una después de que se haya roto las membranas ovulares y otra al aparecer el deseo de pujo.

Recordamos que la disminución de infecciones se logra realizando el menor número posible de tactos vaginales y la utilización de guantes adecuados.

El líquido amniótico meconial.

Aunque se lo considera un factor de riesgo, su ocurrencia es bastante frecuente y el resultado perinatal generalmente normal.

La presencia de meconio espeso debería ser considerada marcador de posible pérdida de bienestar fetal y hace necesaria una evaluación más prudente del bienestar fetal durante el trabajo de parto y el parto.

Vigilancia fetal intraparto.

La salud fetal se controla mediante la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y su modificación con las contracciones uterinas (DIPS I, II y variables), valorando la misma antes, durante y posterior a las contracciones.

La FCF normal durante el período dilatante es de 110 a 160 lpm.

En los casos de bradicardia es importante recordar que el aumento de la frecuencia cardíaca fetal al estimular la cabeza fetal (15 latidos durante 15 segundos), es un buen predictor de ausencia de acidosis

El registro de la FCF puede hacerse de manera intermitente mediante estetoscopio de Pinard o ultrasonido (Doptone®), o continuo mediante registro gráfico electrónico.

Si se decide realizar registro electrónico, los transductores inalámbricos son los deseables. De no contar con ellos se sugiere ventanas de 20-30 minutos cada hora para que la mujer pueda deambular.

Sospecha de hipoxia fetal intraparto: cuando se realiza este diagnóstico y descartados los accidentes útero-placentarios (rotura uterina, DPPNI), la realización de reanimación fetal intrauterina mediante el uso de betamiméticos ha demostrado ser útil para disminuir el número de registros sospechosos y la actividad uterina. Esta intervención puede además disminuir la necesidad de interrupción de emergencia del embarazo sin aumentar y aun reduciendo los efectos adversos materno- fetales.

El período expulsivo.

El período expulsivo comienza con la dilatación completa y finaliza con el nacimiento. Si la mujer lo desea, se recomienda que en este período deambule y adopte durante las contracciones y los pujos la posición de mayor conformidad. Permitir que la mujer adopte la posición de su preferencia en este estadio ha demostrado que mejora el confort, disminuye las distocias, el traumatismo vagino-perineal y las infecciones de piel. Diferentes estudios demuestran que las posiciones verticales presentan pocas desventajas, en comparación con las horizontales. Los beneficios desde el punto de vista biológico y psicológico son mayores en éstas que en las horizontales.

Objetivos de la atención durante el período expulsivo:

- Evaluar la progresión del descenso de la presentación fetal.
- Evaluar el bienestar de la salud materna y fetal.
- Detectar precozmente alteraciones en el descenso de la presentación o la salud materna y/o fetal y actuar oportunamente para disminuir el riesgo de complicaciones obstétricas o perinatales.

Controles a realizar en el período expulsivo:

Controles de la mujer.

Son los mismos que durante el período de dilatación. Si la vejiga se encuentra distendida y la mujer no puede orinar espontáneamente, es aconsejable realizar una cateterización vesical ya que aquella puede actuar como tumor previo.

Controles del feto.

Se denomina bradicardia no complicada, durante el período expulsivo, registros de FCF entre 90 y 110 lpm. Si mantienen buena variabilidad y no existen otros factores de riesgo, no se asocian con acidosis fetal ni resultados perinatales adversos.

Los períodos expulsivos no necesitan ser monitorizados electrónicamente en forma continua, salvo alguna condición que pueda afectar la salud fetal, ya que esta modalidad no ha demostrado ser más efectiva que la forma intermitente o la auscultación con estetoscopio de Pinard en forma intermitente.

Control de la evolución del período expulsivo.

Se controlarán las contracciones uterinas y el descenso de la presentación. En los casos en que la bolsa amniótica esté íntegra y no progrese el período de expulsión, se realizará una amniotomía, valorando el color y calidad del líquido amniótico. Si la progresión del expulsivo es adecuada, se respetará la indemnidad de la bolsa amniótica.

La duración de este período es controversial, pero en general se considera normal hasta 2 horas en primíparas y hasta 1 hora en múltiparas (en el caso de analgesia raquídea peridural se aumenta 1 hora respectivamente).

A partir de este tiempo se hará diagnóstico de período expulsivo prolongado y la atención deberá ser realizada por el Ginecotocólogo.

El parto.

La sala de parto o sala de nacer.

La sala donde se realizará el parto tendrá que tener una temperatura no menor a 26°C y una higiene adecuada.

De contar con la tecnología e infraestructura necesaria se alentará a que las instituciones permitan que el nacimiento se produzca en la misma habitación donde se desarrolló el trabajo de parto. Para esta situación, la institución deberá solicitar al MSP la autorización correspondiente.

La posición.

Es importante respetar el derecho de la mujer a adoptar la posición que considere más cómoda dentro de las posibilidades de cada centro. Las posiciones más naturales, semi sentada, sentada, en cuclillas, deben ser ofrecidas.

Éstas:

- disminuyen el riesgo de alteraciones cardíacas fetales ya que no hay compresión aorta-cava (Efecto Poseiro).
- favorecen una mejor acomodación del feto para su paso por el canal de parto, en menor tiempo y con menos uso de oxitocina.
- permiten que el parto espontáneo sea más frecuente y se reduce el índice de episiotomías y desgarros.
- disminuye la presión sobre los pulmones aumentando la relajación, la capacidad respiratoria y favoreciendo la oxigenación materna y fetal.
- permiten contracciones uterinas más fuertes y eficientes.

Los pujos.

Cuando la presentación fetal se apoya sobre los músculos del periné, se desarrolla el reflejo del pujo. Si la mujer no ha recibido preparación para el parto, es conveniente que se le explique la mejor forma de aprovecharlos.

En los casos que haya recibido anestesia peridural, este reflejo puede anularse.

Alentar a la mujer para que adopte la posición que ella crea más conveniente para realizar el esfuerzo de pujo y permitir que puje libremente cuando lo desee, tomando en consideración las ventajas y desventajas mencionadas anteriormente, durante el período expulsivo.

La maniobra de Kristeller no encuentra justificación en ninguna oportunidad por lo tanto está contraindicada.

La episiotomía.

En el caso de estar indicada, la incisión tiene que hacerse cuando la presentación abomba en la vulva y aprovechando el acmé de la contracción. Se debe recabar el consentimiento oral de la embarazada antes de proceder a la misma.

Indicaciones de la episiotomía:

- En los casos de riesgo de desgarro de 2° ó 3er grado.
- Necesidad de acelerar el parto por sospecha de pérdida del bienestar fetal.
- Parto instrumental.
- Parto en Podálica.

Sutura de la episiotomía:

La sutura continua de todos los planos (vagina, músculos perineales y piel) ha demostrado mejor confort a la mujer, al disminuir el dolor que la sutura por planos separados.

El uso restrictivo de la episiotomía:

La medicina basada en la evidencia ha demostrado que el uso restrictivo de la episiotomía debe ser la conducta aconsejada durante el período expulsivo de la mayoría de los partos. La incidencia de desgarros vagino-perineales de 3er grado, son similares en ambas conductas.

Tampoco se ha encontrado diferencias en la aparición posterior de trastornos del suelo pélvico ni incontinencia urinaria.

La única desventaja demostrada en el uso restrictivo de la episiotomía es el aumento de laceraciones en la zona vulvar anterior, sin embargo la mayoría de ellas no necesitan sutura y el sangrado cesa con la compresión.

Disminuyen el índice de episiotomía:

- Mujer que haya recibido clases de preparación para el parto.
- Protección del periné durante el pujo, que debe ser lento y controlado.
- Postura vertical en el período expulsivo.

Pinzamiento y sección del cordón umbilical.

Luego del nacimiento el profesional actuante procederá al clampeo y sección del cordón umbilical, lo cual puede realizarse de diferentes maneras:

- Clampeo y sección precoz (se realiza inmediatamente luego del nacimiento).
- Clampeo y sección oportuna de cordón (Se realiza cuando el cordón pierde su turgencia). Es de elección ya que se relaciona con menores niveles de anemia neonatal.

Esta última, se debe realizar cuando no existe depresión neonatal, ni otro problema médico que así lo justifique. Tiene a favor que es un mecanismo más natural y por lo tanto fisiológico, en el cual se produciría una "transfusión sanguínea" al recién nacido que ayudaría a prevenir la anemia infantil y está especialmente indicada en pretérminos.

Esta conducta puede aumentar la poliglobulia e ictericia neonatal, aunque estas situaciones no se asocian a peores resultados neonatales.

Toma de muestras de sangre de cordón:

A todos los recién nacidos se les realiza la toma de muestras de sangre de cordón, grupo sanguíneo ABO, Rh y test de Coombs directo, VDRL-RPR y TSH.

Situaciones especiales.

El parto instrumental.

El parto instrumental consiste en la utilización del Fórceps obstétrico.

Las indicaciones pueden ser de causa fetal o de la mujer.

- Fetal: Sospecha de pérdida de bienestar.
- De la mujer: Imposibilidad de ejercer esfuerzos de Valsalva (ejemplo: aneurisma cerebral, enfermedad cardíaca clase III o IV, Miastenia Gravis, Plejias, etc.), agotamiento materno o esfuerzo de pujo ineficaz.

En estas circunstancias, los resultados perinatales son semejantes a haber realizado una cesárea.

Son contraindicaciones para su utilización: presentación no cefálica, desconocimiento de la posición o variedad de la presentación, dilatación no completa, cefálica por encima de tercer plano de Hodge, desproporción cefalopélvica, trastornos de la coagulación fetal u osteogénesis imperfecta.

Si bien el parto instrumental se asocia a mayor incidencia de infecciones puerperales, el uso de antibióticos en forma profiláctica no tiene sustento en la medicina basada en la evidencia.



La distocia de hombros.

La distocia de hombros es un evento intraparto que en muy pocas situaciones puede prevenirse o sospecharse antes del momento de su ocurrencia.

Los estudios de costo beneficio indican que para prevenir 1 evento de distocia de hombros debería realizarse 100 cesáreas cuando el peso estimado del feto es de 5000 g, si la mujer no es diabética, y a partir de los 4500 g cuando es diabética.

No existen claras evidencias que sostengan o rechacen el uso de maniobras (maniobras de Woods, Zavanelli, cleidotomía y Roberts) para prevenir la distocia de hombros. Aunque una revisión del ACOG recomienda que todo obstetra debería conocer alguna de ellas para practicarla en el momento indicado.

Período de alumbramiento.

Las principales complicaciones que podemos observar en este período son:

- Retención de placenta o de restos placentarios.
- Traumatismos del canal del parto.
- Atonía uterina, problemas causados por ciertos anestésicos (halogenados) y otros medicamentos úterorrelajantes.
- Hemorragia uterina.
- Rotura uterina.
- Inversión uterina.

Alumbramiento pasivo, espontáneo o fisiológico.

La expulsión de la placenta suele producirse en forma normal antes de los 30 minutos del nacimiento. Cuando ésta se desprende, se observa la salida de sangre oscura incoagulable que sale por la vulva y cesa espontáneamente.

La pérdida hemática no suele superar los 500ml. Si el útero no se contrae realizaremos masaje uterino a través del abdomen hasta que se contraiga y si no lo hace indicaremos uterotónicos.

Alumbramiento activo o dirigido.

El alumbramiento activo se realiza administrando una ampolla de 5UI de oxitocina vía intramuscular en el deltoides en el momento que se desprende el hombro anterior, o acelerando el goteo de oxitocina si la misma ya se estaba utilizando.

La pérdida de sangre y la hemorragia postparto se encuentra disminuida en comparación con el alumbramiento pasivo, sin embargo existe mayor incidencia de náuseas y vómitos.

La OMS recomienda la realización del alumbramiento activo.

Alumbramiento manual.

Si la placenta no se desprende en forma espontánea luego de sesenta minutos de producido el nacimiento, se realiza diagnóstico de placenta retenida. En este caso, el ginecólogo se hará cargo de la atención de la mujer.

A partir de los 30 minutos la posibilidad de que la placenta se encuentre retenida aumenta considerablemente por lo que en la práctica las acciones de intervención comienzan aproximadamente a ese tiempo.

Cuando se sospecha que podría estar ocurriendo una retención placentaria debe procederse de la siguiente manera:

- realizar controles vitales de la mujer.
- colocar una vía venosa periférica.
- realizar masaje uterino vía abdominal y ligera tracción del cordón umbilical.

Si estas maniobras no son efectivas, se puede proceder a practicar una infusión de 20 a 40cc de suero fisiológico con 10 a 50U de oxitocina por la vena umbilical.

De no ser efectivas las maniobras anteriores, realizar el alumbramiento manual en block quirúrgico y bajo anestesia. Previo iniciar la maniobra se puede indicar antibióticoterapia profiláctica, y posteriormente a la extracción se indicarán uterotónicos.

Siempre comprobar que la placenta se encuentra completa y si existen dudas se procederá a realizar un legrado evacuador complementario de preferencia aspirativo.

La placenta deberá ser enviada a estudio anátomo-patológico.

En estos casos, el puerperio deberá ser controlado en forma personalizada y con una frecuencia más alta que los puerperios sin efectos adversos.

Revisión del canal de parto.

Esta maniobra se debe realizar siempre que se observe sangrado de características mayores a las habituales, o en los casos de parto instrumental. En los casos de cicatriz uterina anterior, no es necesario corroborar la indemnidad de la cicatriz luego del parto, salvo en el caso de que el sangrado sea excesivo.

En el caso de haberse practicado una episiotomía, el canal se debe revisar antes de la episiorrafia.

En los casos que no se logre una buena exposición se utilizarán valvas ginecológicas.

De ser necesario, para una correcta exposición, sedar a la mujer, se la trasladará a block quirúrgico, bajo control de anestesta.

Los desgarros de 1er grado (mucosos) generalmente no necesitan ser suturados, salvo que el sangrado no se cohíba con compresión.

La cesárea.

La medicina basada en la evidencia ha demostrado los beneficios de las siguientes conductas, las cuales se aconsejan:

- Realizar antibióticoterapia profiláctica reduce la endomiometritis en  $2/3$  a  $3/4$  y la infección de partes blandas. La administración de antibióticos inmediatamente antes de iniciar la operación es más beneficiosa que en el momento del clampeo del cordón (53% de reducción de endometritis y 50% de reducción total de morbilidad por infección), con iguales resultados neonatales para marcadores de infección.
- Dejar sin suturar el peritoneo parietal y visceral acorta el tiempo operatorio y disminuye el dolor postoperatorio con iguales resultados maternos a corto plazo.
- La incisión de Joel-Cohen presenta menor índice de fiebre, dolor, necesidad de analgésicos, pérdida de sangre, tiempo operatorio y días de internación que la incisión de Pfannenstiel.

Parto vaginal después de una cesárea anterior.

Se recomienda el intento de parto vaginal después de una cesárea anterior ya que la morbilidad materna se encuentra disminuida con respecto al nacimiento por cesárea, con morbilidad neonatal equiparable. Uno de los principales marcadores de éxito para un parto vaginal después de una cesárea anterior es que la mujer haya tenido un parto vaginal previo o que la cesárea haya sido decidida en etapas tardías del período dilatante. Los criterios de elegibilidad de mayor consenso son los siguientes:

- Gestación única en presentación cefálica.
- Peso fetal estimado inferior a 4.000g.
- Cicatriz uterina previa segmentaria transversa.
- Pelvis viable.
- Ausencia de otras cicatrices uterinas o de antecedentes de rotura uterina.
- Consentimiento de la gestante.
- Disponibilidad de asistencia obstétrica continúa.
- Posibilidad de realizar anestesia y cesárea de urgencia.

En todos los casos, la valoración tiene que ser individual y tiene que existir el consentimiento informado de la mujer. La decisión final tiene que ser tomada conjuntamente por la gestante y el médico, después de analizar los beneficios y riesgos de la vía vaginal y de la cesárea.

Estos trabajos de parto deben ser conducidos por el Ginecólogo y con monitorización electrónica continua de la FCF.

Cuando el tiempo transcurrido entre una cesárea y un parto vaginal es menor a 24 meses, el riesgo de rotura uterina aumenta 2-3 veces.

La inducción con oxitocina de estas mujeres es controversial ya que la incidencia de rotura uterina (aunque muy poco frecuente) aumenta significativamente al compararse con el trabajo de parto espontáneo. El uso de oxitocina al menos duplica la incidencia de rotura uterina con respecto al trabajo de parto espontáneo (87/10.000 y 36/10.000 respectivamente). Merece una especial consideración la conducción del trabajo de parto con oxitocina cuando la mujer ya ha tenido un parto vaginal previo, ya que existen trabajos que demuestran que no presenta mayores riesgos que el trabajo de parto normal.

En las mujeres con cicatrices uterinas de cualquier índole el uso de prostaglandinas para la inducción del trabajo de parto está contraindicado.

Anticoncepción post evento obstétrico.

- Inserción de DIU. Es posible insertar un DIU inmediatamente después de producido el alumbramiento. Esta maniobra está contraindicada en los casos de sospecha de infección ovular o en situaciones que elevan el riesgo de infección (por ejemplo: rotura prematura y prolongada de membranas ovulares, fiebre durante el trabajo de parto, etc.).

A los 30 días se realiza un control.

- Ligadura tubaria. En aquellas mujeres que habiendo tenido un parto vaginal, deseen esterilización definitiva y que tengan problemas con la continuidad de sus controles, se aconseja practicar la ligadura tubárica previo al alta. Esta podrá realizarse en block quirúrgico y bajo control de anestesista, por vía laparoscópica o laparotómica. En aquellas mujeres que hayan decidido en forma informada la ligadura tubárica, y tengan indicación de cesárea, la misma se realizará en el mismo acto quirúrgico. En todos los casos la ligadura tubaria se realizará según Ley 18.426.

## **5- RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.**

Los objetivos en la atención del recién nacido son:

Tener siempre como prioritario el bienestar del recién nacido y su familia.

Se deben tener presente las preferencias que manifiestan los padres y el derecho de contar con el acompañante que la mujer elija en el momento del nacimiento protegido por ley en Uruguay.

Es importante interferir lo mínimo posible con la adaptación normal a la vida extra uterina.

No se debe separar al recién nacido de su madre en el caso que no existan riesgos para la salud de ambos y promover el vínculo con su familia.

Promover el contacto piel a piel en el momento del parto mejora la adaptación a la vida extra uterina, disminuye la incidencia de hipotermia e hipoglicemia.

Se debe promover que se inicie la lactancia materna en la primera hora de vida.

Realizar la profilaxis de la Enfermedad Hemorrágica, la Oftalmia Neonatal y el screening neonatal.

En la mayoría de los nacimientos la intervención excesiva no está recomendada, entendiéndose como perjuicio al recién nacido y su familia.

Lugar del nacimiento.

El lugar de nacimiento puede ser muy variable de acuerdo a las distintas culturas.

Dado que hasta un 10 % de los recién nacidos pueden requerir alguna maniobra de reanimación y/o estabilización, el nacimiento debe realizarse en un medio hospitalario que cuente con todos los recursos materiales, profesionales y técnicos para poder asistir de forma óptima a aquellos neonatos que requieran medidas de reanimación.

Objetivos de la atención.

Trato amable y respetuoso: jerarquizar los derechos del recién nacido y de los padres, respetando sus gustos y preferencias. Para ello, lo ideal es tomar contacto antes del nacimiento con la familia explicando cómo se van a ir sucediendo las distintas etapas y como se desarrollará la adaptación a la vida extrauterina.

El ambiente debe ser cálido y tranquilo.

Proveer atención de manera personal, presentarse por el nombre, no conversar con los colegas mientras se realizan procedimientos respetar la privacidad de la mujer que puede estar a la vista de otras mujeres o acompañantes, son situaciones cotidianas que deben ser tenidas en cuenta.

Apoyo a padres adolescentes: las embarazadas y sus parejas adolescentes merecen una atención especial, por un equipo multidisciplinario sensibilizado en la temática de embarazo adolescente.

Recursos humanos.

En todo nacimiento debe estar presente por lo menos una persona cuya única responsabilidad sea la atención del RN, que debe ser un neonatólogo, o un pediatra general, junto al equipo de enfermería capacitado/a entrenada/o para realizar la atención inmediata, evaluar al RN y si es necesario iniciar una reanimación, es decir estar capacitada/o en reanimación en sala de partos.

Sector de atención inmediata.

Un sector ubicado en la sala de nacer, de partos y/o cesáreas, con buena iluminación, sin corrientes de aire, paredes lavables y sobre todo con tamaño adecuado para el trabajo de varias personas y equipos. Debe tener un sistema de control de temperatura ambiental para mantener entre 26°C y 28°C, y 36°C en el área específica para maniobras, una fuente de oxígeno y otra de aire medicinal, y un sistema de vacío.

Equipos.

Cuna radiante, reloj de pared con segundero, balanza pediátrica, tallómetro, flujómetro de oxígeno y de aire medicinal, mezclador de gases (Blender), neopuff, oxímetro de pulso (saturómetro), sistema de regulación de la presión de vacío (vacuum), carro de paro con: tijeras estériles para cordón, bolsas autoinflables de tamaño neonatal: 250 y 500 ml, máscaras anatómicas de 3 tamaños, laringoscopia, palas rectas, pequeña, mediana y grande.

Materiales.

Guantes estériles, compresas estériles, campos amplios hechos con tela absorbente (toalla), aspirador tipo pera de goma, sonda orogástrica, clamp umbilical, jeringas de 1cc, 5 cc, 10 cc y 20 cc, ampollas de vitamina K, gasas estériles, desinfectante, pulseras identificadoras, almohadillas con tinta para sello para impresión plantar del RN, colirio antibiótico (eritromicina) o nitrato de plata 1%, tubos endotraqueales N° 2.5; 3; 3.5 y 4, ampollas de adrenalina, ampollas y frascos de solución fisiológica, catéteres umbilicales, aspirador de tubo endotraqueal, sondas de aspiración de 8, 10 y 12 French, solución de dextrosa 10%, ampollas y frascos de agua destilada estéril y bicarbonato de sodio.

Pasos previos de la atención inmediata.

En todo momento se deben observar las medidas universales de control de infecciones, tendientes a proteger tanto al neonato y a la madre como a los trabajadores de salud. Siempre efectuar un correcto lavado de manos y antebrazos con antiséptico y usar guantes estériles, usar además sobretúnicas estériles.

Cuidados rutinarios a todos los recién nacidos.

Contacto piel a piel temprano madre- hijo: Apenas concluido el parto, el recién nacido sano debe ser entregado a su madre permitiendo la interacción entre ambos, idealmente con la presencia del padre y/o el acompañante que la mujer elija. Debe favorecerse el contacto piel a piel entre ambos, mientras se mantiene la vigilancia de la madre y el recién nacido y demorar las rutinas habituales que se realizan en el neonato.

Considerando ser lo menos invasivos posible, respetando la intimidad de un momento significativo en la vida de las mujeres y sus familias. Se inician las medidas de secado, fundamentalmente del polo cefálico y estimulación del recién nacido. Todas las medidas iniciales pueden realizarse sobre el vientre de la madre. Se estimula y se seca. Se muestra el sexo del recién nacido a la madre y al padre o acompañante, así como si hubiera malformaciones externas. No está determinado cuanto tiempo debería ser este contacto inicial. Se debe hallar un punto medio, útil, práctico y considerar los deseos de los padres y las posibilidades que permiten la institución, pero siempre debe iniciarse en la misma sala de partos y lo antes posible.

En caso de cesáreas con anestesia regional es posible y conveniente acercar el recién nacido a la madre para que lo pueda ver, besar y tocar, durante un tiempo prudencial, lo cual puede ser altamente reconfortante.

Todo esto promueve el apego madre- hijo. Este contacto precoz evita la hipotermia, favorece el vínculo madre- padre-hijo, la involución uterina y el inicio y mantenimiento posterior de la lactancia materna.

Evitar maniobras intempestivas en la recepción del RN.

No se deben aspirar nariz y boca de los recién nacidos vigorosos de rutina pues no hay evidencias de que esto sea necesario para favorecer la adaptación al medio extrauterino.

Si bien existe en nuestro país una conducta rutinaria adoptada durante décadas de realizar el pasaje de sondas oro-gástrica y rectal para ver su permeabilidad, hay que señalar que no hay evidencias científicas que sustenten la necesidad de estas maniobras en forma rutinaria, sólo sería necesario si hay antecedentes o sintomatología que lo justifiquen.

Todo recién nacido debe ser observado en forma estrecha por enfermería para documentar en los registros de la historia clínica la tolerancia a la vía oral, la presencia de vómitos o de dificultad respiratoria que orientarán a atresia de esófago. Estos signos clínicos deben ser informados al médico para que valore al recién nacido.

La eliminación de meconio antes de las 48 horas de vida es signo clínico fundamental para descartar patología intestinal.

Valorar el test de Apgar.

El valor del test de Apgar al minuto y a los 5 minutos de vida permiten valorar como se realiza la adaptación neonatal a la vida extra uterina. Está valoración puede realizarse cuando el neonato es colocado en el vientre materno favoreciendo el vínculo de la diada. Las maniobras de reanimación cuando son necesarias se deben iniciar lo más precozmente posible por lo cual el Apgar al minuto no es un elemento que se deba tener en cuenta para realizar reanimación neonatal. La diferencia entre el Apgar del minuto y del quinto minuto permite valorar como se está realizando la adaptación extra uterina y en caso de reanimación valorar las respuestas del recién nacido a estas maniobras.

El Apgar no es un buen predictor de desarrollo neonatal. Un valor menos de 7 a los 5 minutos se asocia a aumento de la mortalidad. Si este valor es menor a 7 a los 5 minutos podría ser adecuado realizarlo a los 10 minutos de vida. Cuanto mayor tiempo es bajo el Apgar peores resultados se observarán en el desarrollo pero el test de Apgar no predice desarrollo neurológico.

Realizar el pinzamiento del cordón umbilical.

El pinzamiento habitual es el que se realiza cuando la palpitación de las arterias umbilicales se interrumpe y existe perfusión satisfactoria de la piel. Debe realizarse entre 1 y 3 minutos después del nacimiento. Con esta simple medida, logramos que el recién nacido aumente su volemia en casi un 30%. La ligadura tardía del cordón permite que los depósitos de Hierro sean mayores durante el primer año de vida, siendo ésta una importante medida para la prevención de la anemia ferropénica, de altísima prevalencia en nuestro medio. El obstetra tomará las muestras del screening de cordón (TSH, Grupo sanguíneo ABORh y test de Coombs directo, VDRLRPR).

Al realizar el pinzamiento del cordón debe tenerse precaución de no comprometer la piel del recién nacido y dejar una distancia prudencial (2 cm.) para facilitar la manipulación e higiene. Existen situaciones en las cuales se debe ligar el cordón a una distancia mayor de 5 cm. como en el prematuro o el niño grave para que se pueda realizar cateterismo umbilical en forma adecuada.

### **ASISTENCIA DEL PUERPERIO**

Es importante recordar que todos los datos concernientes al nacimiento y a la evolución puerperal deben ser trasladados al Carné Perinatal del SIP (CLAP-OPS), y completar el Certificado de Nacido Vivo. Estos dos instrumentos deben ser llenados en forma completa sin ninguna excepción.

a. Puerperio inmediato.

Las primeras dos horas.

Control estricto de la pérdida sanguínea, pulso, presión arterial y la persistencia del globo de seguridad de Pinard (útero bien contraído que llega a ser leñoso inmediatamente por debajo del ombligo).

Si el útero está blando y con contornos poco nítidos se puede realizar maniobras de expresión para expulsar la sangre y coágulos, y colocar una bolsa de hielo en el hipogastrio a la vez que se indican uterotónicos.

El masaje continuo del útero es inútil y puede llegar a ser nocivo.

No es rara la aparición de escalofríos (palidez cutáneo-mucosa acompañada de chuchos de frío y castañeteo de dientes), sin ninguna connotación patológica.

Luego de estas dos horas se controlarán diariamente hasta el alta los signos vitales: bienestar, temperatura, pulso y presión arterial, controlando la involución uterina y las características de los loquios.

Manejo del dolor.

El dolor en el puerperio inmediato después de un parto normal puede ser a causa de la episiotomía y los entuertos (contracciones uterinas). El tratamiento del dolor se realizará mediante la administración de antiinflamatorios no esteroides (AINE) por vía parenteral u oral, según la intensidad del cuadro.

Si el periné ha sido dañado o reparado puede presentar dolor considerable y requerir analgésicos, hielo y complementos para mejorar el confort en la posición sentada (anillos de polyfom, goma o inflables).

Si el dolor es muy importante debe controlarse en busca de infección o hematomas. Hay que tener en cuenta que no tiene que administrarse de forma rutinaria ningún tipo de medicación cuya indicación no haya sido cuidadosamente valorada, ya que puede pasar al recién nacido a través de la leche materna.

Deambulación.

La puérpera deberá deambular tan pronto pueda en las primeras 24 horas.

Hidratación y alimentación.

Después de un parto sin anestesia o con anestesia local, la ingesta de líquidos y la dieta normal se iniciarán a demanda de la puérpera.

Después de un parto vaginal con anestesia peridural, se iniciará la ingesta hídrica de forma inmediata y, si la tolerancia es adecuada, se continuará con una dieta normal.

Después de una anestesia general, se iniciará la ingesta hídrica a las 4 horas y seguirá una ingesta progresiva, según la tolerancia.

La puérpera tendrá que seguir una dieta equilibrada y rica en fibra.

Continuar la administración de suplementos de hierro, a todas las mujeres en lactancia durante los primeros 6 meses.

Control de la episiografía.

En el caso de habérsela realizado se debe observar al menos una vez antes del alta.

Control de las mamas.

Se vigilará el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios y presencia de grietas en el pezón. La ducha diaria es suficiente para la higiene de las mamas. No se recomienda limpiar los restos de leche porque hidratan la aréola y previenen la formación de grietas.

Se debe informar a la mujer que el organismo tiende por naturaleza a producir tanta leche como el bebé necesita, por eso cuanto más seguido se dé de mamar (o se extraiga leche mecánicamente) más leche se producirá.

Mastitis: puede ser ocasionada por defectos en la expresión láctea, lo cual mejora con una correcta expresión, compresas frías o calientes (lo que más calme el dolor) y analgésicos comunes. No es necesario suprimir la lactancia.

En ocasiones ocurre la infección con *Staphylococcus aureus* y requiere tratamiento con antibióticos.

En el caso de abscedación se indica drenaje quirúrgico bajo anestesia.

Promoción del contacto mujer - hijo/a y del amamantamiento.

Seguir las Normas de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño para la alimentación infantil: incentivar la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento y evite cualquier suplemento para el recién nacido que contenga agua, glucosa, o sustitutos de leche materna.

Ofrecer el alojamiento conjunto para todas las mujeres y recién nacidos las 24hrs. del día.

Incentivar el contacto piel a piel durante la estadía postparto en el hospital.

Permitir la libre visita de los miembros de la familia que la mujer elija durante el post parto.

Es ideal ofrecer comodidades para que un miembro de la familia pueda acompañar a la mujer durante la noche.

Valoración del estado emocional.

Se debe diferenciar:

El "Baby blues", se caracteriza por cambios de humor, elementos de tristeza, llanto, inseguridad. Comienza unos días luego del nacimiento, y suele tener un componente neuroendocrino, además de lo psicosocial. Es transitorio y suele tener una resolución espontánea.



Depresión puerperal grave, se debe diferenciar de la anterior. Suele extenderse en el tiempo y además de la tristeza, presenta dificultades en relación a disfrutar del hijo, sentimientos de culpa, entre otros.

Psicosis puerperal, es un cuadro delirante agudo de inicio precoz, con sintomatología florida y riesgo para la mujer y el recién nacido. Requiere tratamiento con Psiquiatra.

Es importante identificar el estado emocional de la mujer para apoyar y poder brindar una derivación oportuna a un profesional de salud mental especializado.

Prevención de la Aloinmunización Rh.

A las mujeres Rh negativas no aloinmunizadas al antígeno D, con recién nacido Rh (D) positivo, se recomienda administrar inmunoglobulina anti D inmediatamente después del parto (idealmente en las primeras 72 horas, pero si bien disminuye su eficacia, se puede administrar con fines profilácticos hasta 4 semanas después).

Ante sospecha de hemorragia feto-materna mayor, se recomienda ajustar la dosis según test de Kleihauer Betke, citometría de flujo o similar.

El alta hospitalaria.

La mayoría de las veces el alta hospitalaria se indicará a partir de las 48hrs. en un parto normal y a partir de las 72hrs. en una cesárea.

Es importante informar a la mujer y su entorno sobre:

Signos de alarma ante los cuales se debe consultar rápidamente.

Sexualidad y anticoncepción.

Cronograma de consultas puerperales.

Asegurarse que exista una situación familiar adecuada y continente luego del alta, si ésta no existiera realizar los arreglos necesarios para un seguimiento intensivo.

Facilitar contactos en la comunidad y fuentes de soporte local para todas las mujeres.

Evacuar todas las dudas que la mujer y su pareja presenten.

b. Puerperio precoz y tardío.

Una de las complicaciones más importantes que pueden ocurrir en el puerperio precoz y tardío son las infecciosas.

Los síntomas sospechosos o de alarma son: fiebre, chuchos de frío persistentes, malestar general y decaimiento, loquios fétidos, rubor y dolor mamarios, dolor abóminopelviano que no cede con analgésicos comunes, tos con expectoración mucopurulenta, síndrome urinario bajo y alto, etc. Frente a esta sintomatología, se debe estimular la consulta precoz.

Se alienta a los equipos de salud a que ofrezcan a las mujeres la posibilidad de prolongar la internación hospitalaria luego del parto en aquellos casos donde se sospeche que la mujer presente riesgo aumentado de desarrollar estos cuadros infecciosos, o cuando se dude sobre la accesibilidad al sistema de salud para realizar una consulta precoz ante los síntomas de alarma.

En el caso de las mujeres que no reciben la visita de puerperio domiciliario, es importante establecer un plan de visitas a la consulta ginecológica con el fin de hacer una valoración global de su estado de salud y de recuperación, así como dar asesoramiento en aquellos temas que se crean necesarios en función de la situación de cada mujer (lactancia, anticoncepción, sexualidad, etc.). Una alternativa eficaz es hacer coincidir los controles programados puerperales con los del recién nacido, de tal forma de alterar lo menos posible la dinámica familiar.

Sexualidad.

Es importante informar detenidamente los aspectos concernientes a la sexualidad en el puerperio.



Comenzar la actividad sexual coital mientras aún se tengan loquios, puede elevar el riesgo de infecciones uterinas, por lo que se sugerirá abstenerse durante este tiempo. Posteriormente, la mujer decidirá cuándo recomenzar la actividad coital, recordando que es conveniente haber elegido un método anticonceptivo en forma previa, ya que si bien es raro que la mujer en lactancia ovule en los primeros tres meses de puerperio, esta posibilidad puede ocurrir.

## **TRASLADOS PERINATALES.**

El traslado in-útero.

Es importante recordar que en aquellos casos en que se indique el traslado de la mujer embarazada a un centro de atención de mayor complejidad para la asistencia del parto, siempre que sea posible, el traslado intraútero muestra mejores resultados para el recién nacido. La mujer deberá ser trasladada en una ambulancia con tecnología acorde al riesgo y acompañada por personal competente.

En el caso de que esto no sea posible y el recién nacido/a se encuentre en un lugar distinto a donde está su madre, es deseable que la mujer sea transportada tan pronto como sea posible en condiciones de estabilidad con el fin de mantener la proximidad madre-hijo/a.

Una vez coordinado el traslado la mujer debe ser enviada junto a un completo resumen de su historia clínica realizado con letra clara, firma y contrafirma legible y número de teléfono para intercambio de información.

A su egreso, la mujer deberá regresar a su lugar de origen con un exhaustivo resumen de alta con las mismas consideraciones que se hizo para el resumen de traslado inicial.

4 situaciones o escenarios en los que está indicado el traslado perinatal:

Patología que complica el embarazo y requiere internación de la mujer embarazada para tratamiento y prevención de complicaciones en el recién nacido.

Necesidad de trasladar a la mujer embarazada antes de la interrupción del embarazo.

Traslado de la mujer y/o el recién nacido a un centro de mayor complejidad luego del nacimiento (cuando no se realizó el traslado oportuno).

Patología fetal que requiere atención especializada, específica e inmediata postnacimiento.

Estas situaciones son dinámicas, pudiendo requerir evolutivamente la reclasificación.

Indicaciones de traslado in-útero.

Amenaza de parto prematuro, en gestaciones menores de 32 semanas, con o sin RPM.

Embarazo múltiple menor de 34 semanas.

Embarazo menor de 34 semanas con RCIU.

Defectos congénitos mayores que requieren tratamiento inmediato.

Incompatibilidad sanguínea grave con compromiso de la salud fetal.

Hydrops fetal.

Polihidramnios con repercusión materna u oligoamnios severo.

Preeclampsia grave o síndrome HELLP.

Enfermedad endocrino-metabólica descompensada a pesar del tratamiento instituido.

Enfermedad materna grave que requiera manejo especializado (Ej. Cardiopatía, trasplantada, patología autoinmune).

Portadora obligada o probable de hemofilia con feto de sexo masculino.

Emergencias obstétricas que contraindican el traslado in-útero.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Sangrado con repercusión hemodinámica materna.

Mujer con riesgo de vida inminente.

Parto inminente.

Sospecha de hipoxia fetal intraparto.

Procidencia de cordón o extremidades.

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

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.**

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.

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.

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 interdisciplinaria 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.

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.

## 2- Referentes al ingreso a las maternidades.

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

**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.

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.

### 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 oxitocina.

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.

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 este 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 oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.

#### **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.

#### **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-bucales, valorar cuadro clínicos y datos extraídos de la historia clínica materna que sugieran la necesidad de realizar dichos procedimientos.

## **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 transcurrir 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".

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



omenten 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.

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, este 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.

### **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.

### **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.

### **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 anestesista, 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 transcurrir 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 deambulacion.
- Espacio físico para acompañante.
- Bandeja equipada para asistencia de partos.
- Foco de luz. Iluminación apropiada.
- Elementos de valoración de salud fetal (estetoscopio de Pinard, auscultación electrónica de la frecuencia cardíaca fetal basal (Doptone®), monitor fetal).
- Superficie adecuada para asistencia inicial de RN. .

- Bandeja equipada para asistencia de recepción del recién nacido.
  - Opciones de ventilación, previsión de aire acondicionado y/o calefacción.
  - Previsión de comunicación efectiva frente a complicación obstétrica y/o recién nacido
- Las instituciones deberán, además, 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 áreas accesibles y para que el equipo asistencial pueda permanecer en adecuadas condiciones durante el desarrollo del mismo, incluyendo áreas de descanso.

### **5- Referente a la etapa puerperal.**

Área de internación.

El área de internación para esta etapa no necesita mayor recurso material que el de una sala común de internación.

En condiciones ideales:

- Sala individual.
- Cama de internación sanitaria.
- Cuna para recién nacido.
- Servicio sanitario.
- Espacio para el acompañante.

De no ser posible esta distribución, podemos considerar una sala de internación compartida, siempre que se priorice la intimidad de la usuaria y se considere dentro del espacio físico y los servicios la presencia de un acompañante a permanencia. Las dimensiones de la habitación compartida debe contemplar la coexistencia de un número mínimo 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.

## **RECOMENDACIONES PARA LA NOTIFICACIÓN HUMANIZADA DE DIAGNÓSTICOS PRENATALES Y AL NACIMIENTO. PAUTAS SUGERIDAS PARA UNA NOTIFICACIÓN HUMANIZADA.**

### **PRIMER ETAPA: Preparar las condiciones.**

En esta etapa se deberá contemplar los aspectos relacionados con el lugar y el momento más adecuados para brindar la noticia, cuidando la intimidad del momento, la privacidad de la información y el estado emocional de las figuras parentales. Se deberá priorizar el desarrollo de un apego saludable y la instalación de la lactancia; la situación del RN asociada a una posible discapacidad no debe afectar su condición de ser humano pleno, con el derecho de desarrollar su mundo afectivo y su capacidad de dar y recibir afectos.

Espacio.

Privado y disponible en el tiempo. Es preciso un espacio íntimo que permita al equipo de notificación poder comunicar sin apremios e interrupciones. De este modo la familia podrá sentir la libertad de preguntar dudas y sobre todo expresar emociones.

Habitación compartida.

Brindar a los padres, durante la internación, una habitación donde puedan sentirse cómodos de expresar emociones, si es preciso solos o en compañía de otra familia en similares circunstancias.

A quiénes informar.

Priorizar la presencia de ambas figuras parentales (en caso de que existan). “El que puedan tener a su bebé en brazos disminuye fantasías y favorece el vínculo”. (Florez, 2018). En caso de que uno de los miembros de la pareja se encuentre ausente: Consultar a la figura parental presente si cuenta con un/a referente afectivo que pueda acompañarla. El/la profesional no debe suponer, ni esperar que el/la referente afectivo presente sea el/la responsable de comunicar a el otro miembro ausente.

En ocasiones, los miembros de la pareja se sienten desbordados por la notificación y la asimilación de toda la información que se le brinda en ese primer momento; la presencia del otro integrante de la pareja u otro familiar puede colaborar a retener información de importancia, además de aportar contención y apoyo.

Privacidad.

El diagnóstico y la información que se deba brindar es exclusiva de la familia y su hijo/a.

### **SEGUNDA ETAPA: Dar la bienvenida y comunicar la noticia.**

En esta etapa es preciso identificar y reconocer las reacciones emocionales de las figuras parentales y la familia; al/la niño/a respetar dichas emociones y contenerlas son funciones del equipo de salud. Cualquiera sea la reacción emocional que surja (negación, shock, llanto, ira, etc.) es parte de un proceso natural y ello es necesario expresárselo a la familia. Dar la bienvenida.

Ha nacido un/a niño/a, la familia lo/a esperaba con gran expectativa, quizás puedan sentirse tristes luego de la notificación. El equipo de salud puede y debe colaborar para hacer de éste, un momento menos angustiante. Es importante comenzar por dar la bienvenida al niño por su nombre y destacar si se encuentra en buen estado de salud. A continuación, se debe comunicar el diagnóstico de manera clara y no sesgada, reforzando siempre los aspectos positivos que hasta ese momento existan; tanto para los recién nacidos que requieren internación prolongada, como aquellos que se irán de alta en los tiempos previstos.

Será importante explicar a la familia cualquier procedimiento que se lleve a cabo con el RN, evaluando siempre la urgencia del tratamiento o estudio, en relación con la importancia del contacto precoz con las figuras parentales. Será de gran ayuda para la formación del apego y el establecimiento de la lactancia entregar el RN a su familia en cuanto sea posible.

Lenguaje.

El/la bebé que acaba de nacer tiene su nombre, es importante referirse a él/ella por el mismo y no por su condición asociada a la discapacidad.

Respeto, afecto y neutralidad. Es fundamental mantener una conducta de respeto, empatía y afecto, evitando transmitir juicios de valor o prejuicios a través de frases o palabras con connotación negativa como “especial”, “diferente” y/o términos que ya no se utilizan (“minusválido”, “discapacitado”, etc.).

Lenguaje accesible: El lenguaje debe ser simple, claro, apoyado en imágenes si fuera necesario. Evitando tecnicismos que puedan ser incomprensibles para la familia.

Cuando los padres son personas con discapacidad. Entre las necesidades de la familia, se deberá tener en cuenta si es preciso algún tipo de apoyo para asegurar la comunicación y/o información que el equipo de salud desea brindar. Queda bajo responsabilidad del equipo de salud, el buscar los recursos necesarios para la adaptación de la información. Sería un recurso institucional sumamente valioso el contar con un/a profesional referente en discapacidad que no sólo posea el conocimiento necesario sobre la temática de la discapacidad, sino que además pueda apoyar el hexo entre el centro de salud y la OSC.

Tiempos.

Brindar información de forma gradual. No es necesario, ni aconsejable brindar toda la información en un primer encuentro a menos que la familia lo solicite. Así como tampoco es recomendable escatimar la información.

El/la profesional responsable de notificar el diagnóstico deberá ser aquel/ la del equipo de salud que tenga la disposición para continuar en el tiempo trabajando con esa familia. Permitiendo de ese modo comunicar de forma gradual y en más de un encuentro la información que sea necesaria aportar y que la familia vaya solicitando saber.

Técnicos.

La derivación oportuna a técnicos/as (promotores del inicio de la lactancia, fisioterapeuta, etc.) y a equipos o programas de Atención Temprana (AT) que favorezcan el vínculo entre el RN y las figuras parentales.

### **TERCER ETAPA: Contener a la familia y ofrecer más información.**

Esta etapa se puede vincular con la posibilidad de trabajar más profundamente en la información. Se recordará que cada familia transita el proceso de duelo a su manera y el mismo no siempre se da de forma lineal.

Información.

Información actualizada sobre el diagnóstico y el tipo de discapacidad. Las familias tienen derecho a contar con un diagnóstico lo más comprensible y claro que sea posible. Es importante resaltar que, en algunos casos, la eventual discapacidad que se pueda producir puede tener un componente hereditario. Este hecho tiene implicancias para la familia en su conjunto y para el futuro reproductivo de la pareja.

Información al alta: El equipo de salud deberá ocuparse de brindar la información necesaria al equipo de salud del primer nivel de atención que continuará en contacto con la familia y realizará la atención del RN.

### **HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA DEL RN.**

En oportunidades, el RN requiere estudios y/o tratamientos que se acompañan de una hospitalización prolongada en el tiempo. Es prioritario en estos casos permitir la compañía de la familia durante todo el tiempo posible. El impacto del contacto entre el RN y la familia asegura su bienestar y en consecuencia se pronostica un desarrollo más saludable.

Durante esta etapa, es oportuno brindar a la familia información para el momento del alta y los cuidados del RN en el hogar.

En ocasiones el RN no es el único hijo/a de la pareja. Las figuras parentales pueden sentir una angustia por verse obligados a dejar sus otros hijos/ as en el hogar y/o no poder dedicar el tiempo que quisieran al RN que permanece internado. El/la profesional de la salud debe evitar comentarios que puedan culpabilizar aún más a la familia. Por el contrario, durante el tiempo que se encuentran presentes es oportuno colaborar para fortalecer el vínculo entre la familia y RN.

### **NOTIFICACIÓN PRENATAL.**

La notificación prenatal deberá contemplar ciertas particularidades, para lograr el objetivo de una notificación humanizada basada en una perspectiva de derechos de las personas con discapacidad:

Los valores predictivos de ciertos exámenes prenatales durante las primeras semanas del embarazo hacen que los mismos sean presuntivos y no puedan determinar con certeza un diagnóstico. Es preciso informar adecuadamente a las figuras parentales de la existencia de esta incertidumbre acompañando y brindando la mayor información posible.

El escaso tiempo que dispone la pareja para recibir el pronóstico, informarse adecuadamente y pasar a tomar una decisión de forma responsable, segura y libre.

El aspecto emocional y cultural que acompaña el proceso del embarazo, pone en juego diferentes procesos psicológicos en la pareja que van aportando al desarrollo de un vínculo con su "bebé imaginario".

Por ello, es recomendable que equipos especializados en esta etapa (obstetras, ecografistas y equipo de pesquisa neonatal), puedan colaborar conjuntamente y ayudar a la mujer embarazada a sopesar la decisión de someterse a cualquier test predictivo o prueba diagnóstica.

Es importante que la mujer embarazada pueda comprender para qué sirve cada prueba, los riesgos asociados, que expresan los resultados, y cuáles son las opciones disponibles luego del diagnóstico. Para la realización de dichas pruebas se deberían adaptar los consentimientos informados, ofreciéndolos en formatos accesibles que garanticen su entendimiento.

Para una adecuada notificación humanizada en el embarazo se recomienda:

Ofrecer a las figuras parentales información clara y no sesgada sobre la condición pronosticada/diagnosticada.

Poner en contacto a las figuras parentales con un/una profesional referente en discapacidad.

Ofrecer información sobre alternativas y procedimientos posterior al pronóstico/diagnóstico.

Ofrecer apoyo psicosocial.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer:  
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer:  
<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

Recomendación general No. 19 - Violencia contra la mujer:  
[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=INT/CEDAW/GEC/3731&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=INT/CEDAW/GEC/3731&Lang=en)

Recomendación general No. 24 -Mujeres y la salud:  
[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en)

Recomendación general No. 35:  
[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/GC/35&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/GC/35&Lang=en)

Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de DDHH-CIDH.  
<http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternaindice.htm>


Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS:  
[https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/)

CEDAW/C/75/D/138/2018. España. Violencia obstétrica:  
[https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/75/D/138/2018&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/75/D/138/2018&Lang=en)

Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. ONU: <http://undocs.org/es/A/74/137>



 San José 1436 C.P. 11.200 Montevideo - Uruguay

 (00598) 2- 9039019

 cooperativamujerahora@gmail.com

 [www.mujerahora.org.uy](http://www.mujerahora.org.uy)

**María De La Paz Echetto Belmonte** - Doctora en Derecho y Ciencias Sociales egresada de la Facultad de Derecho de la Universidad de la República. Integrante del Grupo Derecho y Género de la Udelar y Centro de Investigaciones y Estudios Penales del Uruguay "Dra. Adela Reta" desde 2012 a la actualidad. Colaboradora en la Revista de Derecho Penal 2012 -2016. Aspirante a docente de Derecho Penal en la Udelar. Grupo Nacer y Ser 2017-2020. Abogada en servicio de acompañamiento a mujeres víctimas de violencia doméstica gestionado por el Instituto Mujer y Sociedad 2019 a la actualidad. Miembro de Gestar Derechos.

**Romina Gallardo Duarte** - Doctora en Derecho y Ciencias Sociales egresada de la Universidad de la República-Uruguay. Con formación en género y legislación penal- procesal. Ha participado desde el año 2013 en diversas instancias de trabajo vinculadas al tema de la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes y trata de personas. Miembro de Gestar Derechos, grupo de mujeres profesionales independientes que asesoran y apoyan a mujeres víctimas de violencia obstétrica.

**Revisión Técnica General:** Comisión Directiva de la Cooperativa Mujer Ahora

**Apoyo para la impresión:** Fondo María Abella

**Diseño:** Animala

El análisis, afirmaciones y conclusiones contenidas en esta publicación reflejan exclusivamente la opinión y el accionar de nuestra organización y sintetizan la labor que ejecutamos con el objetivo de lograr la transformación urgente y necesaria que permita avanzar en términos de justicia e igualdad, en definitiva, de desarrollo democrático. Todo el contenido es reproducible total o parcialmente, o más bien, necesariamente reproducible, bastando para ello citar la fuente.





San José 1436 C.P. 11.200 Montevideo – Uruguay  
(00598) 2- 9039019  
cooperativamujerahora@gmail.com  
[www.mujerahora.org.uy](http://www.mujerahora.org.uy)  
URUGUAY 2021

**DEPÓSITO LEGAL N°**