



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Mejoras en la atención intraparto para reducir la mortalidad neonatal por complicaciones durante el trabajo de parto



El problema de la mortalidad neonatal

Cada año mueren aproximadamente 3,6 millones de niños durante las primeras cuatro semanas de vida (período neonatal). Las muertes ocurridas en las 24 horas inmediatas al nacimiento representan entre 25% a 45% del total de muertes neonatales.¹ Es probable que esta cifra subestime la proporción real de muertes ocurridas en estas primeras 24 horas, debido a la frecuente falta de información sobre las muertes que se producen a pocos minutos del nacimiento, o bien porque estos casos se clasifican erróneamente como mortinatos o defunciones después del primer día, que originan como resultado un patrón de inconsistencia en los registros clínicos durante el periodo de 24 horas postparto.² Todas estas muertes guardan estrecha relación con la falta de atención materna y neonatal adecuada durante este período crucial.

La salud y mortalidad del recién nacido guardan estrecha relación con la salud y mortalidad de la madre. Cuando la madre muere por complicaciones intraparto, las probabilidades de que el bebé sobreviva se reducen en forma considerable.³ La morbilidad materna también guarda estrecha relación con la ocurrencia de resultados adversos en la salud del feto y del recién nacido.⁴

Más de 80% del total de muertes neonatales a nivel mundial se atribuye a tres principales causas (infecciones, complicaciones por parto prematuro y complicaciones intraparto o “asfixia perinatal”).⁵ Aunque se han logrado avances importantes en la reducción de muertes causadas por el tétanos neonatal y aparentemente se han visto avances en la reducción de las infecciones neonatales, poco o casi nada se ha logrado avanzar a nivel mundial en la reducción de muertes por parto prematuro o muertes neonatales por complicaciones intraparto. A continuación presentamos las causas y estadísticas de las muertes que ocurren cada año en el mundo (el rango de incertidumbre se presenta entre paréntesis):

- Muertes por infección neonatal (excluyendo tétanos): 963.000 (680.000–1’500.000)
- Muertes por complicaciones intraparto: 814.000 (560.000–1’000.000)
- Muertes por complicaciones por parto prematuro: 1’033.000 (720.000–1’222.000)⁶

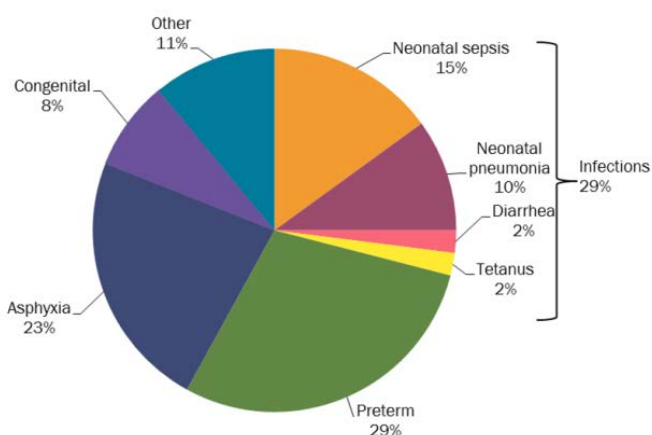


Figura 1. Causas de muerte neonatal de 3,6 millones de recién nacidos en 192 países según datos clasificados por causas y modelos multicausales (Fuente: Adaptación de información de Child Health Epidemiology Reference Group, WHO en Black et al.)⁷

Los recién nacidos en los países menos desarrollados del mundo presentan un riesgo bastante elevado de muerte por complicaciones intraparto (anteriormente denominadas “asfisia perinatal”)⁸ y un número elevado de mortinatos intraparto. Es común que no existan registros de mortinatos en las regiones de escasos recursos. Por ello, es

especialmente difícil establecer mediciones. Las intervenciones para reducir las muertes neonatales por complicaciones intraparto requieren la prestación de servicios adecuados de atención durante el parto, incluyendo servicios obstétricos de emergencia.⁹ Cuando una emergencia obstétrica (por ejemplo, parto obstruido o hemorragia) ocasiona una lesión intraparto severa, el bebé puede nacer muerto o correr un riesgo realmente elevado (entre 30 y 50%) de morir durante su primer día de vida.¹⁰

La atención calificada intraparto como intervención para reducir las muertes neonatales y salvar vidas.

Los esfuerzos por mejorar la atención prestada a las mujeres en trabajo de parto y durante el parto tienen un efecto **directo** en la vida de los recién nacidos: permiten prevenir infecciones, traumatismos y asfisia. La prevención de las muertes neonatales por complicaciones intraparto, el tema central del presente documento, puede verse afectada por el tipo de atención que la mujer reciba durante el trabajo de parto.

Vigilancia

La palabra “obstetricia” proviene del latín *obstare*: “permanecer en espera”. La supervisión del trabajo de parto consiste precisamente en “permanecer en espera de manera vigilante”, observar el progreso del trabajo de parto y el estado de la madre y bebé, y establecer si todo está avanzando de manera normal o si se está desarrollando alguna complicación. Al manejar este proceso con procedimientos inapropiados y en ocasiones innecesarios, tales como exámenes vaginales múltiples, episiotomías de rutina y administración de líquidos intravenosos, o al evitar que la madre ingiera líquidos y nutrientes en realidad se puede ocasionar problemas y complicaciones para la madre y el recién nacido. Igualmente, la ineficiencia para monitorear a la madre, bebé y el desarrollo del trabajo de parto de forma cuidadosa y permanente, lo cual permite detectar problemas a tiempo e iniciar un tratamiento adecuado y oportuno, también puede contribuir al incremento nefasto de la morbilidad y mortalidad maternas y neonatales. Cuanto más temprano se detecte un problema, más pronto podrá ser tratado para evitar la morbilidad y la mortalidad. El ritmo cardíaco del feto debe ser supervisado y registrado cada 30 minutos durante la etapa activa del trabajo de parto y cada cinco minutos durante la segunda etapa (expulsión) mientras la mujer puja. Si se detectan anomalías en el ritmo cardíaco del feto, se deben llevar a cabo intervenciones adecuadas, tales como cambio de posición, administración de oxígeno, hacer que la madre tome un breve descanso, y si las anomalías continúan, realizar un parto vaginal asistido o una cesárea.

Uso del partograma

El partograma facilita la observación vigilante. Es una herramienta que facilita y guía el proceso de toma de decisiones. Registra de forma gráfica el estado de la madre y bebé, así como el desarrollo integral del trabajo de parto. La representación visual de todos los datos relevantes que proporciona esta herramienta permite a los proveedores y supervisores identificar rápidamente las situaciones que exigen atención o acción. Se ha demostrado que el uso del partograma ha reducido los partos prolongados, la proporción de partos que requieren estimulación y cesáreas de emergencia, muertes fetales intraparto y muertes neonatales por complicaciones como consecuencia de partos prematuros tanto en mujeres multíparas como primíparas.¹¹ El uso del partograma permite a los proveedores saber cuándo puede ser necesario conducir el trabajo de parto para aumentar la dilatación por lo que reduce el uso innecesario de la oxitocina, la cual puede ocasionar hiperestimulación e hipoxia fetal. Asimismo, esta herramienta permite determinar de manera oportuna si se necesita realizar una cesárea (si el caso lo requiere), decisión que en ocasiones es crítica para salvar la vida de un feto hipóxico. El uso del partograma se traduce en una mayor vigilancia y alerta al profesional sobre la presencia de señales de estrés en el feto o en la madre en etapas tempranas cuando todavía se pueden tomar acciones correctivas de manera eficaz.

Además de usar el partograma, nunca se debe llevar a cabo la estimulación del trabajo de parto, cuando esté indicada, si no es posible regular la administración de oxitocina bajo cuidadoso control. La aceleración del trabajo de parto solamente debe obedecer a razones netamente médicas. La familia de la paciente puede presionar a los profesionales para que “aceleren el parto”, pero sus preocupaciones pueden disiparse si se les explica que éste se desarrolla normalmente por sí sólo y cuáles son los peligros de una aceleración innecesaria. Además, la oxitocina que se administra por vía intramuscular o de otra forma sin control, puede ocasionar contracciones tetánicas y lesión o muerte del recién nacido. Si es necesario administrar oxitocina, se debe hacer siguiendo los protocolos de la Organización Mundial de la Salud contenidos en el manual *sobre Manejo de las complicaciones durante el embarazo y el parto*. La oxitocina **nunca** debe ser administrada sin adoptar medidas apropiadas de control o supervisión.

Apoyo emocional y manejo de la primera etapa del trabajo de parto

Una intervención tan sencilla como brindar apoyo emocional durante el trabajo de parto puede mejorar los resultados tanto para la madre como para el recién nacido. Se ha demostrado que la provisión de este apoyo emocional conduce a reducir la necesidad de realizar cesáreas o partos vaginales asistidos, el uso de medicamentos y hasta la duración del parto, todos los cuales aumentan el riesgo de complicaciones en el recién nacido.¹²

De manera similar, el uso de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor, como hablar a la paciente con voz calmada, el uso de técnicas de relajación, aliento y reafirmación y mayor flexibilidad para el cambio de posición han arrojado como resultado una reducción en la necesidad de realizar procedimientos operacionales y del uso de analgésicos farmacológicos,¹³ algunos de los cuales, como los analgésicos narcóticos, pueden deprimir la respiración del recién nacido.

La hidratación y nutrición adecuadas durante el trabajo de parto son esenciales para el bienestar de la madre y bebé y el buen desarrollo en esta fase. Ayunar durante el trabajo de parto puede ocasionar hipoglicemia y cetosis, condiciones que se pueden prevenir con una ingesta adecuada.¹⁴ La hidratación es también esencial para conservar el volumen intravascular y garantizar una buena perfusión del útero y vagina, permitiendo así que llegue la mayor cantidad posible de oxígeno al feto. La evidencia demuestra que no existe una diferencia significativa en la incidencia del vómito entre las mujeres que ingieren alimentos durante el trabajo de parto y las mujeres que sólo ingieren líquidos.¹⁵

Manejo de la pre-eclampsia y eclampsia

Si bien la pre-eclampsia y eclampsia son condiciones que afectan a las mujeres, también pueden tener un impacto en los recién nacidos. Una pre-eclampsia que no se reconoce y maneja adecuadamente puede convertirse en una eclampsia y causar convulsiones en la madre, las cuales pueden reducir el flujo sanguíneo hacia el feto. Como parte del manejo adecuado de la pre-eclampsia severa o la eclampsia puede ser necesario adelantar el parto, lo que acarrea complicaciones neonatales y cesáreas, a destiempo o innecesarias, las cuales también pueden contribuir a la muerte neonatal intraparto.

Manejo calificado de la segunda etapa del trabajo de parto

La segunda etapa del trabajo de parto comienza cuando el cuello uterino está completamente dilatado. Sin embargo, la dilatación total no implica que el bebé saldrá inmediatamente. La fisiología normal de la segunda etapa del trabajo de parto inicia con una disminución de las contracciones a medida que el bebé inicia su descenso. Una vez que el bebé llega a un cierto punto se genera una presión que estimula el reflejo natural de la mujer de hacer fuerza para pujar. Este es el momento en que ella debe empezar a pujar. La mujer debe pujar únicamente con las contracciones y descansar entre ellas. La fuerza de las contracciones uterinas reduce la sangre (y el oxígeno) que pasa a través del útero o la placenta. Es esencial hacer una pausa entre cada pujo para permitir que la respiración profunda re-oxigene la sangre y que ésta fluya hacia el bebé a través del útero y la placenta. Debemos recordar que básicamente no hay flujos de sangre a través del útero hacia la placenta en el pico de las contracciones. Por ello, las pausas entre cada pujada son la única forma de hacer llegar oxígeno al feto.

La supervisión de las condiciones del feto es esencial durante la segunda etapa, la cual constituye un momento de estrés adicional para el bebé. El ritmo cardiaco del feto debe ser monitoreado cada cinco minutos durante esta etapa. Mientras el ritmo cardiaco del feto sea normal, no hay necesidad de acelerar el nacimiento del bebé.

La posición de la madre durante el parto es importante para garantizar que el flujo sanguíneo sea el adecuado. La posición supina o litotomía hace que la vena cava y la aorta se compriman, reduciendo el flujo sanguíneo hacia el útero. Por ello, se debe permitir a la paciente adoptar otras posiciones como ponerse en cuclillas, de pie, o apoyarse en manos y rodillas durante el trabajo de parto y el nacimiento del bebé.

La atención calificada protege la salud de las madres y de los recién nacidos

La atención adecuada que recibe la madre durante el trabajo de parto también permite garantizar resultados positivos para el bebé. Durante el trabajo de parto es necesario prestar apoyo calificado para ayudar a mantener estables las condiciones que son normales y detectar y resolver rápidamente cualquier complicación durante este periodo, de manera que las madres y los bebés tengan la mejor probabilidad de un alumbramiento seguro y sano. Dado que aproximadamente 50% de los casos de reanimación neonatal no presentan factores conocidos que permitan predecir esta complicación, el personal obstétrico debidamente capacitado también debe conocer las técnicas de reanimación neonatal y disponer de una mascarilla y bolsa auto-inflable. Estos profesionales desempeñan una función central en la prevención, detección temprana y manejo de problemas que pueden causar la muerte de un recién nacido por complicaciones intraparto.

En las situaciones donde no es posible contar con personal debidamente capacitado, el familiar o asistente de parto deben recordar algunos puntos importantes. El trabajo de parto y el parto suelen ser eventos normales y es mejor no intervenir si no se presentan complicaciones.

- La madre no debe recibir medicamentos para acelerar el parto, ya que éstos pueden causar serias complicaciones para ella y el recién nacido
- No se debe insertar ningún elemento en la vagina – hierbas, dedos o instrumentos de ningún tipo

Para ayudar al bebé a empezar a respirar, es necesario:

- Limpiar con cuidado la boca y nariz del bebé con un paño limpio, secar al bebé con un paño seco y limpio y frotar la espalda del bebé
- Poner al bebé en contacto directo con la piel sobre el pecho de la madre para que pueda empezar a lactar de inmediato

El familiar o asistente de parto debe poner atención a posibles señales de peligro, tanto de la madre como del bebé, y estar listo para acudir a un centro de salud si fuera necesario.

¹ Lawn JE, Cousens S y Zupan J. 2005. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet* 365: 891–900.

² Lawn JE et al. 2010. 3.6 million neonatal deaths—what is progressing and what is not? *Semin Perinatol* 34: 371–386.

³ Ronsmans C et al. 2010. Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study. *Lancet* 375: 2024–2031.

⁴ Lawn JE et al. 2009. Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? *Int J Gynaecol Obstet* 107 Suppl 1: S123–40, S140–2.

⁵ Lawn JE et al. 2010.

⁶ Lawn JE et al. 2010.

⁷ Black RE et al. 2010. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. 2010. *Lancet* 375: 1969–1987.

⁸ Lawn JE et al. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done? *Int J Gynaecol Obstet* 107 Suppl 1: S5–18, S19.

⁹ Darmstadt GL et al. 2005. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 365: 977–988.; Adam T et al. 2005. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 331: 1107.

¹⁰ Lawn J, Shibuya K and Stein C. 2005. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. *Bull World Health Organ* 83(6): 409–417.

¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). 1994. The WHO partograph in the management of labor. *Lancet* 34: 1399–1404.

¹² Brüggemann OM, Parpinelli MA y Osis MJ. 2005. Evidence on support during labor and birth: A literature review. *Cad Saude Publica* 21(5):1316–27.

¹³ Hodnett ED et al. 2011. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* Feb 16;2:CD003766.

¹⁴ Scrutton MJ et al. 1999. Eating in labour. A randomised controlled trial assessing the risks and benefits. *Anaesthesia* 54(4): 329–34.

¹⁵ Parsons M, Bidewell J and Nagy S. 2006. Natural eating behavior in latent labor and its effect on outcomes in active labor. *J Midwifery Women's Health* 51(1): e1–6.