

Guía de Atención Respetando los Derechos en el Nacimiento

Año: 2021

Dirección Nacional Ejecutiva

Dr. Alberto Alejandro Maceira

Dirección General de Asistencia Médica

Dra. Lucrecia Raffo

Dirección de Derechos Humanos, Género y Diversidad Sexual

Micaela Navil

Dirección de Procesos Asistenciales y de Calidad

Dra. Cecilia Zerbo

Departamento Materno Infantil

Dr. Roberto Casale

Servicio de Obstetricia

Dr. Alberto Ferreiros

Servicio de Neonatología

Dra. Silvia García

Equipo de Obstétricas que participó en la elaboración de contenido

Lic. Natalia Dalmas

Lic. Carlos Gutierrez

Lic. Denise Vuirli

Lic. Gisela Viberti

Lic. Paula Gonzalez

Lic. Silvana Varela

Agradecimientos

Por sus valiosos aportes en la elaboración, corrección y publicación de esta guía agradecemos:

al Equipo por la Implementación del Parto Respetado del Ministerio de Salud de la Nación; Micaela Navil, Silvana Palestrini y todo el equipo de la Dirección de DDHH, Género y Diversidad Sexual; Juan Maestripieri y equipo de la Dirección de Comunicación Institucional.

Dedicado a todas las familias que día a día nos permiten acompañarlas en un momento único y nos enseñan a ser profesionales más empáticos.

- 05 Nuevos paradigmas
- 06 Introducción
- 07 Elementos que deben ser tenidos en cuenta en el momento de un parto con mínimas intervenciones • Internación • Plan de Nacimiento • Acompañamiento y apoyo
- 08 Ambiente hogareño
- 09 Venoclisis • Métodos anagésicos no farmacológicos
- 11 Evolución del trabajo de Parto • Control de la frecuencia cardíaca fetal
- 12 Contacto precoz y hora de oro
- 14 Protocolo de asistencia en el centro obstétrico del Hospital Nac. Prof. A. Posadas • Atenciones generales • Manejo de trabajo de parto
- 15 Manejo del segundo período del trabajo de parto (expulsivo)
- 16 Asistencia de la persona recién nacida • Control obstétrico del puerperio
- 17 Bibliografía

Nuevos paradigmas

Numerosas investigaciones de las últimas décadas centraron su estudio en la relación que se establece entre factores psicológicos, el embarazo y el parto debido a que la medicalización del acto de nacimiento, si bien ha disminuido el riesgo de morbilidad materno neonatal, dejó de lado la valoración de los aspectos emocionales. De este modo se ha contribuido a establecer un modelo asistencial mecanicista y tecnocrático.

Entender que los procesos significativos para la persona gestante no solo implican la dimensión biológica de la maternidad, sino que también interactúan factores psicosociales, abre a nuevas líneas de investigación destinadas a diseñar modelos asistenciales para un cuidado perinatal integral. Consecuentemente se ha empezado a establecer, en los hospitales públicos de Argentina, un nuevo abordaje de atención humanizada bajo el nombre de maternidades seguras y centradas en la familia.

Existen claras evidencias científicas que el parto con mínimas intervenciones, sumado a la atención de calidad, en un ambiente seguro y respetuoso de la intimidad de la familia, en el proceso del nacimiento, se asocian con menor tasa de partos operatorios, menor tasa de intervenciones innecesarias, menor uso de analgesia medicamentosa, más rápida recuperación, sin incremento de la morbilidad perinatal, sino por el contrario un mayor apego y contacto del recién nacido, mejorando los resultados en lactancia y desarrollo psicoafectivo del niño.

La propuesta de la asistencia del parto con mínimas intervenciones se basa en el respeto de los tiempos fisiológicos de los mismos y de los derechos humanos.

Busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, siendo un requisito indispensable para un parto saludable y una bienvenida amorosa a las nuevas personas que llegan a este mundo.

- **Respeto:** Respetar los derechos y el rol protagónico de la persona gestante que pare y su bebé que nace.
- **Integral:** Lograr una atención de la gestación, parto y nacimiento integral, de calidad, sin discriminaciones y que incluya la elección informada de las personas.
- **Opciones:** Buscar alternativas y opciones diferentes para la atención del proceso de gestación.
- **Capacitación:** Capacitar de manera permanente, con evidencia científica y conocimientos tradicionales, a las personas encargadas de los servicios de salud.
- **Participación:** Crear espacios para la participación activa de las personas gestantes en la atención, elaboración, y evaluación de políticas.
- **No violencia:** Erradicar todas las formas de violencia.

Introducción

El parto normal se define como aquel de inicio espontáneo, de bajo riesgo al comenzar el parto y permaneciendo así durante el trabajo de parto y el nacimiento (OMS 1999). “En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural.” (OMS 1996).

El término "parto respetado" hace referencia a una modalidad de atención caracterizada por el respeto a los derechos de las madres, los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento, las necesidades y deseos de la familia que va a ser asistida, donde la persona gestante y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible, con los cuidados y la seguridad brindados por los profesionales que acompañan el proceso. Debe ser natural, espontáneo, eutócico y planificado, con el objetivo de que el nacimiento sea tan fisiológico como se pueda y se eviten intervenciones farmacológicas y/o rutinarias innecesarias. Basados en el respeto de estos derechos, priorizando el concepto de los tiempos del embarazo, parto y el contexto biopsicosocial de la familia, se pretende cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, considerando el uso de la tecnología, procesos médicos o

intervenciones farmacológicas en el momento correcto o indicado.

En nuestro país existe La Ley de Parto Humanizado N° 25.929 y su reglamentación (decreto 2035/2015) promueve que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas (Anexo I). Por otra parte, en 2004, se reglamenta la Resolución Ministerial N° 647/2003 cuyo eje principal es asegurar una Maternidad respetuosa de la persona gestante y su familia durante el parto. En dicha

normativa, se propone:

- 1.** Respeto por la vida de la persona gestante y la persona recién nacida: parto seguro
- 2.** Inclusión de la familia en todo el proceso de atención institucional
- 3.** Servicios para la familia tales como residencia para madres, grupos de apoyo de crianza y lactancia, alta conjunta, consejería en salud sexual y no reproductiva, etc.
- 4.** Respeto de pautas culturales, religiosas, étnicas y personales de la gestante y su familia.
- 5.** No emplear prácticas y procedimientos que no estén respaldados por evidencia científica.
- 6.** No emplear prácticas y procedimientos que no estén respaldados por evidencia científica.
- 7.** Asistencia respetuosa de la persona gestante en el parto. Salas TPR: Priorizar la instalación de Salas TPR o Salas únicas para Trabajo de Parto, Parto y Recuperación, las mismas permiten la atención en un sólo ambiente evitando el traslado de la persona en pleno Trabajo de Parto o Puerperio inmediato con necesidad de camillas rodantes. Facilitan la presencia de un familiar acompañante, garantizan la intimidad del Parto, etc.
- 8.** Atención respetuosa de la persona recién nacida

Elementos que deben ser tenidos en cuenta en el momento de un parto con mínimas intervenciones

Internación

El reconocimiento del inicio del trabajo de parto es uno de los aspectos más importantes en la vigilancia del mismo, dado que, si ésta es incorrecta, puede resultar en intervenciones innecesarias. Durante el año 2014 el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) publicó en consenso que la dilatación cervical de 6 cm debe ser considerada como el inicio de la fase activa del trabajo de parto, y solo a partir de ese punto deben tomarse en cuenta los estándares del progreso de dicha fase, por lo tanto la persona gestante será internada una vez que presente signos certeros de trabajo de parto como contracciones regulares, reblandecimiento y centralización del cuello, borramiento y/o dilatación del cuello uterino de al menos 5-6 cm.

Plan de nacimiento

La asistencia de un parto con mínimas intervenciones deberá planificarse en las familias que lo deseen, con un control prenatal adecuado, sin patologías asociadas tanto maternas como fetales, y sin contraindicaciones de un parto vaginal. Si alguna enfermedad es diagnosticada durante el transcurso del embarazo o trabajo de parto, deberá planificarse un nacimiento acorde a las necesidades específicas.

El plan de parto es un documento en el que la pareja puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la persona como de su acompañante. Este documento no sustituye a la información que proporciona el equipo profesional que atiende durante el embarazo.

Se puede elaborar un plan de parto en cualquier momento de la gestación, aunque el mejor momento es entre las semanas 28 y 32. En el momento del parto la persona gestante podrá modificar cualquiera de las preferencias escritas, según el estado y desarrollo de los acontecimientos.

Este documento no contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas actualmente por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales en el curso de un parto normal.

Un plan de parto no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y nacimiento.

Si surgen circunstancias imprevisibles, el personal sanitario aconsejará la intervención más oportuna y la realizará tras pedir el consentimiento de la paciente.

Acompañamiento y apoyo de la persona gestante durante el trabajo de parto

La persona gestante en trabajo de parto estará acompañada por la persona elegida: pareja, familiar, amiga. La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y mejora la evolución del trabajo de parto. La evidencia demuestra que el acompañamiento y apoyo por parte de un profesional durante todo el parto mejora resultados perinatales, se ha encontrado menor duración del trabajo de parto, menor utilización de medicación, menos cantidad de niños con Apgar menor de 7 y menos partos instrumentales y cesáreas.

Ambiente hogareño

La habitación estará equipada y ambientada de forma hogareña, se deberá contar con elementos para la comodidad de la pareja como esferas, almohadones, tela/fular, caja de aromaterapia, música y banco de partos. Se debe tener acceso al baño con ducha.

Un metaanálisis publicado en 2012 concluye que la sala de partos con ambientación hogareña, aumentaría significativamente la probabilidad de tener un parto vaginal, y disminuye las intervenciones médicas como la utilización de analgesia epidural, infusión de oxitocina y episiotomía.

En un estudio controlado y aleatorizado realizado en Suecia en 2011, se comparó resultados entre mujeres que tuvieron su nacimiento en un ambiente estándar y otro con ambientación hogareña. Se observó que la proporción de cesáreas, tanto electiva y de emergencia, fue significativamente menor en este último grupo de comparación.

Michel Odent describe los cambios conductuales que atraviesan las personas gestantes durante un trabajo de parto fisiológico. En el mismo se activa la parte más primitiva de nuestro cerebro: el hipotálamo, la glándula pituitaria o hipófisis. Estas estructuras cerebrales arcaicas, que los humanos compartimos con todos los mamíferos, son responsables de liberar el flujo hormonal necesario para que se produzca el parto. Ciertos estímulos externos, tales como las luces intensas, el uso del lenguaje, los ruidos ambientales, interrumpen este proceso involuntario al activar la región cerebral del neocórtex, encargada del pensamiento racional, secretando adrenalina: una hormona que produce tensión, inhibe las contracciones necesarias para el nacimiento y hasta puede impedir la salida natural del feto.

Cuando observamos a una persona gestante atravesando un trabajo de parto fisiológico, hay un momento en el que, de manera completamente evidente, tiene tendencia a desconectar del mundo. Se comporta como jamás lo haría en la vida cotidiana. Puede adoptar posturas inesperadas y emitir sonidos insólitos. Esto significa que el control que ejercía el neocórtex se ha reducido. Esta reducción es el aspecto más importante de la fisiología del parto. Nos permite comprender que, antes que nada, hay que proteger a esa persona de cualquier estimulación inútil del neocórtex.

Posición y libertad de movimiento

La OMS considera que las personas gestantes no deben ser colocadas en posición horizontal durante el trabajo de parto, y que cada persona debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

La deambulación acorta significativamente la duración del período dilatante, por lo tanto, se fomentará, así como también la posición de pie o sentada.

Con respecto a los aspectos fisiológicos del nacimiento vertical, podemos mencionar que al no comprimir los grandes vasos, es decir, Arteria Aorta y Vena Cava Inferior, encontraremos menos alteraciones en la vitalidad fetal y un mejor equilibrio ácido base fetal tanto en el periodo de dilatación como en el periodo expulsivo. Los miembros inferiores se constituyen como un punto de apoyo al entrar en contacto con el suelo. Las posiciones verticales se asocian también con un aumento de dos centímetros en sentido anteroposterior y uno en el transversal de la pelvis. Adoptando la posición vertical se ejerce una acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y descenso fetales, permite una participación activa de la persona gestante en el nacimiento con mayor conciencia.

Según un metaanálisis publicado en 2012, la posición vertical reduciría en forma significativa la necesidad de episiotomía, se registraron menos patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal y no hubo diferencias significativas en relación a los desgarramientos perineales, la duración del periodo expulsivo, en la necesidad de anestesia durante la segunda etapa del trabajo de parto, necesidad de transfusión postparto, alumbramiento manual, admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales y muerte perinatal.

Venoclisis

El uso de venoclisis, muchas veces, conlleva al uso de soluciones glucosadas. Los aumentos de los niveles de glucosa en la sangre de la persona gestante se acompañan del aumento de niveles plasmáticos de insulina. Esto produce aumento en los valores de glucosa en la persona recién nacida y disminución del PH en la sangre arterial del cordón. Si la persona gestante recibe más de 25 g de glucosa IV, se puede producir hiperinsulinismo fetal e hipoglucemia neonatal. Además, el uso excesivo de soluciones EV libre de sales puede producir hiponatremia tanto a la persona gestante como a la persona recién nacida. Por tal motivo tampoco se deberá administrar glucosado hipertónico para reactivar NST. Se le ofrecerá a la persona gestante beber un té con azúcar.

De acuerdo a la Guía de Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia, el uso rutinario de venoclisis podría disminuir la movilidad de la persona gestante durante el trabajo de parto.

Métodos analgésicos no farmacológicos

La reducción del dolor del trabajo de parto es uno de los puntos más importantes de la atención en obstetricia y una de las metas fundamentales en lo que respecta a los cuidados intraparto. Es importante conocer el manejo de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, los cuales, idealmente deben ser introducidos a las familias durante el cuidado prenatal y la preparación integral para la mapaternidad.

Los métodos propuestos son:

Eutonía: el método Frida Kaplan propone un aprendizaje en la observación del cuerpo, enseña a liberar tensiones para modificar y ampliar el espacio interno. Los objetivos de este método son: Favorecer el contacto con uno mismo, incrementar el contacto con la pareja, facilitar el contacto de ambos con el bebe, experimentar la conciencia vivencial del espacio por donde pasará el bebe para nacer, enseñar la emisión del sonido “O” que facilita la modificación del tono psíquico-físico, especialmente durante las contracciones, elevar el umbral del dolor, activar el uso de la mirada interna y aprender la dirección del pujo.

Termoterapia: La aplicación de calor con fines terapéuticos se ha utilizado durante siglos como método local de tratamiento de dolor en múltiples enfermedades y lesiones traumáticas. Estudios sugieren que mediante la aplicación de esta sencilla técnica es posible reducir el dolor que perciben las personas durante el trabajo de parto e incrementar la satisfacción en relación a la experiencia del nacimiento.

Hidroterapia: La inmersión en agua ha sido sugerida como una alternativa beneficiosa para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, puede estar asociado no sólo con la disminución del dolor o el uso de anestesia sino también con la disminución de la duración del trabajo de parto. Sin embargo, no hay evidencia de que la inmersión en agua mejore los resultados perinatales. En 2009 Cochrane publicó un metaanálisis en el que concluye que la inmersión en agua durante la primera etapa del parto se asoció con una disminución en el uso de anestésicos en comparación con los controles. Hubo una reducción en la duración de la primera etapa del parto (Diferencia de medias -32,4 minutos). Se recomienda la utilización de duchas o bañeras en la primera etapa del trabajo de parto estableciendo protocolos rigurosos de mantenimiento y limpieza, así como los procedimientos de control de infecciones, monitoreo de las personas y los fetos a intervalos apropiados mientras sea utilizada la hidroterapia.

TENS: La electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) es un método de manejo no farmacológico del dolor basado en la teoría de la compuerta publicada por Melzack y Wall. Consiste en la aplicación de electrodos (cuyo número y tamaño puede variar según modelo) en la piel de la persona gestante responsables de liberar una corriente eléctrica que activaría los

nociceptores. La evidencia que aportan hasta el momento las Revisiones Sistemáticas no son concluyentes respecto a la efectividad del método. Sin embargo, un ECA doble ciego publicado en 2018, describió un efecto positivo en el alivio del dolor con el uso de TENS aumentado de forma escalonada la frecuencia del estímulo durante el trabajo de parto.

Otras técnicas como acupuntura, hierbas y aromaterapia con aceites no han demostrado ser efectivas en trabajos aleatorizados, de todos modos, al ser técnicas no invasivas, y si la persona gestante lo desea, podrían implementarse durante el trabajo de parto.

Cuando hablamos de alivio no farmacológico del dolor y de un plan de asistencia respetuosa del nacimiento, es necesario que los profesionales conozcan factores que pueden aliviar el mismo, e igual de importante, aquellos que pueden aumentarlo.

Factores que reducen el dolor del parto:

- Movimiento pélvico.
- Buen tono perineal con capacidad de contracción y relajación.
- Cuello del útero blando, más corto y más dilatado al final del embarazo.
- Umbral alto del dolor
- Movimiento libre.
- Expresión libre a nivel de comportamientos y manifestaciones verbales.
- Posturas fisiológicas con dorso inclinado hacia adelante y pelvis libre.
- Respeto del ritmo individual.
- Confianza y aceptación del dolor de parto.
- Motivación y expectativas reales sobre el dolor.
- Entorno relajante e íntimo.
- Apoyo de la pareja u otros familiares.
- Buena relación con el bebé.
- Control obstétrico respetuoso.
- Ayuda profesional de la partera.
- Bañera con agua caliente.
- Relajación profunda durante las pausas.
- Periodo de expulsión con contracciones espontáneas, involuntarias.
- Periné íntegro.
- Acoger al bebé en las primeras horas del posparto.

Factores que aumentan el dolor del parto

- Contracturas a nivel periférico (muscular y/o de los ligamentos)
- Cicatrices o irritaciones en el cuello del útero.
- Tensión en el segmento uterino inferior.
- Hipertonía uterina (por oxitocina sintética o resistencia muscular)
- Umbral bajo de dolor.
- Adherencias anexiales.
- Falta de libertad de movimiento.
- Posturas no naturales y anti fisiológicas (litotomía)
- Tensión, miedo.
- Expectativas negativas del dolor.
- Experiencias y relatos negativos sobre el dolor.
- Escasa relación con el bebé.
- Entorno cortico estimulante (luzes, puertas abiertas, presencia de extraños)
- Pasividad y delegación.

- Ausencia de ayuda.
- Falta de relajación entre las pausas.
- Medicalización del parto: perfusión de oxitocina, rotura artificial de las membranas, dilatación manual del cuello del útero, incitación verbal, aceleración de los tiempos personales, episiotomía, etc.
- Separación inmediata de la persona recién nacida.

Evolución del Trabajo de Parto

La evaluación se realiza con la observación y el examen de la persona gestante:

- Apariencia y comportamiento: Evaluar patrón de respiración, capacidad de mantener una conversación fluida, percepción del dolor, reflejo de vómito, etc.
- Contracciones: Evaluar frecuencia, intensidad, duración, percepción del dolor.
- Dilatación del cuello y descenso de la presentación.

Durante el año 2018 la OMS aprobó recomendaciones sobre los cuidados para las personas gestantes durante el trabajo de parto, las prácticas vinculadas al diagnóstico, la prevención y el tratamiento del avance retrasado de la primera etapa del trabajo de parto.

Basándonos en la utilización del partograma como instrumento para el control del trabajo de parto consideramos insatisfactoria su evolución cuando el mismo atraviesa la línea de acción, momento en el cual se recomendará la intervención por medio de la conducción del trabajo de parto sin alteraciones de la vitalidad fetal ni diagnóstico de desproporción feto-pélvica.

Para el ACOG el trabajo de parto lento pero progresivo no debe ser una indicación de cesárea y considera como Indicación de cesárea por trabajo de parto detenido a toda persona con dilatación cervical mayor a 6 cm, bolsa rota y una falta de progreso en la dilatación luego de 4 hs de adecuada dinámica o luego de 6 horas de uso de oxitocina por hipodinamia uterina sin lograr cambios en la dilatación cervical.

Control de la frecuencia cardíaca fetal

Hay dos métodos para controlar la frecuencia cardíaca: auscultación intermitente y monitoreo fetal electrónico continuo. El método de elección para vigilar la salud fetal durante un trabajo de parto es la auscultación intermitente, cada 30 minutos en el período dilatante y después de cada contracción en el período expulsivo. El monitoreo electrónico continuo es un método cuya sensibilidad para detectar alteraciones de la salud fetal es alta, pero su especificidad es baja (Grant 1989). Por lo tanto, existe un alto porcentaje de falsos positivos con un número elevado de intervenciones innecesarias, sobre todo si se usa en casos de personas con embarazo de bajo riesgo. Por dicho motivo será utilizado solo en los casos necesarios e indicados.

Contacto precoz Y : Hora de Oro

Se conoce como contacto precoz, al contacto piel a piel inmediato al nacimiento, entre la persona recién nacida y su progenitor. Durante las dos primeras horas después del nacimiento el lactante está en alerta por la descarga de noradrenalina que tiene lugar durante el parto, los niveles elevados de esta hormona en el encéfalo facilitan el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para el establecimiento del vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Si se deja a la persona recién nacida en decúbito prono en contacto piel con piel, poco a poco va reptando a los pechos de la persona puérpera mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores, toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda, se dirige hacia la areola, que reconoce por su olor, y la succiona correctamente. Este proceso requiere su tiempo: el 90% de los lactantes hace la primera toma espontánea al pecho antes de los 70 minutos. Sin embargo, la separación, aunque sea durante unos minutos, altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas realizadas con éxito. Se recomienda que la primera prendida suceda en forma espontánea y que las madres/padres/acompañantes, junto a la persona recién nacida, permanezcan en contacto piel a piel durante las dos primeras horas de vida sin ser separados.

La lactancia es un hecho biológico sujeto a modificaciones debido a influencias sociales, económicas, y culturales. La leche humana debe considerarse como referencia o “Gold estándar” de la alimentación del lactante y niño pequeño. La lactancia exclusiva se establece cuando la persona recién nacida es alimentada sólo con leche proveniente de la persona que lo gestó. Las personas puérperas tienen derecho a tomar una decisión informada y libre sobre el método de alimentación y crianza de sus hijos/as y la información, soporte y apoyo adecuado influyen enormemente en dicha decisión.

Un Metanálisis publicado en el año 2016 por Moore ER, Anderson GC, Bergman N, evaluó el contacto temprano piel a piel entre binomios sanos en comparación con los lactantes de contacto estándar y describió los resultados en ambas intervenciones.

Con respecto a la duración de la lactancia exclusiva al primer y al cuarto mes, se observó que el grupo de contacto piel a piel aumentó en un 27% la lactancia entre un 6% y un 53% siendo estadísticamente significativo (RR 1.27 IC [1.06, 1.53]).

Asimismo, la duración de la lactancia exclusiva al sexto mes en el mismo grupo aumentó en un 97% siendo también estadísticamente significativa (RR 1.97 IC [1.37, 2.83]). No se encontraron diferencias significativas con respecto a la transferencia de los neonatos a la UTIN, ni con la frecuencia respiratoria de los mismos.

Se deben posponer las actuaciones no urgentes (peso, talla y otros cuidados) en la persona recién nacida para permitir el mantenimiento del contacto precoz.

Resumen de recomendaciones:

- 1-** Se considerará inicio de fase activa del trabajo de parto cuando la mujer presente signos certeros de trabajo de parto como contracciones regulares, reblandecimiento y centralización del cuello, borramiento y/o dilatación del cuello uterino de al menos 5-6 cm. En ese momento será hospitalizada. **Calidad de la Evidencia: Moderada. Recomendación: Fuerte**
- 2-** Se recomienda el acompañamiento y soporte por parte de un profesional durante todo el período del trabajo parto, parto y postparto inmediato ya que mejora los resultados perinatales. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte**
- 3-** La persona gestante en trabajo de parto podrá elegir con quien quiere estar acompañada de su entorno cercano (familiar, pareja amiga) durante todo el proceso. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte**
- 4-** Se debería acondicionar la sala de partos de tal manera que se logre un ambiente hogareño ya que se vio que el mismo favorece la evolución del trabajo de parto. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte**
- 5-** Se recomienda fomentar la libre posición durante el parto, considerando que la de ambulación acorta significativamente la duración del período dilatante al igual que la posición vertical. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte**
- 6-** No se recomienda la colocación rutinaria de venoclisis ya que la misma interfiere con el proceso natural del parto y la libertad de movimiento.
- 7-** Se sugiere la utilización de técnicas no farmacológicas de alivio de dolor tales como termoterapia, hidroterapia, eutonía ya que mostraron ser seguras e inocuas para la madre y su recién nacido. **Calidad de la Evidencia: Moderada a Baja. Recomendación: Débil.**
- 8-** Se recomienda el partograma de la fase activa con una línea de acción de 4 horas para monitoreo del avance del trabajo de parto.
- 9-** Se sugiere realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. **Calidad de la Evidencia: Moderada a Baja. Recomendación: Débil**
- 10-** No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del trabajo de parto prolongado. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte**
- 11-** No se sugiere el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto. **Calidad de la Evidencia: Baja. Recomendación: Débil**
- 12-** No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte**
- 13-** Se sugiere administrar líquidos por boca e ingerir alimentos. **Calidad de la Evidencia: Baja. Recomendación: Débil**
- 14-** Se recomienda la movilidad y adoptar posiciones erguidas así también el acompañamiento continuo. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte**
- 15-** Se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte**
- 16-** Se recomienda como método de elección para vigilar la salud fetal la auscultación intermitente, cada 30 minutos en el período dilatante y después de cada contracción en el período expulsivo. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte**
- 17-** Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres/padre/acompañante durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. **Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación:**

Protocolo de asistencia en el centro obstétrico del Hospital Nac. Prof. A. Posadas

La finalidad de este protocolo es desarrollar una guía de asistencia del nacimiento con mínimas intervenciones a cargo de un equipo médico-obstétrico-neonatal capacitado para tal fin, basado en el modelo de MSCF (Maternidad Segura y Centrada en la Familia) en el Hospital Profesor Alejandro Posadas. Se aplica a médicos/as obstetras, neonatólogos/as, licenciadas/os en obstetricia, licenciadas/os en enfermería, anesthesiólogos/as, camilleros, instrumentadoras/es quirúrgicos y personal administrativo del mismo nosocomio

Se recomienda a las familias:

- Asistir al Taller de preparación integral para la Maternidad.
- Realizar el control prenatal.

Atenciones generales

- Siempre se le hablará a la persona gestante por su nombre.
- Cada profesional debe identificarse con su nombre.
- Evaluación de la persona: será evaluada junto con su acompañante en el consultorio de guardia si así lo desea la persona gestante.
- Orden de internación: Indicada la internación por el personal de guardia el personal administrativo se encargará de realizar el trámite correspondiente.
- Lugar de internación: En el consultorio de guardia, se le realizará monitoreo fetal de ingreso, extracción de sangre para completar estudios de ser necesario (hemograma, coagulograma, serologías, grupo y factor) y personal de enfermería efectuará el control de los signos vitales y colocación de vía intermitente. La obstétrica y/o el médico confeccionará la historia clínica con consentimiento informado firmado y se decidirá el traslado de la paciente al parto donde transcurrirá junto con su acompañante.

Historia clínica perinatal: Para evitar la estimulación del neocórtex, a través de la activación del lenguaje, se prefiere utilizar los datos del CLAP o libreta sanitaria de la persona gestante en orden de recabar los datos relevantes para la internación. De no contar con estos documentos, se preguntarán a la persona que acompaña el proceso. Estos datos serán luego compartidos con el resto del equipo perinatal para hacer un solo cuestionario y cuidar el entorno en el que se está desarrollando ese trabajo de parto.

- El trabajo de parto y parto serán asistidos por la obstétrica y/o médico de guardia, junto con un residente.
- La persona recién nacida será recibida y asistida por neonatólogo/a de guardia de acuerdo al protocolo de la hora de oro.
- El personal de enfermería estará presente en el momento del nacimiento.

Manejo del trabajo de parto

Toda persona gestante será estimulada a:

- Estar acompañada durante el trabajo de parto, parto y eventual cesárea. **(Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte)**
- A adoptar la posición que más cómoda le resulte durante su trabajo de parto, incluso deambular si así lo desea. **(Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte)**
- No se realizará NST continuo, salvo que las condiciones obstétricas presentes lo ameriten **(Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte)**
- No se colocará venoclisis de rutina salvo que se deba aplicar alguna medicación indicada por la obstétrica o médico de guardia, la cual deberá ser escrita y justificada en la historia clínica.

Los sueros deberán estar rotulados. Se deberá informar a la persona gestante y su acompañante la medicación usada y motivo de la indicación.

- El registro de los controles durante el trabajo de parto debe realizarse en la hoja de partograma cada 30 minutos. **(Calidad de la Evidencia: Moderada. Recomendación: Débil)**

Débil)

- No se realizan tactos reiterados. Se realiza un tacto al ingreso, cuando se evalúa su internación, y luego cuando se considere necesario, siguiendo las recomendaciones de la evidencia científica.

(Calidad de la Evidencia: Moderada. Recomendación: Débil)

- No se realizarán tactos con fines docentes, el residente realizará esta práctica a través del uso de simuladores.

- **Amniotomía:** En condiciones normales las membranas deberán permanecer intactas hasta que se complete la dilatación o hasta que se produzca la rotura espontánea de las mismas. **(Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte)**

- **Infusión intravenosa de oxitocina:** La oxitocina es una medicación que debe ser utilizada bajo válidas indicaciones y con estricto control de las contracciones y salud fetal. En caso de utilizarse, la misma deberá ser indicada por el equipo de guardia. Indicar el motivo y la cantidad en el partograma. **(Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte)**

- **Uso de antiespasmódicos:** No se deberán utilizar. Se ofrecerá a la persona gestante las técnicas alternativas ya mencionadas.

Manejo del segundo período del trabajo de parto (expulsivo)

- **Pujo:** La evidencia científica en cuanto al pujo dirigido es limitada, podría disminuir la duración del segundo período, pero afecta el intercambio de oxígeno materno fetal y podría tener un impacto negativo en la integridad del tejido perineal. Se sugiere evitar el pujo dirigido en pos de un pujo espontáneo. **(Calidad de la Evidencia Baja. Recomendación Débil)**

- La maniobra de Kristeller tampoco deberá realizarse ya que es perjudicial para el útero, el periné y el feto. **(Calidad de la Evidencia Baja. Recomendación Débil)**

- **Posición para el nacimiento:** La mejor posición a adoptar en el segundo periodo del trabajo de parto es la elegida por la persona gestante. No se la debe obligar a acostarse en la camilla de parto. Se le deberá preguntar en qué posición desea parir. **(Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte)**

- Se deberá mantener una luz tenue en la sala de partos.

- No se le hablara a la persona gestante. En el caso de que haya que guiarla con el pujo, lo hará una sola persona.

- Se debe reducir al mínimo la cantidad de personas que permanezcan en la sala de partos. Para el momento del parto debe estar el residente que lo asista acompañado de un miembro del equipo de obstetricia, neonatología y enfermería.

- **Protección del periné:** No hay evidencias suficientes para recomendar el uso de maniobras de protección del periné. No se realizará depresión del periné para dar sensación de pujo. **(Calidad de la Evidencia: Moderada. Recomendación: Débil)**

- **Episiotomía:** Se realizará sólo cuando exista indicación para realizarla, se desaconseja su uso en forma rutinaria. **(Calidad de la Evidencia Moderada. Recomendación Fuerte.)**

- Se colocará la persona recién nacida en el pecho de la persona puérpera para realizar COPAP el mayor tiempo posible (hora de oro). **(Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte)**

- Se realizará el corte tardío del cordón (mínimo 2 minutos) salvo requerimiento de neonatología, por alguna razón en la que se vea comprometida la vitalidad de la persona recién nacida.

(Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte)

- Se realizará alumbramiento activo administrando 10 UI de oxitocina endovenosa. **(Calidad de la Evidencia: Alta. Recomendación: Fuerte)**

- En todo momento se cuidará la intimidad de la persona gestante y su acompañante, dentro de las posibilidades institucionales (luz tenue, aromas, música, etc.)

Asistencia de la persona recién nacida

Estará a cargo del servicio de Neonatología de la institución bajo el protocolo de la hora de oro establecido por el mismo servicio.

Control obstétrico del puerperio

- La persona puérpera permanecerá en observación en la sala de parto hasta su evaluación en el puerperio inmediato y evaluación del lactante por parte del equipo de neonatología. Luego subirá al sexto piso.
- Se fomentará la lactancia humana por parte del equipo.
- En la medida de lo posible se le realizarán los controles al lactante junto a su madre/padre/acompañante y en caso de ser necesario ser trasladado para alguna práctica será acompañado por su madre, padre o acompañante.

Bibliografía

- Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Año 2010
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Plan de parto y nacimiento. Gobierno de España
- Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD000012
- Karin Gottvall, RN, RM, MSc, PhD, Ulla Waldenström, RN, RM, BA, PhD, Charlotta Tingstig, RN, RM, BSc, and Charlotta Grunewald, MD, PhD. In-Hospital Birth Center with the Same Medical Guidelines as Standard Care: A Comparative Study of Obstetric Interventions and Outcomes. BIRTH 38:2 June 2011).
- Gupta JK., Position form women during second stage labour. Cochrane Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
- Ministerio de salud. Peru. Norma técnica para la atención del parto vertical. Dirección de las personas, estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. NTN: 033 MINSAs/DGSP V01 año 2005.
- Guía para la Parteras Modernas, Posiciones en el trabajo de parto y parto, Ed. Mujer Savia editora 2007
- Frida Kaplan. Embarazo y nacimiento eutónico. 1ra edición, 2006
- The Cochrane Collaboration Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review) Copyright © 2013. Published by JohnWiley & Sons, Ltd)
- Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Concensus No 1.. Obstet Gynecol, -March, 2014;123:693-711.
- Poter RH. The biological of skin-to-skin contact and maternal odours. Acta Paediatr. 2004; 93:1560-2)
- Righard L, Alade M Effect of Delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990; 336:1105-7)
- Moore Er, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, issue 5. art. no.: cd003519.
- Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Año 2018
- Lavender T, Cuthbert A, Smyth RMD. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8.
- Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 15;(7):CD010088
- Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 26;3(3):CD009124.
- Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 7;3(3):CD006067.
- Ohlsson A, Shah VS, Stade BC. Vaginal chlorhexidine during labour to prevent

early-onset neonatal group B streptococcal infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 14;(12):CD003520.

- Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 13;6(6):CD006672.

- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 8;2(2):CD000081.

- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database*

- Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Feb 13;2(2):CD007412.

- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Aug 15;2012(8):CD003517

Aníbal Báez-Suárez, Estela Martín-Castillo, Josué García-Andújar. Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a randomized controlled trial. *BMC.* (2018) 19:652.