

PARTO HUMANIZADO

Dilemas éticos, operativos y legales

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

Diario Clarín, 23 de julio 2016

“Un bebé murió en un parto casero y acusan de homicidio a los padres”

Un fiscal imputó por homicidio culposo a una pareja que decidió tener a su hijo por parto natural en su domicilio, sin asistencia profesional, y que terminó con la muerte del bebé. Los padres tienen 32 y 26 años y fueron acusados por el fiscal Maximiliano Breide Obeid de haber provocado la muerte del bebé por imprudencia, al practicar un parto sin tomar los recaudos ni tener los conocimientos necesarios para realizarlo. El pedido del fiscal fue avalado por la jueza de Neuquén, Carolina García. Según la autopsia, la bebé murió por asfixia y la complicación del parto estuvo relacionada con la posición del bebé, que nació de nalgas.

De acuerdo a lo expresado en medios neuquinos, el fiscal no busca una condena efectiva para los padres, sino un mensaje ejemplificador, para generar conciencia sobre la importancia de tomar recaudos y la responsabilidad que implica llevar adelante un parto domiciliario.

Situaciones como la vivida el pasado mes en Neuquén nos llevan a reflexionar sobre un tema que genera encendidos debates, en donde abundan las posturas extremas.

Vivimos en una sociedad diversa y en constante cambio. Distintas personas tienen concepciones muy diferentes acerca de la mejor forma de nacer (como de morir). Algunos padres desean partos naturales, con mínima intervención tecno y farmacológica, ya sea en su domicilio o en ámbitos médicos que respeten esta voluntad. Otros prefieren el parto bajo agua, y muchos desean poder elegir la posición en la que tendrán al bebé (vertical, de cuclillas, etc.). a. En el otro extremo del espectro, hay madres y padres que desean partos

absolutamente medicalizados, solicitando la realización de cesáreas bajo anestesia aún cuando no haya una indicación materna o fetal que la justifique.

Las distintas posturas degeneran a veces en conductas extremas, como la de los padres del bebé de Neuquén, que se embarcaron en un parto domiciliario sin los mínimos recaudos de seguridad (entre otros, la presencia de obstétrica matriculada y de un experto en resucitación neonatal). Otros padres se niegan, por considerarlos invasivos, a la realización de exámenes y administración de vacunas que son obligatorias por ley (Hepatitis B, BCG, FEI, examen audiológico) o de procedimientos que son fuertemente recomendados por consensos nacionales e internacionales y respaldados por resoluciones ministeriales (como la administración de Vit. K para la profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido y la profilaxis de la oftalmía gonocócica). Muchas de estas posturas generan dilemas éticos. ¿Cuál es el límite de la responsabilidad parental? ¿Pueden los padres oponerse a la realización de prácticas cuya no realización ponen en peligro al bebé? ¿Qué conducta deben adoptar los médicos en estas circunstancias?

El factor en común en la mayoría de los casos suele ser la desinformación. Muchos profesionales y dirigentes de instituciones desconocen la ley de parto humanizado y las guías para transformar las maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia (Unicef/Ministerio de Salud de la Nación). También hay quienes, conociéndolas, se ven imposibilitados de aplicarlas por falta de infraestructura y de recursos humanos. Complicando el panorama, muchos padres toman decisiones sin haber sido informados exhaustivamente de los beneficios y riesgos de las distintas alternativas que tienen a su disposición (cuando las tienen...).

Esta pequeña revisión de las normativas, consensos y literatura científica vigentes, busca aportar la mayor

claridad posible a un tema lleno de matices, donde tal vez sea imposible, dado el estado actual del debate, llegar a conclusiones definitivas. Sí creemos que pueden darse pautas generales de manejo que contemplen y balanceen los mejores intereses del niño, los derechos de los padres y las posibilidades reales de los médicos y de las instituciones de garantizar un cumplimiento efectivo de los mismos.

Un poco de historia

Hasta hace no muchos años, el nacimiento de un hijo era un acontecimiento familiar y de la comunidad que tenía lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comenzó a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos (no más del 20% del total). Esto fue considerado un progreso, ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, a la vez, significó la incorporación de las parturientas y de recién nacidos sanos a los hospitales, instituciones regidas por los conceptos de personas enfermas. Pasaron a hacer largas colas, internarse para el parto separados de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso con consecuencias iatrogénicas como la lesión del vínculo (“Guías para la atención del parto normal...”)

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

El equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos de alto riesgo en todos los casos, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones excepcionales en rutinarias. Se consideró conveniente “gobernar o dirigir” el parto, aún los normales, extendiendo prácticas hoy desaconsejadas, pero que en algunas instituciones se siguen realizando,

como rasurado perivulvar/perineal, enemas, venoclisis, episiotomías rutinarias y parto en posición horizontal.

El incremento de la tecnología (ecografías, monitoreo electrónico, anestesia peridural, etc.) ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos y neonatales.

Se transformó el nacimiento en una enfermedad y las madres y sus familias aceptaron ser dominados y subordinados por el Equipo de Salud, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones. Pero en el mundo y en nuestro país, comenzaron a desarrollarse diversos movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con participación de la familia.

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una reunión en Fortaleza, Brasil, de la que surgió una declaración denominada “El nacimiento no es una enfermedad” (ver cuadro 1) que dio origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención. A esta se sumaron múltiples iniciativas para “humanizar” la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia y transformar las maternidades en instituciones “Centradas en la Familia” y no en el equipo de salud. .

Cuadro 1

¡EL NACIMIENTO NO ES UNA ENFERMEDAD!

16 Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud

Estas 16 recomendaciones tienen por base el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en la planificación, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada.

1. Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.

2. Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.

3. Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentajes de cesáreas, etc.)

4. No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea.

5. No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.

6. No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.

7. No está indicado el afeitado de la región púbica ni las enemas preparto.

8. Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se las debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.

9. No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal)

10. No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.

11. Debe evitarse durante el parto la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.

12. No se justifica científicamente la ruptura artificial de membranas por rutina.

13. El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.

14. Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.

15. Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

16. Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada. Estas recomendaciones se tomaron de un informe sobre "Tecnologías de Parto Apropriadas" publicado por la OMS en abril de 1985

Fuente: WHO World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; ii:436-437.

La evidencia científica

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones. Según la OMS, en el parto normal deben existir razones muy validas para interferir con el proceso natural.

La evidencia científica ha permitido derribar muchos mitos y desalentar algunas prácticas rutinarias que no arrojarían ningún beneficio y serían incluso perjudiciales para la salud del binomio madre-hijo. Las prácticas que definen al parto humanizado han sido avaladas por la revisión Cochrane, una de las más prestigiosas redes internacionales independientes de investigadores,

profesionales, pacientes, cuidadores y personas interesadas por la salud. Su labor es considerada una referencia de información fiable y de calidad. Los investigadores analizaron diversos ensayos clínicos aleatorizados y demostraron los beneficios del parto humanizado en las mujeres que lo recibieron en relación con grupos control de madres que no tuvieron acompañamiento durante sus trabajos de parto y partos. Entre estos beneficios se encuentran un menor número de episiotomías, una disminución en el uso de drogas, el acortamiento de la duración de los partos, el aumento de la satisfacción materna y mejores puntuaciones en el Apgar neonatal. (Belizán J)

En la actualidad, hay consenso científico sobre lo siguiente: ("Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia". Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud. 4ta Ed. Noviembre 2010)

- La presencia de una persona relacionada afectivamente con la madre en el trabajo de parto establece un vínculo de contención y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo del parto.
- Los enemas y el rasurado son intervenciones que se consideran innecesarias y no deberían efectuarse.
- No hay justificación científica para restringir la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.
- Debe desaconsejarse el uso rutinario de goteos endovenosos si se asegura la hidratación oral. No hay evidencias que sean de utilidad para una eventual emergencia médica.
- No es aconsejable la administración de drogas analgésicas por vía sistémica durante el trabajo de parto, debido a sus efectos perjudiciales
- En la asistencia del parto normal los métodos no farmacológicos deben priorizarse. No hay duda que la analgesia epidural es muy útil en algunos partos (distócicos, prolongados o con dolor mal tolerado). Sin embargo, su utilización en forma rutinaria medicaliza el parto innecesariamente. En los casos en que su uso es necesario, debe realizarse luego de los 5 cm de dilatación.
- El método de elección para vigilar la salud fetal durante un trabajo de parto normal es la auscultación intermitente. Sólo cuando existe un mayor riesgo, el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales. En la mayoría de los partos sin riesgo elevado, el monitoreo electrónico produce un mayor número de intervenciones innecesarias, sin beneficios para el niño, con el adicional de ser poco favorable para la madre, impidiendo además la libre elección de la posición a adoptar durante el período de dilatación.
- La medida de la temperatura, el pulso y la presión sanguínea no son intervenciones sino observaciones, y las tres tienen un importante lugar en la vigilancia del parto.
- No hay evidencia que apoye incentivar la posición supina (boca arriba) durante el primer período del trabajo de parto. La única excepción es cuando las membranas están rotas y la cabeza fetal está móvil. Si las membranas están rotas y la cabeza está descendida se debe ofrecer libertad de movimiento. No hay evidencias que la posición de pie durante el primer período del trabajo de parto tenga efectos adversos sobre los resultados maternos y neonatales.
- Se debe incentivar a las mujeres a que adopten la posición que les resulte más cómoda, ya que hay evidencias de que esta medida disminuye el dolor.
- No se recomienda la utilización del examen rectal en la evaluación del trabajo de parto.
- El Partograma debe incluirse como tecnología apropiada en la historia clínica obstétrica, constituyendo un resguardo legal.
- No hay evidencia clínica que demuestre que la amniotomía temprana (ruptura artificial de membranas) tenga alguna ventaja. Por lo tanto, durante el trabajo de parto normal debe existir una razón muy válida para realizarla. Esta práctica debe reservarse para aquellos casos que presentan un progreso anormal del trabajo de parto.
- No hay evidencia clínica que demuestre que la utilización liberal de ocitocina durante el trabajo de

parto normal sea beneficiosa para las mujeres o sus hijos. Sólo debe utilizarse ocitocina bajo indicaciones válidas y con estricto control de las contracciones la salud fetal.

- Si el trabajo de parto se desarrolla normalmente, no se debe hacer pujar a la parturienta si no lo desea. No se debe realizar presión fúndica (Maniobra de Kristeller) durante el segundo período del trabajo de parto.
- La duración del segundo período del trabajo de parto depende de las condiciones maternas y fetales; si estas son buenas, no hay evidencia para intervenir en el progreso del mismo. Sin embargo, en una mujer nulípara luego de 2 horas y en una multípara luego de 1 hora, las posibilidades de parto espontáneo se ven reducidas a medida que pasa el tiempo.
- La mejor posición a adoptar en el segundo período del trabajo de parto es la semisentada (vertical) o en decúbito lateral.
- La cateterización vesical antes del inicio del pujo es una práctica innecesaria y que puede causar infecciones del tracto urinario ser traumática cuando la presentación está descendida. Es aconsejable animar a las mujeres a orinar en el primer período del trabajo de parto
- No hay evidencias suficientes para recomendar el uso de maniobras de protección del periné. El “masaje perineal” o depresión perineal no es una práctica beneficiosa durante el segundo período del trabajo de parto.
- La práctica de la episiotomía en forma restringida tiene beneficios cuando se la compara con su uso en forma rutinaria. No hay evidencia que el uso rutinario o liberal de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales.
- En las mujeres con alto riesgo de hemorragia, la administración de 10 UI de ocitocina inmediatamente después de la expulsión del hombro anterior o luego del parto del recién nacido, previene la hemorragia post-parto. (Puede darse IM o IV, si tiene venoclisis)

- El clampeo tardío es una práctica fisiológica y el clampeo temprano es una intervención que necesita ser justificada.
- El clampeo y ligadura del cordón umbilical debe realizarse cuando el mismo deje de latir, tiempo que varía entre uno a tres minutos y con el recién nacido colocado en un plano igual o levemente inferior al de la placenta (no más de 20 cm)

Con respecto a una práctica mucho menos tradicional como es el parto en el agua, una revisión Cochrane sobre 12 estudios que abarcaron 3243 mujeres, no encontraron evidencias de efectos deletéreos ni para la madre ni para el recién nacido. Por el contrario las primeras evidencias indicarían que la inmersión en agua durante el período dilatante reduciría significativamente la percepción del dolor por parte de las mujeres y el uso de la analgesia epidural/raquídea. La inmersión en agua durante el período expulsivo también aumentaría la satisfacción informada por las mujeres respecto al pujo. La revisión aclara sin embargo que se necesitan más estudios para llegar a conclusiones más definitivas (lo que no quiere decir que no sea una práctica científicamente válida) y equipos entrenados en este procedimiento. (Cluet ER)

Marco Legal. La Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado

Haciéndose eco de las evidencias científicas mencionadas, el Congreso de la Nación sancionó en el año 2004 la Ley 25.929, conocida como “Ley de Parto Humanizado” La misma fue recién reglamentada en 2015 por el Decreto 2035/2015 y aplica tanto al ámbito público como al privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

En sus considerandos, la ley pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y postparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de estas prácticas cuando lo amerite el estado de salud de la parturienta.

La norma también destaca el claro reforzamiento del derecho al vínculo corporal entre la madre y el recién nacido, exigiéndose el mayor respeto a dicho vínculo, al reconocerse la necesidad del recién nacido a la internación conjunta con su madre en la sala durante el menor plazo posible y la necesidad de la madre de mantenerse al lado de su hijo/a, sin perjuicio de la obligatoriedad de adoptar otro temperamento cuando lo ameriten el estado de salud de la madre y/o del recién nacido.

De acuerdo a la mencionada ley, la madre tiene, entre otros, los siguientes derechos:

- A ser informada en forma comprensible y suficiente acerca de las posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. (Art.2.1 a)
- A elegir de manera informada y con libertad el **lugar** y la **forma** en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento), y la **vía** de nacimiento. El equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión, **en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a**. Dicha decisión deberá constar en la institución de forma fehaciente. **En caso de duda, se resolverá a favor de la persona asistida.** (Art.2 Inc.a)
- A que, en los casos de partos vaginales, el profesional evite aquellas prácticas que impidan la libertad de movimiento o el derecho a recibir líquidos y alimentos durante el trabajo de parto cuando las circunstancias lo permitan, evitando prácticas invasivas innecesarias durante el proceso. (Art.2. Inc.b)
- A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, **independientemente de cuál sea la vía del parto.** (Art. 2 Inc g)
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales. (Art. 2. Inc. h)
- **Los servicios de internación neonatal, aún en sus áreas de terapia intensiva, deberán brindar acceso sin restricciones para la madres y/o el padre del recién nacido**, permitiendo el contacto físico. Deberá contemplarse el acceso facilitado para otros familiares directos y/o acompañantes que la madre disponga y la acreditación de identidad como único requisito. (Art. 4. Inc. b)
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. Los establecimientos de salud deberán adecuar sus instalaciones de manera de contar con Centros de Lactancia Materna conforme a la normativa vigente- (Art. 4. Inc d)
- A recibir al momento del alta información sobre el seguimiento ambulatorio, así como del desarrollo del plan de vacunación. (Art. 3 Inc d)

La ley también destaca de manera clara los derechos que tiene el recién nacido, entre otros:

- A ser tratado en forma respetuosa y digna. (Art. 3 Inc. a)
- A su inequívoca identificación (que deberá ser ajustada a las normativas vigentes nacionales, provinciales o de C.A.B.A) (Art.3 Inc. b)
- A contar con las vacunas obligatorias exigibles al momento del alta, así como a la realización de las pesquisas neonatales en conformidad con las Leyes ^o 24.415 y ^o 26.279, sus reglamentaciones, modificatorias o aquellas normas que en el futuro las reemplacen. (Art. 3 Inc..e)
- A que se completen los estudios y eventuales tratamientos correspondientes a enfermedades de transmisión vertical. (Art. 3 Inc. d).

Habiendo expuesto las evidencias científicas y los derechos consagrados por la normativa vigente, cabe preguntarse si las instituciones de nuestro país se encuentran preparadas para permitir el ejercicio efectivo de estos derechos. Una gran mayoría las maternidades de la Argentina se encuentran lejos de poder cumplir con estos postulados. De allí surge la existencia de guías avaladas por las sociedades científicas y las autoridades sanitarias para transformar

las maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia.

Maternidades centradas en la familia

En el prólogo de la “Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia (Unicef/Ministerio de Salud de la Nación, 2007), el Dr. Miguel Larguía , prestigioso médico pediatra, jefe de neonatología del Hospital Materno Infantil Sardá y Académico Titular de la Academia Nacional de Medicina afirma:

“Las maternidades centradas en la familia (MCF) representan un cambio de paradigma en la asistencia perinatal: de la atención basada exclusivamente en la tecnología y la medicalización, a la asistencia humanizada que permite a nuestra especie recuperar derechos inalienables que nunca debió haber perdido con la institucionalización del parto.”

“MCF es una concepción filosófica y ética que reconoce que las mujeres embarazadas, luego puérperas, sus hijos y sus grupos familiares son los verdaderos “dueños de casa” en todos los centros donde nacen personas..”

“Hoy, en Perinatología, en todas las especialidades que la integran, se trata de sumar a los progresos de la medicina científica y tecnológica, los redescubrimientos de intervenciones y acciones solidarias, de contención afectiva y de comprensión de las necesidades de cada individuo. En resumen, las que representan el sentido común. Las MCF no son una propuesta original. Tampoco ni siquiera reciente. Menos aún exclusiva de un centro perinatológico de un país o de una región. Hay numerosos consensos internacionales y nacionales que avalan este enfoque holístico que se basa en el respeto a los derechos de las personas. “

Según las principales guías, para transformarse en MCF, las maternidades tradicionales deberían implementar las siguientes medidas durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y la internación posterior de la madre y el niño, Entre estas medidas se incluyen (Larguía) :

a) Durante el embarazo

- **Acompañante durante el control prenatal**

Si bien se ha investigado muy poco acerca del valor de una compañía en otros ámbitos que no sean los del parto (donde está comprobada su utilidad) y no hay evidencias científicas en este aspecto, el estimular una compañía (no forzarla), que la mujer elija para que permanezca junto a ella durante los procedimientos obstétricos o ginecológicos habituales en el control prenatal, seguramente reduce sus miedos.

- **Brindar información específica**

Sobre horarios de atención, que deben ser amplios, matutinos y vespertinos. Sistema de turnos programados para evitar largas horas de espera. También se debe informar sobre los derechos del usuario, las prácticas realizadas y sus resultados. Esta información debe ser clara, con idioma comprensible para la mujer y/o el acompañante. Es necesario asegurar el grado de comprensión de las indicaciones, preguntando dudas.

- **Salas de espera confortables**

Esto implica contar con asientos suficientes para las mujeres y sus acompañantes, baños para hombres y mujeres en número adecuado y con limpieza frecuente, temperatura ambiente acondicionada según la época del año, televisores donde se transmitan mensajes de Educación para la Salud, actividades programadas para minimizar la espera .

- **Área de juego para niños y guardería**

Muchas mujeres no tienen con quién dejar sus otros hijos y por ese motivo, o no concurren al control prenatal, o los llevan consigo dificultando su atención.

- **Consultorios apropiados**

Deben ser amplios, no compartidos, con sillas para la mujer y su acompañante. Deben resguardar la privacidad y la dignidad de la mujer que se asiste evitando que la mujer sea visualizada por otras personas mientras se la revisa. Se debe contar con sanitarios dentro del área de la consulta.

- **Trato digno y respetuoso**

Proveer atención de manera impersonal, no presentarse por el nombre, conversar con colegas mientras se realizan procedimientos, no respetar la privacidad de la mujer, estar a la vista de otras mujeres son situaciones cotidianas que deben evitarse.

- **Atención a cargo de obstétricas**

Estas profesionales son las más idóneas para la atención del embarazo normal y están capacitadas para diagnosticar desviaciones de la normalidad que requieran asistencia médica especializada. Según una reciente revisión Sistemática Cochrane, las mujeres se muestran más satisfechas con la atención proporcionada por una partera o un médico generalista que con la atención conjunta por tocoginecólogos, aunque en ambos casos la efectividad clínica fue similar

- **Educación para la salud**

Se debe ofrecer, tanto en la consulta como en la sala de espera o a través de folletos, información acerca de signos de alarma que deben motivar la consulta urgente. Lactancia materna, asesoramiento en procreación responsable, prevención de enfermedades de transmisión sexual, en especial VIH/SIDA, así como medidas de prevención de violencia familiar.

- **Curso de preparación integral para la maternidad,**

Todas las embarazadas debieran poder acceder a este Curso, por lo que el mismo debe dictarse en horarios razonables y accesibles, con un número no muy elevado de charlas.

- **Hospital de día para embarazadas**

Para aquellos servicios de Maternidad de alta complejidad y elevado número de partos, es deseable que existan áreas de Hospital de Día para embarazadas, con el fin de concentrar estudios de diagnóstico y/o tratamientos materno-fetales. Las plazas serán de 0,5 a 1 cada 1000 partos. Estas plazas pueden ser camas o sillones confortables, rodeando a una mesa que permita servir comida a las mujeres, ubicadas dentro del servicio de obstetricia. Debe haber acceso a sanitarios. No requiere equipamiento especial pero debe tener

asignado personal médico y de enfermería que controle a las embarazadas, haga retirar sus estudios, etc.

- **Apoyo a padres adolescentes**

Las embarazadas y sus parejas adolescentes merecen una atención especial, por un equipo multidisciplinario.

- **Otros servicios**

Es importante brindar acceso a cafeterías, biblioteca para usuarios, etc.

b) Durante el trabajo de parto y parto

- **Salas únicas para trabajo de parto, parto y puerperio**

La concepción clásica basa la asistencia del parto en lugares diferentes según se trate del trabajo de parto, el parto o el puerperio. Esta modalidad tiene muchas desventajas: contribuye a aislar a la embarazada de su grupo familiar y su acompañante; implica dificultosos traslados; exige mayor cantidad de recursos humanos – camilleros, enfermeros y personal de limpieza-; condiciona mayor consumo de ropa, etc. Las salas TPR o TPRP (trabajo de parto, parto, recuperación y puerperio), nacen como a una alternativa a lo anterior, respondiendo al concepto de humanización del parto. Se trata de salas de internación individuales, que permiten la atención del período de dilatación, parto y recuperación en una sola habitación, arreglada como un dormitorio con muebles adecuados, ventanas y cuadros, pero con acceso a la aparatología y otros elementos tecnológicos que permanecerán ocultos hasta su uso.

- **Acompañante en trabajo de parto y parto**

La institucionalización del parto dentro de hospitales en las últimas décadas, hizo que el apoyo continuo durante el trabajo de parto se haya convertido en una excepción, en vez de brindarse en forma habitual. La presencia de un acompañante elegido por la mujer brinda apoyo emocional, ayuda a la implementación de medidas que aportan comodidad –caricias, masajes, baños duchas tibias, facilitar la ingesta y eliminación de fluidos-. Los acompañantes sirven a su vez como mediadores, ayudando a que la mujer pueda comunicar sus deseos y necesidades a los demás. Distintos estudios demuestran que la presencia de un acompañante mejora el pasaje

del feto a través de la pelvis y los tejidos blandos y disminuye el estrés, que generalmente se asocia con altos niveles de epinefrina en sangre, lo que a su vez puede ocasionar patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal.

En muchos países ya se dispone de servicios de mujeres que reciben capacitación especial en el apoyo durante el trabajo de parto. Más conocida comúnmente como doula (palabra griega que significa “criada”), esta nueva integrante del equipo de personas a cargo de la atención también puede denominarse acompañante de trabajo de parto.

Debe resolverse la posible oposición de los profesionales de salud que estuvieran en desacuerdo con la presencia de personas no profesionales en las áreas de parto y nacimiento. Debe quedar claro que la prioridad como acompañante la tiene la persona elegida por la mujer, entre su familia/amigos. Esta persona no debiera ser reemplazada por una doula u otra mujer no profesional provista por la institución, salvo aceptación concreta de la mujer, en caso de no contar con familiares/amigos disponibles. Debe respetarse el deseo de las mujeres que no quieren contar con acompañantes.

La tarea del equipo profesional no puede ser reemplazada por el acompañante familiar o la doula. Dentro de los profesionales, es importante resaltar el rol de la obstétrica. Existen fuertes evidencias científicas que demuestran que cuando las obstétricas asisten partos normales, su cuidado se asocia con menos intervenciones. La OMS reconoce a la obstétrica como el profesional más costo-efectivo para el cuidado del parto normal, por lo que debe priorizarse su actividad, reservando a los médicos especialistas sólo el manejo de los partos patológicos.

- **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. Debe favorecerse el contacto piel a piel entre ambos, e mientras se mantiene la vigilancia de la madre y el recién nacido y demorar las rutinas habituales que se realizan en el niño. Este contacto precoz favorece el vínculo madre-padre-hijo y el inicio y mantenimiento posterior de la lactancia materna.

- **Inicio precoz de la lactancia materna**

La lactancia materna debe iniciarse en ese primer momento o dentro de la primera hora de vida del niño. Existen evidencias que su implementación favorece el mantenimiento posterior de la lactancia materna.

- **No separación madre-hijo**

Luego del parto, la madre y su hijo no deben ser separados, salvo brevemente para realizar los procedimientos de rutina necesarios en el recién nacido (peso, examen físico, aplicación de vacunas, etc.). Los recién nacidos no deben quedar en la sala de Recepción/Reanimación con el propósito de ser “observados”. El control del post parto inmediato de la madre y el niño debe ser realizado en ambos sin necesidad de separarlos.

- **Evitar maniobras intempestivas en la recepción del RN**

No se deben aspirar las fauces de los recién nacidos vigorosos, pues no hay evidencias de que esto sea necesario. Asimismo, no hay evidencias que sustenten la necesidad de pasar sondas a estómago para descartar atresia de esófago en forma rutinaria a todos los RN. Sólo sería necesario si hay antecedentes o sintomatología que lo justifiquen. Tampoco hay evidencias que apoyen la necesidad de pasar rutinariamente sonda rectal.

c) En el Post-Parto

- **Internación conjunta madre-hijo**

No mucho tiempo atrás, los RN sanos eran internados en sectores denominados “nurseries” y llevados periódicamente a la habitación de los padres. Esta conducta verdaderamente irracional y contraria a los intereses de la familia convertía a estos sectores en “áreas de secuestro” incomprensibles hoy en día. La internación conjunta debe brindarse sin interferencias institucionales, sin separaciones injustificadas y con libre acceso para los grupos familiares. Para las madres con cesárea, debe ofrecerse la posibilidad de tener un acompañante femenino de su elección, con derecho a permanencia continua para colaborar en el cuidado de la puerpera y de su hijo. Las acciones a llevar a cabo en internación conjunta se encuentran descriptas en la Guía para la atención del

parto normal en Maternidades Centradas en la Familia del Ministerio de Salud de la Nación.

- **Promoción de la lactancia materna**

Esta iniciativa surgió en Florencia, Italia, en 1990 de una decisión conjunta de OMS y UNICEF, con el nombre inicial de “Hospital Amigo del Niño”. Rescata el importante rol de las maternidades en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Para obtener la distinción, consistente en una placa, se debe aprobar una evaluación externa que se realiza con instrumentos internacionales y que exige reevaluaciones periódicas.

En la Argentina, la Comisión Asesora de Lactancia Materna, creada en 1993 por el Ministerio de Salud adhirió a esta iniciativa adoptando el nombre “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”. Desde entonces, se han acreditado y re acreditado más de 50 Hospitales, tanto públicos como privados de nuestro país. Los “Diez pasos para una Lactancia Exitosa” son un conjunto de recomendaciones basadas en una mezcla de experiencia y evidencia científica. Se desarrollaron de tal forma de ser tan generales como fuera posible, permitiendo que los servicios los adapten a sus condiciones locales manteniendo su objetivo.

- **Ingreso irrestricto de madre y padre a los servicios de neonatología**

El parto domiciliario implicaba un importante riesgo para la embarazada, luego puérpera y para el RN. Es por eso que se considera un importante progreso en salud pública la institucionalización del mismo y la asistencia en maternidades. Prueba de ello es la actual sobrevivencia de prematuros de cada vez menor edad gestacional. Sin embargo, se produjo la pérdida de una serie de derechos indiscutibles de las personas.

Para la asistencia de RN enfermos y prematuros, se crearon Servicios de Neonatología con cuidados intensivos, intermedios, etc. En el programa arquitectónico de los mismos no se tuvo en cuenta a los padres y sus familias. Como consecuencia, se convirtieron en barreras a veces infranqueables para el ingreso de los que ahora definimos como verdaderos dueños de casa. Se ofreció como alternativa horarios acotados de visita y se impuso la clasificación de circulación restringida para estas áreas. Entendiendo que la participación activa de la familia es esencial para

el cuidado de los hijos, y más especialmente aún en poblaciones vulnerables con internaciones prolongadas, corresponde posibilitar el ingreso irrestricto de los padres.

El argumento más frecuentemente declamado por médicos y enfermeras para no permitir el ingreso irrestricto de los padres es el mayor riesgo de infección para los recién nacidos internados en la unidad. Esta afirmación no solamente no es válida, sino que por el contrario, esta complicación disminuye al ser la madre la protagonista principal de una atención ahora individualizada, colaborando con los agentes de salud. Este argumento en realidad suele encubrir el temor de los profesionales a ser auditados y por ende cuestionados. (Larguía)

El Servicio de Neonatología debe autorizar el ingreso irrestricto de las madres, es decir sin horarios, todos los días, a todos los sectores de internación, incluyendo los de cuidados intensivos. Las madres serán entrenadas en las técnicas de lavado de manos al ingreso al servicio y luego al acceder al sector que correspondiere. Se les informará de las condiciones de sus hijos, de los procedimientos que se llevan a cabo y de la tecnología que se utiliza. Serán capacitadas para realizar procedimientos de baja complejidad, como por ejemplo la alimentación por gavage, por sonda naso u orogástrica. Más importante aún, se las estimulará para acariciar a sus hijos sin perjuicios para ellos y para la intervención.

Las madres podrán ingresar con su ropa particular sin necesidad de vestir camisolines o portar gorros o barbijos, ya que no representan ventaja alguna. El padre también tiene derecho al ingreso irrestricto al servicio con las mismas características que enumeramos para la madre. En maternidades con gran número de partos y un sistema de vigilancia imperfecto, puede ser aconsejable limitar el acceso y permanencia de los padres al horario de 6:00 a 24:00, por los potenciales problemas que se pudieran generar durante la noche.

- **Salida transitoria de la incubadora para el contacto piel a piel madre/padre/hijo (COPAP)**

El contacto piel a piel (COPAP) sobre el tórax materno permite que el recién nacido prematuro experimente estímulos táctiles, auditivos, y propioceptivos, el ritmo cardíaco, el sonido del flujo de los grandes vasos y las

caricias maternas mientras es sostenido, estimula la autorregulación necesaria para la sobrevivencia de estos niños.

- **Ingreso programado de familiares (Abuelos, hermanos)**

Para el ingreso de familiares, con la autorización de la madre, a las Unidades de Cuidados Especiales en Neonatología se toman medidas de prevención de infecciones. Es frecuente encontrar resistencia por parte de los agentes de salud para la visita de abuelos y hermanos. Sin embargo, no existen motivos para esta actitud que en realidad refleja una injustificada preocupación por encubrir.

Habiendo descripto la infraestructura y los recursos humanos necesarios para cumplir con la ley y con las guías de parto humanizado, resulta evidente que la mayoría de las instituciones de la Argentina no se encuentran preparadas para este cambio de paradigma. Hoy son muy pocos los hospitales y centros que cuentan con salas TPR (salas únicas de trabajo de parto, parto y recuperación), y muchas no tienen suficiente espacio para los acompañantes. También hay problemas de privacidad en casos de maternidades de alto volumen y partos simultáneos. Sin embargo, esta falta de estructura no es óbice para comenzar a abrazar los conceptos fundamentales del parto humanizado, haciendo tanto foco en la experiencia de las madres y de sus familias como en el proceso biológico del nacimiento.

Partos domiciliarios

En su guía del parto normal, la Organización Mundial de la Salud sostiene que el nacimiento debe hacerse “en el lugar en que la madre se encuentre segura”. Para una mujer de bajo riesgo este lugar puede ser su casa, una maternidad pequeña o quizás la maternidad de un gran hospital. (OMS, Guías 1996) Según cifras del Ministerio de Salud de la Nación, de los 750.000 nacimientos que ocurren por año en la Argentina, el 1% sucede fuera de los hospitales (Diario Clarín, sobre datos del Ministerio de Salud, 23 de julio 2016). Debe tenerse sin embargo en cuenta que un gran porcentaje de estos últimos no estaban planificados de esta manera y ocurrieron sin que la madre pudiera llegar al hospital.

La situación es similar en otros países. En los Estados Unidos, 1 de cada 200 mujeres tienen sus bebés en sus casas, lo que significa aproximadamente unos 25.000 nacimientos domiciliarios anuales. Cerca del 75% de estos casos son planificados como partos domiciliarios. (Martin JA, 2006). En España, el número de partos planificados en casa se calcula en 800 (Educere, 2012) y en el Reino Unido, el parto domiciliario es una de las opciones del Servicio Nacional de Salud. (NHS, “Where to give birth”)

La seguridad de los partos domiciliarios (para la madre y el bebé) se encuentra en el centro de un encendido debate en todo el mundo. Quienes apoyan a ultranza y de manera a veces acrítica esta elección sostienen que el embarazo y el parto son hechos fisiológicos, y que la mayoría de los nacimientos podrían llevarse a cabo sin intervención médica innecesaria. De hecho, una última revisión Cochrane (2012) concluye que no hay pruebas sólidas para preferir el parto planificado en el hospital o el parto en casa en mujeres de bajo riesgo, siempre y cuando se den ciertas condiciones: embarazos únicos, la asistencia de una obstétrica matriculada y el respaldo de un centro médico de rápido acceso. (Olsen O. y col)

En el año 2010, Joseph Wax y col., publicaron en el American Journal of Obstetrics & Gynecology un meta-análisis en donde revisan sistemáticamente la literatura respecto al parto institucionalizado vs. el parto domiciliario. (Wax J y col). Los autores observaron que los partos domiciliarios se asociaban con menores intervenciones sobre las madres, incluyendo menos analgesia epidural, menor cantidad de partos instrumentados y menos episiotomías. Estas mujeres también experimentan menos laceraciones, hemorragias e infecciones. Sin embargo, observaron que este menor intervencionismo se asociaba con una triplicación en la tasa de muerte neonatal. Entre el 9% y el 37% de las mujeres debieron ser transferidas a los hospitales por complicaciones durante el trabajo de parto. Sin embargo, estas conclusiones fueron criticadas fuertemente por otros especialistas en la misma revista por presentar severas fallas metodológicas, sosteniendo que el estudio de Wax sólo generaba confusión y miedo respecto a una forma de nacer que ha demostrado ser segura y con buenos resultados para las mujeres de bajo riesgo y sus recién nacidos. (Kirby R) (Johnson KC) (Sandal J)

Si bien el riesgo absoluto de muertes perinatales es bajo sea cual sea el sitio de nacimiento, un estudio publicado en diciembre de 2015 en el *New England Journal of Medicine* sostiene que los nacimientos domiciliarios planificados tienen mayor mortalidad que los partos institucionalizados. Los autores revisaron 80.000 partos únicos entre 2012 y 2103. (Snowden L y col) De estos, el 95% de las mujeres planificaron y completaron su parto en el hospital general, el 4% los hizo en los denominados “centros de nacimiento” (birthing centers) y el 1% restante planificó tener a su bebé fuera del hospital pero tuvieron que ser transferidas por complicaciones intraparto. La tasa de mortalidad neonatal en las partos planificados fuera del hospital fue de 3,9 cada 1.000 nacimientos, más del doble de la mortalidad de los partos hospitalarios (1,8 cada 1.000 nacimientos). Los autores destacaron que los grupos observados eran similares en cuanto al riesgo previo. Los partos domiciliarios también se asociaron con otras evoluciones desfavorables, como menor Score de Apagar a los 5', convulsiones del recién nacido, y necesidad de transfusión materna. El número de admisiones a UTI neonatal también fue superior en el grupo de partos domiciliarios. En su conclusión, los autores abogan por el parto en hospitales y, en los casos de decidir realizarlos fuera de este ámbito, por mayores precauciones y controles.

En 2013, la American Academy of Pediatrics, en línea con un consenso del American College of Obstetricians and Gynecologists publicó su posición al respecto en un documento oficial (“Planned Home Birth. Policy Statement”): los hospitales y los “centros de nacimiento” (equivalentes a nuestras maternidades monovalentes) son los lugares más seguros para tener un bebé en los Estados Unidos, si bien debe respetarse el derecho de la mujer a tomar una decisión informada. La declaración busca ser una guía que ayude a los pediatras a brindar consejo a aquellas mujeres que están considerando la posibilidad de un parto domiciliario, destacando el rol que les compete en la defensa del derecho del bebé a recibir el estándar de atención que reciben los recién nacidos en los hospitales (administración de vitamina K, profilaxis de oftalmía gonocócica, vacunaciones, estudios y screening de hiperbilirrubinemia y glucosa cuando corresponda, entre otras medidas.). Según las sociedades científicas de pediatras y de obstetras, las mujeres que preguntan acerca de la posibilidad de tener a su bebé en su casa, deben ser informadas de forma

clara, precisa y adecuada sobre sus riesgos y beneficios, basados en la evidencia científica reciente. La declaración explícitamente indica quiénes son buenas candidatas para tener un parto domiciliario y subraya cuáles son las condiciones mínimas de seguridad para reducir la mortalidad perinatal y tener partos domiciliarios favorables. (Ver Cuadro 2)

Tabla 2: Recomendaciones cuando se considera un parto domiciliario

Candidata para parto domiciliario

- Ausencia de enfermedades preexistentes de la madre.
- Ausencia de enfermedad de importancia desarrollada durante el embarazo.
- Feto único con adecuado peso para la edad gestacional
- Presentación cefálica
- Embarazo entre 37 y 41 semanas.
- Trabajo de parto espontáneo o inducido ambulatoriamente
- Madre que no ha sido derivada de otro hospital

Sistemas que se necesitan para poder realizar el parto domiciliario

- La presencia de una obstétrica matriculada o médico con experiencia en partos que trabaje de manera articulada con centros de internación habilitados para la atención materno-infantil.
- La presencia de otra persona además de la obstétrica que disponga del suficiente entrenamiento, habilidades y equipos para realizar una resucitación completa del neonato de acuerdo a las normas de los programas de resucitación neonatales.
- Rápido acceso a interconsultas
- La garantía de un transporte rápido y seguro hacia un hospital cercano, con acuerdos preestablecidos para ese tipo de transferencias (los traslados que se demoran más de 20 minutos se asocian con peores evoluciones de los neonatos y mayor mortalidad).

ACOG (American College of Obstetricians & Gynecologists) considera que la cesárea previa es una contraindicación absoluta para el parto domiciliario.

Fuente: American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Planned Home Birth. PEDIATRICS Vol. 131, N°5, May 2013

Hasta aquí la experiencia sajona, pero, ¿qué pasa en nuestra región?. “La Organización Panamericana de la Salud recomienda el parto institucionalizado porque es el único que garantiza en nuestro medio la salud materna, fetal y neonatal. Se invirtieron muchos esfuerzos para lograr partos en hospitales y maternidades y garantizar la atención por personal calificado.” (Diario Clarín, “Parir en casa”. Dr. A. Karolinski, consultor OPS-OMS y obstetra del Hospital Durand)

Habiendo analizado las condiciones que se consideran seguras para un parto domiciliario, resulta evidente que la Argentina todavía no está preparada para generalizar esta práctica, que por el momento resulta desaconsejable sin brindar garantías absolutas de una rápida resolución en menos de 20 minutos en un centro médico cercano que cuente con todo lo necesario para tratar las eventuales complicaciones de la madre y del recién nacido y que esté en conocimiento de que se está realizando un parto domiciliario en su zona. Algo que en la práctica aparece como prácticamente imposible. Los padres deben conocer acabadamente los riesgos a los que exponen a la madre y al bebé.

Como afirma el Dr. Mario Sebastiani, médico obstetra y doctor en medicina en su nota de opinión publicada en el diario La Nación (26/7/2016): “los grupos antagónicos deberían salir de la confrontación y hallar los mejores escenarios de seguridad. Habría que estimular la reflexión sobre cómo convertir los partos domiciliarios en una mayor seguridad y los institucionales en una menor intervención” (Sebastiani M)

Negativa de los padres a los procedimientos neonatales

Luego del nacimiento, algunos padres se niegan a cumplir con las vacunas y pesquisas neonatales obligatorias por ley, como así también a la realización de procedimientos de profilaxis de distintas patologías establecidos por consensos y/o resoluciones ministeriales (ej Vit K, profilaxis de oftalmía gonocócica, vacuna hepatitis B,). Suelen hacerlo cuestionando a la medicina científica y la institucionalidad del sistema de salud. La mayoría también expresan su preferencia por el modelo homeopático y la medicina ayurvédica, cuyo modelo básico de inmunización se basa en directrices

nutricionales, sanitarias y de profilaxis que excluyen preferentemente las vacunas tradicionales.

Los padres suelen invocar en estos casos la patria potestad y su derecho a la autonomía personal basándose en el art. 19 de la Constitución Nacional, en tanto la vacunación obligatoria obstaculizaría el plan de vida que han trazado para su familia. El mencionado artículo establece que las acciones privadas –que no ofendan el orden ni la moral pública ni perjudiquen a terceros– están exentas de la autoridad de los magistrados.

Más allá de la discusión bioética que esta particular situación puede generar, para saber cómo proceder en estas situaciones debemos basarnos en la ley nacional 22.909 de vacunación obligatoria y en un reciente fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación

La ley 22.909 de Vacunación Obligatoria, sancionada en 1983, expresa:

Art. 11. Las vacunaciones a las que se refiere esta ley son obligatorias para todos los habitantes del país, los que deben someterse a las mismas de acuerdo a lo que determine la autoridad sanitaria nacional con respecto a cada una de ellas. Los padres, tutores, curadores y guardadores de menores o incapaces son responsables, con respecto a las personas a su cargo, del cumplimiento de los dispuesto en el párrafo anterior”

Art. 18. La falta de vacunación oportuna en que incurran los obligados por el Art.11 determinará su emplazamiento, en término perentorio para someterse y/o someter a las personas a su cargo, a la vacunación que en cada caso corresponda aplicar, **sin perjuicio, en caso de incumplimiento, de ser sometidos los obligados o las personas a su cargo a la vacunación en forma compulsiva.**

La jurisprudencia más reciente al respecto es un fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (CSJN), de junio de 2012, que ratificó lo dispuesto en el mismo caso por la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires en octubre de 2010 (C.111.870. N.N. o U.,V. Protección y Guarda de Personas). El Alto Tribunal, en fallo unánime sostuvo que el principio de autonomía encuentra límites en el derecho a la salud de la comunidad y en el interés superior del niño, por lo que

obligaron a vacunar al menor en un plazo perentorio de dos días.

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

Con respeto al mejor interés del niño, la Corte Suprema de Justicia de la Nación sostuvo:

- “El ejercicio de la responsabilidad parental no es absoluto, encontrando como límite el interés superior del niño.”
- “Está fuera de debate que reina la autonomía de la voluntad en la elección del método de salud a seguir cuando se trata de adultos capaces. No sucede lo mismo en este caso, en el cual la medicina preventiva pondría a un niño pequeño al resguardo de enfermedades hoy prácticamente erradicadas, como la poliomielitis, sólo con darle una vacuna. El modelo de vida seleccionado por la familia es respetable siempre que no se afecten los derechos de un tercero”
- “De lo que se trata el caso es de alcanzar la máxima certidumbre respecto del modo como mejor se satisface el interés superior del niño, lo que sin duda se traduce en optar por la mejor alternativa posible con el fin de asegurar al menor un presente cierto y contenedor que disminuya daños futuros irreversibles en lo que respecta a su salud. En este sentido, la no vacunación lo expone al riesgo de contraer enfermedades, muchas de las cuales podrían prevenirse mediante el cumplimiento del plan nacional de vacunación. Asimismo, la circunstancia de que el resto sea vacunado reduce las posibilidades del niño de contraer enfermedades.”
- “La patria potestad se otorga únicamente para cumplir los deberes que la misma impone. Uno de esos deberes es cuidar a los infantes en su desarrollo físico, mental y espiritual, el que sólo puede darse plenamente si está garantizada la salud. Por su parte, asegurar la salud es un deber

del Estado y es aquí donde encontramos la colisión entre la autonomía de los padres de elegir el sistema de salud con que protegerán a sus hijos y la obligación del Estado de garantizar el acceso a la misma a todos los niños.”

Debe recordarse que la Ley de Parto Humanizado establece que el recién nacido tiene el derecho a contar con las vacunas obligatorias exigibles al momento del alta, así como a la realización de las pesquisas neonatales. El mismo criterio debe aplicarse para los otros procedimientos de rutina que buscan evitarle al recién nacido perjuicios que pueden ser irreversibles.

Cómo proceder

Independientemente de la información brindada a los padres sobre las normas de atención del recién nacido, los mismos deben ser advertidos de que el cumplimiento de los protocolos de profilaxis tienen carácter obligatorio. No debe solicitarse autorización de los mismos para proceder. En caso de que los padres se nieguen a su realización, el médico deberá hacer todos los esfuerzos posibles para explicar y documentar los argumentos que justifican las medidas, sus beneficios y el riesgo al que se expone el menor en caso de no realizarse. Si aún así persisten en su negativa, se deberá recurrir a la Justicia, a través de las Guardias Permanentes de 24 hs de los Consejos y Defensorías del Niño de su jurisdicción **No alcanza con que los padres llenen un formulario con la negativa a la vacunación y demás procedimientos.** El derecho del menor a la salud es personalísimo y no puede ser limitado por la responsabilidad parental. El llenado del mismo sólo debe hacerse a los efectos de documentar fehacientemente la negativa para forzar la implementación judicial de los procedimientos necesarios y no como un eximitorio de responsabilidad.

Cesárea a petición de la madre

En el otro extremo del espectro, hay muchas madres que desean partos por cesárea, aún sin que existan indicaciones médicas maternas, fetales u ovulares, Este pedido suele basarse en el temor a las potenciales secuelas del parto sobre el suelo pélvico y a las potenciales complicaciones y dolores del parto.

Decidir cuándo y cómo incorporar las preferencias del paciente en relación con el tipo de parto es un reto para los toco ginecólogos en práctica activa y para los sanitaristas y encargados de formular políticas obstétricas locales y nacionales. Con el fin de sentar posición, en el año 2014, la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), elaboró un documento de consenso titulado: “Cesárea a Demanda”. A continuación exponemos sus principales conclusiones.

- “Las dificultades que plantea esta solicitud se ubican, por un lado, en los intereses de la medicina, que suele utilizar estrategias basadas en los riesgos biológicos tanto maternos como fetales. Por otro lado, hoy se suele aceptar e inclusive estimular la práctica de la autonomía por parte de los pacientes basada en un asesoramiento adecuado de manera tal que pueda ejercer adecuadamente sus aspiraciones autónomas.”
- “Los riesgos potenciales de la cesárea por pedido materno comprenden: Internación materna más prolongada; mayor riesgo de dificultad respiratoria para el neonato; mayores riesgos de complicaciones en los embarazos posteriores; rotura uterina; trastornos adherenciales de la placenta e indicación de histerectomía por causas diversas.”
- “Los beneficios potenciales (a corto plazo) de la cesárea a pedido programada en comparación con un parto vaginal programado (incluidas las mujeres que dan a luz por vía vaginal y los que requieren una cesárea durante el trabajo) son: menor riesgo de hemorragia y transfusión; menor número de complicaciones quirúrgicas y disminución de la incontinencia urinaria durante el primer año después del parto.”
- “Teniendo en cuenta el balance riesgo - beneficio, hay obstetras que consideran que se debe recomendar a los pacientes un plan para parto vaginal seguro y adecuado, en ausencia de indicaciones maternas o fetales. que justifiquen una operación cesárea. También están aquellos, obstetras, que consideran que la cesárea programada, electiva ofrece una alternativa segura para aquellas mujeres que desean tener uno o dos hijos, o frente a situaciones, tales como los embarazos provenientes de métodos de fertilización asistida, organización del centro quirúrgico o características propias de la madre y el feto.”
- “El riesgo de morbilidad respiratoria (taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria e hipertensión pulmonar persistente) es mayor para la cesárea electiva en comparación con el parto vaginal cuando el nacimiento es anterior a 39-40 semanas de gestación. Las publicaciones sobre cesárea electiva sin trabajo de parto también muestran una mayor tasa de complicaciones relacionadas con la prematuridad. Comprenden síntomas respiratorios, otros problemas de adaptación neonatal (como hipotermia e hipoglucemia), y admisiones en UTI neonatal, para los niños nacidos por cesárea antes de las 39 semanas de gestación (2). **Debido a estas posibles complicaciones, el parto por cesárea por demanda materna no se debe realizar antes de una edad gestacional de 39 semanas.**
- “Los potenciales beneficios neonatales de la cesárea programada - aunque las diferencias de riesgo absoluto son pequeñas - incluyen una mortalidad fetal inferior, menor tasa de infección del recién nacido, menor riesgo de diagnóstico de hemorragia intracraneal, la asfisia neonatal y la encefalopatía, y un menor número de lesiones en el parto.”
- También existe evidencia de calidad débil que indica un menor riesgo de encefalopatía neonatal y asfisia con la cesárea electiva sin trabajo de parto en comparación con los riesgos combinados de parto espontáneo vaginal, el parto vaginal instrumental, parto por cesárea de emergencia, y el parto por cesárea en trabajo de parto.
- “La incidencia de lesión del plexo braquial es significativamente menor en el parto por cesárea que en el parto vaginal, con la mayor incidencia en el parto vaginal asistido con maniobras.”

- La incidencia de laceraciones fetales en el momento del parto por cesárea es menor en casos de cesárea electiva sin trabajo (0,8%) que en la cesárea no programada (1,4 a 1,5%)
 - “Los estudios sobre mortalidad neonatal y resultados neonatales a largo plazo todavía carecen de potencia y calidad estadísticas para evaluar el efecto de la vía de parto planificada. Hay que considerar en ese sentido, que a pesar del fuerte crecimiento de las tasas de cesárea en las últimas décadas, el número de neonatos con parálisis cerebral y otros trastornos neurológicos permaneció estable en dichos períodos.”
 - Aunque la realización de una cesárea a pedido materno en una paciente bien informada es **médica y éticamente aceptable**, los médicos, como defensores y promotores de la salud y el bienestar de sus pacientes en general, sin embargo y en ausencia de una indicación médica aceptada, deberían extremar el asesoramiento para que la decisión de las mujeres sea lo más autónoma posible.(no recomendar el parto por cesárea en forma rutinaria a todas las embarazadas)
 - “En efecto, si bien creemos que la evidencia y la opinión de los expertos actualmente apoyan la actitud médica de acceder al pedido de una paciente informada, no parecería ser un escenario razonable el de aconsejar cesáreas electivas a todas las pacientes.
- La cesárea por demanda materna no se debe realizar antes de una edad gestacional de 39 semanas.
 - La indicación de cesárea por petición materna no debe estar originada en la falta de disponibilidad de tratamiento eficaz del dolor.
 - El parto por cesárea a pedido materno en particular no se recomienda para las mujeres que desean tener varios hijos, dado que los riesgos de la placenta previa, acretismo, e histerectomía grávido- puerperal aumentan con cada parto por cesárea.
 - Mientras no exista una normatización basada en evidencias, la tarea profesional deberá enmarcarse siempre con un consentimiento informado y firmado, claramente explícito y detallado.

Las recomendaciones finales de la Comisión de especialistas de la FASGO se resumen en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Cesárea a demanda. Recomendaciones FASGO (2014)

- El parto vaginal es seguro y apropiado en la mayoría de los casos y debería ser recomendado, en ausencia de indicaciones maternas o fetales para operación cesárea.
- En los casos en que esté prevista la cesárea por pedido materno se recomienda:

Fuentes consultadas

- Diario Clarín, 23 de julio de 2016. Un bebé murió en un parto casero y acusan de homicidio a los padres. http://www.clarin.com/sociedad/murio-casero-acusan-homicidio-padres_0_1618638288.html
- Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud. Argentina. 4ta. Edición, Noviembre 2010. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
- WHO- World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; ii:436-437.
- Belizán J. Parto humanizado y la responsabilidad de mejorar la atención. Dto. De Investigación en Salud de la Madre y el Niño del iECS (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.) Buenos Aires, Argentina. Boletín online N° 90, 4 de diciembre de 2015. <http://www.iecs.org.ar/parto-humanizado/>
- Cluet ER, Burns E. Immersion in wáter in labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviewa 2009. Issue 2. Art. N| CD000111. http://www.cochrane.org/CD000111/PREG_immersion-in-water-in-labour-and-birth
- Infoleg. Ley 25.929, promulgada el 17 de septiembre de 2004 <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Infoleg. Decreto 2035/2015. 24 de septiembre 2015. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/250000-254999/252755/norma.htm>
- Larguía A. y col. Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia- 1ª. Edición. Buenos Aures. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. 2006 (Con el auspicio del Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, Sociedad Argentina de Pediatría, Asociación Argentina de perinatología y la Academia Nacional de Medicina. <http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Guia-para-transformar-maternidades-tradicionales-en-maternidades-centradas-en-la-familia>
- OMS. Cuidados en el parto Normal. Una guía práctica. Ginebra, 1996, https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf
- Diario Clarín, 23 de Julio de 2016. Parir en casa, una práctica con riesgos que eligen cada vez más mujeres. http://www.clarin.com/sociedad/Parir-practica-riesgos-eligen-mujeres_0_1618638286.html
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD et al. Births final data for 2006. Nat Vital Stat Rep 57. https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_07.pdf
- Educuer. El parto en casa...cada vez más evidente. 25 de octubre de 2012. <http://educuer.es/articulo-el-parto-en-casa-cada-vez-mas-evidente-revision-cochrane/>
- NHS. Where to give birth: The options. Accedido 27 de agosto 2016. <http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/where-can-i-give-birth.aspx>
- Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. N° CD000352, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238062/>
- Wax JR, Lucas I et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology. September 2010. 243 e1-e-8.

- Kirby RS. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Letters to the Editors. American Journal of Obstetrics & Gynecology. April 2011 e-16
- Johnson KC, Daviss BA, International data demonstrate home birth safety. Letters to the Editors. American Journal of Obstetrics & Gynecology. April 2011 e-16-17
- Sandall J. "Home birth triples the neonatal death rate": public communication of bad science? American Journal of Obstetrics & Gynecology. April 2011 e-17.
- Snowden JM, Tilden EI et al. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. New England Journal of Medicine. December 31, 2015
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1501738#t=abstract>
- American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Planned Home Birth. PEDIATRICS Volume 131, Number 5, May 2013.
<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/04/24/peds.2013-0575>
- Sebastiani, Mario. "Salir de la confrontación y hallar los mejores escenarios de seguridad". Diario La Nación Martes 26 de julio de 2016.
- Infoleg Ley 22.909 13 de septiembre 1983 1983
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/4500049999/48717/norma.htm>
- FASGO (Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia) Cesárea a demanda. FASGO 2014. Tucumán