

Guía 2: Etapa de nacimiento

Maternidad y paternidad inclusiva



Financia:



Organiza:



Centro UC
Tecnologías de Inclusión
CEDETI





Autoras:

Jimena Luna Benavides
Polín Cecilia Olgún Rojas
Almudena Rascón Alcaina
Claudia Uribe Torres
María José Oyarzún
María José Valderas Solaligue
Karina Roco Anabalón

Diseño:

Seba Alfaro Juri
Arely Torres Barría

Ilustraciones:

Seba Alfaro Juri

Instituciones:

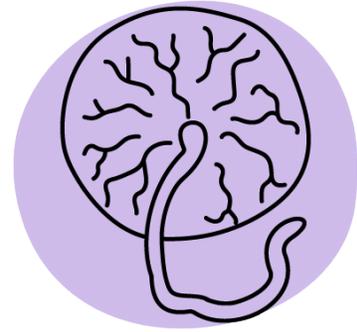
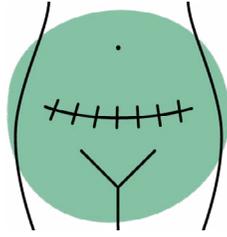
Centro de Desarrollo de Tecnologías
de Inclusión - CEDETi UC.
Centro Iberoamericano de Autonomía
Personal y Apoyos Tecnológicos - CIAPAT Chile.
Escuela de Enfermería de la Facultad de
Medicina Pontificia Universidad Católica
de Chile.

Consultora

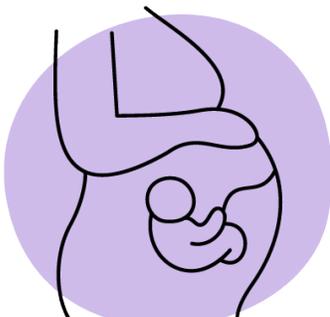
Salud SexFem - Matronas Feministas.

Septiembre de 2022

Índice



| | |
|---|----|
| Introducción | 4 |
| Iniciativa Maternidad y Paternidad Inclusiva | 4 |
| Posicionamiento de la iniciativa | 8 |
| Guía 2: Etapa de nacimiento | 10 |
| 1. Parto y cesárea | 11 |
| 1.1 Parto vaginal | 12 |
| 1.2 Inicio del trabajo de parto espontáneo | 13 |
| 1.3 Inicio del trabajo de parto inducido | 14 |
| 1.4 Atención del parto vaginal | 15 |
| 1.5 Alumbramiento en parto vaginal | 16 |
| 1.6 Cesárea | 17 |
| 1.7 Análisis de investigación sobre parto y cesárea | 18 |
| 2. Puerperio y lactancia | 34 |
| 2.1 Puerperio | 35 |
| 2.2 Beneficios del contacto de la madre con hijo o hija | 35 |
| 2.3 Medidas para restablecer el bienestar de la madre | 36 |
| 2.4 Lactancia materna y sus beneficios | 37 |
| 2.5 Técnicas de amamantamiento | 38 |
| 2.6 Análisis de investigación sobre puerperio y lactancia | 40 |
| 3. Recomendaciones | 45 |
| 3.1 Recomendaciones generales | 46 |
| 3.2 Recomendaciones específicas | 49 |
| Referencias | 54 |



Introducción

Iniciativa Maternidad y Paternidad Inclusiva

En Chile, el 20% de la población total tiene discapacidad, alrededor de 2.606.914 personas. En este contexto, las mujeres presentan mayor prevalencia de discapacidad comparada con los hombres: de la población total chilena, el 14,8% de personas adultas con discapacidad son hombres y el 24,9% son mujeres (Servicio Nacional de la Discapacidad [SENADIS], 2015).

En la actualidad, las personas con discapacidad encuentran diversas barreras y discriminación que repercuten en su calidad de vida y participación en sociedad. Uno de los principales motivos de discriminación que viven las personas con discapacidad día a día es la negación de sus derechos sexuales y reproductivos, así como de su derecho a crear una familia. Existe el prejuicio de que las personas con discapacidad no están capacitadas para ejercer la maternidad o paternidad porque son “asexuadas” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2016). La principal consecuencia de este prejuicio es la situación de invisibilización de personas con discapacidad en las áreas de salud sexual y reproductiva, especialmente en el ejercicio de su derecho a ser madres y padres.

La variable discapacidad no es considerada en las estadísticas de salud sexual y reproductiva. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2022), el número de nacimientos en 2020 fue de 194.952, en una proporción de 51,2% de hombres, 48,7% de mujeres, y 0,0% corresponden a sexo indeterminado, equivalente a 19 personas. Si bien hay estadísticas sobre la caracterización de las mujeres que han tenido hijos o hijas, ya sea por edad, residencia por región, e incluso profesión de las madres, no existen estadísticas sobre las mujeres que presentan algún tipo de discapacidad. Lo mismo sucede cuando se busca información respecto a la crianza en madres y padres con discapacidad. Esto es corroborado por el INE (2020), que, a través de una consulta vía transparencia, responde que no cuentan con dicha información. Este hecho muestra que la variable de discapacidad no es considerada en estadísticas de salud sexual y reproductiva.

En Chile, existen programas informativos para maternidad y paternidad, con guías e información disponibles para la población en general. Sin embargo, no existen programas específicos y accesibles que guíen a madres y padres con discapacidad de acuerdo a sus necesidades específicas, ni material de apoyo en

el proceso de embarazo, nacimiento y crianza. Esto explica la falta de información sobre temas de maternidad y paternidad en formatos accesibles, sobre especificaciones técnicas o recomendaciones asociadas a la discapacidad.

La falta de información y especificaciones tiene consecuencias en el proceso de embarazo, parto y crianza en padres y madres con discapacidad. Uno de los efectos de esta falta, es que muchas madres y padres con discapacidad tienen diferentes necesidades físicas y sensoriales, por lo que deben improvisar. Esta improvisación les permite aprender cuando pasan por estas etapas, pero previamente no cuentan con información ni orientaciones que se ajusten a sus necesidades específicas.

En este contexto surge la iniciativa “Maternidad y paternidad inclusiva”. Esta iniciativa tiene como objetivo entregar información y recomendaciones sobre maternidad y paternidad en las etapas de embarazo, nacimiento y crianza, orientadas a personas con discapacidad, considerando diversos formatos accesibles.

Esta iniciativa propone una serie de acciones que buscan:

1. Visibilizar la maternidad y paternidad de personas con discapacidad.
2. Generar información sobre temáticas asociadas a las etapas de embarazo, nacimiento y crianza en formatos accesibles.
3. Brindar orientación y recomendaciones específicas para madres y padres con discapacidad.

Durante el proceso de ejecución de la iniciativa se realizó la “Consulta Pública: Temas de interés en maternidad y paternidad de personas con discapacidad” (en adelante “consulta pública”), entre el 17 de marzo y el 29 de abril de 2022. Esta consulta estuvo dirigida a personas con discapacidad mayores de 18 años. Las preguntas trataban sobre las principales dudas o temas de interés en materia de maternidad y paternidad. Las respuestas permitieron orientar las temáticas a abordar en los materiales de difusión, de acuerdo a la factibilidad y alcance de la iniciativa.

Perfil general de personas que respondieron la Consulta Pública

Un total de 75 personas respondieron la consulta pública. De estas personas, el 54% tenía entre 30 y 45 años, y el 24% entre 18 y 29 años. Cabe destacar que un 69% de las personas que respondieron se identificaban como mujeres, un 22% como hombres y un 8% como personas no binarias. Además, el 55% de las personas que respondieron la consulta pública residían en la Región Metropolitana, el 11% en la Región del Biobío y el 9% de la Región de Valparaíso.

El 59% de las personas que respondieron la consulta pública indicaron que tenían discapacidad física, el 22% indicó que tenía otro tipo de discapacidad, el 12% señaló que tenían discapacidad visual, el 3% reporta discapacidad auditiva, y el 3% dice tener discapacidad física y otra discapacidad.

Además, se realizaron 15 entrevistas para recoger relatos de experiencias de maternidad y paternidad de personas con discapacidad, relevando los obstáculos y facilitadores que tuvieron en las etapas de embarazo, nacimiento y crianza, con el fin de visibilizar la temática. De manera complementaria, se recogieron relatos de expectativas de personas con discapacidad que no son padres o madres.

Perfil de personas que participaron en entrevistas individuales

En el marco de la iniciativa se realizaron 15 entrevistas a personas con discapacidad: 4 personas con discapacidad física, 6 personas con discapacidad visual y 5 personas con discapacidad auditiva.

De las 15 personas entrevistadas, 13 personas eran padres o madres, y 2 de ellas no tenían hijos ni hijas. De todas las personas entrevistadas, 10 personas se identificaban como mujeres, y 5 personas como hombres.

A partir de las temáticas más relevantes que surgieron de la consulta pública y las entrevistas individuales, el equipo generó material informativo digital y audiovisual relacionado con la maternidad y paternidad en términos generales,

considerando formatos accesibles. Este material cuenta con recomendaciones para el proceso de embarazo, parto y crianza de padres y madres con discapacidad física, auditiva y visual.

Con esta iniciativa se espera desmitificar los prejuicios que existen hacia las personas con discapacidad y reconocer los derechos sexuales y reproductivos y el derecho al ejercicio de la maternidad y paternidad de las personas con discapacidad.

Derechos de Personas con Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad indica en su artículo 23° sobre el Respeto del Hogar y la Familia, en el inciso 1.b, que se debe garantizar el:

derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos. (ONU, 2006, p. 18)

Asimismo, en el artículo 25° la Convención insta a los Estados a ofrecer: programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población. (ONU, 2006, p. 20)

Este artículo también exige a los profesionales de la salud que: presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado. (ONU, 2006, p. 21)

Posicionamiento de la iniciativa

La presente guía considera el enfoque de derechos humanos como eje para desarrollar todos los materiales, y toma como referencia la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) como elemento fundamental para la elaboración de la información y recomendaciones, tanto a nivel formal como a nivel de contenido.

A nivel formal, el contenido se desarrolla y presenta de forma accesible, considerando los elementos necesarios para que todas las personas puedan acceder al texto: las guías cuentan con descripción de imágenes, con una versión en Lectura Fácil, el material audiovisual tiene interpretación en Lengua de Señas Chilena con subtítulos y tiene versiones en Braille disponibles en algunas bibliotecas y fundaciones para personas con discapacidad visual (ver micrositio maternidadypaternidadinclusiva.cedeti.cl).

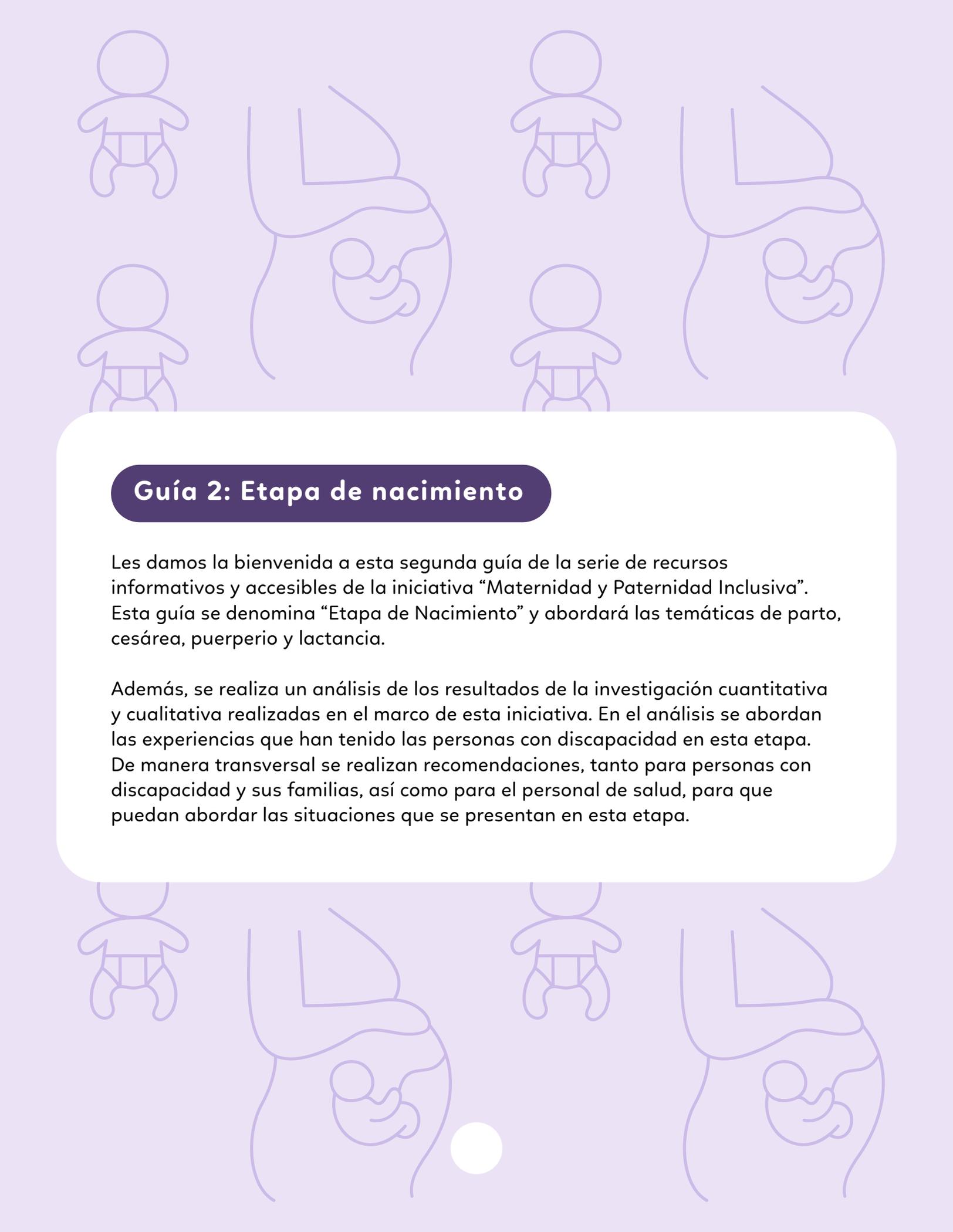
La perspectiva desde la que el equipo aborda esta iniciativa es la interseccionalidad. La interseccionalidad es una perspectiva de estudio que indica que cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a distintas categorías sociales (Crenshaw, 1991). Por este motivo, a continuación, exponemos la posición de la iniciativa sobre las distintas categorías que se utilizarán en las guías.

Utilizaremos el término “persona con discapacidad” y sus variantes, para estar en línea con el enfoque de derechos humanos basado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006). Aunque existen otros conceptos ampliamente utilizados por la comunidad, este concepto representa de forma más adecuada a las personas con discapacidad en esta iniciativa.

Esta iniciativa ha sido desarrollada, desde su inicio, con perspectiva de género. La iniciativa responde específicamente a los derechos de las mujeres con discapacidad, y a sus derechos reproductivos y sexuales, por lo que considera el enfoque de género como un elemento transversal a todo el contenido.

Somos conscientes de que en la actualidad, los conceptos utilizados para nombrar a distintos colectivos están en continuo debate y que el lenguaje inclusivo es un elemento en constante avance, por lo que para hacernos cargo de la inclusión del colectivo LGBTIQ+, utilizaremos el concepto “persona embarazada” para referirnos a las mujeres, personas trans y/o no binarias que pasan por este proceso.

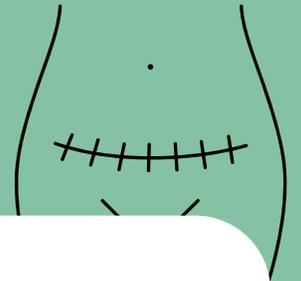
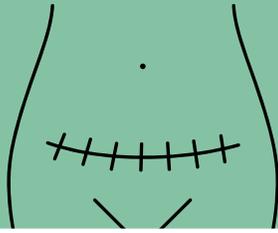
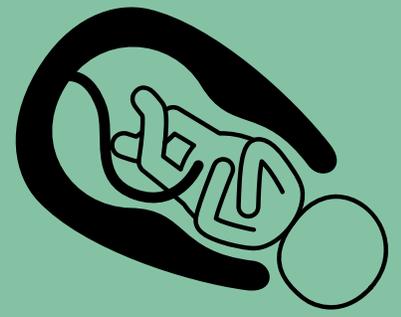
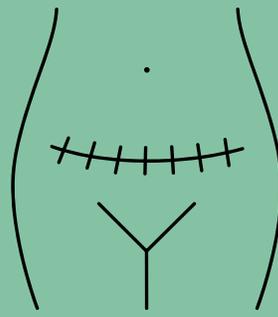
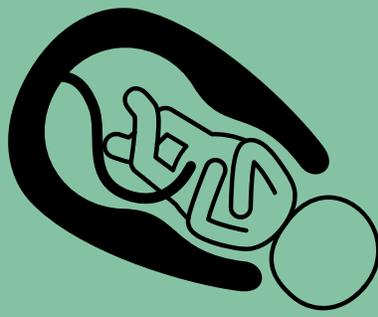
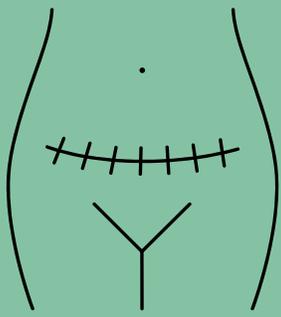
La iniciativa contempla las experiencias de personas con discapacidad durante los períodos de planificación familiar, embarazo, nacimiento y crianza. Esta iniciativa considera que el proceso biológico no puede separarse del proceso social. Por este motivo, plantea las experiencias biopsicosociales de las personas que viven el embarazo y parto, así como las experiencias biopsicosociales de sus acompañantes, si los hubiera, durante todo el proceso. Además, la iniciativa incluye como elemento central la corresponsabilidad familiar, que se entiende como la distribución familiar equilibrada de las tareas domésticas y del cuidado.

The background of the page features a repeating pattern of light purple line art. It includes stylized figures of a baby in a diaper and a pregnant woman holding her belly. The central white box has a dark purple header with white text. A small white circle is located at the bottom center of the page.

Guía 2: Etapa de nacimiento

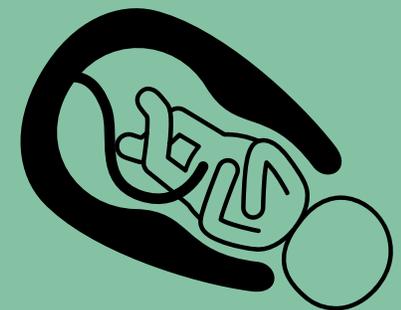
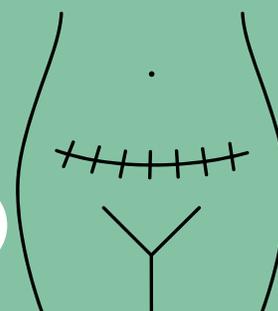
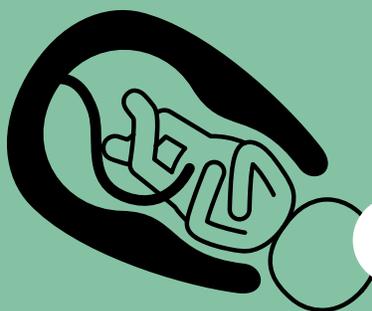
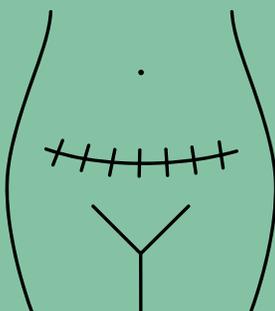
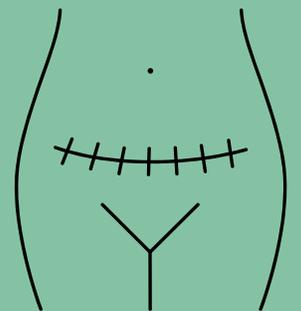
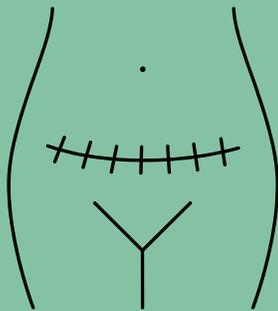
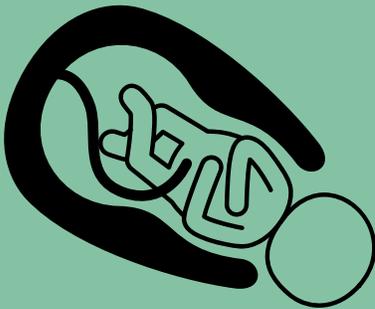
Les damos la bienvenida a esta segunda guía de la serie de recursos informativos y accesibles de la iniciativa “Maternidad y Paternidad Inclusiva”. Esta guía se denomina “Etapa de Nacimiento” y abordará las temáticas de parto, cesárea, puerperio y lactancia.

Además, se realiza un análisis de los resultados de la investigación cuantitativa y cualitativa realizadas en el marco de esta iniciativa. En el análisis se abordan las experiencias que han tenido las personas con discapacidad en esta etapa. De manera transversal se realizan recomendaciones, tanto para personas con discapacidad y sus familias, así como para el personal de salud, para que puedan abordar las situaciones que se presentan en esta etapa.



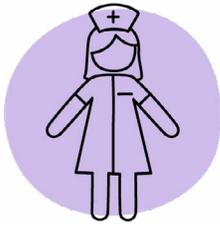
1. Parto y cesárea

En esta sección se conocerán los principales conceptos relacionados a los procesos de parto vaginal, parto inducido, alumbramiento y cesárea. También se presentan los resultados de la aplicación de la consulta pública y las entrevistas a personas con discapacidad, conociendo sus experiencias y desafíos en esta etapa.



1.1 Parto Vaginal

El parto vaginal o normal es un proceso fisiológico en el que, a través de las contracciones del útero, se logra la expulsión del feto y placenta desde la cavidad uterina (Carvajal y Barriga, 2022). Sin embargo, no todos los partos inician de manera espontánea, algunos se inducen, así como no todos se resuelven por la vía vaginal, sino con otras modalidades como el uso de fórceps o cesárea.



Actualmente en Chile, en el sistema público de salud se controla el embarazo y se asisten los partos fisiológicos vaginales por matronas o matrones.



En el caso de embarazos de riesgo o ante alguna complicación, este será atendido por un médico o médica con especialidad en ginecología y obstetricia.

El nivel de cobertura y profesionalización en la atención del parto en nuestro país, ubica a Chile en un lugar privilegiado respecto a otros países de Latinoamérica, con excelentes resultados, tanto para la salud de la madre, como para la salud de su hijo o hija recién nacida, reduciendo el riesgo de muerte y enfermedad en ambos. De acuerdo a los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de Naciones Unidas (CEPAL, 2022), basados en cifras informadas por los países a la Organización Panamericana de la Salud, el promedio de la tasa de mortalidad materna en América Latina es de 38,6 por cada 100.000 nacidos vivos y Chile tiene una de las menores tasas, equivalente a 10,9, comparado con 36 países de la región.

1.2 Inicio del trabajo de parto espontáneo



Para lograr un trabajo de parto como tal, se deben alcanzar contracciones uterinas intensas, prolongadas y rítmicas, para que el cuello del útero se pueda adelgazar y dilatar, permitiendo el descenso y la salida fetal. El trabajo de parto se confirma cuando la persona embarazada presenta las siguientes condiciones (Carvajal y Barriga, 2022):

- Contracciones con una frecuencia mayor a 2 en un periodo de 10 minutos, de manera rítmica, con una duración promedio de 30 segundos.
- Modificaciones del cuello del útero, esto implica una dilatación mayor a 2 centímetros.

Se recomienda ingresar a parto idealmente en una fase activa del trabajo de parto, es decir, con una dilatación de al menos 4 centímetros, asegurando ciertos cuidados que generan una experiencia positiva del proceso de parto y nacimiento. Para ello se debe tener conocimiento sobre lo siguiente:

- **Acompañamiento:** se recomienda la presencia de alguien significativo para la persona embarazada, que apoye y colabore durante el proceso desde la dimensión social.
- **Deambulaci3n:** existe evidencia de que el dolor de las contracciones uterinas es mejor tolerado cuando la persona est1 de pie que acostada, acortando los tiempos de dilataci3n.
- **Reposo:** si la persona embarazada lo prefiere, puede permanecer en cama, idealmente de costado o semisentada, pero no se recomienda de espaldas.
- **Alimentaci3n:** se recomienda principalmente ingesta de l3quidos, como agua, jaleas, helados, entre otros, a voluntad y tolerancia de la persona embarazada. No se recomienda tener un r3gimen cero durante el trabajo de parto.
- **Enema rectal:** es un procedimiento que sirve para limpiar el recto de la persona embarazada, sin embargo, no se recomienda su realizaci3n durante el trabajo de parto. Si bien este procedimiento se encontraba establecido como rutina, no hay evidencia que demuestre ninguna disminuci3n en la morbilidad neonatal o de infecciones.

- **Rasurado pubo-rectal:** no se recomienda este procedimiento, ya que la evidencia demuestra que el rasurado del área desde el pubis al recto, también denominado zona perineal, no reduce el riesgo de infecciones. Se aconseja solo realizar un aseo de la zona.
- **Control del dolor:** existen distintos métodos para el manejo del dolor y dependerá de los disponibles en el servicio de salud, por ejemplo, los métodos no farmacológicos como la deambulaci3n, los fármacos o anestesia regional como la epidural, entre otros. En Chile, la analgesia del parto es una garantía AUGE/GES (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013), y es decisi3n de la persona embarazada aplicarla o no.

Cuando la persona embarazada se encuentre en preparto, en fase activa del proceso, se deben evaluar algunos parámetros que confirmen su bienestar, como:

- Signos vitales.
- Control de las contracciones uterinas.
- Tacto vaginal.

Para la evaluaci3n del bienestar fetal, se debe realizar la vigilancia de latidos cardiofetales (LCF) en relaci3n con las contracciones uterinas.

1.3 Inicio del trabajo de parto inducido



El parto inducido se realiza cuando, por motivos de salud, el embarazo debe interrumpirse o no es posible que se desarrolle de manera espontánea. La inducci3n se realiza principalmente a trav3s de medicamentos vía vaginal usando misoprostol, y una vez que se ha iniciado el trabajo de parto, se pueden mejorar las contracciones uterinas por medio de oxitocina sintética en el suero endovenoso (MINSAL, 2015).

No es recomendable la inducci3n del trabajo de parto con fármacos en mujeres que han tenido previamente una cesárea, ya que la evidencia indica que esta inducci3n disminuye en 50% la probabilidad de parto vaginal en este grupo de mujeres, en comparaci3n con quienes inician el trabajo de parto de manera espontánea. En el caso que la inducci3n sea necesaria, por ejemplo cuando ya se alcanz3n las 41 semanas de gestaci3n, deben preferirse los métodos de inducci3n

mecánicos, como el uso del balón de Cook o la sonda Foley, ya que estos métodos no aumentan el riesgo rotura del útero, que es uno de los riesgos de un parto vaginal inducido, posterior a una cesárea (Carvajal y Barriga, 2022).

1.4 Atención del parto vaginal

El procedimiento debe seguir las mismas normas sanitarias que todo proceso de cirugía, es decir, los profesionales de la salud deben usar gorro, mascarilla, protección ocular y lavado quirúrgico de manos. Una vez preparado el campo quirúrgico estéril y la persona esté bajo el efecto de la anestesia, se procederá al acompañamiento y orientación del parto (Carvajal y Barriga, 2022).



Las medidas recomendadas para la asistencia del parto y nacimiento integral, que contribuyen a la experiencia positiva, son las siguientes:

- **Pujo sincrónico con las contracciones**
Este pujo permite que las fuerzas de expulsión se sumen y se potencien. Este pujo, si es espontáneo y natural en la persona, tiene mejor resultado. En su defecto, si la persona no lo percibe por el efecto anestésico, el pujo debe ser adecuadamente indicado por la profesional matrona o el matrn, en el momento que se identifique la contracción uterina (Carvajal y Barriga, 2022).
- **Persona significativa**
Se recomienda la participación activa de una persona significativa en el parto, que permita dar contención y acompañamiento emocional a la persona que está en proceso de parto (MINSAL, 2015).
- **Posición semisentada o vertical**
Esta posición es la más recomendada para favorecer la fuerza del pujo y la comodidad de la persona (MINSAL, 2015).
- **Episiotomía**
Es una práctica en la que se realiza un corte a nivel vaginal para ampliar su diámetro y así favorecer la salida de la cabeza fetal, no está recomendada de manera rutinaria, salvo en justificadas excepciones, siempre informando a la persona que está en trabajo de parto y el personal obstetra debe contar con las competencias para resolver complicaciones como hematomas o desgarros (MINSAL, 2015).

- **Asistencia de protección y contención**
Para asegurar la salida suave de la cabeza fetal, cuando esta se encuentra extendiendo y tensionando el tejido vulvar y perineal de la madre, la matrona que asiste el parto puede realizar protección y contención de la salida con ambas manos (Carvajal y Barriga, 2022).
- **Apego**
Una vez que ocurre la expulsión completa, es recomendable colocar al recién nacido inmediatamente sobre el abdomen materno, idealmente piel con piel, para facilitar el contacto precoz de la madre con su hijo o hija (Carvajal y Barriga, 2022).
- **Cordón umbilical**
El cordón umbilical no se liga ni se corta hasta el cese de su pulsatilidad (MINSAL, 2015).

1.5 Alumbramiento en parto vaginal

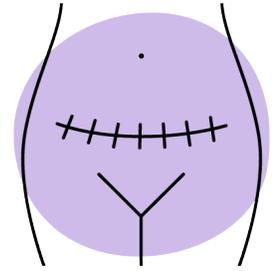
Una vez ocurrido el nacimiento y mientras el recién nacido se encuentra en proceso de apego con su madre, mediante el contacto piel con piel, se inicia el periodo de desprendimiento y salida de la placenta, cuyo proceso se denomina alumbramiento. La placenta es un órgano que se desarrolla en el útero para intercambiar oxígeno y nutrientes entre la madre y el feto. El matrn o matrona puede asistir este proceso, de acuerdo a 3 modalidades, según corresponda (Carvajal y Barriga, 2022):



- Manejo expectante:** esto ocurre sin intervención del profesional matrn o matrona. La placenta se desprende espontáneamente de las paredes del útero en un tiempo menor a 30 minutos, y es expulsada por el canal vaginal, por las contracciones o por gravedad.
- Manejo activo:** el profesional facilita el desprendimiento y expulsión de la placenta, estimula las contracciones uterinas, acortando el proceso y reduciendo el riesgo de hemorragia posparto. Esto se realiza por medio del uso de fármacos que estimulan las contracciones.
- Extracción manual de la placenta:** consiste en introducir una mano completa en la cavidad uterina para retirar la placenta. Este mecanismo no es fisiológico ni natural y no se evidencian beneficios, por tanto, se recomienda utilizar sólo cuando existe una retención de placenta.

1.6 Cesárea

La cesárea corresponde a la extracción del feto, placenta y membranas a través de una cirugía en la pared abdominal y uterina. La cesárea se realiza cuando el parto vaginal no es posible, o bien, cuando en el trabajo de parto se presenta una complicación en la persona embarazada o en el hijo o hija, que obliga a interrumpir el proceso, mediante la aplicación de esta vía quirúrgica.



La cesárea se puede realizar por los siguientes motivos (MINSAL, 2021):

| Por causa fetal | Por causa placentaria u ovular | Por causa materna |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Cuando el feto no está en la posición adecuada, es decir con la cabeza hacia abajo.• Cuando el feto no se está oxigenando bien.• Porque el feto es muy grande. | <ul style="list-style-type: none">• Cuando la placenta cubre el cuello del útero impidiendo el parto.• Cuando hay desprendimiento de placenta.• Dificultades con el cordón umbilical.• Embarazos múltiples. | <ul style="list-style-type: none">• Cuando la persona tiene 2 o más cesáreas.• Cuando una cesárea previa tuvo condiciones obstétricas desfavorables o enfermedades maternas significativas.• Cuando existen antecedentes de cirugía vaginal.• Por riesgo de transmisión de infecciones maternas. |

Esta cirugía ha tenido un incremento en Chile y el mundo, principalmente en el tipo de cesárea que es evitable, es decir, aquella que se programa por decisión de la madre, del médico o médica o de ambos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), la tasa ideal de cesáreas en un país debe oscilar entre el 10% y 15%, sin embargo, en Chile la tasa de cesáreas al año 2017 era de 47,7%, siendo una de las más alta de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2019). Las recomendaciones internacionales sugieren disminuir las cesáreas que sean innecesarias, considerando los riesgos asociados a una intervención quirúrgica mayor, que se relacionan con posibles accidentes en el acto operatorio, mayor frecuencia de infecciones en la herida operatoria y, asimismo, condiciona a futuras cesáreas en embarazos siguientes.

1.7 Análisis de investigación sobre parto y cesárea

De acuerdo a los resultados de la aplicación de la consulta pública y las entrevistas realizadas en esta iniciativa, sobre temas de maternidad y paternidad de personas con discapacidad, es posible analizar diversos temas en la etapa de nacimiento, pudiendo este ser a través de parto vaginal o cesárea.

Recordemos que en relación a la cantidad de personas que respondieron la consulta pública, el 50%, equivalente a 37 personas, indica que sí ha vivido un proceso de embarazo, incluyendo los que no llegaron a término. De este grupo, el 86% señaló que ha pasado por el proceso de parto o cesárea, quienes declaran en un 75% ser del género femenino, 16% masculino y 9% como no binaria.

Por otra parte, del total de personas que respondieron la consulta, el 50% señaló que ni ellas ni sus parejas han estado alguna vez embarazadas. De este grupo, el 68% se declara del género femenino, 26% masculino, 3% no binaria y 3% prefiere no responder sobre su género.

A partir de esta información, en las siguientes secciones se analizarán las experiencias de personas con discapacidad que han vivido la etapa de nacimiento. Para ello es necesario considerar que las personas que respondieron, lo hacen desde su vivencia y experiencia de manera personal estando embarazada o como acompañante de su pareja embarazada.

Atención en el proceso de nacimiento

En la consulta pública se preguntó sobre la atención recibida durante el proceso de nacimiento, donde la mayoría tuvo una experiencia positiva, es decir para el 56,3% fue “Buena” o “Muy buena”, para el 28,1% fue “Regular” y en menor medida, con un 12,6% fue una atención que se percibe como “Muy mala”.

En las entrevistas, también surge el tema de la atención durante el proceso de nacimiento, y a continuación se presenta un resumen de las **experiencias positivas** del trato del personal de salud:

“Bueno, aparte de los nervios de por sí del momento, [...] la matrona fue la que me iba diciendo “vas a sentir que todo tu estómago se te va al pecho, porque te van a empujar un poco la piel hacia arriba para poder sacar a la guagüita”. Y lo mismo hacía con mi pareja, mi pareja estaba al lado mío, ahí el [médico] le iba explicando todo el proceso y bueno, en el momento que uno escucha el llanto de Paz para mí fue como que todo ese proceso, así como que iba a vomitar, que me sentía débil, fue como que todo eso quedó en otro lado. [...] En la en el área de parto fue súper buena la atención, la disposición, por ejemplo, cuando llegamos en la mañana me tenían en una habitación, que era una habitación con dos camas, y ya en la tarde, cuando me llevaron de vuelta a la habitación, me dijeron que me habían cambiado a otra habitación donde iba a estar sola, para mayor comodidad”.

Flavia, mujer con discapacidad visual, 24 años, 1 hija.

Sin embargo, también se registran **experiencias negativas** respecto al trato en la atención del proceso de nacimiento, como se evidencia en los siguientes relatos:

Entrevistada: “Y se escuchaba, porque te ponen un biombo, que tú no ves nada, y lo otro, las manos, te ponen los brazos estirados, uno hacia cada lado, como así, como Cristo [...], amarrada, tú no puedes mover los brazos”.

Entrevistadora: “¿Y te explicaron por qué te iban a amarrar y por qué no podías mover los brazos?”.

Entrevistada: “Para que tú no te vayas a mover”.

Entrevistadora: “Entonces, durante el parto, ¿también te mantuvieron amarradas las manos para que no te movieras?”.

Entrevistada: “Sí, todo el proceso del parto te mantienen las manitos, los bracitos amarrados”.

Claudia, mujer con discapacidad visual, 41 años, 1 hija.

“Los médicos hicieron todo el proceso y comenzaron como unas amarras, decía yo, “¿qué es esto?” [...]. Nunca había visto eso, nunca sabía, no entendía nada, y después el suero, y ahí comienza todo el proceso, la cesárea. Yo sentí un dolor de cabeza inmenso, y el doctor, el hombre, el enfermero nos hacía preguntas, “¿qué pasa?”, y yo le decía “me duele”, más suero o más medicamento, por la cesárea, hasta que sacan al bebé. [...] Después ya pensé y dije, hice una pregunta: “¿algunos que tienen cesárea los amarran?”, y mis amigas me dijeron “no, nunca”, ¿y por qué a mí sí? Entonces pensé que era una falta de respeto hacia mí. Hace poco, más o menos unos tres años, yo pensaba y decía, reflexioné y yo dije, me acordé y le pregunté a otra amiga que también pasó por cesárea “oye tú, ¿te hicieron esto?”, [ella me responde] “no, nunca, nunca”. Como tres personas nunca, entonces digo “no me gustó eso”, pero al tiempo después. Quizás al ser persona sorda pensaron que iba a señalar, no sé, no pude tomar al bebé, fue después. Por ejemplo, el oyente, no sé, me imagino, no sé si está amarrado, no sé, no hay comparación. Entonces otras personas toman al bebé inmediatamente [...]. A mí me dijeron dos personas más haciendo preguntas, y yo era la única diferente, nunca voy a saber qué pasó ahí”.

Violeta, mujer con discapacidad auditiva, 33 años, 1 hijo.

Adicionalmente, de los resultados de la consulta pública, el 34,4% afirma haber sentido que recibió una **atención distinta por tener discapacidad**. Las situaciones en las que consideran que fueron tratadas distintas, las respuestas se clasifican en las siguientes categorías:

| Categorías | Experiencias |
|---|---|
| <p>Apreciación positiva al recibir una atención inclusiva por parte de las y los profesionales de la salud.</p> | <p>“Fueron súper preocupados de mí y de mi bebé en un hospital público”. Respuesta 6 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 40 años.</p> <p>“Fui mejor atendida”. Respuesta 11 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 45 años.</p> <p>“Me trasladaron a un hospital con mayor presencia de especialistas para dar a luz”. Respuesta 18 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 35 años.</p> <p>“En una [clínica], en el segundo embarazo me ofrecieron los apoyos y asistencia requerida para estar con mi pareja durante el proceso de parto y el nacimiento de nuestro segundo hijo [Marcelo]”. Respuesta 27 de consulta pública. Hombre con discapacidad física, 33 años.</p> <p>“En que pude tener acompañante 24 horas al día y estuve sola en una pieza pese a ser un hospital público”. Respuesta 55 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 37 años.</p> |

| Categorías | Experiencias |
|---|--|
| <p>Prejuicios o desconocimiento del personal de salud sobre ciertas patologías.</p> | <p>“Para todo dijeron que era muy alharaca, y es porque mi umbral del dolor es demasiado bajo”. Respuesta 1 de consulta pública. Persona no binaria dentro del espectro autista, 31 años.</p> <p>“En el miedo del profesional para realizar la cesárea y con respecto a la anestesia”. Respuesta 36 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 41 años.</p> <p>“No se consideró mi sensibilidad sensorial, me trataron de alharaca, no comprendieron que tenía altos niveles de ansiedad y no recibí apoyo familiar, ya que mis padres fallecieron hace años”. Respuesta 57 de consulta pública. Mujer con discapacidad mental psíquica, 39 años.</p> |
| <p>Falta comunicación en el proceso de nacimiento.</p> | <p>“Me decían que exageraba y siempre dudaban de lo que yo decía. Literalmente me decían que me calmara, porque todo estaba “en mi mente” (casi tuve a mi hija en el baño y por lo mismo nadie pudo entrar acompañarme porque fue muy rápido todo)”. Respuesta 9 de consulta pública. Mujer con discapacidad psíquica, 39 años.</p> <p>“No había comunicación con el médico durante el parto”. Respuesta 71 de consulta pública. Mujer con discapacidad auditiva, 50 años.</p> |

| Categorías | Experiencias |
|------------|---|
| Otros. | <p>“Como yo no sabía de mi discapacidad en ese tiempo, el personal de salud tampoco.” Respuesta 10 de consulta pública. Persona no binaria dentro del espectro autista, 35 años.</p> <p>“En el proceso de parto me dejaron abandonada en una oficina de documentos y casi muero con mi hija en el hospital de Talca”. Respuesta 62 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 35 años.</p> |

En las entrevistas, surge una categoría en que el **personal de salud desconoce la discapacidad o condición de salud de la persona con discapacidad** y cómo proceder en estos casos particulares. Lo anterior genera una sensación de incertidumbre general sobre los procesos a seguir, como se puede apreciar en los siguientes relatos:

“[Esperaría del médico] como guiar un poquito, no sé “en esta etapa vas a tener menos movilidad”, “trata de moverte menos” o “dada tu enfermedad no es posible hacer parto normal, tiene que ser cesárea”, como guiarme más al respecto, aunque yo en ese tiempo lo veía normal, si al final él es ginecólogo, tampoco es neurólogo y muchos neurólogos acá en Chile no conocen mi enfermedad, entonces pedirle a un ginecólogo que la conozca y sepa cómo actuar tampoco es como muy viable”.

Carolina, mujer con discapacidad física, 37 años, 1 hijo.

“El conocimiento de los profesionales. Mira, yo sé que de repente uno va investigando según se le van dando las circunstancias o va enterándose de cosas nuevas. Yo, cuando me pasó con Daniel [segundo hijo], yo viví todo mi embarazo con esta ginecóloga, y lamentablemente para la fecha que a mí me postergaron la cesárea, me tocó otro ginecólogo, no la misma que me llevó todo el proceso. Entonces él, en el minuto leyó la ficha; era un amor, yo no puedo quejarme de él, pero él en el minuto leyó la ficha, vio qué tenía yo, se espantó, le preguntó al anestesista, el anestesista fue 3 veces a hablar conmigo, yo llamé a mi neurólogo, le dije “¿sabes qué? Tengo un anestesista que quiere saber”, yo llevaba mi informe médico porque yo sabía lo que se me venía. Llevé todo... Sí, porque les asusta un poco, porque como la anestesia va y se infiltra en el músculo, y al haber menos músculo, y la anestesia ya es complicada en sí, se va más directamente al torrente sanguíneo. Entonces yo creo que, no sé, son perspicacias mías, que él puso muy poca anestesia, y por eso no me tomó la primera, y hubo que dormirme total. La verdad es que nuestro neurólogo nos ha dicho que no tenemos ningún problema con la anestesia, obviamente que la anestesia siempre es de cuidado, pero no hay un estudio científico que avale que por tener distrofia muscular la anestesia nos hace mal, por ejemplo”.

Patricia, mujer con discapacidad física, 41 años, 2 hijos.

“De hecho, pasarme de una camilla a otra, para que después me llevarán al pabellón, para la sala de parto, obviamente me costó un montón. Entonces, de ahí un doctor dijo: “Tienen que ayudarla”, porque se dio cuenta que no podía [...]. Pero, si no es por ese doctor que había en ese momento, porque me decían “ya, apúrese, apúrese”, pero le digo “si yo no me puedo apurar, no puedo”.

Daniela, mujer con discapacidad física, 46 años, 2 hijas.

Participación en el proceso de nacimiento

En relación a la participación que tuvieron las personas con discapacidad en la toma de decisiones durante el parto, las respuestas se resumen en la tabla N°1, donde se destacan 2 actividades en las que sí participaron en la toma de decisiones, principalmente en escoger la vía de parto, ya sea cesárea o parto normal con 30% o el contacto piel a piel con el recién nacido con un 19%. En tanto, un 13% manifiesta que no fue parte de la toma de decisiones.

Tabla N°1

Porcentaje de participación de personas con discapacidad en la toma de decisiones en el proceso de nacimiento.

| Toma de decisiones | Porcentaje |
|--|------------|
| Aplicación de técnicas de disminución de trauma perineal (compresas calientes, masaje, otras). | 2% |
| Técnicas de relajación (relajación muscular, música, meditación, otras) o técnicas manuales (masajes, compresas de agua, otras). | 2% |
| Intervenciones médicas para acelerar el proceso de parto. | 4% |
| Necesidad de pujar. | 8% |
| Manejo del dolor. | 9% |
| No aplica. | 13% |
| No pude tomar decisiones. | 13% |
| Contacto piel a piel con el recién nacido. | 19% |
| Escoger la vía de parto (cesárea o parto normal). | 30% |

Quienes no participaron de la toma de decisiones, argumentan diferentes razones, siendo la más mencionada aquellas que señalan que nunca se les consultó, o bien confiaron en la decisión en el equipo médico.

En los relatos de entrevistas, surgen varias experiencias diversas en torno a la **planificación del nacimiento y decisión** sobre optar por parto vaginal o cesárea, siendo en algunos casos decisión de la persona embarazada y en otros casos una decisión del equipo médico, como se observa en los siguientes relatos:

“Porque decidí que fuera cesárea en conjunto con la ginecóloga, porque no sabía si iba a tener la fuerza para pujar. [...] Lo decidimos en conjunto, ella me preguntó y yo le dije, “mira, yo no sé si estoy capacitada para pujar, y no quiero que el bebé sufra [...]”. Y así lo hicimos, entonces fue pronosticada, pero se suponía que a las 38 [semanas], porque yo no puedo subir mucho de peso por lo mismo, por la falta de fuerza y todo”.

Patricia, mujer con discapacidad física, 41 años, 2 hijos.

“De hecho, le pregunté a mi neurólogo y no al ginecólogo, porque el ginecólogo me dijo que le preguntaba al neurólogo si había problemas en que fuera parto normal. Y ahí el neurólogo me dijo que no, que fuera cesárea porque podía tener problemas al pujar por la distrofia muscular”.

Carolina, mujer con discapacidad física, 37 años, 1 hijo.

“La verdad es que fui a una ginecóloga, me hicieron la ecografía. Me dice que su cabeza está aquí en esta ubicación que todavía no estaba abajo. Y me dijo que por si acaso era posible hacer una cesárea en ese caso, no parto natural o normal. La verdad es que me gustaría que fuera parto natural, sí, pero sé que es muy peligroso. Si fuera necesario me haría la cirugía, si el bebé estuviera con la cabeza hacia abajo, podría ser un parto normal, pero tiene la cabeza acá. Y yo asumo eso sí, lo acepto. Si hay que hacer una cesárea, hay que hacerla, si igual es importante que nazca bien”.

Cristina, mujer con discapacidad auditiva, 29 años, actualmente embarazada.

Además, se preguntó en la consulta pública si a la persona con discapacidad, tanto embarazada como acompañante, se le informó en todo momento de lo que ocurría en el proceso de nacimiento. El 53% de quienes pasaron por este proceso, indicó que sí se le informó y un 47% que no recibió información.

Los relatos en torno a **experiencias negativas** que se mencionan en las entrevistas, son relacionadas con la falta de información que recibían las personas con discapacidad por parte del personal de salud, como se resume a continuación:

“Hubo una hemorragia, en el momento ahí estaba mi pareja, lo que me cuenta es que lo sacaron hacia un lado, no le explicaron nada, él no sabía qué pasaba, sólo veía el bombardeo de sangre, y sacaron al bebé y ahí estuvieron harto rato tratando, al final tuvieron que decidir sacar y extirparme una trompa”.

Patricia, mujer con discapacidad física, 41 años, 2 hijos.

“En el parto [...] lo poco que se dijo fue bien circunstancial, o sea, comentarios de: “le veo la cabecita, sigue pujando porque viene”. Es como bien circunstancial más que una descripción propiamente tal”.

Mateo, hombre con discapacidad visual, 27 años, 1 hija.

“Yo le digo “[...] me duele la cabeza”, y el hombre [personal de salud] observa y me coloca un medicamento, y yo veo y digo “¿qué es?”, no sé si se equivocó, no sabe mi nombre, no sabe en qué proceso estoy aquí, no sabe si, por ejemplo, el habla, mi familia me entiende a mí, ¿cierto?, pero quizás esa persona no me comprende a mí. O sea, introdujo una inyección, pero no sabía lo que era”.

Violeta, mujer con discapacidad auditiva, 33 años, 1 hijo.

Adicionalmente, la **participación de padres con discapacidad** en el proceso, si bien se da en pocas ocasiones, resalta la falta de apoyo en la participación en esta etapa, como relata un padre con discapacidad visual:

“En este caso, claro, fue el papá de mi expareja, y él pudo entrar [al parto].
Y entramos los dos al parto, que fue una situación digamos anormal para lo que normalmente se habría hecho, pero que ellos [el personal de salud] preferían así por un tema de pensar que iban a tener que, en el fondo, no sé, tener un niño más dentro para ayudarlo, cosa que no necesariamente es así [...]. Sin embargo, en este caso existía mucho miedo a que yo pudiese entrar solo y los motivos ahí son los clásicos, de cómo se va a mover, no lo vamos a poder ayudar si es que estamos atendiendo a la mamá, atendiendo a la guagüita, entonces en realidad para ellos es la única opción. En lugar de entender que uno sí puede ser una persona independiente y que, en general, no se necesitan grandes ayudas, en el fondo se terminó dando una solución tipo en estos casos, que es que entre otra persona más, que, en este caso, fue el papá de mi expareja”.

Mateo, hombre con discapacidad visual, 27 años, 1 hija.

A partir de sus experiencias, se pregunta en la consulta pública, sobre **qué les hubiera gustado que fuese diferente en el proceso de nacimiento**, ya sea parto vaginal o cesárea, obteniéndose las siguientes categorías:

| Categorías | Experiencias |
|---|---|
| <p>Atención inclusiva por parte de las y los profesionales de la salud.</p> | <p>“Que fueran más amigables, incluso una tuvo el descaro de decir que yo estaba “pariendo un huacho” solo porque mi pareja había ido por algo para comer, debido a las 10 horas que llevábamos en el hospital”.</p> <p>Respuesta 1 de consulta pública. Persona no binaria dentro del espectro autista, 31 años.</p> <p>“Que me hicieran sentir como una persona y no una molestia”.</p> <p>Respuesta 9 de consulta pública. Mujer con discapacidad psíquica, 39 años.</p> <p>“Que las personas que estaban ahí fueran más empáticas, tuve una gran hemorragia y todo quedó manchado, y la persona que vino a hacer aseo estaba muy enojada conmigo, como si hubiera sido mi culpa”.</p> <p>Respuesta 30 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 22 años.</p> <p>“Más respetuoso, más humanidad en los profesionales de la salud”.</p> <p>Respuesta 34 de consulta pública. Persona no binaria dentro del espectro autista, 36 años.</p> |
| <p>Falta información en el proceso de parto.</p> | <p>“Saber el paso a paso, la anticipación del procedimiento, sentirme más acompañada y comprendida”.</p> <p>Respuesta 10 de consulta pública. Persona no binaria dentro del espectro autista, 35 años.</p> <p>“Mayor contención e información para tomar yo las decisiones”.</p> <p>Respuesta 31 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 37 años.</p> |

| Categorías | Experiencias |
|---|--|
| | <p>“Bueno, no me tomó la epidural y me debieron anestesiar completa, por ende, no pude vivir el proceso de ver salir a mi bebé, tuve una hemorragia y sacaron a un lado a mi pareja sin mayor explicación, él no sabía qué pasaba solo que tenía mucha sangre, al final logró conversar con el profesional y le explicó que debieron extirpar una trompa”.</p> <p>Respuesta 36 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 41 años.</p> <p>“En esos años, haber estado más informadas”.</p> <p>Respuesta 43 de consulta pública. Mujer con discapacidad visual, 47 años.</p> <p>“Más información respecto al procedimiento”.</p> <p>Respuesta 57 de consulta pública. Mujer con discapacidad mental psíquica, 39 años.</p> <p>“Que me fueran informando de lo que iba pasando”.</p> <p>Respuesta 71 de consulta pública. Mujer con discapacidad auditiva, 50 años.</p> |
| <p>Apoyo psicológico durante el proceso de parto.</p> | <p>“Había mucha luz, el ambiente no era grato, siento que necesité apoyo psicológico y no existe esta instancia (no al menos en dónde estuve hospitalizada). La camilla era demasiado incómoda, especialmente al llegar al momento de la cesárea, en dónde me ataban de brazos, el ambiente era muy frío, todo blanco, nada que me calmara. Me hubiera gustado haber tenido algo que me calmara, ya sea terapeuta, música, aromaterapia, etc.”.</p> <p>Respuesta 4 de consulta pública. Mujer dentro del espectro autista, 33 años.</p> |

| Categorías | Experiencias |
|------------|---|
| | <p>“Haber estado más tranquila, sin tanta angustia”. Respuesta 21 de consulta pública. Mujer con discapacidad psicosocial, 38 años.</p> <p>“Más cariño o empatía”. Respuesta 28 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 46 años.</p> <p>“Mayor contención e información para tomar yo las decisiones”. Respuesta 31 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 37 años.</p> |
| Otros. | <p>“En el Hospital [...] fue pésima experiencia así que sería todo (año 2007)”. Respuesta 27 de consulta pública. Hombre con discapacidad física, 33 años.</p> <p>“Tener los apoyos y comunicación adecuada”. Respuesta 32 de consulta pública. Mujer con discapacidad visual, 48 años.</p> <p>“Sí, no hubiera preferido que me durmieran, tener la opción de conocer a mi hija en el primer apego”. Respuesta 52 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 26 años.</p> <p>“Que mi pareja pudiera entrar al parto”. Respuesta 55 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 37 años.</p> <p>“Que hubiese sido un día planificado, no con urgencia”. Respuesta 58 de consulta pública. Mujer con discapacidad física, 48 años.</p> <p>“No hubiera el COVID, para poder estar presente”. Respuesta 75 de consulta pública. Hombre con discapacidad física, 33 años.</p> |

Uso de tecnologías y servicios de apoyo

En la consulta pública se preguntó si es que, en el proceso de parto o cesárea, se utilizó alguna tecnología o servicio de apoyo, con el fin de identificar si hubo facilitadores en el proceso. Al ser una pregunta abierta, se recabaron las respuestas agrupando las más frecuentes. Los resultados señalan el uso de equipamiento habitual en la atención de parto o cesárea, sin mencionar **tecnologías** específicas adaptadas a personas con discapacidad. Por ejemplo, se identificaron camillas o camas de preparto y parto, lentes ópticos, pabellón o quirófano, entre otros.

En relación a los servicios de apoyo, en la consulta pública también se mencionaron apoyos generales, como la atención brindada por el personal de salud, la atención de matronas o matrones, así como la asistencia en el traslado.

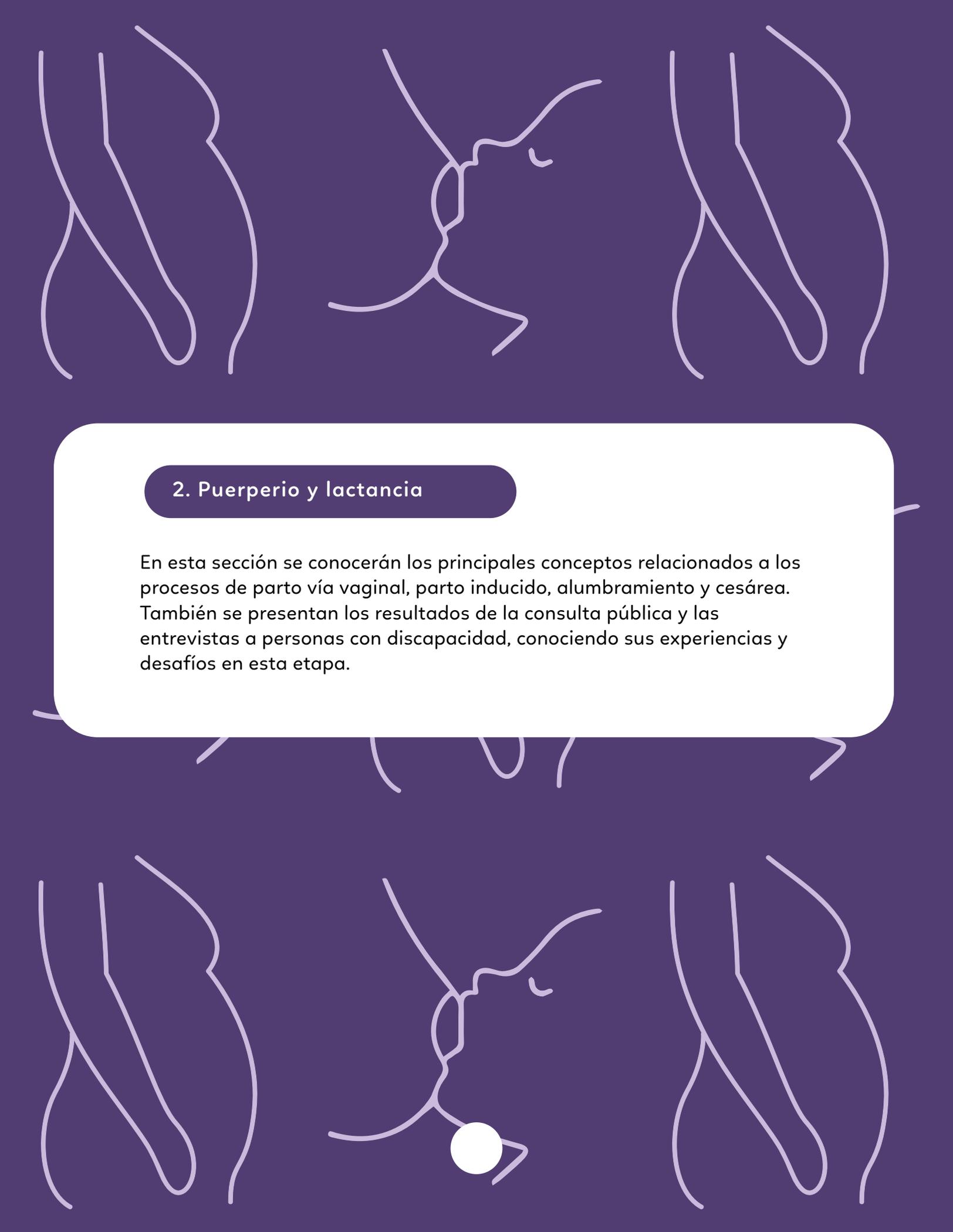
En las entrevistas no se mencionaron tecnologías adaptadas específicamente a personas con discapacidad en la etapa de nacimiento. Sin embargo, sí se menciona el **acceso a servicios de apoyo**, especialmente para personas con discapacidad auditiva, donde en ocasiones se permite el ingreso con intérpretes de lengua de señas y en otros casos no, dificultando la comunicación, como se evidencia en los siguientes relatos:

“El doctor explicaba y la intérprete me iba diciendo toda la información. [...] También el documento, consentimiento, lo mismo que leímos, también ese documento lo leyó y todo. [...] Cuando llegó la enfermera, me explicó todo. Después cuando ya comencé a sentir el dolor, las contracciones, yo pensé, iba a pedir una vacuna, la epidural. Pero ese tema fue muy difícil, fue difícil el comienzo, en el parto. Después yo pensaba y decía: “antes mi mamá ya tenía experiencia, me explicó que cuando dolía mucho, uno puede pedir medicamento especial”, entonces eso fue lo que pasó. Lo que yo pensaba o se me olvidaba, era que la enfermera me explicó y me decía: “sí, lo puedes pedir” y yo me había equivocado quizás, pero ya pude dar a luz tranquilamente digamos, solicitar medicación”.

Ignacia, mujer con discapacidad auditiva, 32 años, 1 hijo.

“Y después mi hermana, me dice “yo obviamente voy a ayudar a su hermana a interpretar” y el doctor dice “sí, entiendo, tú eres la hermana, pero tú afuera, ella tiene que estar sola”, y ahí se genera el problema, “¿y cómo va a ser la comunicación?”. Eso a mí me dio rabia. [...] El médico viene a evaluar y le entrega información: “falta dilatación”. Esperan un segundo, después otro doctor viene, se acerca, evalúa nuevamente. Comunicación cero, sólo observaba y tenían una plantilla informativa, que tienen los médicos, una tabla que colocan ahí todas las cosas, que es persona sorda, y le pusieron “sordomuda”, eso ni siquiera es la palabra técnica, o sea, o lo correcto, sino que es sólo persona sorda, es como una etiqueta que le ponen ahí. Después ya vino el médico a evaluar, otra persona, creo que era una matrona, pero de turno, a controlar, a evaluar el embarazo, ver todo, el corazón, las contracciones, todo bien, faltaba y después ya demoraron un tiempo, yo estuve sola, tenía sed, también mucha picazón, no sabía qué sentía, era como todo extraño”.

Violeta, mujer con discapacidad auditiva, 33 años, 1 hijo.



2. Puerperio y lactancia

En esta sección se conocerán los principales conceptos relacionados a los procesos de parto vía vaginal, parto inducido, alumbramiento y cesárea. También se presentan los resultados de la consulta pública y las entrevistas a personas con discapacidad, conociendo sus experiencias y desafíos en esta etapa.

2.1 Puerperio

El puerperio es el período posterior al parto, en el cual la persona que estuvo embarazada, logra la completa recuperación anatómica y fisiológica. Su duración es variable, en estrecha relación con el periodo de la lactancia y con el proceso de vinculación con su hijo o hija.

Tradicionalmente el puerperio se ha considerado como el período de tiempo entre el alumbramiento y las 6 semanas posteriores al parto. Sin embargo, si se considera la recuperación multidimensional de la mujer, el puerperio podría llegar a durar hasta 1 o 2 años después del parto, considerando que es un periodo en que ocurre un proceso de adaptación biopsicoemocional entre la madre y su hijo o hija, en su entorno familiar (Chile Crece Contigo [ChCC], 2022a).

Si bien este período es un proceso de recuperación natural, no está exento de complicaciones, por lo que debe ser vigilado por profesionales del área de la salud, en estrecha relación con el autocuidado materno.

2.2 Beneficios del contacto de la madre con hijo o hija

Luego del nacimiento, las madres deben permanecer al menos durante la primera hora en contacto físico piel con piel con su hijo o hija. Esto es beneficioso para ambos, dado que permite establecer el proceso de vinculación materno infantil.



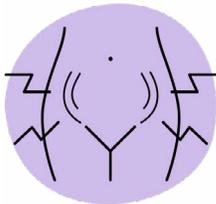
Por medio del contacto piel a piel, madre e hijo o hija iniciarán el reconocimiento mutuo. El recién nacido reptará hacia las mamas para identificar el olor, el sabor y el calor de la piel de su madre (Herrera, 2013). La mujer por su parte será estimulada física y emocionalmente por el olor, el llanto y la piel húmeda de su hijo para activar el sistema hormonal de la oxitocina y la prolactina, responsables de la vinculación y lactancia materna.

Para que este procedimiento sea bien realizado, el ambiente físico debe permitir la situación de intimidad, por al menos 50 minutos, en un ambiente privado, sin ruidos molestos, con luz tenue que permita al recién nacido abrir los ojos y tanto la madre como su hijo o hija, deben contactarse directamente a través de la piel, especialmente abdomen con abdomen.



2.3 Medidas para restablecer el bienestar de la madre

La evaluación del dolor es parte de la visita que realiza el profesional de la salud para verificar el estado general de la madre. Independientemente del tipo de parto, la mujer presenta sensibilidad y dolor uterino, producto de la herida que dejó la placenta al desprenderse del útero. Si el parto fue vaginal, además podría presentar molestias y sensibilidad en la zona vulvar y del periné. Si hubo cesárea, se podría presentar dolor en la herida operatoria a través del abdomen.



El útero realiza algunas contracciones para regresar a su tamaño original, las cuales pueden ser dolorosas. Estas contracciones del posparto se llaman “entuetos” y coinciden generalmente cuando la madre y el recién nacido se encuentran en proceso de amamantamiento.

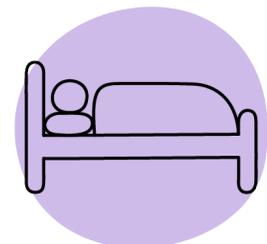


Para disminuir el dolor se recomienda masajear el abdomen con la mano empuñada, de manera complementaria a los medicamentos indicados en el posparto (ChCC, 2022a).

Se debe considerar que durante los 40 días posteriores al nacimiento, se eliminarán los “loquios” o flujos vaginales, que al inicio serán de color café y luego se transforman en mucosidad. Por esta razón este periodo se llama cuarentena. Si durante esta etapa la persona presenta fiebre o mal olor, debe consultar al personal de salud (ChCC, 2022a).



Desde una perspectiva social, se sugiere que la madre descanse y guarde reposo, por ejemplo, en los periodos en que el hijo o hija duerme. Además, siempre debe haber una participación activa de la pareja y familia u otra persona significativa, tanto en el cuidado del recién nacido como en las tareas domésticas, de manera proactiva.



2.4 Lactancia materna y sus beneficios



La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (OMS, 2001). Esto quiere decir, sin otros alimentos, agua o jugos.



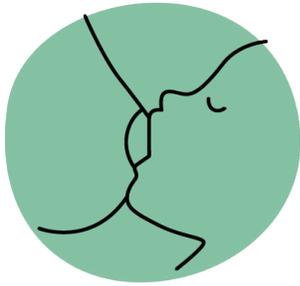
Se recomienda la lactancia materna complementada con otros alimentos hasta al menos los 2 años de edad o durante el tiempo que la madre e hijo o hija decidan, como la forma más saludable y nutritiva de alimentar a un lactante.

La lactancia materna tiene beneficios para la madre, como disminuir el riesgo de cáncer de mama y ovario, el tiempo de sangrado postparto y los riesgos de la depresión postparto. También aumenta el espaciamiento entre los embarazos y ayuda a recuperar el peso de antes del embarazo (ChCC, 2022b).

Para el lactante se reconocen varios beneficios, ya que protege de enfermedades y disminuye el riesgo de cuadros agudos o crónicos durante la primera infancia. Asimismo, se considera que tienen un mejor desarrollo psicomotor y desarrollo cognitivo, además de lograr una nutrición óptima, logrando aportar todos los nutrientes que requiere (ChCC, 2022b).

La leche materna al inicio se presenta como “calostro”, que es un líquido amarillento y espeso, fácil de digerir, que contiene muchos nutrientes, principalmente proteínas y menor cantidad de grasas (ChCC, 2022b). El calostro aporta principalmente en la protección y defensa, para robustecer el sistema inmunológico del recién nacido. Basta una pequeña cantidad para saciar el estómago del lactante.

En la medida que el recién nacido va creciendo, demanda un mayor volumen de leche en cada mamada, dependiendo de la fuerza y la frecuencia de la succión. La producción de leche depende directamente del estímulo del pezón y del adecuado vaciamiento mamario. Por esta razón el uso del chupete durante el primer mes de vida no es recomendable, ya que confunde al niño o niña y hace que pierda vigor en la succión de la mama durante el amamantamiento.



Se recomienda el amamantamiento a libre demanda, es decir, cada vez que el niño o niña lo requiera, y con espacios entre cada mamada no superior a las 3 horas.

Para saber si está ocurriendo una buena lactancia, se recomienda tener en cuenta los siguientes indicadores (ChCC, 2022b):

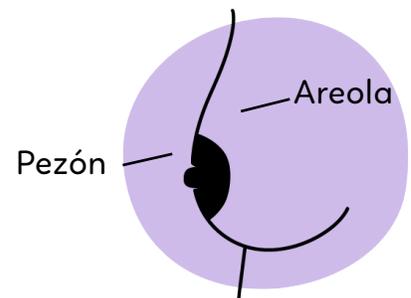
- Luego de un par de succiones del recién nacido, se escucha como éste traga.
- En algunas madres se percibe un dolor punzante desde la parte superior del tórax, que coincide con la eyección láctea.
- Se obtendrán al menos 6 pañales con orina clara al día.
- El recién nacido tendrá deposiciones amarillas y fluidas.
- La mujer tendrá una producción de leche constante.
- El recién nacido aumentará de peso de forma adecuada, principalmente a partir del décimo día de vida, momento en que habrá recuperado el peso de nacimiento.

2.5 Técnicas de amamantamiento

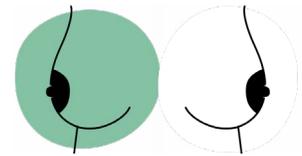
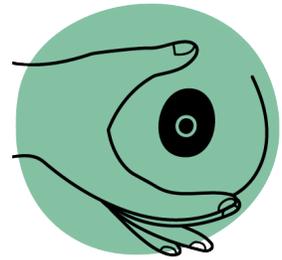
Recordemos que el pecho está compuesto por el pezón y la areola y es fundamental reconocerlos para un buen amamantamiento.

Algunas recomendaciones generales para este proceso son (ChCC, 2022b):

- Antes de amamantar siempre se debe lavar las manos. No es necesario que la madre lave previamente los pechos.
- La madre debe estar en una posición cómoda, tranquila y con disposición de tiempo para amamantar.



- El pecho debe ser tomado con la mano en forma de “C”, colocando el dedo pulgar en la parte superior de la areola y los otros cuatro dedos en la parte inferior, y no como pinza, ya que de esta forma el niño o niña no podrá tomar bien el pecho.
- Se recomienda tocar la mejilla del bebé con el pezón o humedecer el pezón con unas gotas de leche materna para atraer la atención del niño o niña y para proteger la piel del pezón materno antes de introducirlo en la boca. Cuando el niño o niña abra la boca se debe introducir el pezón y la areola. La nariz y la pera del niño o niña quedan en contacto con el pecho, sin peligro de ahogo, ya que gracias a la forma de su nariz permite el ingreso de aire por los lados.
- Se debe ofrecer primero un pecho hasta que este quede vacío (máximo 20 a 25 minutos) y luego el otro, si el niño o niña aún lo requiere. En la próxima mamada se debe comenzar con el último pecho del amamantamiento anterior, el cual no fue vaciado completamente.
- Los gases o “chanchitos” del recién nacido deben ser eliminados entre cada pecho y después de cada mamada.



2.6 Análisis de investigación sobre puerperio y lactancia

De acuerdo a los resultados de la aplicación de la consulta pública y las entrevistas realizadas en esta iniciativa, sobre temas de interés en maternidad y paternidad de personas con discapacidad, es posible analizar diversos temas de la etapa de nacimiento.

Atención de salud

De acuerdo a la consulta pública, donde se pregunta cómo calificaría la atención recibida por parte del personal de salud en el periodo de la recuperación después del parto o puerperio, de quienes manifestaron haber pasado por un proceso de parto o cesárea, el 28% indicó que la atención recibida por parte del personal de salud fue “Mala”, y un 25% consideró que la atención fue “Muy buena”. El 22% indicó que la atención recibida fue “Buena” y el 16% considera que fue “Regular”. El 6% indica que “No aplica” y el 3% que la atención recibida fue “Muy mala”.

A su vez, el 31% del grupo indicó que, en los controles de post parto, la atención recibida por parte del personal de salud en el consultorio fue “Muy buena”, y un 28% consideró que la atención fue “Regular”. El 22% indicó que la atención recibida fue “Buena” y el 10% considera que fue “Mala”. El 9% indica que “No aplica (para el caso del acompañante)”.

En las entrevistas, también se presentaron algunas **experiencias de connotación negativa** durante la atención postparto, especialmente en cuanto a la falta de acceso a acompañantes para el apoyo de madres con movilidad reducida, o en cuanto a la comunicación con personas sordas, como se relata en las siguientes experiencias:

“[Luego de la cesárea], desperté a las horas de la anestesia [general] y recién pude ver al bebé [...]. Eso fue lo complicado, porque como no dejan entrar mucha gente, con la cesárea, con mi poca movilidad, el dolor y con el bebé, sola, fue complicado, porque aparte que te tienes que levantar inmediatamente al baño. [...] No hubo esa empatía de dejar pasar a alguien para que me ayudara o que se quedara, pudiese quedarse a dormir conmigo y ayudar, eran solamente en las horas de visita. [...] No hubo flexibilidad a que alguien se quedara. Y ahí ya tenía la credencial de discapacidad, ya tenía todo, mi diagnóstico, todo”.

Patricia, mujer con discapacidad física, 41 años, 2 hijos.

“Entonces, ahí yo sentí que la [enfermera], como persona sorda, [yo sentía que ella pensaba] “no la voy a tratar de la misma forma, como que no me importase nada” y ese fue un momento muy difícil. La verdad [le dije], yo soy persona sorda, no soy un animal, soy un ser humano, soy un ser vivo y soy persona sorda y ahí, con mucha angustia la enfermera dice “tiene razón”, entendió claro y entendió mi molestia, estuve una semana sufriendo, aguantando, que quería que cortase esa forma de ser. Bueno, después se agradeció toda la situación, yo la verdad es que acepté, obviamente, la información y ahí ya estaba más simpática, la enfermera cambió su forma de ser”.

Violeta, mujer con discapacidad auditiva, 33 años, 1 hijo.

También se destacan las **experiencias relacionadas con la accesibilidad al entorno** tanto para personas con movilidad reducida o bien por espacios generales que permitan a las madres estar con sus hijos o hijas, como se aprecia en las siguientes experiencias:

“El baño no estaba modificado para una persona con discapacidad, no tenía barras, no era una taza alta, entonces yo menos mal que en ese momento todavía... Bueno, todavía logro tener un poco más de independencia, pero con el dolor, con todo, te tienes que duchar sola, y para mí todo es más lento, hago las cosas, pero me esfuerzo mucho más, quedo muy cansada”.

Patricia, mujer con discapacidad física, 41 años, 2 hijos.

“Bueno, yo creo que igual más accesibilidad, el tema de que pudieran habilitar, por ejemplo, un espacio en los hospitales o clínicas, donde la mamá tenga tiempo de poder estar con sus hijos”.

Alicia, mujer con discapacidad visual y movilidad reducida, 32 años, 1 hijo.

Lactancia y cuidado inicial de hijos e hijas

A partir de las entrevistas, es posible identificar algunas categorías, siendo una de ellas la **falta de comunicación hacia personas con discapacidad auditiva**, al momento de informar las condiciones de salud de sus hijos o hijas recién nacidas. A continuación, se presenta un relato en este aspecto:

“La verdad yo no entiendo nada, no hay comunicación. Fui a buscar a otra persona, que era la que había visto y ahí ya estaba con el intérprete. Y ahí ya como que expresó todo lo que sentía. La verdad es que yo me siento con pena, con rabia, cero información, no hay comunicación, mi hijo tiene una infección ocular, yo tengo el tema de la cesárea, una infección, ¿cuál es el motivo?, ¿por qué sucede esto?, ¿dónde nació? Necesito información, el médico se equivocó o es culpa mía, ¿es mi organismo? ¿fue mi cuerpo?, ¿dónde? Yo quiero que llamen al médico que está a cargo acá”.

Violeta, mujer con discapacidad auditiva, 33 años, 1 hijo.

Por otro lado, en el proceso de lactancia se identifican experiencias donde existen **facilitadores** que favorecen una lactancia adecuada, mientras que en otros casos hubo **problemáticas** que dificultaron el proceso de amamantamiento, como se evidencia en los siguientes relatos:

| Categorías | Experiencias |
|---|--|
| <p>Dificultades en la lactancia por discapacidad.</p> | <p>“Los primeros días fue complicado, porque como estaba con la herida y me cuesta moverme, más me costaba mover y como yo ocupo harto esfuerzo para pararme o para moverme, como que más me dolía. Entonces como que intentaba moverme lo más lentito posible para que no me doliera tanto. Costó que agarrara el pecho el Arturito, me acuerdo que me dio mastitis, [...] me dolía harto el pezón y tuve que estar como más de un mes con esas cremas que se ocupan para los pezones. Después del hospital me fui a quedar con mis papás para que mi papá me estuviera ayudando con mi hijo, porque mi pareja tenía que volver a trabajar”. Carolina, mujer con discapacidad física, 37 años, 1 hijo.</p> <p>“[Por dificultades en la lactancia comencé a darle leche complementaria], que era la Nutrilón Pepti Junior. Esa leche es carísima. El tarro me duraba tres días y el tarro vale \$30.100, no sé en cuánto estará ahora, pero me duraba tres días la leche. Como yo me vine a vivir acá a [comuna], la municipalidad me prestó apoyo y me donaba tantos tarros en la semana. Así que eso fue como un beneficio, ayuda. Después, la Pauli, cuando empezó a comer, fue una alergia alimentaria, que le tuvo alergia a todos los verdes y recién, ya, a los cuatro años la Pauli empezó a comer cosas verdes”. Claudia, mujer con discapacidad visual, 41 años, 1 hija.</p> |

| Categorías | Experiencias |
|--|---|
| <p>Apoyos y estrategias para la lactancia.</p> | <p>“Me explicaron bien, la matrona súper preocupada en eso, el apego, de cómo poner a la bebé en el pecho, de cómo se tenía que afirmar. Bueno, igual yo tenía conocimiento por mi mamá, que tengo tres hermanas y siempre vi a mi mamá, a mis hermanas”.</p> <p>Claudia, mujer con discapacidad visual, 41 años, 1 hija.</p> <p>“Tenía de esos cojines que son como para embarazadas, esos largos. Y también esos que son así como de avión. Y ahí como que lo acomodaba y lo ponía bien en el pecho. Había lugares en que podía darle pecho, otros no, porque después no me podía parar, entonces igual era complicado porque había un sillón y el sillón era bastante bajo entonces después no me podía parar y tenía que esperar a que llegara alguien, entonces evitaba ponerme ahí, así que generalmente estaba en la pieza”.</p> <p>Carolina, mujer con discapacidad física, 37 años, 1 hijo.</p> |

3. Recomendaciones

De acuerdo a la revisión de la literatura, de las experiencias de personas con discapacidad, así como a partir de la experiencia de profesionales de la salud que asesoraron esta iniciativa, se realizan algunas recomendaciones para aumentar el conocimiento sobre los derechos que tienen las personas con discapacidad respecto al trato y atención en la etapa de nacimiento. Estas recomendaciones también tienen como objetivo facilitar el acceso de personas con discapacidad a los servicios asociados a la etapa de nacimiento.

Cabe destacar que estas recomendaciones no son exhaustivas, sino que marcan una base para contribuir en mejoras continuas en esta temática. Inicialmente se describen recomendaciones generales para las etapas de parto, cesárea, puerperio y lactancia y posteriormente se desarrollan recomendaciones específicas para cada etapa.

3.1 Recomendaciones generales

En primer lugar, se sugiere revisar las recomendaciones generales de la Guía 1 de Embarazo, adaptando su contenido al contexto de la etapa de nacimiento, puerperio y lactancia, especialmente desde el enfoque de derechos en el ejercicio de la maternidad y paternidad, para diferentes tipos de discapacidad.

A continuación, se presentan nuevas recomendaciones generales para la etapa de nacimiento, que contempla esta guía.

- Se insta a generar cursos de capacitación sobre parto, cesárea, puerperio y lactancia, que cuenten con material en formatos accesibles para todas las personas, que incluya lengua de señas, subtítulo, narración, documentos legibles por lectores de pantalla, en formato Braille, en Lectura Fácil, entre otros. De esta forma las personas con algún tipo de discapacidad estarán mejor preparadas y con conocimientos sobre estos procesos.
- Conformar equipos multidisciplinarios, que incluya a profesionales del área de la salud reproductiva, como matrones o matronas, así como médicos especialistas en ginecología, y también profesionales especialistas en las respectivas especialidades, como un neurólogo, por ejemplo, en el caso de una persona con una discapacidad neuromuscular.
- El acompañamiento por parte de los profesionales durante el parto o cesárea y puerperio, debe estar centrado en disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto. Debe contribuir, de manera decisiva, a la satisfacción de las personas que viven la etapa de nacimiento y puerperio, con la atención recibida por parte de los profesionales que se encuentran a lo largo de su proceso.
- Debe existir formación continua al personal de salud sexual y reproductiva, en relación a la atención inclusiva de personas con discapacidad.
- Cuando se planifica el nacimiento, se debe favorecer la libertad de elegir de la persona embarazada, tras ser consultadas e informadas, de las decisiones que se deben tomar. Se aconseja que la elección de parto o cesárea sea una decisión entre la persona con discapacidad y su equipo de salud. Se recomienda que la opción de cesárea sea factible según los motivos que se mencionan en esta guía y por el resguardo de la salud tanto de la persona que está en proceso de parto, como de sus hijos o hijas.

- Es importante que el personal de atención social y de salud, pueda interactuar con la persona con discapacidad, preguntar sobre cómo se siente, si tiene alguna necesidad específica, y buscar soluciones a dichas necesidades, en conjunto.
- Durante el trabajo de parto, si una persona no puede identificar cuando rompe fuente, es decir cuando el líquido amniótico que protege al feto comienza a salir por la vía vaginal, la manera de diferenciarlo de la orina es por el olor y color. El líquido amniótico no es amarillento y su olor es más dulce que la orina (Rogers, 2007).
- Durante el trabajo de parto, se recomienda realizar un cuadro de contracciones, que puede ser útil para toda persona, ya que permitirá brindar más información al personal de salud para que le indique los pasos a seguir. Este cuadro de contracciones debe incluir la hora, minuto y ojalá segundo, en que inicia y termina una contracción, calculando su duración en segundos y anotando el intervalo de tiempo entre que termina una contracción y comienza otra (Rogers, 2007).
- Si bien, debido a la condición de discapacidad de la persona embarazada, se recomienda realizar un seguimiento específico del embarazo o tomar algunas medidas preventivas en el parto o programar cesáreas, se recomienda no patologizar el embarazo o parto de una persona con discapacidad. Se sugiere elaborar y dar seguimiento a protocolos que sean flexibles según las necesidades de cada persona, integrando la participación de las personas con discapacidad y el personal de salud (Junta de Andalucía, 2022).
- En el momento de la cesárea, se deben explicar los procesos que se están realizando, por ejemplo el suministro de medicamentos vía intravenosa y las sensaciones que podrá experimentar, por ejemplo si existirá ciertos movimientos bruscos.
- Si se trata de un o una acompañante con discapacidad que asiste al parto o cesárea, es importante que el personal de salud pueda describir el procedimiento que se está realizando, integrarlos al proceso. No se debe infantilizar ni excluir a la persona con discapacidad que está participando como acompañante.
- No se recomienda el procedimiento de amarre de brazos durante la cesárea, a ninguna persona. En específico para personas con discapacidad auditiva que usan la lengua de señas, ya que es su medio de comunicación, por tanto privarlas del uso de sus manos y brazos, es considerado una vulneración a sus derechos.

- Una vez que el hijo o hija ha nacido, se deben brindar todos los apoyos necesarios para facilitar el contacto piel con piel.
- Los centros de salud, deben ofrecer el acceso a apoyo psicológico, que permita brindar contención en el proceso de parto o cesárea, así como durante el puerperio.
- Se debe administrar la analgesia respetando los deseos de la persona con discapacidad, sin afectar la salud de la persona que está por nacer.
- Se insta a la creación de redes de madres y padres con discapacidad, que a través del apoyo entre pares, quieran compartir buenas prácticas.
- Cada persona es diferente respecto a tener una posición cómoda para el amamantamiento, por eso se debe buscar las mejores posiciones para que la madre pueda dar de mamar de acuerdo a su comodidad.
- Se debe permitir el acceso de personas significativas o de confianza a la sala postparto, para brindar los apoyos necesarios requeridos por la persona con discapacidad que vivió el proceso de parto o cesárea.
- Para obtener información en formatos accesibles sobre parto, cesárea, puerperio y lactancia, visitar el sitio maternidadypaternidadinclusiva.cedeti.cl donde se encuentra:
 - La presente guía, que contiene un marco teórico, los resultados de la consulta pública y de entrevistas realizadas.
 - Relatos de madres y padres con discapacidad.
 - Cápsulas educativas con intérprete de Lengua de Señas Chilenas, subtitulado y narración.
 - Información en Lectura Fácil.
 - Además, la presente guía ha sido impresa en formato Braille, y se encuentra disponible en instituciones que atienden a personas con discapacidad visual. Para conocer los lugares indicados visita la página web de esta iniciativa.

3.2 Recomendaciones específicas

Parto y cesárea

A continuación se presentan nuevas recomendaciones específicas para la etapa de nacimiento, ya sea vía parto vaginal o cesárea.

- Para el caso de personas con **discapacidad motora**:
 - Las personas embarazadas que tienen lesión medular o aquellas que han perdido sensibilidad en alguna parte de su cuerpo, tienen diversas reacciones frente al dolor. Algunas personas no sentirán el dolor de parto y otras sí serán capaces de sentir ese dolor, por ejemplo, siendo que el útero se encuentra entre los nervios sensitivos D10 y D12, L1 y S2 y S4, la persona que tiene una lesión bajo esos niveles, es altamente probable que sienta el dolor de parto. Para lesiones sobre la D10, se tienen altas probabilidades de no sentir el parto, y quienes lo sienten, suelen ser lesiones incompletas (Rogers, 2007). Por este motivo, siempre se debe consultar a la persona embarazada sus niveles de dolor, revisar su historial clínico y no emitir juicios anticipados.
 - El acompañamiento de una persona significativa es altamente recomendable para todas las personas que están en proceso de parto. Para las personas con discapacidad esto es fundamental, ya que además de ser un apoyo para brindar contención y soporte emocional, permite colaborar con las necesidades específicas de una persona con discapacidad motora, como moverse de un lugar a otro o cambiar de posición, acciones que pueden significar una sobrecarga física para ellas.
 - Proporcionar los apoyos adecuados para que la persona que ha tenido un hijo o hija, pueda tomar contacto precoz con su hijo o hija recién nacida. Es posible que una persona con movilidad reducida tenga dificultades para sostener al bebé, por eso es importante brindar apoyo físico en este momento.
 - Durante el trabajo de parto o postparto, se debe ofrecer apoyo en el traslado de personas con movilidad reducida, especialmente en las transferencias de una camilla a otra.
 - No se debe apurar a la persona que está en proceso de parto, algunas personas pueden tener una discapacidad que no es evidente a simple vista, sin embargo podría tener movilidad reducida, que no les permite realizar acciones de manera rápida, más aún si se encuentra en un proceso que incluye dolor. Apurar puede generar frustraciones y malas experiencias.
 - Algunas personas con discapacidad motora también pueden presentar debilidad muscular, por lo que tampoco pueden hacer las actividades o

acciones que se les solicita de manera rápida o incluso que no podrían realizar. Por ejemplo, levantarse de una silla o camilla, o al momento del parto vaginal pedir que pujen de manera rápida, que por la debilidad muscular no lo podrían hacer. Por lo tanto, se debe prestar el apoyo adecuado que requiere la persona, y para eso, es necesario contar con la información personalizada.

- Para el caso de personas con **discapacidad visual**:
 - La monitorización, durante el trabajo de parto y parto como tal, de latidos cardiorfetales será fundamental para que la persona que está en el proceso se asegure del bienestar fetal. La descripción de exámenes ecográficos por parte del profesional que los realiza, explicar los procedimientos y contar con material auditivo podrían ser apoyos en el acompañamiento.
 - Centrarse en experiencias sensoriales diversas como música, aromas y posiciones cómodas en la sala de parto llevarán a que la persona logre tener un parto más amable. El personal de salud debe estar durante el proceso acompañando mediante entrega de información verbal a la persona usuaria, ya sea por parto vaginal o cesárea para que esta se sienta más segura.
 - El acompañamiento de una persona significativa es altamente recomendable para todas las personas que están en proceso de parto. Para las personas con discapacidad visual esto es fundamental, ya que además de ser un apoyo para brindar contención y soporte emocional, permite colaborar con las necesidades específicas, como en la descripción del proceso.
 - Se debe apoyar a la persona con discapacidad visual en la deambulaci3n durante el trabajo de parto, entregando instrucciones espaciales que la guíen de manera concreta, por ejemplo decir “camina 5 pasos y dobla hacia la izquierda”, y no indicaciones como “camina hacia allá y dobla para acá”.
 - No se debe apurar a la persona que está en proceso de parto, algunas personas pueden no tener una discapacidad evidente, sin embargo pueden tener baja visi3n, que no les permite realizar acciones de manera rápida, más aún si se encuentra en un proceso que incluye dolor. Apurar puede generar frustraciones y malas experiencias.
- Para el caso de personas con **discapacidad auditiva**:
 - En el proceso de parto se requiere mucha comunicaci3n, entre la persona con discapacidad, su familia, personas significativas y el personal de salud. Por eso es relevante para personas con discapacidad auditiva, contar con un sistema de apoyo de lengua de señas, ya sea presencial o remoto, que permita ejercer el derecho de las personas sordas a acceder a la informaci3n en su propia lengua.

- Permitir durante el proceso de parto o cesárea, el ingreso de una persona significativa que acompañe a la persona que está embarazada. Esta persona puede apoyar en la comunicación mediante lengua de señas u otro mecanismo de comunicación. Sin perjuicio de lo anterior, es importante que sean los centros de salud quienes consideren el servicio de apoyo de intérpretes de Lengua de Señas, para sus usuarias y usuarios con discapacidad auditiva.
- Para el caso de personas con **discapacidad cognitiva y discapacidad psíquica:**
 - Se recomienda favorecer el acompañamiento de una persona significativa durante el proceso de parto y parto o cesárea.
 - Informar de cada procedimiento que se realizará, con palabras sencillas y corroborando que la información entregada fue comprendida.
 - No emitir juicios de valor respecto a la decisión de matinar y gestar, ni infantilizar a la persona con discapacidad respecto a sus decisiones durante el proceso parto y parto o cesárea.
 - Durante el parto mantener una luz tenue, temperatura ambiente cálida, tener teléfonos en silencio o modo vibrador y no gritar indicaciones.

Puerperio y lactancia

A continuación se presentan nuevas recomendaciones específicas para las etapas de puerperio y lactancia.

- Para el caso de personas con **discapacidad motora:**
 - Se debe tener cuidado en las transferencias, de modo que no genere tensión ni molestias en la piel del abdomen, especialmente luego de la cesárea o en la presencia de entuertos.
 - Apoyar la lactancia materna con ayudas técnicas de bajo costo, por ejemplo usar cojines de lactancia adheridos a un punto fijo como la silla de ruedas u otro respaldo, para que no se resbale el bebé estando la madre en la silla de ruedas.
 - Se sugiere realizar adaptaciones en los espacio de la casa, especialmente para el lavado de manos al momento de amamantar, por ejemplo disponer de lavamanos sin obstáculos en su parte inferior, para que pueda acercarse en silla de ruedas, además de tener un grifo con palanca.
 - Brindar apoyo a una persona con movilidad reducida, a poner el pecho en forma de C para amamantar a su hijo o hija.

- En el periodo de postparto, se debe apoyar con la movilidad tanto de la persona con discapacidad, como del bebé recién nacido.
- Acompañar a una persona con discapacidad al servicio higiénico en los centros de salud, ya que el mobiliario podría no estar adaptado.
- Se sugiere que los centros de salud cuenten con camillas adaptadas para los controles ginecológicos durante los primeros meses postparto.
- Para el caso de personas con **discapacidad visual**:
 - En el centro de salud, acompañar a la persona con discapacidad servicio higiénico e indicar en qué lugares se encuentran los elementos.
 - La persona con discapacidad podrá tocar la cara del bebé para identificar la boca del bebé y acercarlo al pezón, a modo de guiar la lactancia.
 - Consultar con personas significativas o de confianza, el color de las deposiciones del bebé, para identificar si son amarillas y fluidas, siendo éste uno de los indicadores de una buena lactancia.
 - Se recomienda contar con balanzas audibles para pesar al bebé, para medir su peso.
- Para el caso de personas con **discapacidad auditiva**:
 - Facilitar la comunicación, contar con intérprete de lengua de señas o usar texto, ya sea de escritura manual o con redacción automática. En esta etapa permitirá informar el estado de salud, tanto de la madre como del hijo o hija.
- Para el caso de personas con **discapacidad cognitiva y discapacidad psíquica**:
 - Acompañar y asesorar la lactancia durante los primeros acoples, o “tomas de pecho”, para reforzar buenas prácticas y corregir malas posturas.
 - Sobre el cuidado del recién nacido es importante no delegar las responsabilidades relativas al cuidado de sus hijos o hijas en personas de su confianza cuando existe la red de apoyo, si no que enseñarles cómo pueden ser partícipes activamente.

Reclamos de Atención en Salud

Si deseas presentar un reclamo porque consideras que no estás satisfecho con la atención que recibiste en salud, debes hacerlo a través de la Oficina de Información Reclamo y Sugerencia (OIRS): <https://oirs.minsal.cl>

En la página web de OIRS hay un espacio de “Preguntas Frecuentes” donde se indica toda la información para realizar el proceso de reclamo o sugerencia: <https://oirs.minsal.cl/atencionusuario.aspx>

En casos de reclamos o denuncias que incluyan otros procesos legales, se pueden desarrollar procesos paralelos. Por ejemplo, en caso de denunciar un abuso sexual por parte de profesionales de la salud, implicarán los procesos propios de denuncia en Policía de Investigaciones (PDI) y peritaje en el Servicio Médico Legal (SML). Esta información y guía puede ser entregada por las mismas personas que atienden en la OIRS en cada Centro de Salud, y las oficinas a nivel regional.

Cuando una persona realiza un reclamo, sugerencia o felicitaciones a través de la OIRS, este no implica que durante el proceso de respuesta haya mayores beneficios o perjuicio, es decir; el acceso a la atención no se puede restringir o detener por un proceso de reclamo o sugerencia. Los derechos y deberes del paciente se deben continuar ejerciendo.

Los reclamos en atención en salud se desarrollan bajo el amparo de la Ley N° 20.580 que resguarda los derechos y deberes de quienes se atienden en sistema de salud público o privado.

Referencias

- Carvajal, J. y Barriga, C. (2022). *XIII Manual de Obstetricia y Ginecología*. Carvajal Cabrera, Jorge Andrés. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe de Naciones Unidas (2022). *Mortalidad materna*. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- Chile Crece Contigo (2022a). *Postparto o Puerperio*. <https://www.crececontigo.gob.cl/tema/post-parto-o-puerperio/>
- Chile Crece Contigo (2022b). *La lactancia, el mejor alimento*. <https://www.crececontigo.gob.cl/tema/la-lactancia-el-mejor-alimento/>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43 (6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Herrera, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Índex de Enfermería*, 22 (1-2), pp. 79-21. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017>
- Instituto Nacional de Estadística (2020, 26 de noviembre). Solicitud de acceso a la información pública N°AH007T0007372.
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Boletín Estadísticas Vitales. Cifras provisionales 2020*. https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/estad%C3%ADsticas-vitales-cifras-provisionales-2020.pdf?sfvrsn=3f5da8b1_6

Junta de Andalucía (2022). *Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía*. Consejería de Salud y Familias https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaNacimiento2ed_v3_julio22.pdf

Ministerio de Salud (2013). *Guía Clínica AUGE: Analgesia del parto*. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Analgesia-del-Parto.pdf>

Ministerio de Salud (2015). *Guía Perinatal 2015*. Programa Nacional de Salud de la Mujer. https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

Ministerio de Salud (2021). *Norma Técnica y Administrativa, Monitoreo y Vigilancia de la Indicación de Cesárea*. Programa Nacional de Salud de la Mujer. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Norma-Tecnica-CESAREA-ISBN.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2019). *Estudios de la OCDE sobre salud pública: Chile, hacia un futuro más sano. Evaluación y Recomendaciones*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%ABlica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf>

Organización de las Naciones Unidas Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 13 de diciembre, 2006.

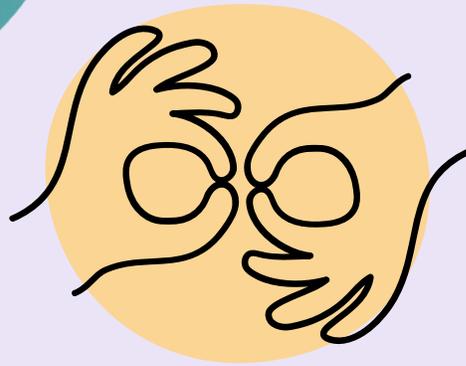
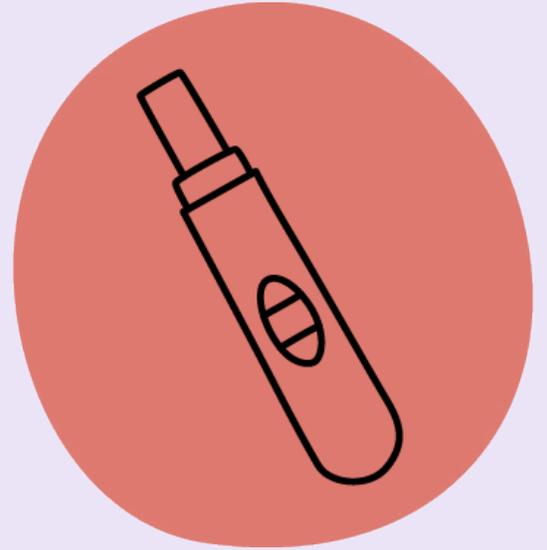
Organización de las Naciones Unidas (2016). *Observación general núm. 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad*. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa54id4.pdf?ua=1&ua=1
<https://www.crececontigo.gob.cl/tema/la-lactancia-el-mejor-alimento/>

Rogers, J. (2007). *Guía para la mujer con discapacidad: del embarazo al parto*. Blocs 18. Fundació Institut Guttmann.

Servicio Nacional de la Discapacidad de Chile (2015). *Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad*. https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad



Guía 2: Etapa de nacimiento

Maternidad y paternidad inclusiva

