

DERECHOS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

**Derechos 1 y 2:** a un control adecuado del embarazo, y a nacer en un lugar adecuado.

semana del  
**Prematuro**

2013



Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación

unicef

## DERECHOS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

**Derechos 1 y 2:** a un control adecuado del embarazo, y a nacer en un lugar adecuado



**DIRECCIÓN EDITORIAL:** Zulma Ortiz, Especialista en Salud de UNICEF

**AUTORÍA:** Zulma Ortiz, Carla Perrotta, Gabriela Bauer, Analia Messina, Julia Anciola, Martina V. Prina.

**AGRADECIMIENTOS**

A la Directora de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, Ana Speranza y equipo, Isabel Kurlat, Patricia Fernández, Celia Lomuto y Ana Quiroga.

A todos los padres y madres de niños y niñas nacidos prematuramente que participaron en la construcción del mensaje para la Campaña y a todos los participantes de los encuentros regionales realizados durante el año 2012 y 2013, representando a las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Corrientes, Ciudad de Buenos Aires, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

**REVISIÓN DE TEXTOS:** Dolores Giménez

**DISEÑO:** Gomo | Estudio de diseño

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), septiembre de 2013  
*Derechos de los recién nacidos prematuros. Derechos 1 y 2: a un control adecuado del embarazo; y a nacer en un lugar adecuado.*

48p, 14.85 cm x 21 cm

ISBN: 978-92-806-4650-4

Impreso en Argentina

Primera edición, septiembre de 2013

23.000 ejemplares

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

buenosaires@unicef.org

[www.unicef.org.ar](http://www.unicef.org.ar)

# Índice

Campaña nacional “Semana del prematuro” .....	4
Situación de los nacimientos prematuros en Argentina .....	8
¿Por qué nacen prematuramente algunos bebés?.....	10

## Los derechos 1 y 2: al control adecuado del embarazo y a nacer en un lugar adecuado .....

13

¿Qué significa “adecuado”? .....	14
Controles prenatales: cómo, cuántos y dónde .....	14
Nacer en un lugar adecuado. ¿Qué significa? .....	21
El marco legal que sostiene los derechos de las mujeres, los niños, niñas y sus familias durante el embarazo, parto, puerperio .....	30
El enfoque intercultural .....	33
Oportunidades de mejora para el cumplimiento de los derechos 1 y 2 .....	36

## Anexo 1. Intervenciones esenciales durante el embarazo y en el nacimiento .....

38

## Anexo 2. La hora de oro .....

42

## Anexo 3. Decálogo de los Derechos del Prematuro.....

46

Campaña Nacional

*semana* del

*Prematuro*

El *Decálogo de los Derechos del Prematuro* (Anexo 3) estructura la Campaña Nacional “Semana del Prematuro” impulsada por UNICEF<sup>1</sup> y describe la problemática de la prematuridad y sus derechos vulnerados. La Campaña, desde un abordaje transdisciplinario, propone cambios y acciones innovadoras basadas en los derechos de los niños, niñas y adolescentes, de las mujeres y sus familias. Estas acciones las ejecutan activistas de todo el país que –desde el año 2010– participan de la Campaña junto a UNICEF. Esta movilización social y su alto valor solidario posibilita la sensibilización en busca de un salto cualitativo en la atención de los recién nacidos prematuros y la mejora de la accesibilidad a los cuidados, entendida tanto como la accesibilidad económica y física, el acceso a la información y a la no discriminación<sup>2</sup>.



Cada año más activistas adhieren a la Campaña y se comprometen con la promoción de estos derechos. Este año 2013, activistas de más de 260 instituciones de todo el país han adherido con propuestas de acciones innovadoras en torno a la garantía de los derechos priorizados para este año.

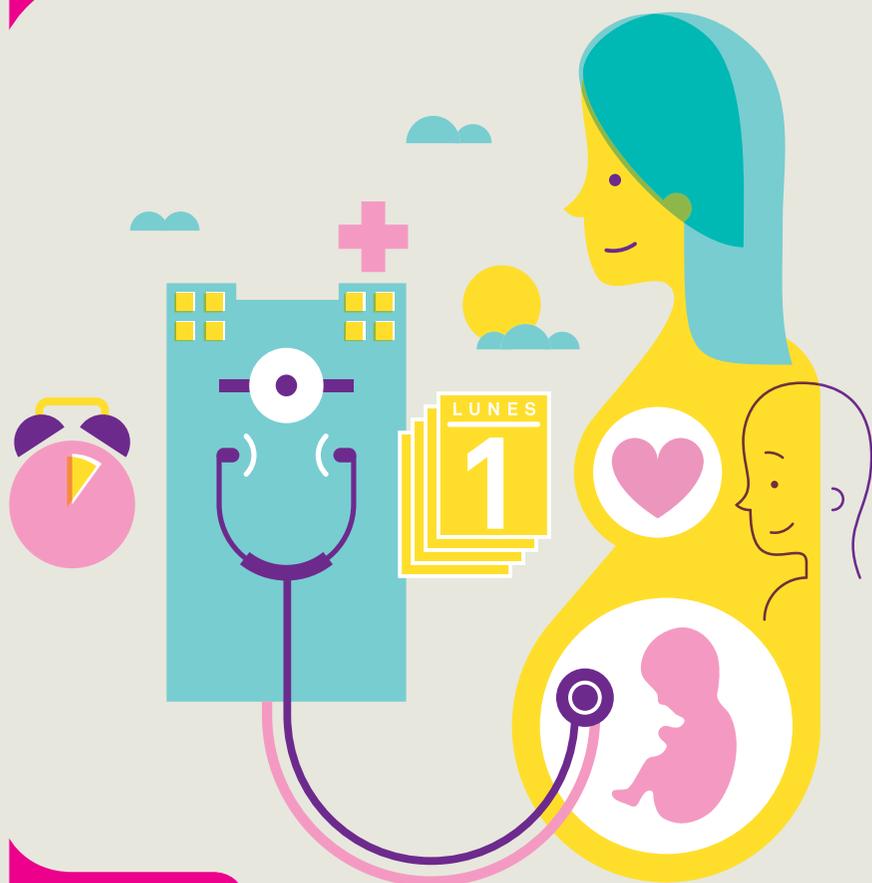
1. Ortiz, Zulma; Ravalli, María José; Bauer, Gabriela *et al.* *Semana del prematuro: Decálogo de los derechos*. UNICEF, Buenos Aires, 2010. Disponible en: [www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf).

2. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Organización de los Estados Americanos. *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. OEA, Madrid, 2010. Disponible en:

<http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaINDICE.htm>

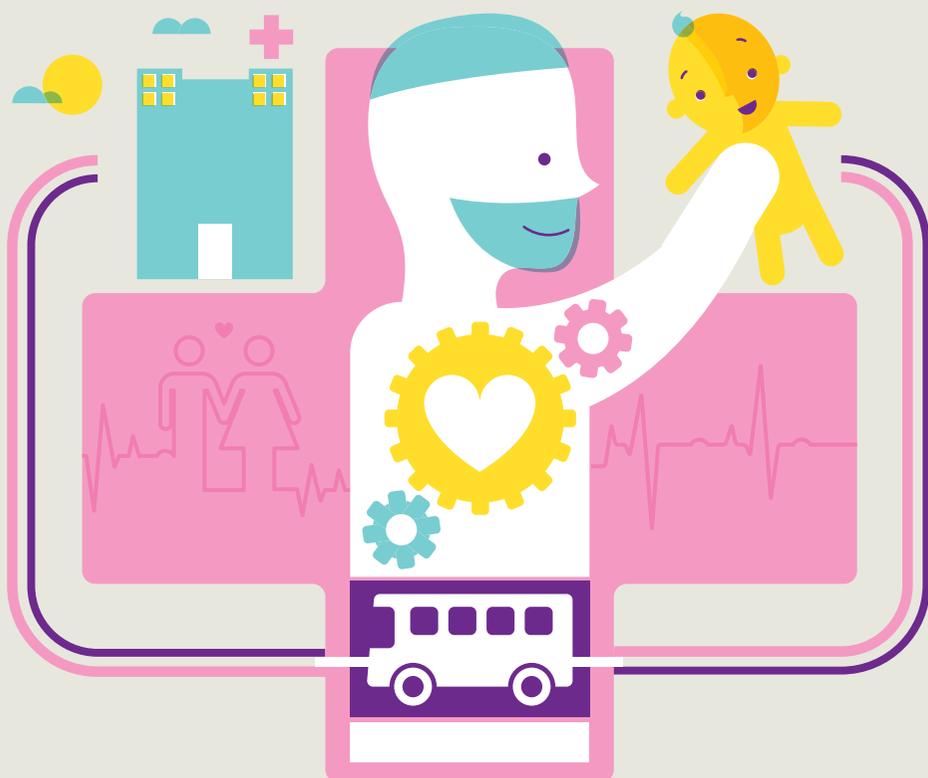
# Derechos priorizados por la Campaña Nacional Semana del Prematuro 2013

La prematuridad se puede prevenir, en muchos casos, por un control adecuado del embarazo.



DERECHO 1

Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y ser atendidos en un lugar adecuado.



DERECHO 2

La elección de estos derechos está alineada con la estrategia de regionalización de las maternidades del Ministerio de Salud de la Nación y la categorización según el cumplimiento de las Condiciones Obstétricas Neonatales Esenciales (CONE)<sup>3-4</sup>.

La iniciativa **Maternidades Seguras y Centradas en la Familia** –impulsada por UNICEF desde el 2010, y a la que ya han adherido 98 instituciones de todo el país–, es también un marco fundamental para esta Campaña<sup>5</sup>.

## Situación de los nacimientos prematuros en Argentina

En el año 2011, el 8,5% del total de los nacimientos (64.386 niños) ocurrieron antes de la semana 37. En el país, los nacimientos prematuros mantienen una progresiva tendencia en alta en los últimos diez años. En el año 2000 la tasa de nacimientos prematuros fue de 7,8/100 nacidos vivos, y en el año 2011 fue del 8,4/100, con dos picos de incremento, uno en el año 2002 y otro en el año 2005 (como muestra la figura 1). Según un artículo recientemente publicado, donde se valoraban las tasas de prematuridad durante los últimos 10 años en 39 países de renta media y media alta, Argentina presentó el segundo incremento más elevado (+4,2%) de tasa de nacimientos prematuros en el período<sup>6</sup>. No ha sido posible definir cuáles fueron las causas de este incremento, ya que es compleja la interrelación de los diferentes factores: socioeconómicos, ambientales, genéticos, de prácticas instaladas que podrían incidir en la prematuridad. Su análisis excede el alcance de esta guía. Sin embargo, hay que destacar que, según los datos disponibles, es esperable la continuidad de la tendencia ascendente de los nacimientos prematuros en los próximos años.

3. Lomuto, C. y Nigri, C. "Maternidades públicas argentinas: ¿Cumplen las condiciones esenciales de funcionamiento?" XXII Jornadas de Obstetricia y Ginecología, Buenos Aires, 2004.

4. Speranza, A.; Lomuto, C.; Santa María, C.; Nigri, C. y Williams, G. *Evaluación de maternidades públicas argentinas, 2010-2011. Salud Investiga*, Buenos Aires, 2012.

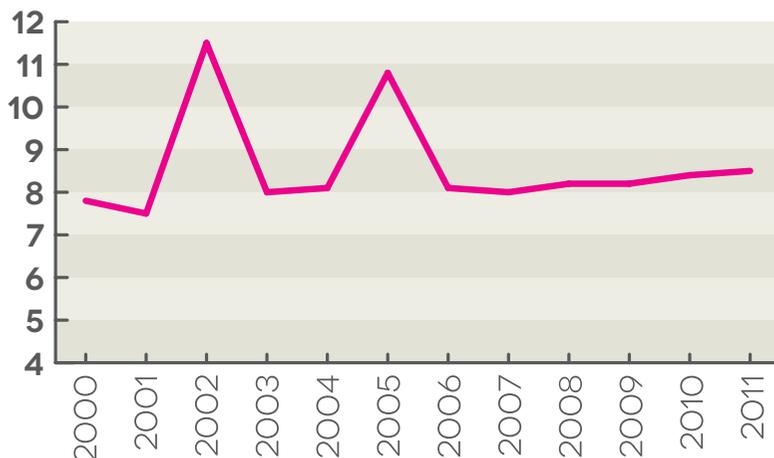
Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen9/sala-situacion.pdf>.

5. Larguía, M.; González, M.A.; Solana, C.; Basualdo, M.N.; Di Pietrantonio, E.; Bianculli, E.; Ortiz, Z.; Cuyul, A. y Esandi, M.E. *Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. UNICEF, Buenos Aires, 2012.

Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/MSCF\\_2ed\\_web.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/MSCF_2ed_web.pdf).

6. Chang, H.; Larson, J.; Blencowe, H.; Spong, C.Y.; Howson, C.P.; Cairns-Smith, S., et al. "Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index". *The Lancet*, Volume 381, New York, 2013.

**Figura 1. Tasa de prematuros por cada 100 recién nacidos vivos, Argentina (2000-2011).**



Fuente: UNICEF, elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Agosto de 2013.

El 65% de los recién nacidos que murieron antes de los 28 días, y el 50% de los niños que murieron antes del primer año de vida fueron recién nacidos prematuros de menos de 2.500 gramos<sup>7</sup>. Esto significa que, en Argentina, los niños que nacen prematuros representan el grupo de mayor riesgo.

La mortalidad según el peso al nacer presenta variaciones regionales en el país. Por ejemplo, si se considera el grupo que nace con menos de 1.500 g, Neuquén presentó la tasa más baja de mortalidad con 20,3/100 nacidos vivos en este grupo de peso; mientras que Formosa, Corrientes, La Rioja y Tucumán presentaron valores hasta 2,5 más elevados. Si todas las provincias hubiesen tenido la tasa de mortalidad de Neuquén en este grupo de peso, se hubiesen prevenido 906 muertes neonatales, bajando en 1,5 puntos la tasa de mortalidad infantil.

7. Fuente: [www.deis.gob.ar](http://www.deis.gob.ar).

## ¿Por qué nacen prematuramente algunos bebés?

Las estadísticas registran a todos los nacimientos prematuros como un mismo evento, pero no todos los nacimientos prematuros son iguales: pueden ser espontáneos o inducidos por una razón médica. Hay una diversidad de causas por las cuales un parto se adelanta o es desencadenado medicamente, y en la gran mayoría de los casos no es posible determinar fehacientemente si una mujer está o no en riesgo de tener un parto prematuro. Y, en general, tampoco llega a saberse qué desencadenó un parto prematuro luego de ocurrido<sup>8</sup>.

Sin embargo, las situaciones que se han identificado como factores de riesgo asociados a un parto prematuro son: el consumo de tabaco durante el tercer trimestre del embarazo<sup>9</sup>, el uso de hogares a leña o la inhalación de hidrocarburos dentro del hogar (que se asocia también con el peso bajo al nacer y el retardo del crecimiento intrauterino, que significa que adentro del útero el bebé no cuenta con los nutrientes necesarios para completar su crecimiento y desarrollo)<sup>10</sup>, el bajo peso de la madre antes del embarazo<sup>11</sup>, la obesidad<sup>12</sup>, la diabetes gestacional, la poca ganancia de peso de la madre durante el embarazo<sup>13</sup>, los espacios entre embarazos menores a 18 meses<sup>14</sup>, y haber tenido un niño prematuro previamente. Además, actualmente se estudian causas como la violencia en el hogar y el estrés crónico –posiblemente previo a la concepción– relacionado con déficits nutricionales crónicos<sup>15</sup>.

8. Honest, H.; Forbes, C.A.; Durée, K.H.; Norman, G. et al. "Screening to prevent spontaneous preterm birth: systematic review of accuracy and effectiveness. Literature review with economic modeling". *Health Technol Assess*. 2009.

9. Räisänen, S.; Gissler, M.; Saari, J.; Kramer, M.; Heinonen, S. "Contribution of risk factors to extremely, very and moderately preterm births - register-based analysis of 1,390,742 singleton births PLoS One". 2013.

10. Nieuwenhuijsen, M.J.; Dadvand, P.; Grellier, J.; Martinez, D.; Vrijheid, M. "Environmental risk factors of pregnancy outcomes: a summary of recent meta-analyses of epidemiological studies". *Environ Health*. 2013.

11. Han, Z.; Mulla, S.; Beyene, J.; Liao, G.; McDonald, S.D. "Knowledge Synthesis Group. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses". *Int. J. Epidemiol*, 2010.

12. McDonald, S.D.; Han, Z.; Mulla, S.; Beyene, J. "Knowledge Synthesis Group. Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses". *BMJ*, 2010.

13. Han, Z.; Lutsiv, O.; Mulla, S.; Rosen, A.; Beyene, J.; McDonald, S.D. "Knowledge Synthesis Group. Low gestational weight gain and the risk of preterm birth and low birthweight: a systematic review and meta-analyses". *Obstet Gynecol Scand*, 2011.

14. Marston, C. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing Geneva*. Switzerland World Health Organization, 2006. Disponible en: [www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/birth\\_spacing.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/birth_spacing.pdf).

15. Kramer, M.R.; Hogue, C.J.; Dunlop, A.L. "Menon R. Preconceptional stress and racial disparities in preterm birth: an overview". *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2011.

La medicina moderna ha contribuido también al incremento de nacimientos pre-términos mediante la utilización de cesáreas programadas sin una razón médica que lo justifique y los métodos de fertilización asistida, particularmente el implante de embriones que se relacionan con los embarazos múltiples y estos con prematuridad<sup>16</sup>.

Si bien hay factores y condiciones identificados como predisponentes para un nacimiento antes del término del embarazo, aún no hay intervenciones efectivas que puedan prevenir todos y cada uno de estos. Al mismo tiempo, nuevos estudios proponen nuevos factores causantes que deben ser confirmados. Por todo esto, aún en los lugares con los mejores estándares de cuidados de la salud de la mujer en edad fértil, y de atención obstétrica y perinatal, la prematuridad continúa ocurriendo en el 5% de los nacimientos<sup>17</sup>.

Por el momento no se cuenta con datos de Argentina desagregados por región sobre las características de los nacimientos prematuros. ¿Fueron espontáneos o inducidos por causas obstétricas (como por ejemplo el retraso del crecimiento intrauterino) o enfermedades de la madre? Tampoco se tienen datos sobre los determinantes socio-ambientales de estos nacimientos.

Conocer cuáles son los determinantes de la prematuridad y/o analizar la distribución de los factores de riesgo en cada región es también un derecho vulnerado.

16. Eds, C.P.; Howson, M.V.; Kinney, J.E.; *Lawn March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.* World Health Organization, Geneva, 2012.

17. Eds, C.P. et al. *Op. cit.*



Los derechos  
1 y 2: al control  
adecuado  
del embarazo  
y a nacer  
en un lugar  
adecuado

## ¿Qué significa “adecuado”?

Según la Real Academia Española, la palabra *adecuado* en una de sus acepciones significa “apropiado a las circunstancias”<sup>18</sup>. Así, control adecuado del embarazo y nacimiento en un lugar adecuado se definen desde la perspectiva de la mujer, sus circunstancias y su mirada, y desde los enfoques de derecho y equidad que son atributos universales consagrados por el marco legal de las políticas, planes y programas vigentes.

*Adecuar* también significa “proporcionar, acomodar, apropiar algo a otra cosa”. Así, un control o lugar adecuado es aquel en donde se proporcionen o se acomoden las instalaciones y controles no solo a la perspectiva de la mujer, sino también en base a la mejor evidencia científica disponible para que un recién nacido prematuro tenga la máxima posibilidad de supervivencia y de calidad de vida.

Para esta publicación se definirá como *adecuado*, tanto para los controles como al lugar, desde tres perspectivas y siempre con enfoque de derechos: la perspectiva de las usuarias, la perspectiva del equipo de salud y la evidencia científica disponible. Intencionalmente se excluyó de la caracterización la perspectiva de gobierno, ya que sería necesario un debate que permita construir de manera participativa una definición que incluya a todos los actores.

## Controles prenatales: cómo, cuántos y dónde

El control del embarazo es la posibilidad de acercar el equipo de salud a la mujer, de fomentar las prácticas saludables, de identificar las situaciones de riesgo y de preparar a la madre, al padre o persona que la madre elija para acompañarla durante el parto. Para lograrlo, deben concretarse un conjunto de actividades que se desarrollan en las entrevistas de la embarazada con el equipo de salud para controlar la evolución de la gestación.

El control de embarazo puede realizarlo un médico de cabecera o de familia con entrenamiento, o combinado con el control por obstétricas cuando el embarazo sea de bajo riesgo.

18. Diccionario de la Real Academia Española. 2001. Disponible en <http://lema.rae.es/drae/>.

Según los antecedentes y la evolución del embarazo, hay mujeres que pueden recibir un modelo de atención básico<sup>19</sup>, y hay otro grupo que necesitará cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

**En el primer grupo se recomienda realizar al menos 5 controles, el primero en forma temprana a partir de la semana 12 de la fecha de última menstruación.** En esta primera visita puede realizarse una ecografía para determinar con mayor precisión el número de semanas de gestación, en particular si no recuerdan su fecha de última menstruación.



Además, en la primera visita se evalúa si existen situaciones que puedan predisponer a un embarazo con alguna complicación, y se realizan los análisis de sangre para determinar si la mujer presenta anemia o infecciones preexistentes (particularmente aquellas que puedan transmitirse al bebé, como la *sífilis*, el VIH, la enfermedad de Chagas, etc.).

19. Dowswell, T.; Carroli, G.; Duley, L.; Gates, S.; Gülmezoglu, A.M.; Khan-Neelofur, D.; Piaggio, G.G. "Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy". *Cochrane Database Syst Rev.* 2010.

La primera visita es también una excelente oportunidad para dar pautas de cuidado generales, incluyendo la alimentación, la actividad física, las medidas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual durante el embarazo, las recomendaciones –cuando sea necesario– de dejar de fumar y evitar la ingesta de alcohol, drogas o medicamentos no autorizados por un médico. Es recomendable enseñar a la mujer embarazada a realizar una adecuada higiene bucal, ya que cada vez con mayor frecuencia se observan infecciones dentales y gingivitis. En sitios donde no hay agua potable ni red cloacal, es necesario hacer especial hincapié en la importancia del lavado de manos y el tratamiento del agua antes de la ingesta. Las mujeres embarazadas, especialmente durante el primer trimestre, deben evitar la exposición a algunas sustancias como los pesticidas –inclusive los hogareños–, los hidrocarburos (la quema de leña dentro del hogar) y los solventes orgánicos.

**También deben abordarse temas que implican cierta complejidad socio-ambiental, como detectar si la mujer puede ser víctima de violencia doméstica o laboral, para ofrecer consejería y acompañamiento en caso de manifestarlo.**



Por último, en esta primera visita debe brindarse información sobre la planificación de la atención según la evolución del embarazo. Habitualmente esta consulta requiere más tiempo que las subsiguientes.

Las mujeres que presenten afecciones de la salud o factores de riesgo predisponentes (obesidad, insuficiencia cardíaca, asma, diabetes o enfermedades reumatológicas) constituyen el segundo grupo, y requerirán mayor cantidad y especificidad de controles durante el embarazo. Por eso, deben recibir atención especializada que, por lo general, está disponible en centros de mayor complejidad.

**Las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad como adolescentes, pueblos originarios, poblaciones en situación de vivienda vulnerable, sin acceso al agua potable y/o red cloacal, deben contar con una estrategia de atención diferente que atienda sus necesidades particulares.**

En las consultas posteriores debe reevaluarse el riesgo perinatal basándose en criterios clínicos y exámenes complementarios. Deben evaluarse la presión arterial, el peso, la presencia de proteínas en la orina, y realizar un cultivo de la orina para descartar que existan infecciones urinarias silentes y, en algunas ocasiones, se requerirán estudios adicionales.

La ecografía del embarazo es relevante en la semana 12 del embarazo y en el tercer trimestre para evaluar el crecimiento del bebé dentro del útero.

Con la atención prenatal se busca:

- Detectar la presencia de enfermedades maternas manifiestas y subclínicas.
- Detectar la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- Disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar psicofísicamente a la madre para el nacimiento.
- Brindar contenidos educativos para la salud de la familia y el recién nacido.
- Brindar información a las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo y la conducta a seguir ante ellos.

Es cierto que en muchas ocasiones, a pesar de la realización de los controles adecuados, se produce un parto espontáneo antes de la fecha programada, o hay indicios de que el parto puede adelantarse o de que debe inducirse, especialmente cuando el niño tiene retraso de crecimiento intrauterino. En estas situaciones, se debe planificar donde nacerá ese niño o niña: es el momento de garantizar el derecho 2, a nacer en un lugar adecuado. La transición del traslado, de requerirse, también deberá ser adecuada, cuidando que el bebé no desarrolle hipotermia.

### **Un control adecuado del embarazo desde la perspectiva de las madres y los equipos de salud<sup>20</sup>**

Las madres de niños prematuros coinciden en que, aún habiendo realizado los controles habituales durante el embarazo, el nacimiento anticipado de su bebé les genera angustia e incertidumbre ya que no responde a sus expectativas durante el embarazo.

La falta de información sobre la posibilidad de que un parto se adelante y los cuidados que un bebé prematuro requiere es reconocida como una barrera para aceptar y elaborar mejor la situación. Es frecuente que esta falta de información persista incluso después de que se evidencie la posibilidad de un parto prematuro y hasta que el parto se desencadena, ya sea de manera espontánea o inducida.

Durante el estudio realizado por UNICEF, una madre relató su angustia – agravada por la desinformación– cuando le avisaron que inducirían el parto: “...flotaba en el aire la incertidumbre de la decisión. ¿Por qué justo ese día? ¿Por qué no esperar un poco más?...”

20. Para conocer las percepciones de los padres respecto a nacer en un lugar adecuado, se realizaron dos estudios grupales con madres y padres provenientes del área metropolitana de Buenos Aires que tuvieron un parto prematuro, con diferentes circunstancias personales de sus bebés y atendidas en diferentes ámbitos. Para conocer la perspectiva de los equipos de salud se realizó un taller en Jujuy, con participantes de esta provincia y de Tucumán, Salta y Catamarca.

Las mujeres que tuvieron un bebé prematuro relataron sus experiencias cuando, al identificar que el lugar en que estaban internadas podía no ser el adecuado para que su hijo o hija sobreviva, iniciaron con sus familias las gestiones para trasladarlo. Esta situación es tan preocupante como la falta de información, ya que son las decisiones consensuadas (entre las familias y los equipos de salud) las que tienen mayor probabilidad de éxito. La accesibilidad física y económica también es destacada por las familias, agregando que en muchos casos no podían confiar en el hospital o en la sala cercana a su domicilio y debían trasladarse para realizar los controles a hospitales en otras jurisdicciones. Algunas familias relataron que la falta de dinero para costear este traslado fue un limitante para acceder al sistema.

La amabilidad en el trato y el respeto por la intimidad son también señalados como cuestiones relevantes para un adecuado control del embarazo, además del cuidado especial hacia niñas o madres adolescentes. En este sentido, se señaló que es habitual que no se respete su derecho a estar acompañadas por alguien cercano a ellas como por ejemplo su madre. Por último, llamativamente la mayoría identificó a la cesárea como una instancia en donde “no hay otra opción” más que el no estar acompañadas.

En relación al lugar adecuado es importante recordar que la mejor manera de trasladar a un bebé es en el útero de la madre hasta identificar donde se va a realizar el parto de manera segura, priorizando que si se ha identificado una situación médica que indica una amenaza de nacimiento prematuro debe ser trasladada a un lugar con internación neonatal.

La figura 2 muestra las características que debe incluir un control adecuado del embarazo, en base a las representaciones sociales de las mujeres, los equipos de salud y el enfoque de derecho universal, internacional y nacional.

**Figura 2.** Características de un control adecuado del embarazo.

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA DESDE EL DOMICILIO DE LA MADRE.

AMABILIDAD EN EL TRATO.

GARANTÍA DE INTÉRPRETES DE OTRAS CULTURAS.

CONTINUIDAD DEL CUIDADO.

OPORTUNIDAD DE PREPARARSE PARA EL EMBARAZO.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA MUJER.

COMUNICACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN.

REALIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES ESENCIALES  
DURANTE EL EMBARAZO.

PRÁCTICAS DIAGNÓSTICAS EN EL SITIO DEL CONTROL  
DEL EMBARAZO.

DETECCIÓN DE PATOLOGÍAS O SITUACIONES QUE  
INCREMENTEN EL RIESGO DE PREMATUREZ.

PLANIFICACIÓN DEL PARTO DE ACUERDO AL RIESGO, INFORMANDO  
A LA MADRE Y SU FAMILIA SOBRE EL LUGAR ADECUADO PARA QUE  
OCURRA EL PARTO.

## Nacer en un lugar adecuado. ¿Qué significa?

Hasta no hace muchos años los nacimientos se producían en los hogares donde las madres y los niños recién nacidos estaban rodeados del afecto y contención de sus familias. Este entorno ideal tenía como contrapartida que, si se producía alguna emergencia o complicación, era muy difícil o imposible de resolver, por lo que –en ocasiones– las madres o los niños fallecían o enfermaban gravemente en el parto o unos días después.

Por ese motivo, los partos comenzaron a realizarse en instituciones de salud (hospitales, clínicas, etc.) para darle mayor seguridad a los nacimientos y –en especial– para poder resolver las situaciones complicadas de aquellos que presentasen algún riesgo que, como se mencionó, no siempre es posible anticipar. Este tránsito hacia el parto institucional, como también se dijo, se asoció a una mayor medicalización y una disminución de la participación familiar en un hecho que es, primordialmente, un acontecimiento familiar.

Desde hace varios años se trabaja intensamente desde distintos sectores vinculados a la salud materno-infantil para lograr el equilibrio entre lo necesariamente médico y lo eminentemente familiar. Este esfuerzo se traduce en lograr que los lugares donde se producen nacimientos sean **maternidades seguras y centradas en la familia**.

Así, para que las maternidades respondan a la naturaleza familiar del proceso de nacimiento, se promueve la participación de los familiares en el parto y parto. También se fomenta la construcción de edificios con comodidades que permitan esas prácticas y puedan albergar a otros miembros de la familia que acompañen y sostengan a la madre en esos momentos trascendentes.

Para garantizar la seguridad, estas maternidades deben contar con quirófano y anestesia para poder realizar alguna operación (como por ejemplo una cesárea), disponer de sangre para transfusiones, de personal entrenado y equipamiento para atender las emergencias en las madres y en los recién nacidos y, finalmente, con ambulancias equipadas y con personal adecuado para



poder trasladar a la madre y/o al recién nacido a un nivel de mayor complejidad si esto fuera necesario, ya que estos requisitos mínimos no son suficientes si se anticipa o ya se ha producido el nacimiento de un niño prematuro.

Es fundamental, por lo tanto, que una embarazada en la que se presupone un parto prematuro sea derivada **antes** de que se produzca a una maternidad de máxima complejidad. Estas instituciones deben contar con especialistas en obstetricia y neonatología las 24 horas del día, equipamiento adecuado y métodos de diagnóstico y laboratorio permanentes.

Si ya se ha producido el nacimiento, el niño debe ser derivado con personal entrenado y con la mayor celeridad posible, luego de ser estabilizado y previa comunicación con el servicio que lo recibirá. Para que estos mecanismos de atención y traslado funcionen, es necesario que todas las familias, la comunidad y los equipos de salud que atienden embarazadas, incluyendo los centros de salud o consultorios, estén alertas a las situaciones de riesgo perinatal, conozcan los fundamentos de asistencia por niveles progresivos de complejidad y cuáles son sus recursos logísticos de derivación para facilitar y coordinar el traslado de la embarazada y/o niño al lugar adecuado.

A esta organización se la denomina **regionalización**. Desde el Ministerio de Salud de la Nación, y junto con los de las provincias, se está trabajando muy activamente en la organización de Redes de Atención para definir los niveles de complejidad que puede asistir cada maternidad y facilitar la comunicación y el traslado entre ellas. Sólo así se podrá garantizar que cada nacimiento prematuro se produzca en el nivel de atención que asegure su mejor atención y le brinde a los niños la mayor posibilidad de sobrevivida sin secuelas.

## **Un lugar adecuado para el nacimiento desde la perspectiva de las madres y los equipos de salud**

Los equipos de salud y las familias consultadas coincidieron en la valoración de algunos aspectos como adecuados, y difirieron en otros.

A continuación, se presentan los principales aspectos mencionados sobre los lugares adecuados para el nacimiento y atención de un bebé prematuro, agrupados en seis núcleos temáticos: 1) Recursos e infraestructura; 2) Equipo de salud; 3) Acompañamiento previo y familiar; 4) Acompañamiento entre distintas familias; 5) Respeto por la singularidad; y 6) Acceso a la información y la comunicación.

## 1. Recursos e infraestructura

Tanto el grupo formado por el equipo de salud como el de familiares de recién nacidos prematuros asociaron lugar adecuado a un lugar con los recursos técnicos, humanos y la infraestructura adecuada para la atención de un parto prematuro. En este sentido, se refirieron a la **presencia de insumos**, incubadoras y oxígeno, a las **buenas condiciones edilicias y de higiene**, a la presencia de **personal y equipo médico suficiente y capacitado**, entre otros. Desde estas concepciones, el lugar adecuado sería un centro de alta complejidad, con los recursos humanos y técnicos correspondientes.

Los familiares reflexionaron acerca de la importancia de facilitar el acceso y los traslados a centros de alta complejidad y de que existan más hospitales preparados para recibir bebés prematuros, muchos basados en sus malas experiencias en este sentido.

## 2. Equipo de salud

Otra dimensión –que se vincula con la anterior, pero en la que se detuvieron particularmente– es la existencia de un equipo de salud capacitado, tanto en términos estrictamente profesionales, en tanto “recurso humano especializado”, como en cuanto a **brindar contención y acompañamiento a la familia**. En este sentido, se indicaron como elementos clave el lenguaje para comunicar los diagnósticos y explicar la situación, así como la capacidad de escucha.

Los familiares destacaron muy especialmente la importancia de la cantidad de enfermeras calificadas, ya que durante los fines de semana o feriados, cuando había menos personal, su impresión es que se producían más eventos.

Los equipos de salud plantearon el **trabajo interdisciplinario** como clave para que el lugar sea adecuado. En relación a este punto, el acompañamiento psicológico fue algo destacado por los familiares que lo recibieron, así como la importancia de que **profesionales especializados asesoren a los médicos en formación (residentes)** y no se los deje solos ocupándose de bebés de alto riesgo.



A su vez, ambos grupos destacaron la importancia de que **el equipo médico capacite a las familias en el cuidado de un bebé prematuro**, en el conocimiento y promoción de sus derechos, como el de seguimiento después del alta médica. En este sentido, desde la perspectiva de cada grupo, los profesionales se refirieron a la importancia de considerar a las familias como “parte del equipo de salud” y las familias a los profesionales como “parte de la familia”.

### 3. Acompañamiento previo y familiar

El acompañamiento familiar también surgió como un elemento asociado a “nacer en un lugar adecuado”: **acompañamiento de la pareja y la familia a la madre durante el parto**, y de todos ellos al bebé durante el tiempo que permanece internado. Este aspecto fue especialmente valorizado por las madres y los padres que fueron sumamente claros al expresar que los sitios en donde no se alentaba y estimulaba el acompañamiento y el **contacto piel a piel** con los bebés prematuros no eran sitios adecuados para que ellos sean atendidos.



Las familias valoran **participar de las actividades de cuidado de sus hijos**, como la alimentación por sonda, o cambiar los pañales o darle calor, momentos todos apreciados desde lo vincular y también en el progreso clínico de sus bebés. A partir de experiencias disímiles de los padres, se puso en evidencia que el **acceso irrestricto a las salas de internación** facilita este tipo de acompañamiento más cercano y participativo.

Así como la **residencia para madres** se nombró como algo que facilita el acompañamiento materno de los bebés prematuros, en muchos lugares se dificulta el acompañamiento paterno, tanto por la falta de espacio para ellos como por los tiempos restringidos de visita.

Además, se plantearon como adecuados los lugares en que existe la **posibilidad del acompañamiento de otros familiares** o personas cercanas a las madres.

Así, es notable la interrelación entre el derecho a nacer en un lugar adecuado (derecho 2) con el derecho a acompañar a los bebés prematuros todo el tiempo (derecho 9).

#### 4. Acompañamiento entre distintas familias

El acompañamiento entre familias que atraviesan la misma situación es una cuestión que los profesionales no nombraron pero que fue destacada por las familias a la hora de pensar en un lugar adecuado. Al estar tanto tiempo internados “se va conformando una comunidad de padres” unidos por estar atravesando una experiencia compleja y semejante, que **se aconsejan, contienen y acompañan mutuamente**. En varios casos, se generaron **vínculos que se mantienen a lo largo del tiempo**.

El mismo estudio grupal funcionó como espacio de contención, intercambio y aprendizaje entre las familias, así como un espacio donde canalizar aportes, opiniones y ganas de colaborar para que las cosas mejoren.

## 5. Respeto por la singularidad

En los estudios grupales participaron familias con **distintas trayectorias de vida**: distintas experiencias de embarazo (adolescente, después de los cuarenta, gemelar, primerizas, embarazos previos...), **distinto acceso a la salud** (con y sin obra social, cercanía o lejanía a centros de salud especializados), mujeres en pareja o solteras, de diferentes lugares (de la ciudad de Buenos Aires o distintas zonas del conurbano bonaerense), hijos nacidos prematuros con secuelas diferentes.

Las diferencias y singularidades condicionan y complejizan la noción de lugar adecuado. Además de un standard de adecuación, las familias hablan de lo importante que es tener en cuenta estas singularidades en los espacios concretos de atención de bebés prematuros y a la hora de pensar en políticas de salud.

Por su parte, los profesionales de la salud de las provincias del norte del país reflexionaron acerca de la importancia de **respetar las singularidades culturales, de contexto y de la trayectoria de vida de cada familia**. Comentaron, a partir de dinámicas disparadoras, que la problemática de las mujeres con embarazos de alto riesgo de pueblos alejados de los centros de salud especializados, de mujeres de pueblos originarios y adolescentes, son realidades comunes en sus instituciones y provincias. Por eso, tener en cuenta esas particularidades resultó una cuestión a tener en cuenta y a problematizar, pero sobre la cual pareció haber más interrogantes que respuestas.

## 6. Acceso a información y comunicación

Las familias plantearon la comunicación, en cuanto a la información que brindan los profesionales, como un elemento clave para que un lugar sea adecuado. Señalaron la **importancia de la claridad y simpleza al comunicar los diagnósticos** y al informar sobre los derechos. También señalaron la importancia de que sus opiniones sean consideradas, de **ser escuchados como padres**. Valoraron los sitios en donde se les brindó información que pudiesen entender, que se condijera también con sus vivencias y la evolución de sus

recién nacidos. En relación a esto se refirieron a la dificultad, en varios casos, de comprender el lenguaje médico, y a las dudas en torno a los tratamientos y las secuelas como consecuencia de los problemas de comunicación con los profesionales.

Reclamaron también la **falta de información en la comunidad sobre la problemática de los bebés prematuros.**



# El marco legal que sostiene los derechos de las mujeres, los niños, niñas y sus familias durante el embarazo, parto, puerperio

Los derechos 1 y 2 están protegidos por leyes nacionales y tratados internacionales a los que Argentina adhiere.

La Organización de los Estados Americanos (OEA) a través de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) se refiere al derecho al control del embarazo dentro del derecho global a la salud y reconoce que este derecho debe incluir cuatro dominios esenciales: la disponibilidad de los servicios, accesibilidad para las usuarias del servicio, aceptabilidad y calidad de los servicios<sup>21</sup>.

## EL DERECHO A LA SALUD INCLUYE LA GARANTÍA DE:

**Disponibilidad de los servicios.**

**Accesibilidad para las usuarias.**

**Aceptabilidad.**

**Calidad.**

En el inciso 24 de este documento se especifica que “*los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado*”.

En Argentina, la **ley nacional n° 25.929, de parto humanizado**<sup>22</sup>, es la garantía legal que protege los derechos de la mujer embarazada, su familia y su hijo

21. OEA. [Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos]. Madrid, 2012.

Disponible en: <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaterna2010.pdf>.

22. Ley nacional n° 25.929. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley\\_de\\_parto\\_humanizado.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf).

por nacer y engloba a los derechos 1 y 2. Esta ley fue implementada en el año 2004 y es cubre ampliamente los diferentes momentos del embarazo, parto y nacimiento. El **artículo 2** describe los derechos de la mujer en relación al embarazo, parto y post parto e incluye el concepto de un control del embarazo adecuado:

**Artículo 2.** *Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:*

- A. *A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.*
- B. *A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.*
- C. *A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.*
- D. *Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.*
- E. *A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.*
- F. *A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.*
- G. *A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.*
- H. *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.*
- I. *A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.*

- J. *A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.*
- K. *A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.*

Además, en el **artículo 3** de dicha ley se enuncian también los derechos del recién nacido:

**Artículo 3.** *Toda persona recién nacida tiene derecho:*

- A. *A ser tratada en forma respetuosa y digna.*
- B. *A su inequívoca identificación.*
- C. *A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.*
- D. *A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.*
- E. *A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.*

En el **artículo 6** la ley especifica que “el incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder”

Por último, en el **artículo 4** describe los derechos de los padres de recién nacidos en situaciones de riesgo haciendo hincapié en el derecho a la información.

El marco legal existente abarca todas las dimensiones manifestadas por los equipos de salud y por los familiares sobre la adecuación del sitio donde debe nacer un niño prematuro, por lo tanto, es el Estado, entonces, el que debe garantizar el cumplimiento de las leyes existentes.

## El enfoque intercultural

UNICEF promueve la incorporación de la **perspectiva intercultural** en las prácticas cotidianas en los servicios de salud para contribuir a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos propios de muchas provincias argentinas. En el año 2007, Naciones Unidas publicó una declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas que fue publicado por UNICEF en 2008 con la idea de promover su aplicación en Argentina<sup>23</sup>.

Una perspectiva intercultural implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes a la cultura hegemónica (argentina o criolla), sea porque pertenecen a pueblos indígenas preexistentes al Estado argentino o porque son familias provenientes de países vecinos, con origen en los pueblos Quechua, Aymara o Guaraní y/o migrantes en general. La adopción del enfoque intercultural requiere incorporar a las comunidades indígenas a través de la consulta a sus representantes según sus propios mecanismos deliberativos, incluyendo a las madres en esos procesos. La participación activa de los integrantes de esas comunidades permitirá la adecuación cultural y la mejora de la calidad del servicio para ser amigable a sus usuarios sin importar el origen étnico, la nacionalidad, el color de piel o el nivel socioeconómico de la familia.

Un **servicio de salud amigable** significa, entre otras cosas, **que el equipo de salud comprenda y respete la cultura y cosmovisión de las madres y familias indígenas**, sus creencias respecto de la maternidad, el parto y puerperio, la salud y enfermedad, la vida y la muerte. Como es sabido, la enfermedad, el nacimiento, la vida y la muerte son experiencias universales de la especie humana, pero las distintas culturas –entre ellas las de los pueblos indígenas– moldean y establecen distintas formas de comprender estos fenómenos según su propia cosmovisión o forma de comprender el mundo. En este sentido, la concepción

23. UNICEF Argentina. *Los derechos de los pueblos indígenas explicados para todas y para todos*. Buenos Aires, 2008. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/derechos\\_indigenas.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/derechos_indigenas.pdf).

de salud de los pueblos indígenas está ligada a una perspectiva integral del mundo. Así, definen la salud en términos de un bienestar integral que incorpora la dimensión espiritual. Este concepto de salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad, llamado también “buen vivir”.

En Argentina existen, distribuidos en las distintas provincias, al menos 31 pueblos indígenas y, según el Censo realizado en el año 2010, habitan 955.032 personas que se consideran descendientes de indígenas<sup>24</sup>. Muchas familias pertenecientes a estos pueblos no acceden oportunamente a los servicios de salud, en particular en lo que respecta a controles prenatales, esquemas de vacunación y controles de salud del niño o niña. Esto se debe, principalmente, a las **barreras** que padecen las comunidades de los pueblos indígenas, tanto **geográficas**, ya que generalmente viven alejadas de los centros urbanos, como **culturales**, por la imposibilidad de comunicarse en su lengua o que se les respete su particular forma de entender la salud y la enfermedad. Desde el enfoque de promoción de los derechos indígenas lo que se espera es la complementación de las prácticas y saberes (del equipo de salud y de la medicina tradicional indígena) en salud, siempre y cuando estas sean impulsadas y apoyadas por la comunidad, sus líderes, las madres y/o sanadoras tradicionales.

Como agravante, no se cuenta con la información desagregada por etnias sobre la accesibilidad a los centros de salud, maternidades y cobertura de intervenciones esenciales durante el embarazo y los primeros años de vida, ni tampoco sobre la mortalidad materna o infantil en estos grupos particulares. Según una investigación cualitativa realizada por Andrés Cuyul y colaboradores en 2011<sup>25</sup>, solamente Formosa incorpora la variable etnia en sus registros, pero esta información –como especifican en el artículo– no está disponible para su análisis. Todos los líderes indígenas entrevistados en esa investigación acuerdan con la incorporación de la variable a los registros para facilitar el análisis de los indicadores.

24. Censo Cuadro P46. Total del país. Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según provincia. Año 2010.

25. Cuyul, A.; Rovetto, M.; Specogna, M. “Pueblos indígenas y sistemas de información en Salud. La variable étnica en seis provincias Argentinas”. *Rev Argent salud Pública*, 2011.



## Oportunidades de mejora para el cumplimiento de los derechos 1 y 2

Argentina cuenta con herramientas valiosas que son facilitadoras del cumplimiento del derecho 1 y 2: una estructura amplia e instalada de servicios de salud públicos en todo el país, recursos financieros y el marco legal de protección. Entonces, ¿por qué los derechos 1 y 2 no se cumplen en su totalidad?

Es posible identificar algunos **cueillos de botella en los procesos de atención** que pueden ser los hitos en donde trabajar para el pleno cumplimiento de estos derechos.

La organización, distribución, capacitación, remuneración e incentivos en de los **recursos humanos** es un factor mencionado recurrentemente por los equipos de salud como un limitante. Las causas en el deterioro de la formación, incentivos y salarios son múltiples y sujetas a coyunturas históricas, pero definitivamente los recursos humanos de la salud en general, y en el área de neonatología y obstetricia en particular, requieren un análisis y planificación minuciosos para revertir la situación actual. El liderazgo de los equipos es entonces clave para lograr –en situaciones límites de recursos– el estímulo de las personas y también, porque no, generar en ellos la motivación para revertir esta situación.

**La articulación y comunicación** entre los diferentes niveles, sistemas y programas aparece también como una limitante en el cumplimiento de los derechos. La comunicación dentro de un sistema también debe ser planificada y es uno de los principales motivos de errores en medicina. Todos los miembros del equipo deben conocer cuáles son los procedimientos de comunicación entre niveles, y el sistema debe contar con indicadores para monitorear que la comunicación funcione adecuadamente.

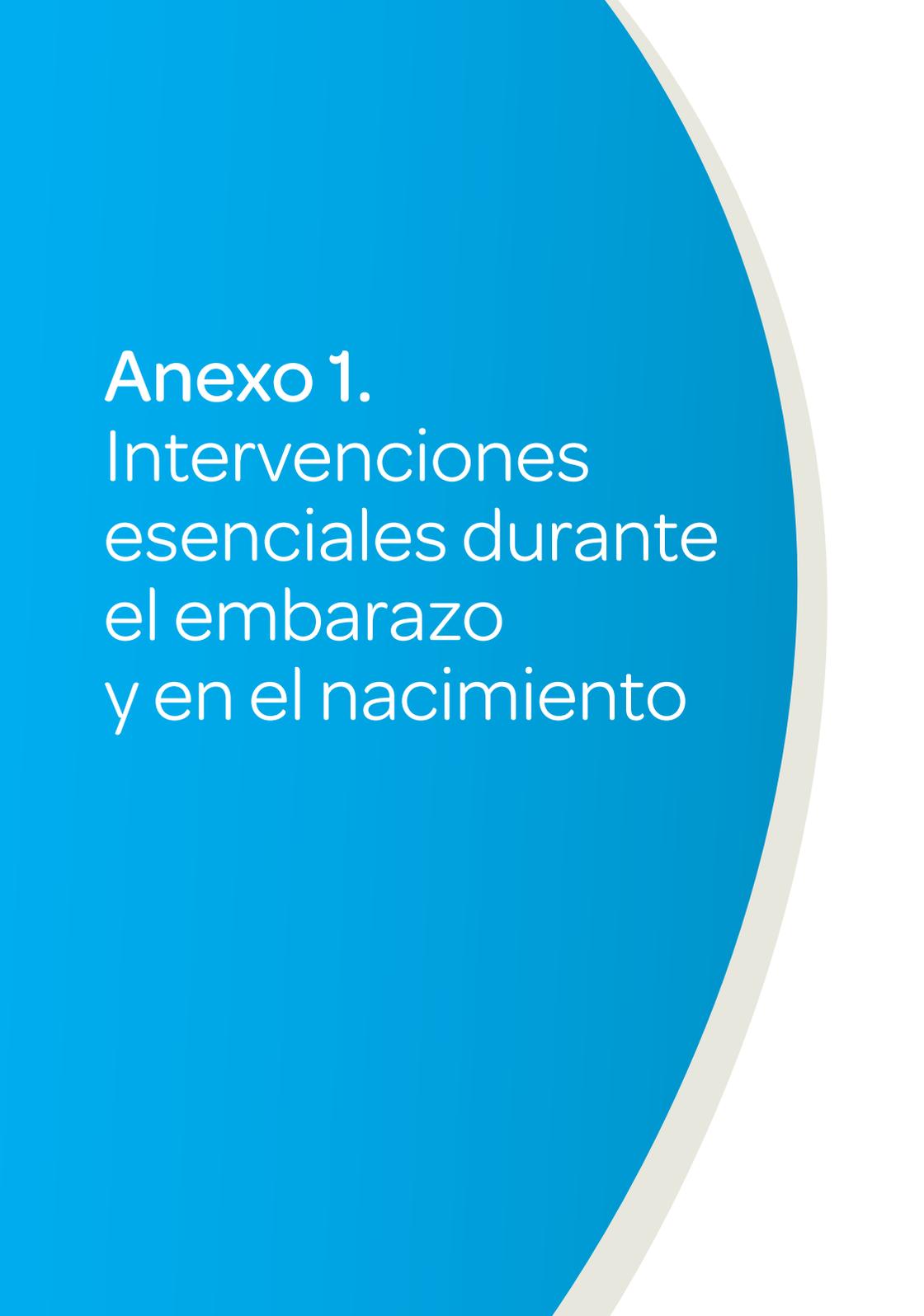
Otra limitante identificada para el cumplimiento de los derechos 1 y 2 es **la brecha de conocimiento** que existe sobre la distribución de los tipos y determinantes de los nacimientos prematuros en Argentina.

Finalmente, el acceso de **la sociedad toda a la información calificada y válida** es crucial para que las madres y los padres de recién nacidos prematuros puedan confiar en que el sitio en donde han nacido sus bebés es el adecuado para ellos.

UNICEF aboga para que los equipos de salud y las familias de niños que han nacido prematuros sigan sumando activistas para esta causa que busca renovar el compromiso con la supervivencia infantil<sup>26</sup> y garantizar los diez derechos identificados como prioritarios. También acompaña a los gobiernos para lograr la transformación de las maternidades en seguras y centradas en la familia para que los ejes, principios y pasos de esta iniciativa queden instalados y se repliquen y mejoren año tras año.



26. UNICEF. *Una promesa renovada*. Disponible en: [http://www.apromiserenewed.org/files/UNICEF-A\\_Promise\\_Renewed-Spanish.pdf](http://www.apromiserenewed.org/files/UNICEF-A_Promise_Renewed-Spanish.pdf).

A large blue circle with a white border is positioned on the right side of the page, partially overlapping the white background. The text is centered within the blue area.

# Anexo 1.

## Intervenciones esenciales durante el embarazo y en el nacimiento

¿Hay intervenciones eficaces y aplicables dentro del sistema de salud de Argentina que puedan reducir el número de nacimientos prematuros? ¿Hay métodos para detectar un nacimiento prematuro durante el embarazo? Una vez que se identifica a una mujer en riesgo de tener un parto prematuro, ¿qué intervenciones son efectivas en la reducción de la morbilidad neonatal en relación a la prematuridad? Cuando nace un niño prematuro ¿hay acciones o intervenciones que puedan mejorar su chance de supervivencia y de una mejor calidad de vida?

Para contestar estas preguntas, se realizó una búsqueda dirigida en la Biblioteca Cochrane y en las bases de datos de *pubmed*, la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de la Nación.

De los resultados de esa búsqueda, se incluyen a continuación solo aquellas intervenciones que tienen un claro respaldo de la evidencia científica y que son posibles de ser aplicadas en Argentina. Esta no es una revisión sistemática, sino solamente una selección de intervenciones con clara evidencia a favor.

La tabla 1 describe las intervenciones que han demostrado **reducir** los embarazos pretérmino con un nivel de evidencia a favor claro, y que pueden ser fácilmente adaptadas y aplicadas en Argentina. Así, describe la intervención y el sitio donde estas intervenciones pueden ser aplicadas (comunidad, atención primaria, médico de cabecera, hospitales de nivel II, hospitales de nivel IIIa u hospitales de nivel IIIb).

La tabla 2, por su parte, sintetiza las intervenciones durante el embarazo que han demostrado ser efectivas en la reducción de la mortalidad de los recién nacidos prematuros ante la posibilidad de un parto pretérmino.

**Tabla 1.** Intervenciones identificadas que han demostrado reducir los embarazos pretérmino, aplicabilidad local y nivel de atención (año 2013).

Obstétrica	Aplicabilidad local
<p>Espaciamiento entre los embarazos.</p> <p>Estudios observacionales demuestran que cuanto menor es el espaciamiento entre los embarazos mayor es el riesgo de presentar parto prematuro, si bien no hay estudios controlados, la evidencia es sólida en esta recomendación<sup>26</sup>.</p>	<p>Recomendaciones en la comunidad.</p> <p>Recomendaciones en el alta conjunta.</p>
<p>Cesación del consumo de tabaco durante el último trimestre<sup>27</sup>.</p>	<p>Intervención en la comunidad.</p> <p>El médico de cabecera.</p> <p>Obstétrica.</p>
<p>Rastreo y tratamiento de sífilis, VIH e infecciones urinarias durante el embarazo<sup>28</sup>.</p>	<p>Médico de cabecera.</p> <p>Obstétrica.</p>

26. Eds, C.P.; Howson, M.V.; Kinney, J.E.; Lawn March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. World Health Organization. Geneva, 2012.

27. Lumley, J.; Chamberlain, C.; Dowswell, T.; Oliver, S.; Oakley, L.; Watson, L. "Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009.

28. Sturt, A.S.; Dokubo, E.K.; Sint, T.T. "Antiretroviral therapy (ART) for treating HIV infection in ART-eligible pregnant women". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010.

Kramer, M.R.; Hogue, C.J.; Dunlop, A.L. "Menon R. Preconceptional stress and racial disparities in preterm birth: an overview". *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2011.

**Tabla 2.** Intervenciones durante el embarazo que han demostrado ser efectivas en la reducción de la mortalidad de los recién nacidos prematuros, ante la amenaza de parto prematuro.

Prenatal	Aplicabilidad local
Administración de corticoides ante la amenaza de parto <sup>29</sup> .	Protocolo de atención en el primer, segundo y tercer nivel de atención.
Reducción de las inducciones sin un criterio médico y reducción de las cesáreas electivas <sup>30</sup> .	Protocolo de atención en instituciones donde se realizan partos.

Desde el momento en que una mujer presenta señales clínicas de tener un parto prematuro se está en presencia de una situación médica de emergencia que requiere que todo el equipo de trabajo sepa qué es lo que tiene que hacer y cómo lo debe hacer.

29. Brownfoot, F.C.; Crowther, C.A.; Middleton, P. "Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008.

30. Chang, H.H.; Larson, J.; Blencowe, H.; Spong, C.Y.; Howson, C.P.; Cairns-Smith, S.; Lackritz, E.M.; Lee, S.K.; Mason, E.; Serazin, A.C.; Walani, S.; Simpson, J.L.; Lawn, J.E. "Born Too Soon preterm prevention analysis group" y "Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index". *Lancet*. 2013

# Anexo 2.

## La hora de oro<sup>31</sup>

Las intervenciones que se pongan en marcha durante la primera hora de vida de un recién nacido prematuro determinan las probabilidades de supervivencia y las comorbilidades que ese recién nacido tendrá en el futuro. Todo el personal que actúa en sala de partos debe trabajar con la precisión y articulación óptima en función de brindar a esa persona que acaba de nacer las máximas posibilidades que por derecho tiene.

La tabla 3 muestra las intervenciones durante la primera hora de vida que han demostrado ser efectivas para reducir la mortalidad de recién nacidos prematuros.

**Tabla 3.** Intervenciones en la primera hora del nacimiento de un niño prematuro que han demostrado ser efectivas en la reducción de la mortalidad de los recién nacidos prematuros.



<b>Posneonatal: la hora sagrada</b>	<b>Aplicabilidad local</b>
Reanimación luego del nacimiento <sup>32</sup> .	Protocolos de atención en instituciones II, IIIa, IIIb. Entrenamiento periódico de todo el personal en la reanimación neonatal en todos los niveles. Entrenamiento para los padres.
Prevención de la hipotermia mediante “mamá canguro” y “contacto piel a piel” <sup>33</sup> .	Protocolos de atención en las instituciones. Protocolos de traslado a la unidad de terapia intensiva neonatal.
Manejo adecuado de la sepsis neonatal <sup>34</sup> .	Protocolos de atención nivel II, IIIa, IIIb. Entrenamiento de todo el personal.
Manejo adecuado de las infecciones respiratorias <sup>35</sup> .	Protocolos de atención en el segundo y tercer nivel.
Manejo de la respiración asistida <sup>37</sup> .	Entrenamiento a los equipos de salud.

32. O'Donnell, C.P.; Schmölzer, G.M. “Resuscitation of preterm infants: delivery room interventions and their effect on outcomes”. *Clin Perinatol*. 2012.

33. *Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*. World Health Organization, 2012.

34. Eds, C.P. *Et. al. Op. cit.*

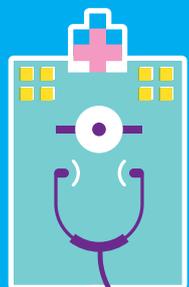
35. Eds, C.P. *Et. al. Op. cit.*

36. Eds, C.P. *Et. al. Op. cit.*



# Anexo 3.

## Decálogo de los Derechos del Prematuro



**1** La prematuridad se puede prevenir en muchos casos por medio del control del embarazo, al que tienen derecho todas las mujeres.



**2** Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.

**4** Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.



**5** Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.



**3** El recién nacido tiene derecho a recibir atención acorde a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, pensando en su futuro.

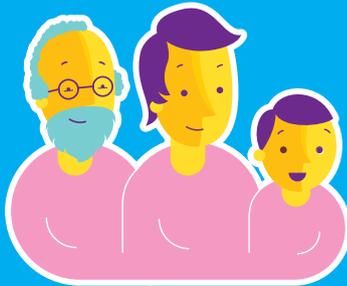




**6** Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por Retinopatía del Prematuro (ROP).

**7** Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, luego del alta neonatal, a programas especiales de seguimiento.

**8** La familia de un recién nacido prematuro tiene derecho a la información y participación en las decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.



**9** El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.



**10** Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.

semana del  
**Prematuro**





[www.unicef.org.ar](http://www.unicef.org.ar)

 unicefargentina

 @unicefargentina