

ÚNETE PARA REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS A CERO

INFORME FINAL SOBRE LA BASE DE
CONFERENCIAS REALIZADAS EN EL
I CONGRESO INTERNACIONAL
DE EMBARAZO SEGURO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS Y NEONATALES



ÚNETE PARA REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS A CERO

INFORME FINAL SOBRE LA BASE DE
CONFERENCIAS REALIZADAS EN EL
I CONGRESO INTERNACIONAL
DE EMBARAZO SEGURO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS Y NEONATALES

Catalogado Por el Centro de Información y Conocimiento OPS/OMS/PRY

Organización Panamericana de la Salud.

Únete para reducir las muertes maternas a cero: Informe Final sobre la base de conferencias realizadas en el I Congreso Internacional de Embarazo Seguro y emergencias Obstétricas y Neonatales. – Asunción: OPS/OMS, 2016. -- 144 págs.

ISBN 979-99967-26-17-0

SERVICIO DE SALUD MATERNA
MORTALIDAD MATERNA
PARAGUAY

Título. 362.7

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Paraguay. 2016
<http://www.paho.org/par>

Diseño y diagramación: DR Desarrollo Creativo
drcreativo2903@gmail.com

Julio, 2016

TABLA DE CONTENIDO

PRÓLOGO

Dr. Antonio Barrios Fernández _____ 5

Presidente del Congreso Internacional
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay

Dr. Carlos Castillo Solórzano _____ 7

Presidente Honorario del I Congreso Internacional
Representante de la OPS y la OMS en Paraguay

Introducción _____ 9

SECCIÓN I: SALUD MATERNA Y NEONATAL EN AMÉRICA LATINA

Morbimortalidad Materna en América Latina _____ 12

Morbimortalidad Materna en Paraguay _____ 16

Morbimortalidad Neonatal en América Latina _____ 18

Morbimortalidad Neonatal en Paraguay _____ 20

La Mortalidad Materna más allá del ODM 5. Visión Flasog _____ 22

Mortalidad Materna y Fetal asociadas a malas prácticas intraparto _____ 25

SECCIÓN II: ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y ATENCIÓN SEGURA DEL PARTO

Estrategias para mejorar la calidad de la atención prenatal _____ 28

Parto institucional – Rol de la obstetra _____ 32

Inducción del parto: Estrategias mecánicas o médicas _____ 34

Manejo activo del tercer período del parto _____ 36

Uso de oxitocina: Protocolos de seguridad _____ 39

Parto instrumental: Alternativas _____ 42

SECCIÓN III: ENTORNOS HABILITANTES

Evaluación del entorno habilitante _____ 46

Condiciones para un lugar seguro para la atención del parto _____ 49

Maternidad segura centrada en la familia _____ 51

SECCIÓN IV: BIENESTAR FETAL

Uso sulfato de magnesio en embarazo de pretérmino _____ 56

Uso de corticoides para la maduración pulmonar cuando y cómo _____ 59

Monitoreo intraparto en embarazo de alto riesgo _____ 61

SECCIÓN V: MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO

Código Rojo Etapa III _____ 66

Manejo de hemorragia post parto en paciente con morbilidad materna extrema_____	68	Vigilancia de la muerte materna, fetal y neonatal_____	108
Estabilización y traslado seguro de paciente en estado de emergencia obstétrica_____	71	Como elaborar artículos científicos_____	111
Minuto de Oro: Actualización en Reanimación Neonatal_____	75	SECCIÓN VIII: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO. ESTRATEGIAS	
Cuidados esenciales Post Reanimación (ACoRN)_____	79	Apego precoz y manejo en las primeras 48 horas.	
Traslado del paciente crítico neonatal_____	81	Pinzamiento oportuno del cordón umbilical_____	116
SECCIÓN VI: PARTO POR CESÁREAS. CAMBIANDO PARADIGMAS		Estrategia mamá canguro_____	119
¿Por qué ha aumentado el índice de cesárea en latinoamérica, ¿A que riesgos conlleva?_____	86	Distrés respiratorio del recién nacido_____	122
Estrategias efectivas para reducir tasas de parto por cesárea_____	89	SECCIÓN IX: LACTANCIA MATERNA SEGURA Y SOSTENIBLE	
SECCIÓN VII: INFORMACIÓN DE CALIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES		Quando suplementar y cómo relactar_____	126
Evidencia para la implementación del parto humanizado_____	94	Maternidad y lactancia: “Entre la fiabilidad científica y la incertidumbre de lo humano”_____	129
Estrategia de comportamiento para los equipos de salud_____	97	Repercusión de no amamantar_____	131
Intervenciones costo efectivas_____	99	SECCIÓN X: ANTICONCEPCIÓN EN EL SIGLO XXI	
El Near-miss un evento trazador de calidad_____	104	Anticoncepción y marco legal_____	134
		Prevención de embarazo adolescente_____	137
		Métodos modernos_____	140
		Abreviaturas_____	144

PRÓLOGO



La realización del I Congreso Internacional de embarazo seguro y emergencias obstétricas y neonatales bajo el lema “Cero muertes evitables” constituye un gran reto para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, porque visualizamos que puede representar un beneficio para los profesionales de salud de todos los niveles de atención y particularmente, de las mujeres paraguayas y sus recién nacidos.

En ese sentido y en consonancia a un sentimiento compartido con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) nos abocamos a la organización de este congreso, en el cual nos honran como disertantes profesionales líderes a nivel nacional e internacional reconocidos por su profesionalismo y excelencia.

En el marco de la “Movilización nacional para la disminución de muertes maternas y de recién nacidos” hemos firmado acuerdos con sociedades científicas y otras organizaciones, para aunar esfuerzos que redunden en el desarrollo de los especialistas en su formación y en el ejercicio profesional para beneficio de la salud del binomio madre niño, promoviendo el cuidado de la salud de la mujer y el recién nacido, la protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

En el Ministerio de Salud nos hemos trazado como meta consolidar un proceso de mejoramiento continuo en lo que a las competencias de los profesionales de la salud se refiere, mediante talleres y cursos que contribuyan con el ejercicio profesional, la educación médica y la investigación; con ética, creatividad y con una perspectiva global que se apoye en nuestra cultura y en el trabajo en equipo, a cargo de profesionales comprometidos con la enseñanza y la salud pública.

Somos conscientes del desafío que implica mejorar nuestros indicadores de muerte materna y neonatal, pero también estamos convencidos que con el compromiso y trabajo de todos lograremos cumplir con este objetivo, que redundará en beneficio y desarrollo de nuestro país.

Dr. Antonio Barrios Fernández
Presidente del Congreso Internacional
Ministro de Salud Pública
y Bienestar Social de Paraguay



Para la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) el I Congreso Internacional de embarazo seguro y emergencias obstétricas y neonatales traduce una aspiración compartida entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la OPS/OMS de propiciar el acceso e intercambio de información técnica científica y facilitar la divulgación de conocimientos que salvan vidas. En nuestra organización la diseminación del conocimiento es una estrategia clave para mejorar los sistemas de salud y avanzar hacia la salud universal.

En los últimos años, a nivel regional y mundial, se han producido avances extraordinarios en la disminución de la muerte materna y neonatal; sin embargo, aún hay muchos desafíos que vencer para garantizar que el parto institucional de todas las gestantes sea ofertado con calidad y calidez y para eliminar las barreras de acceso por causas económicas, geográficas o culturales.

Estamos convencidos de que la información de este Congreso les permitirá actualizar sus conocimientos, identificar buenas prácticas y les inspirará a replicar experiencias exitosas. Les invito a asumir el compromiso personal de hacer todo lo necesario para mejorar la calidad de la atención y proveer un servicio integral y humanizado a las madres, los recién nacidos y los niños paraguayos.

Dr. Carlos Castillo Solórzano
Presidente Honorario del I Congreso Internacional
Representante de la OPS y la OMS en Paraguay

INTRODUCCIÓN

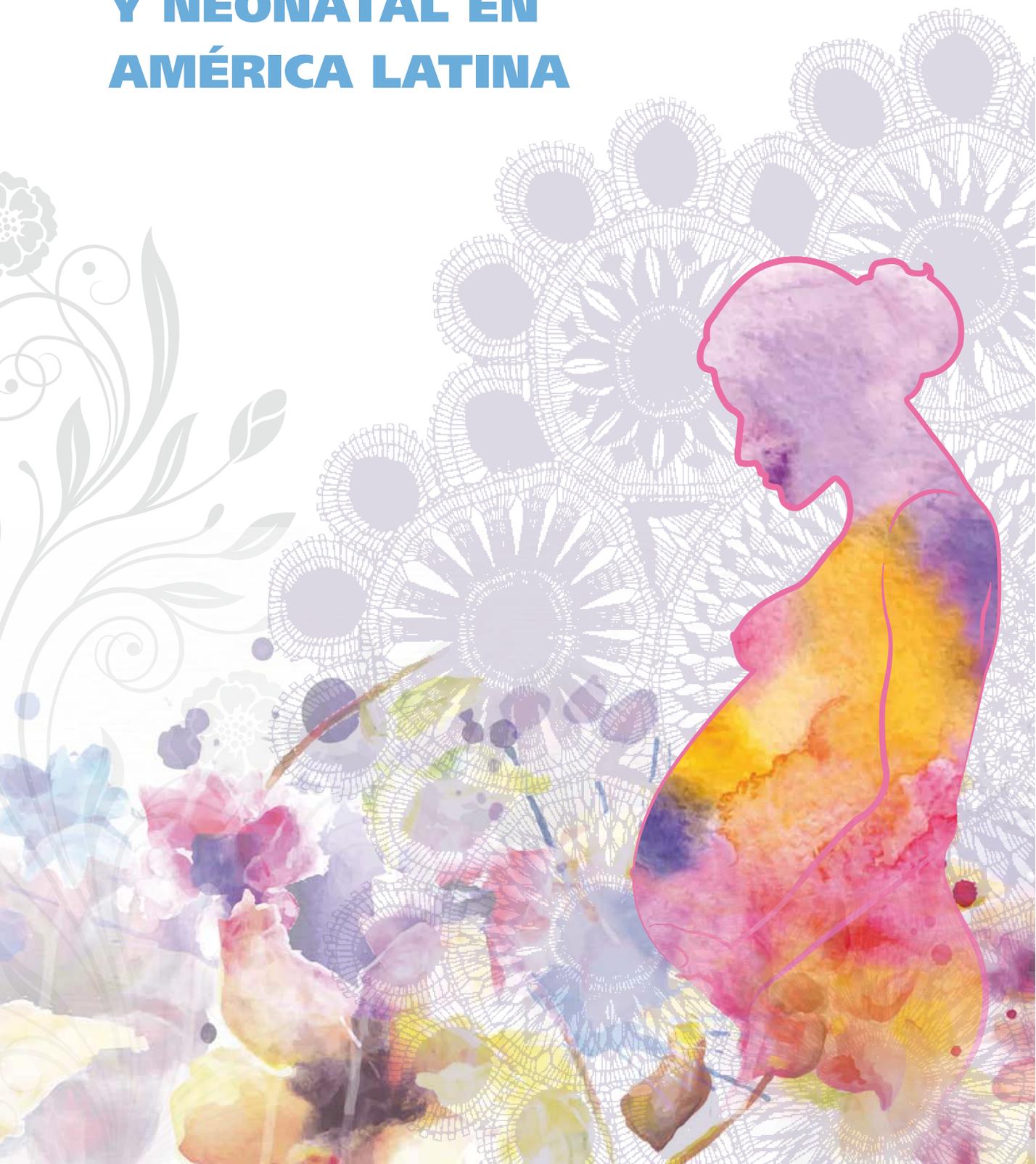
Las secciones del presente documento se realizaron sobre la base de las conferencias magistrales, clases y simposios expuestos en el I CONGRESO INTERNACIONAL DE EMBARAZO SEGURO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES: “CERO MUERTES EVITABLES”, celebrado en Asunción–Paraguay los días 2, 3 y 4 de setiembre de 2015.

El presente documento tiene la finalidad de brindar insumos científicos y técnicos enfocados en reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal en Paraguay y está orientado al personal de salud en los diferentes niveles del sistema de atención. El proceso de redacción incluyó la desgrabación, análisis, transcripción y revisión bibliográfica de cada uno de los temas; así como la elaboración de un resumen, introducción y desarrollo por cada conferencia. Se elaboró una propuesta de contenidos por secciones y capítulos, tomando en cuenta la similitud de los temas y obedeciendo una secuencia lógica para facilitar la búsqueda para el lector.

Las intervenciones descritas en este informe se basan en las últimas evidencias científicas disponibles y están encaminadas a mejorar la capacitación del personal de la salud y optimizar la respuesta en la atención de las mujeres y niños de Paraguay.

SECCIÓN I:

**SALUD MATERNA
Y NEONATAL EN
AMÉRICA LATINA**





Morbimortalidad Materna en América Latina

Dr. Ariel Karolinski – Argentina

RESUMEN:

La mortalidad materna es una expresión del impacto en las determinantes sociales, de la salud y sobre todo de la calidad de vida. Es una expresión clave de las inequidades en la calidad de la atención de salud en todo el proceso reproductivo. La probabilidad de fallecer es mayor en aquellas mujeres pertenecientes a estratos sociales más desfavorecidos, aquellas que tienen vulnerados sus derechos o tienen acceso limitado a los sistemas de salud, es allí donde se deben focalizar las acciones.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema relevante de Salud Pública por dos factores: Su magnitud y evitabilidad. La mayor parte de las muertes maternas, son evitables. Cuando se analiza la variabilidad de este indicador a lo largo y ancho del mundo se convierte en un patrón de comparación válido, donde se expresan las desigualdades a nivel global, regional y dentro de cada uno de los países. A nivel global, para el año 2013, las últimas estimaciones publicadas de muertes maternas se ubicaron en 292,982; y para América Latina en 9,500 por año.

Diez países a nivel mundial representan el 60 % de la carga total de muertes maternas; en particular dos países: India y Nigeria, representan casi un tercio de las mismas. Obteniendo los datos de nuestra región se pueden focalizar y priorizar acciones en las localidades que más lo necesiten y donde más impacto potencial se puede lograr, existe una tendencia clara a la disminución de la mortalidad materna expresada como el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5 (ODM5), el mismo trazaba como meta la disminución de la mortalidad materna en 3/4 partes en el periodo de 1990 al 2015.

Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave

Desde la OPS, a partir de sus cuerpos directivos y la aprobación por unanimidad de los ministros de salud de todas las naciones que lo integran se aprobó en consejo directivo el PLAN DE ACCIÓN PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y MORBILIDAD MATERNA GRAVE el cual tiene como objetivos:

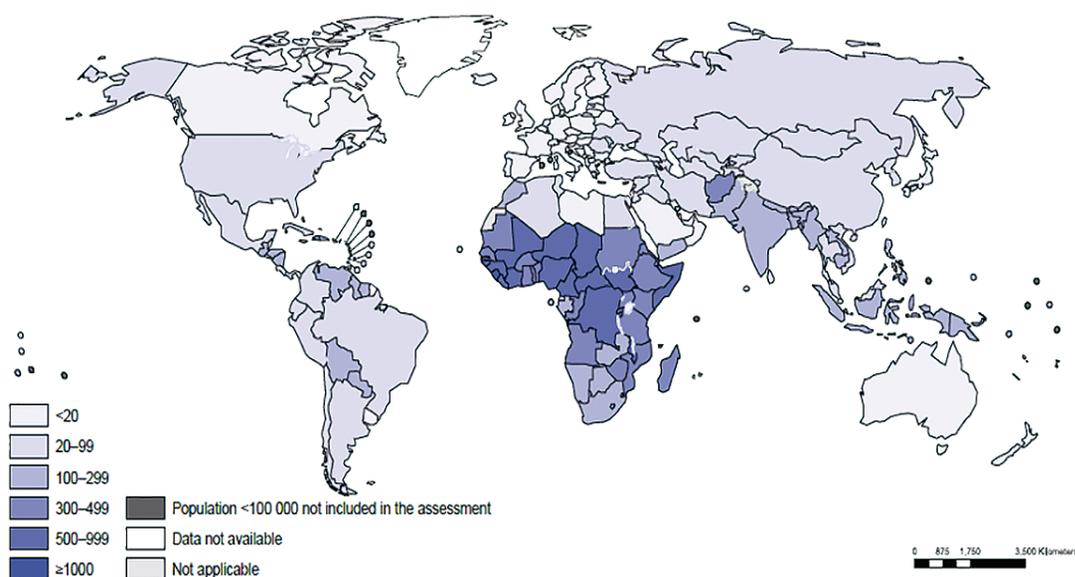
1. Contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna en los países de las Américas.

2. Prevenir la morbilidad materna grave, morbilidad materna severa (Near Miss).
3. Fortalecer la vigilancia de la mortalidad y morbilidad materna grave.

El plan de acción conlleva estrategias a abordar y en este se distinguen cuatro áreas claves:

1. Prevención de embarazos no deseados.
2. Acceso Universal a los servicios de maternidad.
3. Recursos humanos calificados.
4. Información estratégica para la acción y rendición de cuentas.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA AÑO 2013



RAZÓN DE MUERTES MATERNAS

Existe una preocupación creciente por un subgrupo de muertes maternas en un grupo etario de mujeres menores de 15 años. En un estudio realizado en Argentina donde se analizó un modelo multivariado que pudiera explicar la mortalidad materna, se llegó a la conclusión que hay dos variables que se correlacionan directamente con la probabilidad de morir de una mujer que se embaraza: La edad materna y el tamaño del hospital.

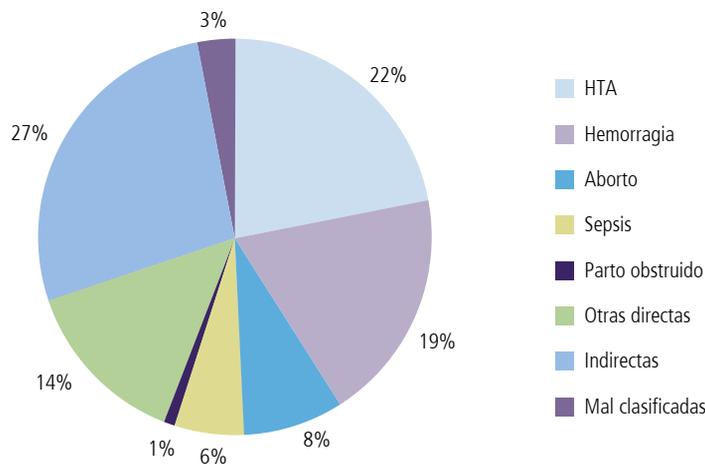
Con respecto a la edad se observó un comportamiento paradójico; de 20 años en adelante por cada 10 años de aumento de edad materna se duplica la probabilidad de morir de esa mujer; sin embargo, se muestra una inversión de la curva en las mujeres menores de 15 años. La segunda variable, el tamaño de hospital (como expresión de medida de disponibilidad de recursos hu-

manos y técnicos) demostró 10 veces mayor riesgo de muerte en los hospitales donde se atienden menos de 1,500 partos por año. Es mandatorio al evaluar las estadísticas la toma en cuenta de las tendencias, no dejándose guiar por los datos obtenidos en un año de manera aislada.

CAUSAS DE MUERTE MATERNA

Entre las principales causas de muerte materna a nivel global publicadas por la OMS (The Lancet 2014), donde se evaluaron las causas de 60,000 muertes maternas en 115 países, se muestran en aumento las causas indirectas de muerte, seguidas por las directas como: Hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, sepsis y complicaciones de aborto. En algunos países, el parto obstruido constituye el 1 % de muertes maternas.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSAS (25 PAÍSES DE LAS AMÉRICAS. AÑO 2013)



ESTRATEGIAS

De acuerdo a estimaciones globales, el 1 % de las mujeres que se embarazan presenta alguna complicación grave que puede llevarla al borde de la muerte, es fundamental identificar y registrar los casos de Near Miss maternos para a partir de ellos, identificar estrategias para mejorar la calidad de atención. La incorporación de indicadores eficaces para medir la capacidad de respuesta como el índice de morbilidad y Tasa de letalidad son útiles en la práctica diaria y ayudan al correcto direccionamiento de las intervenciones.

La investigación en Salud Pública cobra sentido cuando se traduce en acciones que mejoran la salud y la calidad de vida de las mujeres y los niños. Se plantea la reformulación del esquema de las 3 demoras clásicas descrito por la Doctora *Deborah* Maine, con la proposición de una nueva demora; la cuarta, que es aquella que se produce en la mujer que no planifica, ni desea quedar embarazada y demora en acceder en forma efectiva a servicios de planificación familiar y a métodos anti-conceptivos. **No hay intervención más efectiva y de mayor impacto para disminuir la mortalidad materna que evitar embarazos no planificados.**



Morbimortalidad materna en Paraguay

Dra. Lida Sosa – Paraguay

RESUMEN:

Los objetivos del milenio plantearon la reducción de la mortalidad materna en 3/4 partes para el año 2015; en Paraguay esto representaba la disminución de la mortalidad materna a 37,5 por 100.000 nacidos vivos. A pesar de no cumplirse con las cifras establecidas, se ha producido un avance significativo en el área. El mayor número de defunciones maternas en Paraguay se presentan en el Departamento de Alto Paraná y en el Departamento Central, donde las causas predominantes son la hemorragia post parto, los trastornos hipertensivos del embarazo y las complicaciones post aborto. El 80 % de estas muertes se producen en la tercera demora, por ello se debe enfatizar la atención en el fortalecimiento de los servicios de salud y el desarrollo de competencias de los recursos humanos.

INTRODUCCIÓN

En Paraguay, el porcentaje de partos institucionales, atendidos por personal calificado como médicos en cumplimiento de pasantía rural, licenciadas en obstetricia y matronas que han sido capacitadas en las diferentes localidades del interior del país, ha sobrepasado el 97 %. El porcentaje de mujeres que acuden a control prenatal en el período 2010 - 2014 se incrementó, aunque se reconoce la necesidad de

mejoría en la captación precoz y la calidad de atención que se les brinda a las mujeres embarazadas. El embarazo adolescente representa una problemática latente en nuestro país, donde los mismos constituyen el 19 % del total de los embarazos y principalmente un sub grupo de adolescentes entre los 10 y 14 años de edad.

La tendencia de la Razón de Mortalidad Materna en Paraguay presenta un descenso a partir del año 2009 hasta

el año 2012, con una ligera elevación en el año 2013 que obedece probablemente a un mayor y mejor registro, secundario a la conformación y establecimiento de comités de registro de mortalidad materna. El mayor número de defunciones maternas en el país se presenta en el Departamento de Alto Paraná y en Departamento Central. En el plan de acción para la disminución acelerada de la mortalidad materna y de la morbilidad materna severa se han priorizado seis regiones sanitarias entre ellas Alto Paraná, donde las muertes maternas disminuyeron de manera notable en el 2014 con respecto al año 2013. Entre las causas más frecuentes se encuentran: las hemorragias, la hipertensión inducida por el embarazo y las complicaciones del aborto.

INTERVENCIONES

El Comité de Salud y análisis de muertes maternas y neonatales determinó que el 80 % de estas muertes se producen por fallas relacionadas a la tercera demora, por ello se debe enfatizar la atención en el fortalecimiento de los servicios de salud y el desarrollo de competencias de los recursos humanos. Entre las intervenciones requeridas se encuentran: el desarrollo de capacidades en la comunidad, personal capacitado que pueda educar a la población enseñándoles a reconocer los signos de alarma, fortalecimiento de los sistemas de comunicación como teléfonos

y radios, fortalecimiento de los medios de transporte y todos los aspectos relacionados con la segunda demora; la formación constante del personal de atención de salud así como la adecuación de la infraestructura, provisión de medicamentos, unificación de normas para la atención de emergencias, capacitación para estabilizar y trasladar a pacientes en emergencia obstétrica y neonatal, fortalecimiento del sistema de información, seguimiento de indicadores y de rendición de cuentas.

Se han tomado diferentes iniciativas a nivel nacional, de carácter político e institucional para potenciar el esfuerzo en la aceleración en la disminución de la mortalidad materna y subsanar las tres demoras, entre ellas: la implementación del código rojo, leyes como la número: 4313, que garantiza un presupuesto blindado destinado a los medicamentos e insumos necesarios para la atención de partos y anticonceptivos; por decreto presidencial se declaró un día Nacional de la Planificación Familiar, la conformación de comités de salud y morbimortalidad materna en las 18 regiones sanitarias así como una resolución para la notificación obligatoria de muertes maternas, neonatales y fetales.

Todas estas acciones, aunadas a la capacitación continua de los recursos humanos, contribuyeron a la disminución de la mortalidad materna en el año 2014 a 64 por cada 100,000 nacidos vivos.



Morbimortalidad Neonatal en América Latina

Dr. Pablo Durán – Uruguay

RESUMEN:

De cada dos niños que mueren antes de los 5 años, uno lo hace antes de los 28 días; el 60 % de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida. La formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por parte de la Organización de Naciones Unidas propuso la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez en 2/3 partes; desde entonces, se ha evidenciado un marcado descenso en la mortalidad infantil y de los menores de 5 años, pero sin reducción significativa en la mortalidad neonatal.

INTRODUCCIÓN

Las principales causas de muerte infantil a nivel mundial son la prematuridad, la asfixia, la sepsis neonatal y las malformaciones congénitas, estas últimas representan el 11 % del total. En América Latina existen marcadas diferencias en la velocidad de disminución de la mortalidad neonatal; para el logro de los ODM se esperaba una reducción anual de más del 4% en la mortalidad neonatal, sólo Brasil en la región, ha logrado cumplir con esa reducción.

Si se comparan las tasas de reducción de la mortalidad neonatal de los países de Latinoamérica con los países con mayor nivel de desarrollo y se proyectan las curvas de tendencias, América Latina y el Caribe alcanzarían las mismas tasas de mortalidad neonatal de esos países en el año 2043; para lograr acelerar ese proceso, se deben enfatizar las acciones en torno a la salud neonatal, encarando esas desigualdades en nuestra región y en nuestros países.

IMPLICACIONES

Las condiciones al nacer marcan consecuencias a mediano y largo plazo, la prevalencia de prematuridad en la región es cercana al 8 % donde los niños pre término tienen una carga de morbilidad importante como lo son la asfixia perinatal, hemorragias, enterocolitis necrotizante y distintas condiciones metabólicas que van a aumentar la tasa de morbilidad en unas 5 a 20 veces.

La mortalidad perinatal está dada generalmente en relación a defectos congénitos (26 veces), sífilis (2 veces) y vinculados con un mortinato en embarazo anterior (3 veces).

La prematuridad a su vez, implica consecuencias para la calidad de vida, se vincula con afectación del desarrollo infantil, parálisis cerebral, bajo coeficiente intelectual, desórdenes en el

desarrollo y algunas otras condiciones médicas como trastornos metabólicos y obesidad. Existe suficiente respaldo de evidencia médica que asocia el aumento de riesgo de padecer enfermedades crónicas en la vida adulta, vinculadas a inadecuación del crecimiento fetal.

Existen lineamientos regionales y globales con el objeto de abordar y hacer frente a los aspectos mencionados; en el año 2008, se aprobó la estrategia y plan regional en favor de la salud del recién nacido, el cual fue reevaluado en los años 2013 y 2015; posteriormente, se presentó un plan global de la salud del recién nacido el cual tiene como visión que para el año 2030 - 2035 no existan muertes neonatales o fetales prevenibles, donde cada embarazo sea deseado, cada nacimiento sea celebrado y donde madres, recién nacidos y niños crezcan y alcancen su mayor potencial social y económico.

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN REGIONALES SOBRE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO (ENAP)

Plan Regional	ENAP
Entorno favorable para la promoción de la salud neonatal	Fortalecimiento e inversión en el cuidado de la salud
Fortalecimiento de los sistemas de salud y mejorar el acceso a los servicios de atención materna, recién nacido y niñez	Mejoramiento de la calidad
	Cobertura para todas las mujeres y niños
Promover las intervenciones comunitarias	Involucramiento de la familia y la comunidad
Crear y fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación	Medicación y rendición de cuentas



Morbimortalidad Neonatal en Paraguay

Dr. Luis María Moreno – Paraguay

RESUMEN:

En Paraguay fallecen diariamente 4 niños, en el caso de los recién nacidos el 50% mueren durante el primer día y 80%, la primera semana. Se ha hecho hincapié en la disminución del índice de cesáreas; sin embargo, en algunos centros hospitalarios el índice de las mismas se encuentra entre el 70 % y 90 % de todos los nacimientos. Desde que se inició la movilización para la disminución de la mortalidad neonatal en Paraguay ya han comenzado a ser notorios los resultados: La tasa de mortalidad neonatal para el año 2014 fue de 10,4 por mil nacidos vivos, manifestándose un descenso con respecto al año anterior; las principales causas de muerte neonatal son el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, el síndrome de aspiración de líquido meconial, procesos infecciosos, malformaciones congénitas y lesiones durante el parto.

INTRODUCCIÓN

A pesar de la institucionalización de la inmensa mayoría de partos en el Paraguay siguen falleciendo niños por causas evitables, las lesiones durante el parto y complicaciones relacionadas con la prematuridad se presentan

como algunas de las causas principales de muerte sobre todo en los Departamentos de Central y Alto Paraná. Es preciso insistir en la capacitación del personal sanitario para mejorar la atención en nuestros centros de salud.

INTERVENCIONES

En Paraguay se cuenta con 8 componentes para lograr una aceleración en la disminución de la morbilidad neonatal, entre ellos se encuentran: el fortalecimiento de los centros de salud, la implementación del Sistema Código Rojo, la implementación de sistemas de vigilancia, el fortalecimiento en la obtención de sangre segura, la capacitación de los equipos de salud, la garantía de disponibilidad de insumos en los servicios, la promoción de la salud y el acceso a la información estratégica.

En los años 2003, 2005 y 2008, The Lancet publicó las series sobre intervenciones costo efectivas en favor de la salud infantil, salud neonatal y nutrición materna e infantil respectivamente; estas acciones podrían en teoría impedir hasta un 72 % las muertes infantiles y neonatales, y mejorar la salud y nutrición de madres y niños. Entre algunas de estas intervenciones se encuentran:

- Vigilancia del estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo

- Suplementación con ácido fólico
- Detección y tratamiento de anemia con hierro
- Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (VIH, Herpes, Gonococo, Papiloma, etc.)
- Detección y tratamiento de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, neuropatías, asma, etc.)
- Control prenatal
- Inmunización con toxoide tetánico contemplando el estado de inmunizaciones previo
- Examen y tratamiento de los casos de sífilis.
- Prevención de preeclampsia y eclampsia.
- Prácticas de atención del parto limpio y seguro (con personal calificado)

El método “Mamá Canguro” y la implementación de la lactancia materna, comprenden el eje principal en la disminución de la morbilidad neonatal; el desafío, es fortalecer las acciones para reducir la morbilidad neonatal en Paraguay.



La Mortalidad Materna más allá del ODM 5. Visión Flasog

Dr. Iván Ortíz – Colombia

RESUMEN:

El comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna nos permite orientar nuestros esfuerzos y encauzarlos en la dirección correcta. Los ODM ya fueron sucedidos, ahora se presenta un nuevo reto: Las Metas de Desarrollo Sostenible. En ellas se plantea como objetivo, la disminución de la mortalidad materna para el año 2030 en un 75 % con referencia a la mortalidad materna en el año 2010, esto implica que en Paraguay la mortalidad materna debe encontrarse por debajo de 30 por 100.000 nacidos vivos, un reto cada vez mayor que obliga a ser innovadores en el abordaje de esta problemática. Un recién nacido sano depende de una mujer que se embaraza en las mejores condiciones de salud posibles.

INTRODUCCIÓN

En el año 1990 cuando los países se comprometieron con el ODM 5 acordaron trabajar con base en tres estrategias para la reducción de la mortalidad materna:

1. La Planificación Familiar, acceso a métodos de planificación modernos.
2. La atención de calidad durante el embarazo y el parto, y
3. El acceso a servicios de aborto seguro.

Los países que se enfocaron en hacer más segura la atención de las mujeres lograron ejercer un impacto en la disminución de la mortalidad materna de manera mucho más acelerada, aquellos que no lo hicieron tuvieron retrasos considerables en el tema.

Anticoncepción

Desde el año 1990 los países de Latinoamérica han venido mejorando las tasas de utilización de métodos anticonceptivos modernos; sin embargo, la

misma debe permanecer enfocada en GRUPOS DE RIESGO como lo son: adolescentes, mujeres en ambos extremos de la vida reproductiva, mujeres con diversas condiciones de morbilidad, púerperas y en la mujer "NEAR MISS".

Atención Calificada

Hoy en día, la mayoría de las instituciones trabajan con base en dos principios: "Calidad y Seguridad". La Calidad y la Seguridad son elementos primordiales. En todos los países de Latinoamérica se ha superado el 95 % de cobertura en la atención de partos institucionalizados; desafortunadamente, los indicadores de morbimortalidad no han descendido conforme al aumento de la atención calificada, este parámetro no habla de la calidad de la atención, sólo de cantidad.

Prevención del Aborto Inseguro

La prevención del aborto inseguro, es un asunto pendiente, aún en países no laicos donde existe la posibilidad de la interrupción voluntaria del embarazo por algunas causales, encontramos que una de las primeras barreras que tiene que atravesar la paciente en esta condición es la que imponen los mismos prestadores del servicio de salud. Actualmente, se trabaja para mejorar esos aspectos.

Las causas más frecuentes de muerte materna en la región son: Hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo y la sepsis. Se destaca de este grupo el sub registro por sepsis. El aspecto más alarmante de los casos de sepsis materna es la altísima tasa de mortalidad asociada, razón de más para enfocar los esfuerzos del obstetra en reconocer, diagnosticar y tratar oportunamente este cuadro clínico.

Áreas Estratégicas

Las cuatro áreas estratégicas propuestas por la OPS y que apoyamos desde FLASOG son las siguientes:

1. Prevención del embarazo no planificado y las complicaciones resultantes.
2. Acceso Universal asequible a servicios maternos de alta calidad dentro de un sistema coordinado de salud.
3. Recursos humanos calificados.
4. Información estratégica para la acción y rendición de cuentas. Vigilancia epidemiológica.

La vigilancia epidemiológica cobra relevancia cuando se convierte en información para la acción, se estima que el 80 % de las muertes maternas y NEAR MISS están asociados a una falla en la atención involuntaria (3ra Demora). Existen muchos factores de aumentan el riesgo que los obstetras tengan efectos adversos y a la vez los hacen vulnerables, todos estos elementos conllevan a que la Obstetricia sea considerada una profesión de ALTO RIESGO; no obstante, existen mecanismos para disminuir esas probabilidades de error como lo son: la estandarización de consensos, incremento en la retroalimentación, protocolos de trabajo, listas de chequeo, incremento del acompañamiento, menos confianza en la memoria, uso de tecnología apropiada y mejor acceso a la información.

La propuesta para la estrategia número dos (Acceso Universal asequible a servicios maternos de alta calidad) es que TODO el continente debe llegar a implementar como política pública, modelos de seguridad para la atención Obstétrica y Neonatal, enmarcado en el máximo derecho fundamental de

cualquier ser humano como lo es el derecho a la vida. Todos los países deberían tener un mapa de la capacidad resolutive de cada maternidad, independientemente del número de partos que en ella se atiendan. Es preciso e indispensable hacer una evaluación integral de la capacidad resolutive de cada centro de atención así como el análisis exhaustivo de los casos de NEAR MISS.

En FLASOG se ha construido una metodología a través de una encuesta estructurada y basada en la “Ruta crítica del paciente” y que maneja una perspectiva del NEAR MISS desde la óptica de la prestación de los servicios.

La recomendación de los Criterios FLASOG son criterios ANTICIPATORIOS al Near miss, que al parecer de la Federación es donde América Latina debe trabajar. Existen publicaciones recientes que reconocen que el modelo tradicional de las tres demoras

es INSUFICIENTE a la hora de analizar en términos de calidad y seguridad la morbilidad y mortalidad materna. La disminución de la tasa de morbimortalidad materna y neonatal es un trabajo de equipo, donde la mayoría de los errores al tomar iniciativas en Salud Pública se cometen al enfocar esta problemática desde el punto de vista neonatal, cuando en realidad el abordaje debería iniciarse antes y durante la planificación familiar.

Es preciso señalar que se precisa la formación y capacitación de obstetras líderes en las instituciones que apliquen y evalúen las estrategias, así como el impacto de las mismas. Desde FLASOG se fomenta y se promueven iniciativas para colaborar con la aceleración de la disminución de la morbimortalidad materna, como los módulos de capacitación con simulación.



Mortalidad Materna y Fetal asociadas a malas prácticas intraparto

Dr. Jorge Sosa – Paraguay

RESUMEN:

La mayoría de las muertes maternas y neonatales son evitables, existen fallas comunes asociadas a malas técnicas intraparto las cuales han sido plenamente identificadas. Los conocimientos científicos deben estar avocados al ejercicio de buenas prácticas médicas para disminuir la probabilidad de que se presenten resultados adversos durante y posterior al trabajo de parto.

INTRODUCCIÓN

Existen factores que contribuyen a resultados maternos y neonatales adversos: La no adherencia a protocolos establecidos, el desconocimiento de los protocolos de atención y la omisión en la administración de medicamentos, son las principales causas de eventos desafortunados durante el trabajo de parto.

Factores Asociados a malas prácticas intraparto:

- No tomar en cuenta los antecedentes obstétricos.
- No predecir y diagnosticar desproporción céfalo-pélvica en el momento oportuno.
- No actuar cuando en el momento de la admisión los hallazgos sugieren un feto comprometido.

- Uso imprudente de la oxitocina.
- No reconocer la falta de progreso en el trabajo de parto.
- No diagnosticar presentaciones anómalas.
- Retraso o falta de diagnóstico de alteración del bienestar fetal.
- Demora en la realización de una cesárea o un parto institucional.
- Técnica de parto quirúrgico deficiente.
- Técnicas anestésicas deficientes.
- No implementación del manejo activo del tercer período del trabajo de parto.
- Pobres competencias relacionadas con el manejo de emergencias obstétricas intraparto.
- Déficit de personal capacitado en la reanimación neonatal.
- Equipos y materiales defectuosos.
- Técnica deficiente de reanimación.
- Dificultad en el traslado de un recién nacido en condiciones de críticas.
- No reconocer la hipoglicemia del recién nacido.
- No reconocer las convulsiones en el recién nacido.
- No reconocer la hipotermia en el recién nacido.
- No reconocer los signos de sepsis o infección en el recién nacido.
- Manejo inadecuado por no reconocimiento de la hipoglicemia e hipotermia del recién nacido.
- Debilidades en la intubación del paciente recién nacido.
- Demora en la interrupción de los embarazos con indicación.
- Subestimación de la alteración del bienestar fetal.
- Disponibilidad deficiente de surfactante.

ESTRATEGIAS

El apego a protocolos e implementación de listas de chequeo en salas de parto y la educación con simulación son fundamentales. Realizar balances y análisis de los resultados obtenidos para determinar futuras intervenciones priorizando determinadas situaciones debe ser rutina en los equipos de trabajo en las Salas de Parto. La capacitación con simulación es una de las estrategias más significativas en el proceso de aprendizaje y de educación médica continua.

El trabajo en equipo es una herramienta esencial para mejorar los resultados, incrementar la comunicación entre los equipos de salud permite mejorar las habilidades del equipo.

SECCIÓN II:

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION PRENATAL Y ATENCIÓN SEGURA DEL PARTO





Estrategias para mejorar la calidad de la atención prenatal

Dr. Carlos Fuchtner – Bolivia

RESUMEN:

El control prenatal es el conjunto de acciones que involucran una serie de visitas entre el equipo de salud y la embarazada que tienen como finalidad controlar la evolución del embarazo y obtener una preparación adecuada para el parto, el nacimiento y el puerperio, con el objetivo de disminuir los riesgos. La Organización Mundial de la Salud establece como mínimo un número de 4 visitas para obtener un control prenatal óptimo, aunque muchos de los países de nuestra región alcanzaron este mínimo de visitas en el control prenatal, la mortalidad materna no ha disminuido de la misma manera. Se plantea un nuevo modelo de control prenatal de la OMS, que divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquéllas elegibles para recibir el Control Pre Natal de rutina (llamado componente básico) y aquéllas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional.

INTRODUCCIÓN

En el año 2001, la OMS llevo a cabo una revisión sistemática de las investigaciones clínicas aleatorizadas donde se evaluó la efectividad de los distintos modelos de control prenatal (CPN), esta revisión tenía el propósito de evaluar

la hipótesis de que un modelo de CPN con un reducido número de visitas, con intervenciones clínicas dirigidas a objetivos concretos, era tan efectiva como el modelo estándar en términos de resultados clínicos, satisfacción y costos. Se identificaron siete estudios clínicos aleatorizados en los cuales se comparó

un modelo basado en un número reducido de visitas prenatales, con el modelo occidental estándar y se demostró que cuatro visitas en el control prenatal son suficientes para llevar a buenos términos el embarazo, y comparados con esquemas de control que planteaban mayor número de visitas no presentaron diferencias estadísticamente significativas en resultados primarios como evolución de patologías como preeclampsia, infecciones del tracto urinario, eclampsia y anemia severa en el post parto; tampoco se demostró diferencia estadísticamente significativa cuando se compararon resultados secundarios tales como, muerte materna y neonatal.

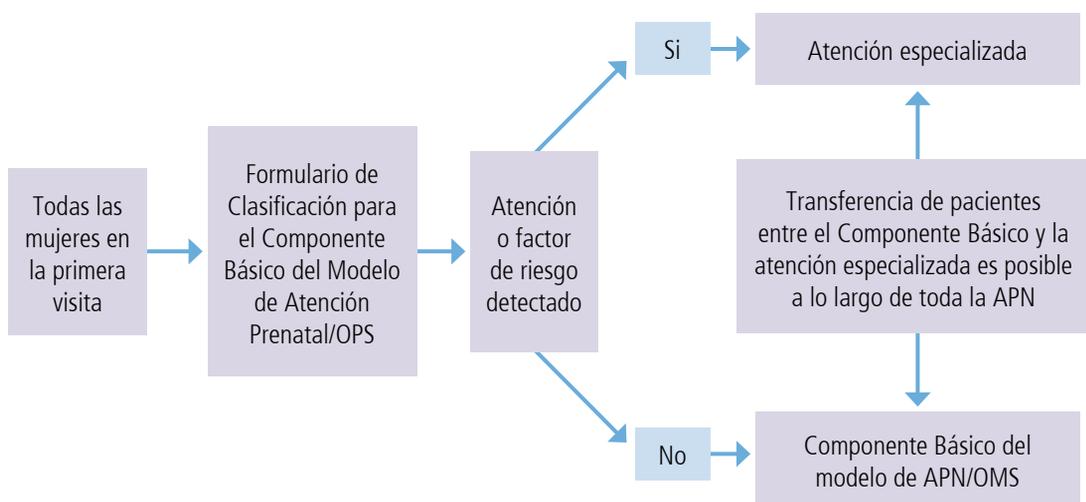
Las causas indirectas de muerte materna representan el 20 % del total y cuando ellas son la causa de morbilidad, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas en siete veces, cursando

con mayor riesgo perinatal y resultados obstétricos pobres. La principal causa indirecta de muerte es la anemia y entre las causas directas, la sepsis se encuentra en franco aumento.

INTERVENCIONES

Se deben emplear estrategias como la implementación de formularios simples para la identificación de riesgo. La identificación de riesgos debe ser minuciosa y en los casos que lo requiera, derivar a la paciente a una institución de mayor complejidad. Los prestadores de servicios de salud deben hacer que la gestante se sienta cómoda con su atención; al indicarse exámenes y pruebas, sólo deben solicitarse aquellas que hayan demostrado ser beneficiosas y en lo posible utilizar pruebas rápidas y accesibles en centros de salud cercanos a la paciente.

FIGURA 1. EL MODELO DE ATENCIÓN PRENATAL DE LA OPS



El modelo de control prenatal de cuatro visitas básicas indicado por la Organización Mundial de la Salud está dirigido al manejo de mujeres embarazadas que NO presentan evidencia de complicaciones relacionadas con el embarazo, patologías médicas o factores de riesgo relacionados con la salud. Si la paciente presentara alguna de estas condiciones debe ser referida para la atención especializada. Este modelo identificó que el 75% de las pacientes embarazadas son de bajo riesgo.

El formulario empleado consta de 18 preguntas en la lista de control, estas requieren respuestas básicas (sí o no), en el que el hecho de responder sí a cualquiera de las preguntas, hace que la paciente resulte NO elegible para el componente básico de atención y significa su referencia para atención especializada.

Las actividades incluidas en el componente básico se dividen en tres áreas generales:

- Estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos.
- Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas y
- educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas.

VISITAS DEL CONTROL PRENATAL (CPN)

Primera Visita: generalmente antes de las 12 semanas, debe durar un promedio de 30 o 40 minutos; se debe indagar a la paciente sobre los aspectos y condiciones generales de su vida, higiene,

antecedentes obstétricos con énfasis en complicaciones maternas y perinatales, evaluar el peso, talla, y examen físico detallado por aparatos; se debe investigar sobre patologías crónicas e infecciosas, indicar exámenes básicos y de rutina y verificar el estado de vacunas. Es mandatorio aconsejar y proveer a la paciente de recomendaciones e instrucciones por escrito incluyendo al centro de salud que debe acudir si se presentase alguna emergencia. Intervenciones como suplementación de hierro y folatos serán indicadas en la primera visita de control prenatal así como la primera dosis de toxoide tetánico y se indicará tratamiento en zonas endémicas de paludismo. Se debe orientar a la paciente sobre los cuidados que debe tener con respecto a salud, higiene y alimentación durante el embarazo y la identificación de los signos de alarma.

Segunda Visita: debe realizarse alrededor de las 26 semanas, con duración aproximada de 20 minutos, donde se deben abordar si hubo cambios desde la primera visita, se le debe interrogar si tuvo necesidad de asistir a algún servicio de emergencia, si presentó alguna incapacidad o necesitó de algún reposo médico y sus causas. El examen físico completo es obligado, se deben indicar análisis buscando proteinuria y anemia en casos seleccionados. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea y la altura uterina y a realizar la prueba de tira reactiva múltiple para bacteriuria. La prueba de proteinuria sólo se debería realizar en mujeres nulíparas y en quienes tengan antecedentes de hipertensión o pre-eclampsia/eclampsia. Entre las intervenciones se encuentra el mantenimiento de suplementación de hierro y folatos.

Tercera Visita: debe tener lugar a las 32 semanas de gestación, de aproximadamente 20 minutos de duración y de características similares a la segunda; además de indagar sobre los movimientos fetales se realizará examen físico minucioso, se deben repetir los análisis de tira reactiva para descartar infecciones urinarias y proteinuria e indicar Hematología para conocer el estado hematológico al momento del parto. Se continúa con la suplementación de hierro y folatos y la administración de la segunda dosis de toxoide tetánico.

Cuarta Visita: entre las 36 y las 38 semanas constituye una oportunidad para detectar presentaciones anómalas, orientar y hacer consejería de acuerdo al lugar del trabajo de parto así como responder y aclarar las inquietudes de la paciente. Se debe evaluar la presencia de actividad uterina y movimientos fetales, si no se presentan movimientos o la mujer los percibe con menor intensidad se debe utilizar el doppler manual, realizar el análisis de tira reactiva múltiple para infección urinaria y tiras reactivas para proteinuria en nu-

líparas o aquellas con antecedentes de preeclampsia.

La Visita Post Parto se realiza para la prevención del embarazo futuro, valorización de la lactancia. Inmunización completa para el tétanos en caso de control irregular, suplementación con folatos para mujeres con hijos con defectos del tubo neural, seguimiento de la suplementación con hierro para las mujeres anémicas o con hemorragia posparto y la prevención de infecciones y vigilancia posnatal si corresponde.

Las intervenciones ampliamente respaldadas por la evidencia médica y que poseen demostrado beneficio en relación al control prenatal son:

- La medición de la altura uterina
- La suplementación con hierro
- La suplementación con folatos
- La suplementación con calcio y
- La vacunación.

La suplementación de calcio está indicada sólo en aquellas pacientes que tienen dieta pobre en el mismo.



Parto institucional – Rol de la obstetra

Lic. Sandra Recalde – Paraguay

RESUMEN:

Las Licenciadas en Obstetricia son reconocidas como profesionales responsables que trabajan en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo necesario durante el embarazo, parto y puerperio; ellas proporcionan cuidados al neonato y al lactante, además de instruirse en actividades preventivas de identificación y resolución de problemas. Son agentes de consejería y educadoras de la vida sexual y reproductiva de la mujer. El rol de la obstetra o la matrona es imprescindible en el proceso de humanización del parto.

INTRODUCCIÓN

En la República del Paraguay desde el año 1999 las profesionales Obstetras obtienen el título de licenciadas en obstetricia, especialistas en salud materno- infantil. La malla curricular y programa de estudios en curso implica 5 años de actividad educativa e involucra 4,600 horas académicas.

La profesional obstetra, obstétrica, licenciada en obstetricia, partera o matrona; de acuerdo a la denominación de cada país en Latinoamérica se defi-

ne como: La persona que ha terminado un programa de estudios y formación en ejercicio de la obstetricia y que es reconocida por las instituciones de salud de cada país, con competencias esenciales para la práctica básica de la partería, en el marco de las normas globales de la formación de la misma y que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse para ejercer legalmente la profesión de obstetra.

Se estima que las obstetras que reúnen los requisitos académicos y legales

pueden solventar aproximadamente el 87% de todos los servicios básicos requeridos por las mujeres y sus recién nacidos. Según estadísticas del Ministerio de Salud, en instituciones públicas de Paraguay, el 61 % de los nacimientos se produce por parto vaginal y de estos, el 68 % es atendido por profesionales obstétricas.

COMPETENCIAS DE LA OBSTETRA

Las competencias de la obstetra son:

1. Competencia en el contexto social, epidemiológico y cultural del cuidado materno y del recién nacido.
2. Cuidado pre embarazo y planificación familiar.
3. Competencias en el suministro de cuidados durante el embarazo.
4. Suministro de cuidados durante el trabajo de parto.
5. Suministro de cuidados a la mujer durante el período post parto.
6. Cuidado postnatal del recién nacido.
7. Facilitación de servicios de salud relacionados con el aborto.

Rol de la Obstetra en el Trabajo de Parto

Los partos eutócicos o simples son los indicados para ser atendidos por las obstetras. La Obstetra reconoce que el embarazo y el parto normal no debe tornarse un proceso medicalizado y que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando las mínimas intervenciones necesarias, pero a la vez aplicando la tecnología más apropiada; realizando una atención integral y teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres.

La atención a la mujer debe ser un proceso personalizado, la asistencia del trabajo de parto no debe ser considerada como una mera técnica, sino que debe realizarse de acuerdo a su auténtica dimensión vivencial. La obstetra debe realizar un acompañamiento global del proceso, a la mujer y a todos sus protagonistas, estableciendo relaciones de confianza con los otros profesionales del equipo de salud. En definitiva, humanizando el parto y promoviendo la participación activa.



Inducción del parto: Estrategias mecánicas o médicas

Dr. Héctor Bolatti – Argentina

RESUMEN:

En la actualidad existe una amplia gama de métodos físicos y farmacológicos para inducir el trabajo de parto; los más utilizados son las prostaglandinas (misoprostol), la oxitocina, la amniorrexis, el coito, complementos vegetales como el tallo de laminaria y las sondas o dispositivos con globo. La utilización de un índice de maduración cervical como el propuesto por Bishop, permite establecer un pronóstico bastante aproximado de la evolución del proceso.

INTRODUCCIÓN

Por cientos de años se han practicado diferentes técnicas para lograr desencadenar el trabajo de parto; tribus indígenas, culturas occidentales y orientales ya describían métodos naturales para tal procedimiento; para entonces, se trataba de iniciar el trabajo de parto con el uso de hierbas, tónicos, remedios y ejercicios. La Amniotomía fue el método comúnmente empleado para la inducción del trabajo de parto has-

ta el siglo 20, desde el año 1960 se comenzaron a utilizar los medicamentos para tal fin.

Índice de Bishop

Existe, en general, una buena correlación entre el resultado de una inducción y las condiciones obstétricas en que esta se lleva a cabo. La utilización de un índice de maduración cervical como el propuesto por Bishop permite establecer, sobre todo en multíparas, un pronóstico bastante aproximado:

ÍNDICE DE BISHOP EN MULTÍPARAS

Parámetros	Puntuación			
	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	<70
Descenso fetal	-3	-2	-1,0	+1, +2
Consistencia del cuello uterino	Firme	Media	Blanda	
Posición del cuello uterino	Posterior	Mediana	Anterior	

Bishop EH. Pelvic Scoring for elective induction. *Obstet Gynecol.* 1964;24:266-8.

Probabilidad de éxito para inducción electiva de Bishop

- >7, cifra de éxitos entre el 95%-99%
- 4-6, cifra de éxitos entre el 80%-85%
- <3 cifra de éxitos entre el 50%-55%.

Reglas Generales para la Inducción del Trabajo De Parto

1. Certeza de la disponibilidad irreprochable de medios eficientes y conformes, tanto en material como en personal médico y paramédico.
2. Técnica rigurosa de iniciación artificial del trabajo de parto, con vigilancia transcrita en la historia clínica.
3. Vigilancia y disponibilidad del tocólogo responsable de inducción del trabajo en el momento del parto y sus fases mediatas.
4. Llevar un expediente, o Historia Clínica con el seguimiento del embarazo y la fecha exacta de: F.U.M. , F.P.P. así como de la fecha de la primera ecografía, en especial si es del primer trimestre.
5. Es indispensable un consentimiento específico del tratamiento a seguir, riesgos, beneficios, potenciales complicaciones, fracasos del método y conducta posterior al mismo. Indica-

ción clara y explícitamente expuesta en el expediente, por escrito.

6. Necesidad de una evaluación suplementaria en el momento de la iniciación del trabajo de parto y de las condiciones locales.

Uso de Prostaglandinas para Inducción de Trabajo de Parto

Uno de los métodos farmacológicos frecuentemente empleados es el uso de Prostaglandinas: Prostaglandina E1, Prostaglandina E2 y Prostaglandina F2 alfa. El misoprostol (PGE1), es un análogo de la prostaglandina E1, aprobado por la FDA para el tratamiento de úlceras gástricas asociadas a AINES, actualmente es de uso común por los ginecólogos y obstetras; su popularidad se explica por ser un fármaco termoeslable y efectivo para provocar contracciones uterinas. Entre sus acciones se describen:

- Acción uterotónica y capacidad de madurar el cuello uterino
- Provocar aborto médico, maduración cervical previa a aborto quirúrgico
- Evacuación del útero en caso de muerte embrionaria o fetal y
- Tratamiento y prevención de la hemorragia postparto



Manejo activo del tercer período del parto

Dr. Ángel Caballero – Paraguay

RESUMEN:

La mayor proporción de muertes maternas ocurren en las primeras 4 horas después del parto y están relacionadas con problemas en el tercer período. El manejo activo del tercer período de trabajo de parto es un procedimiento efectivo y sencillo que consta de 3 elementos básicos: administración de un agente uterotónico, tracción controlada del cordón y masaje del fondo uterino después de la liberación de la placenta. El manejo activo ha demostrado alta eficacia en prevenir alrededor del 60 % de las hemorragias posparto debidas a atonía uterina, reduce la pérdida sanguínea, la incidencia de anemia grave post parto, el uso de transfusiones y el costo en las emergencias médicas.

INTRODUCCIÓN

La mayor proporción de muertes maternas ocurren en las primeras 4 horas después del parto y están relacionadas con problemas en el tercer período; desafortunadamente, la hemorragia posparto no es predecible en base a factores de riesgo. Más del 90 % de las mujeres que presentan complicaciones no tienen factores de riesgo. Del porcentaje total de muertes en mujeres al año, entre un 20% al 60 % mueren a

causa de la hemorragia posparto ocasionada por atonía uterina; como segunda causa, las laceraciones en cuello uterino, vagina y perineo.

Tercer Período del Parto

El tercer período del parto es el alumbramiento, este tiene por objeto desprender y expulsar la placenta y los anexos: membranas ovulares y cordón umbilical. La complicación más frecuente de este período es la hemorragia post parto, esta se define como el

exceso de pérdida de sangre después del nacimiento, o cuantitativamente, la pérdida de sangre mayor a 500 ml. La hemorragia postparto severa es la pérdida de sangre mayor a 1000 ml.

Manejo Fisiológico

El Manejo fisiológico del tercer período tiene ventajas y desventajas, entre las ventajas se encuentra que no interfiere con el proceso normal del trabajo de parto y no requiere medicación ni suministros especiales. Entre las desventajas: la mayor duración del tercer período, hecho que condiciona un aumento en el riesgo de hemorragia postparto.

Manejo Activo

El manejo activo es una medida efectiva para prevenir la hemorragia postparto, se puede brindar en cualquier lugar incluyendo el hogar de la paciente, acelera la liberación de la placenta, disminuye la duración del tercer período, incrementa las contracciones uterinas y previene la hemorragia posparto impidiendo la atonía uterina. Presenta como desventajas el requerimiento de agentes oxitócicos y artículos necesarios para la administración de medicamentos, un asistente de parto con habilidades en técnicas de observación, administración de inyecciones y tracción controlada del control.

El manejo activo del tercer período del trabajo de parto cuenta con tres componentes:

1. Administración de un agente uterotónico (oxitocina) en el transcurso del primer minuto después de la expulsión del recién nacido.

2. Tracción controlada del cordón y contra tracción sobre el útero durante una contracción y
3. Masaje del fondo del útero después de la liberación de la placenta

Para ejercer el manejo activo se debe verificar que no exista un embarazo gemelar, se deben aplicar 10 unidades de oxitocina y posteriormente realizar la tracción del cordón con una mano, mientras que la otra se ejerce una contra tracción sobre el pubis y el útero a fin de evitar una inversión uterina. Posterior a la extracción de la placenta y las membranas, se realiza masaje sobre el fondo uterino.

Es mandatorio realizar un examen minucioso de la placenta: forma, cara materna, y fetal, borde placentario, peso e integridad de cotiledones. El examen de cordón umbilical debe incluir su inserción, longitud, estructura y en el examen de las membranas, la longitud y la estructura.

Las drogas comúnmente utilizadas son la oxitocina, la ergometrina y el misoprostol

El fármaco recomendado por la Organización Mundial de la Salud es la Oxitocina, droga muy efectiva que actúa en 2 a 3 minutos, tiene un costo bajo, la dosis es de 10 unidades intramuscular y si se dispone de vía periférica permeable, pueden administrarse 5 unidades IV, lentamente. La oxitocina requiere de condiciones de transporte y almacenamiento para que conserve su efectividad, para transportar no debe de tener más de un mes a 30°C o más de dos semanas a 40°C. Se puede almacenar hasta tres meses a 30°C y La recomendación es mantenerla refrigerada de 2°C a 8°C.

La ergometrina actúa en 6 a 7 minutos, tiene un costo mediano, la dosis es de 0.2 miligramos intramuscular. Se puede indicar endovenoso lentamente si se requiere de acción rápida. La ergometrina debe trasladarse en un ambiente oscuro a no más de 30°C, debe mantenerse en un ambiente oscuro y almacenarse refrigerada de 2°C a 8°C.

El misoprostol, menos efectivo que la oxitocina, puede actuar sobre el útero en 6 minutos, la dosis es de 600 microgramos o 3 tabletas de 200 microgramos oral o sublingual. El misoprostol no se afecta por el calor y la luz, sin embargo es sensible a la humedad y su costo es alto.

Las medidas como la estimulación del pezón no han demostrado disminución efectiva del riesgo de hemorragia posparto. Cuando no se dispone de oxitócicos se puede aplicar la tracción del cordón y el masaje en el fondo uterino.

La lactancia materna estimula la producción natural de oxitocina, puede mantener la tonicidad del útero contraído y beneficia al recién nacido. La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de oxitocina para el manejo activo porque es de acción rápida, tiene bajo costo, no tiene contraindicaciones, es más estable al calor o la luz y es altamente efectiva para prevenir hemorragia post parto.



Uso de oxitocina: Protocolos de seguridad

Dra. Fanny Corrales – Paraguay

RESUMEN:

Los errores de medicación y sus consecuencias constituyen un grave problema de salud pública. En el ámbito hospitalario, los errores en la medicación constituyen aproximadamente un 37,4 % de los eventos adversos. La oxitocina endovenosa, está catalogada como un medicamento de alto riesgo, su uso debe ser regulado por protocolos de seguridad siguiendo las buenas prácticas médicas.

INTRODUCCIÓN

Se denominan medicamentos de alto riesgo aquellos que tienen un riesgo muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Entre las prácticas específicas para mejorar la seguridad del uso de medicamentos de alto riesgo se encuentran:

- Aplicar medidas que hagan difícil o improbables la ocurrencia de errores.
- Utilizar protocolos en hojas pre impresas.
- Revisar la seguridad de las especialidades disponibles en el hospital.

- Reducir el número de opciones.
- Centralizar los procesos en los que sea más probable que se produzcan errores.
- Usar técnicas de doble chequeo.
- Estandarizar la dosificación.

Uso de Oxitocina

Es necesario conocer los factores a evaluar para ejecutar una inducción del trabajo de parto exitosa: historia clínica, evolución del embarazo, presentación fetal, peso aproximado, madurez fetal, edad gestacional y el estado de maduración del cuello.

Las guías del colegio americano de ginecología y obstetricia establecen como requisitos para la inducción:

- Explicar indicaciones y métodos de inducción a la paciente.
- Contar con el consentimiento informado de la paciente.
- Considerar edad gestacional, tamaño fetal, presentación fetal, pelvimetría clínica y la evaluación de las condiciones cervicales.
- Las instalaciones deben ser las adecuadas, con tecnología adecuada disponible.
- Personal disponible y familiarizado con el procedimiento y sus potenciales complicaciones.
- Se debe capacitar al personal obstétrico sobre los efectos de los agentes estimuladores uterinos en la madre y el feto.

Contraindicaciones para la Inducción del Trabajo de Parto

Entre las contraindicaciones maternas para la inducción del Trabajo parto se encuentran:

- Herpes genital activo.
- Algunas condiciones crónicas agudizadas.
- SIDA.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Histerotomía previa.
- Más de una cesárea previa.

Entre las contraindicaciones fetales se encuentran:

- Anomalías de la presentación fetal.
- Prolapso y prociencia del cordón umbilical.
- Placenta previa.

- Algunas anomalías congénitas

Reglas Generales para la Indicación de la Inducción del trabajo de parto con Oxitocina

Ante la indicación de la estimulación con oxitócico se debe:

1. Ingresar a la paciente, informarle sobre el procedimiento, realizar evaluación de los signos vitales y exploración vaginal.
2. El inicio de la estimulación con oxitócico debe ser realizada por el equipo de turno o de guardia del día. Es imperativo informar a la paciente de la indicación de la inducción.
3. La paciente debe ser monitorizada durante la administración de oxitocina por el equipo de obstetras, residentes y especialistas; siempre en el ámbito de sala de parto.
4. Se asociará la amniorrexia artificial al inicio de la inducción, excepto cuando la presentación esté muy alta o cuando haya riesgo infeccioso.
5. Deben ser tomadas precauciones para minimizar el riesgo de prolapso de cordón.
6. Se debe controlar la frecuencia cardíaca fetal antes inmediatamente después del procedimiento.
7. No existe justificación para retrasar el inicio de la analgesia epidural, la petición de la madre es indicación suficiente para el alivio del dolor durante el parto.
8. No es necesario el ayuno absoluto durante la inducción del parto; sin embargo, es de consideración si ya ha sido aplicada la anestesia epidural.

9. Debe monitorizarse continuamente la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina.
10. La preparación consta de 10 UI de oxitocina en un litro de solución salina o Ringer lactato ó 5 UI de en 500 ml de solución salina normal o Ringer lactato. La concentración final es de 10 mu /ml.
11. Debe administrarse con una bomba de infusión para evitar la administración de bolos inadvertidos o control estricto de goteo.
12. La dosis de oxitocina debe ajustarse para obtener la actividad uterina adecuada.
13. La respuesta uterina a la infusión de oxitocina se presenta a los 3 a 5 minutos.
14. Se empleará la dosis mínima eficaz con la que se consigue dinámica uterina y una progresión adecuada del trabajo de parto.
15. La frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina debe ser evaluada y documentada con cada aumento de la dosis.
16. A partir de 48 ml/h el incremento de dosis se reducirá a 2 a 3 mU/ min cada 20 minutos para evitar la aparición de hiper estimulación.
17. Una vez que el trabajo de parto avanza y la intensidad de las contracciones uterinas aumenta, se debe disminuir la velocidad de infusión de oxitocina.

Complicaciones del Uso de Oxitocina

Entre las complicaciones de la inducción con oxitocina se encuentran: hiperestimulación y rotura uterina, intoxicación hídrica, inducción fallida, hipotensión, hiponatremia e hiperbilirrubinemia neonatal.

En los diferentes estudios que compararon esquemas con bajas dosis de oxitocina con esquemas de altas dosis, se concluyó que a bajas dosis, no se asoció el uso de oxitocina con aumento de la tasa de cesáreas ni prolongación del trabajo de parto. El aumento de dosis antes de los 30 minutos, se asoció con un aumento de la hipercontractilidad uterina y trabajo de parto precipitado.



Parto instrumental: Alternativas

Dr. Carlos Fuchtner – Bolivia

RESUMEN:

El Parto Instrumentado ha caído en desuso a pesar de los demostrados beneficios relacionados con su utilización, entre ellos, la disminución de la tasa de cesáreas y sus complicaciones. No es un procedimiento exento de riesgos y la decisión del método, ya sea con Vacuum o Forceps va a depender de la situación clínica, la experiencia y destreza del gineco-obstetra. Todas las escuelas de postgrado y formación en ginecología y obstetricia deben incluir programas de enseñanza de parto instrumentado para sus residentes y promover sistemas de prácticas que promuevan mantener esta destreza.

INTRODUCCIÓN

Los instrumentos se clasifican en clásicos, modificados y especiales, aunque se describen más de 700 tipos de fórceps, no existen estudios comparativos actualmente entre los mismos. Se debe utilizar el más apropiado para cada caso y con el que el operador tenga mayor experiencia.

En Europa, la utilización de fórceps y el Vacuum ronda el 15 % de todos los nacimientos, en los Estados Unidos

un 6 % y en América Latina aún no se cuenta con estadísticas al respecto. La relación del vacuum y el fórceps ha ido cambiando, en la década de los 80 la relación era de 18/1 a favor del fórceps, en el año 2000 se invirtió, siendo más frecuente el vacuum. En Europa, este último sigue predominando con una relación de 2 a 1.

La evidencia científica con respecto a la utilización de instrumentos es limitada; sin embargo, un aspecto suficientemente respaldado es la no utilización

de la maniobra de kristeller durante el trabajo de parto debido a la predisposición de la maniobra en causar rotura uterina y hemorragia. El uso de fórceps de rotación fue contraindicado en el año 1998 por la FDA.

INDICACIONES DE PARTO INSTRUMENTAL

Las Indicaciones del fórceps son fetales, maternas y sospecha de compromiso del bienestar fetal.

Indicaciones Maternas

- Contraindicación para pujo por cardiopatía materna, Clase III / IV de la NYHA (New York heart association).
- Crisis hipertensiva.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Miastenia gravis.
- Progreso inadecuado del período expulsivo: Con anestesia epidural: duración mayor a 3 horas en primíparas y más de 2 horas en multíparas. Sin anestesia epidural: duración de más de 2 horas en primíparas y más de una hora en multíparas.
- Agotamiento materno.

RECOMENDACIÓN C NIVEL DE EVIDENCIA 3

Contraindicaciones de Parto Instrumental

Contraindicaciones Fetales:

- Predisposición al sangrado en el feto
- Predisposición a fractura en el feto
- Riesgo de transmisión vertical de HIV y hepatitis

RECOMENDACIÓN CLASE C NIVEL DE EVIDENCIA 4

Condiciones para el uso del fórceps seguro

- Presentación de Vértice y encajada
- Dilatación completa
- Variedad de posición conocida
- Pelvis Suficiente
- Consentimiento informado
- Analgesia adecuada
- Vejiga vacía
- Técnica aséptica
- Operador experto
- Pediatra disponible
- Sala de cesárea o área quirúrgica disponible

Factores de Falla

Entre los factores predisponentes de falla se encuentran: índice de masa corporal materno mayor a 30 kg/ m², estimación de peso fetal superior a 4 kilos y variedad de presentación anómala. El pobre entrenamiento es un factor importante de riesgo de falla, se debe preconizar la enseñanza de las técnicas de parto instrumentado en las maternidades y hospitales docentes donde se practiquen partos. Se deben instaurar programas de entrenamiento a cargo de personal especializado en el tema.

El parto instrumentado con alta probabilidad de fallas debe realizarse en sala de cesárea o cirugía. Se debe abandonar un intento de parto instrumentado luego de tres intentos de extracción correctamente realizados.

RECOMENDACIÓN CLASE B NIVEL DE EVIDENCIA 3

Complicaciones

Complicaciones fetales: Son menores que en cesárea con presentación encajada y generalmente se encuentran relacionadas con el uso inadecuado, las más frecuentes son:

- Hematoma subgaleal, hemorragia subaracnoidea o subdural.
- Lesión nerviosa: nervio facial y plexo braquial.
- Encefalopatía y parálisis cerebral (elevada en fórceps fallido e igual en cesárea de emergencia).

Complicaciones maternas

- Trauma vaginal y perineal
- Disfunción del piso pélvico
- Lesión del esfínter anal
- Incontinencia urinaria
- Incontinencia fecal y a flatos

Las complicaciones como convulsiones, muerte neonatal y apgar bajo no demuestran diferencia estadísticamente significativa comparando el uso de vacuum y fórceps.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Ventajas del fórceps: menor incidencia de hemorragia fetal, aplicación más rápida, requiere de pujo materno.

Desventajas del fórceps: mayor lesión materna (desgarro perineal e incontinencia fecal), mayor lesión fetal (parálisis facial, marcas por el instrumento o fracturas), mayor riesgo de infección materna.

Ventajas del Vacuum: menor lesión materna, no incrementa la amplitud de la presentación, se produce menos tracción y el descenso es más lento, menor uso de anestesia, es más fácil de aplicar y es útil en asinclitismo.

Desventajas del Vacuum: contraindicado en prematuros (menores de 34 semanas), difícil de aplicar con edema, requiere pujo materno, demora más su aplicación, mayor tasa de fallos y mayor hemorragia fetal.

Estrategias para disminuir el uso de fórceps

1. Uso del partograma
2. Decúbito lateral izquierdo
3. Disminuir el uso de anestesia epidural
4. Posponer el pujo

SECCIÓN III:

**ENTORNOS
HABILITANTES**





Evaluación del entorno habilitante

Dr. Iván Ortiz – Colombia

RESUMEN:

El acto médico es un hecho condicionado por una serie de elementos en el entorno que pueden incidir positiva o negativamente en la calidad del servicio prestado y en el resultado final, estos procesos de no ser regulados pueden derivar en fallas en el proceso de atención. Con el objetivo de que el personal de salud pueda reducir las tasas de morbilidad materna y neonatal necesita un entorno habilitante que ayude al normal cumplimiento de sus acciones: Políticas asertivas de respaldo, asociaciones profesionales, infraestructura adecuada, educación médica continua y conformación de comités de seguridad forman parte del entorno necesario para el ejercicio de las buenas prácticas médicas.

INTRODUCCIÓN

La Falla de la Atención en Salud es la deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición NO INTENCIONALES. La *Falla de acción*, es la ejecución de procesos incorrectos. La *Falla de omisión*, es la no ejecución de los procesos correctos. Los errores inten-

cionales y premeditados constituyen un DELITO.

La seguridad de la atención de la Emergencia Obstétrica

Las Fallas en la atención de salud se les denominan EVENTOS ADVERSOS. La prevalencia de eventos adversos en el ejercicio de la obstetricia es inaceptablemente alta, aproximadamente 10 %; de los cuales se estima, el 84,6% son originados por causas evitables.

La prevalencia de Eventos Adversos en Obstetricia, se distribuye de la siguiente manera:

- Sala de partos 41.2%
- Durante procedimiento 35.3%
- Posterior a procedimiento, antes admisión 11.8%
- Diagnóstico 7.1%

Existen varios factores que influyen en la aparición de los errores en la atención: Falibilidad humana, complejidad, deficiencias en los sistemas y vulnerabilidad de las barreras de defensa.

Calidad y seguridad en la atención

El Institute of Medicine (IOM) define calidad como el grado en el cual los servicios de salud incrementan la probabilidad de conseguir los resultados deseados que sean consistentes con el conocimiento profesional.

Mecanismos para disminuir el factor humano en el error

1. Estandarización.
2. Incremento de la retroalimentación.
3. Uso de guías o protocolos.
4. Menos confianza en la memoria.
5. Incremento del acompañamiento.
6. Mejoras en el acceso a la información.
7. Implementación de listas de chequeo.
8. Hacer buen uso de la tecnología.

Las Características de La Calidad en los servicios de Salud son: Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

LA SEGURIDAD: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que predisponen a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el pro-

ceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

Con base en todos los preceptos de seguridad, se desarrolló en Colombia un modelo de seguridad para la atención de la emergencia Obstétrica en Instituciones de salud. Este refrenda varios derechos humanos y sus equivalentes derechos reproductivos. El modelo de seguridad clínica de la atención de la emergencia obstétrica por hemorragia desarrollado se sustenta en dos pilares:

1. La evaluación del entorno habilitante
2. El análisis de los casos de morbilidad materna extrema o NEAR MISS

Evaluación del entorno habilitante

Implica las políticas para el manejo de la emergencia obstétrica, la organización de la red de prestadores de servicios de salud y modelos de seguridad y calidad en la prestación de los servicios.

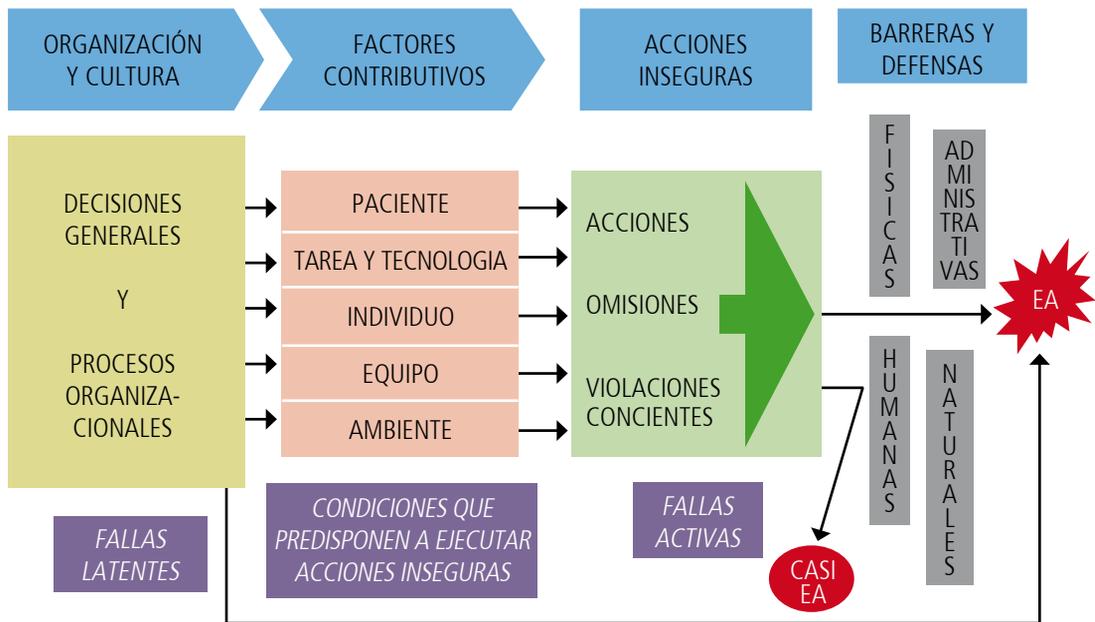
Comprende la Evaluación de:

- Recurso humano disponible en las instituciones (Suficiencia y Competencia).
- Insumos en las instituciones.
- Condiciones de referencia y contra referencia.
- Estrategias educativas en manejo de la emergencia obstétrica.
- Sistemas de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna y morbilidad materna extrema.
- Indicadores de calidad de la atención obstétrica.

Para decidir las intervenciones a tomar, se parte de un diagnóstico del Entorno Habilitante, para identificar el nivel donde se deben realizar las acciones.

El primer paso es mejorar la capacidad de análisis de los casos:

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS



ESTRATEGIAS

ESTRATEGIA #1: COMUNICACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO

- Trabajo en equipo para incrementar la comunicación entre los proveedores de salud: Enfermeras, obstetras, anesthesiólogos, etc.
- Revistas en conjunto varias veces al día
- Priorizar situaciones
- Discutir los casos de morbilidad materna extrema (Near Misses o resultados adversos)

ESTRATEGIA # 2: LISTAS DE CHEQUEO

- Implementar el uso de listas de chequeo en Sala de Parto.

ESTRATEGIA # 3: PROTOCOLOS

- Elaborar e Implementar el uso de protocolos de manejo:
 - Interpretación del monitoreo fetal electrónico
 - Preeclampsia severa y eclampsia
 - Uso de Oxitocina
 - Distocias de presentación

- Hemorragia post parto
- Partograma

ESTRATEGIA # 4: SIMULACROS

- Realizar ejercicios de simulación en conjunto con residentes, asistentes, enfermeras.
- Llevar a cabo Simulacros para las patologías obstétricas más frecuentes como distocia de hombro, código rojo obstétrico, eclampsia, sepsis, reanimación, reparación de episiotomías y desgarros etc.

ESTRATEGIA # 5: EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

- Incentivar y organizar talleres, cursos y demás estrategias pedagógicas de actualización médica de carácter MANDATORIO para todo el personal que practica la obstetricia.

ESTRATEGIA # 6: COMITÉ DE SEGURIDAD

- Conformación de equipos de trabajo que analicen los indicadores y el cumplimiento de las estrategias de seguridad de acuerdo a criterios específicos.



Condiciones para un lugar seguro para la atención del parto

Dra. María Fernanda Escobar – Colombia

RESUMEN:

La seguridad es un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que se aplican para disminuir los errores humanos y evitar que se presenten. La gran mayoría de los efectos adversos en los hospitales suceden en sala de parto y particularmente durante el trabajo de parto. Las intervenciones para mejorar la seguridad en sala de parto son de bajo costo y de gran impacto; sin embargo, requieren de gobernanza, innovación, compromiso de cambio e información para la intervención.

INTRODUCCIÓN

Diez países del mundo entero tienen concentrados dos tercios de la mortalidad materna global; en América latina la mortalidad está asociada a entidades que durante el trabajo de parto tienen una probabilidad más alta de muerte; entre las causas condicionantes se encuentran: áreas rurales desprotegidas, pobreza extrema, conflictos armados, acceso limitado a los servicios de salud y en general la calidad deficiente de los servicios de salud.

Existen dos eventos en los que se puede intervenir y obtener resultados de alto impacto: el nacimiento y el período postnatal inmediato. Medidas simples de intervención aplicadas como las listas de chequeo, educación con simulación y unidades de alta calidad pueden lograr una disminución significativa en las tasas de morbilidad materna.

Las intervenciones obstétricas en sala de parto generalmente son de bajo costo y de gran impacto; sin embargo, requieren gobernanza, innovación,

compromiso de cambio e información para la intervención.

Los factores para la intervención en sala de parto se pueden dividir en dos grupos:

- Intervenciones en los recursos humanos.
- Intervenciones en la sala de parto.

INTERVENCIONES

El éxito de una sala de parto está condicionado por la posibilidad de contar con una red de instituciones que tengan políticas y estrategias de seguridad. Desde el punto de vista estructural se pueden tomar varias medidas para el correcto funcionamiento de la sala de parto; se debe manejar en primera instancia una filosofía de trabajo en la institución de salud como por ejemplo la implementación del parto humanizado y la analgesia obstétrica. En segundo lugar, se debe asegurar monitoria materna y fetal, insumos para trabajo de parto, kits para manejo de emergencias, guías de manejo, guías de cesárea emergente y urgente, listas de chequeo de trabajo de parto, uso del partograma, rondas médicas, equipos de atención de emergencia y manejo de indicadores.

La anestesia obstétrica es un derecho de la paciente que no debe verse afectado por las condiciones socioeconómicas de la misma. Se debe garantizar la seguridad en la medicación y la técnica, contar con una política institucional y preconizar el trabajo en equipo.

A pesar de que la evidencia científica en materia de seguridad en la atención de trabajo de parto es limitada, entre los estándares de seguridad ya comprobados se encuentra como estrategia más segura que las salas de

trabajo de parto, parto y recuperación sean realizadas en el mismo escenario o habitación. Con respecto al equipo de manejo de la emergencia obstétrica es imperativo que se cuente con el material necesario para el manejo de emergencias obstétricas como la pre-eclampsia – eclampsia, la hemorragia posparto y la sepsis.

Se deben utilizar guías para la realización de la cesárea urgente o emergente. Las cesáreas para salvar la vida del feto o la madre se deben realizar entre los primeros 30 minutos después de tomar la decisión.

El uso rutinario de Listas de chequeo y el partograma, son sumamente útiles para garantizar la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud en sala de parto.

Los equipos de respuesta con los que se deben contar en una sala de parto son:

- Equipos de código rojo
- Equipos de código azul y
- Equipos de respuesta rápida.

Es imperativo medir las condiciones de trabajo por medio de indicadores y así orientar las estrategias a implementar. El recurso humano debe alcanzar el desarrollo de competencias técnicas y no técnicas, esto se debe favorecer por la formación y capacitación continua y por las condiciones apropiadas de trabajo, como turnos no excesivos en horas continuas y remuneración acorde con los servicios prestados.

Estrategias simples y económicas como el tablero o cartelera, donde se plasmen los datos clínicos de cada paciente internada y que se encuentre al alcance de todo el personal, puede reducir hasta en un 50 % los eventos adversos de una institución, fin común de todas las intervenciones a realizar.



Maternidad segura centrada en la familia

Dr. Miguel Larguia – Argentina

RESUMEN:

El modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) constituye un paradigma de atención perinatal, fue desarrollado a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires, el mismo posee un enfoque intercultural y de derechos en relación a los padres en el momento de la gestación y nacimiento de sus hijos. Es el modelo marco y macro para todas las demás iniciativas en materia de derechos. El MSCF se encuentra actualmente respaldado por diferentes organizaciones de salud como el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, OPS/OMS, UNICEF y diversas sociedades científicas.

INTRODUCCION

El modelo de MSCF no reconoce un autor, obedece a un proceso de investigación continua y se basa en la prevención del error. El mismo se sustenta en 5 ejes conceptuales, 16 principios y 10 pasos.

Ejes Conceptuales del modelo MSCF:

1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.
2. Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija.
3. Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.
4. Uso de prácticas efectivas y seguras.
5. Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa hospitales amigos de la madre y el niño (HAMN).

ESTRATEGIA

La estrategia para la implementación del modelo MSCF abarca 10 pasos, estos 10 pasos comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada desde su primer contacto con los servicios de salud, hasta el alta del Recién Nacido en el seguimiento ambulatorio.

Paso 1. Cultura organizacional con enfoque de derechos e interculturalidad

Precisa de comunicación y capacitación así como la conformación del equipo MSCF, corresponde a la entrada al sistema de salud desde la asistencia primaria. La maternidad asume la interculturalidad como un valor y práctica constante que incluye la participación de las comunidades en la implementación del enfoque, e incorpora personal indígena bilingüe al equipo de salud para favorecer la atención de salud a la madre y el niño o niña indígenas.

Paso 2. Control prenatal de padres y familia. Educación para padres. Promoción de la Lactancia Materna. Información de derecho de acompañante

En este paso se programan las visitas para el Control Pre Natal de la embarazada y su familia, se expresa la jerarquización de la asistencia primaria con nominación por reconocimiento del entorno social y se asume las oportunidades perdidas del control preconcepcional. Se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, la lactancia materna, la procreación responsable y sobre el curso de preparación para la maternidad.

En el Control Prenatal se propone: la corrección de problemas nutricionales: déficit de hierro, ácido fólico, zinc y

omega 3, Sobrepeso/ obesidad, Planificación familiar para un próximo embarazo, pesquisa de ETS, serologías, inmunizaciones, detección de riesgo social y sanitario, especial atención de padres adolescentes, detección de riesgo social y sanitario. Tiene el propósito de influir positivamente en los primeros 1000 días críticos o ventana epigenética (primeros 1000 días en la vida de una persona que van desde la concepción hasta los dos años de edad y constituyen una ventana de oportunidades para influir sobre la EXPRESIÓN del genoma humano).

Paso 3. Asistencia del parto - Desmedicalización del Parto Normal

Se respeta la decisión de la embarazada sobre la posición, disposición y tiempos durante el trabajo de parto y parto, proveyendo de la infraestructura y mobiliario mínimo para su comodidad, considerando la posibilidad de asistencia de un familiar y/o partera empírica durante el trabajo de parto y parto. Se debe prevenir la mortalidad y morbilidad intraparto, asfixia fetal y hemorragia puerperal. Promueve el alumbramiento activo, el clampeo o ligadura tardía del cordón umbilical, la jerarquización del rol de la obstétrica y la atención en salas de trabajo de parto. Se debe practicar el contacto temprano piel a piel y lactancia materna en la primera hora de vida.

Paso 4. Internación conjunta Madre-hijo RN sano sin interferencias

Incluye la confirmación de normalidad, pesquisas e inmunizaciones, promoción de lactancia materna y la detección de alto riesgo social sanitario. Durante la internación de madre e hijo o hija sanas se permite la visita de la familia extendida en horarios amplios, accesibles para ellos considerando la

distancia y los transportes disponibles. El alta debe ser conjunta, el seguimiento debe continuar en atención primaria en área programática.

Paso 5. Asistencia en cuidados neonatales especiales con ingreso irrestricto de los padres, permanencia continua y participación activa.

La maternidad facilita la visita de la familia extendida con horarios irrestrictos. Incluye la participación familiar con capacitación y permanencia continua, inclusive ante la ejecución de procedimientos como Reanimación Cardiopulmonar. Se debe capacitar a las madres, ya que la evidencia científica disponible señala que las mismas no aumentan la incidencia de infecciones intrahospitalarias. La práctica de esta estrategia produce mejoría continua del recién nacido, disminuye el stress familiar y neonata, y previene y trata del dolor. Ante un pronóstico desfavorable e irreversible, el recién nacido puede ser dado de alta.

Paso 6. Acceso gratuito a una Residencia para Madres

La Residencia de Madres es un lugar de intercambio de conocimiento y experiencias. El acceso a un sector de extracción y conservación de leche humana puede ser utilizado como Gold estándar en la alimentación de los recién nacidos. La residencia materna puede tener asistencia por trabajadores sociales y otros actores de la comunidad.

Paso 7. Creación de un servicio de voluntariado

Las maternidades incluyen como voluntarios y voluntarias a parteras empíricas o personas de la comunidad con reconocido conocimiento en cuidados perinatales si los representantes de la

comunidad lo solicitan, estos complementan la tarea de los agentes de Salud sin actitudes competitivas. Se posibilita la participación activa y honoraria de la comunidad en un modelo solidario que canaliza aportes en dedicación de tiempo, recursos materiales y económicos.

Paso 8. Seguimiento especializado

Se organiza el seguimiento del recién nacido sano y el de riesgo en consultorios externos especializados que prioricen la inclusión familiar. Se incluyen los que no deben realizarse en los Centros de Atención Primaria de Salud por su complejidad y contribuyen a mejorar el costo beneficio-utilidad de los cuidados especiales.

Paso 9. Promoción de Lactancia Materna. Hospitales amigos de la madre y el niño (HAMN)

Estrategia prioritaria en los primeros 1000 días críticos, aporta factores antiinfecciosos, antiinflamatorios e inmunomoduladores, constituye una intervención altamente efectiva en la reducción de la mortalidad infantil con beneficios probados sobre la microbiota intestinal del recién nacido.

Paso 10. Cumplimiento del modelo. Autoevaluación, transferencia a otras instituciones. Regionalización

La institución y sus equipos de salud reciben asesoramiento y apoyo de otras instituciones y a su vez, brindan el mismo apoyo a otras maternidades a manera de constituir una red de MSCF. Incluye la conformación de redes según región sanitaria con referencia y contra referencia. Se deben evaluar las competencias, integración de los equipos y la satisfacción del usuario así como la publicación de los resultados.

SECCIÓN IV:

BIENESTAR FETAL





Uso sulfato de magnesio en embarazo de pretérmino

Dr. Iván Ortiz – Colombia

RESUMEN:

Los neonatos prematuros presentan un riesgo mayor de morir en las primeras semanas de vida, si sobreviven, tienen un riesgo mayor de deficiencias neurológicas como parálisis cerebral, ceguera, sordera, disfunción cognitiva y discapacidad significativa. El riesgo de desarrollar problemas neurológicos aumenta con la disminución de la edad gestacional al momento del parto. Las pruebas epidemiológicas indican que la administración de Sulfato de Magnesio antes del nacimiento puede tener un efecto neuroprotector para el feto.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la prevalencia de parálisis cerebral infantil (PCI) oscila entre 1.5 y 3.6 casos por 1,000 nacidos vivos, siendo los neonatos con menos de 34 semanas el 25% de los nuevos casos de parálisis cerebral a nivel mundial. La parálisis cerebral tiene una etiología multifactorial, aunque la gran mayoría de los casos está relacionada a la prematuridad (78%); secundariamente se asocia a otros trastornos obstétricos como RCIU, infección intrauterina, hemorragia anteparto, patologías pla-

centarias severas y embarazo múltiple. La prevalencia de la PCI aumenta en relación indirectamente proporcional con el peso y la edad al nacimiento. Contrario a lo que se pensaba anteriormente, la hipoxia y/o isquemia cerebral perinatal sólo está relacionada con PCI en la minoría de los casos.

En el año 2009 se publicaron 3 meta-análisis donde se llegó a la conclusión de que el sulfato de magnesio indicado para neuroprotección fetal disminuye efectivamente el riesgo de Parálisis Cerebral Infantil.

El Sulfato de Magnesio como Neuroprotector

Existen varias hipótesis para explicar el efecto neuroprotector del Sulfato de Magnesio (MgSO₄):

1. MgSO₄ causa vasodilatación que se traduce en un mejor riego sanguíneo.
2. MgSO₄ inhibe la entrada de Calcio a la célula por bloqueo del ácido N-metil D-aspartico (NMDA).
3. MgSO₄ reduce la producción de radicales libres de oxígeno.
4. MgSO₄ reduce las citoquinas inflamatorias.

Entre los efectos adversos de la administración con Sulfato de Magnesio se encuentran: Sudoración, sofocos, náuseas, dolor de cabeza y toxicidad del magnesio. Los médicos que elijan el uso del sulfato de magnesio en estas condiciones deben desarrollar guías específicas con:

1. Criterios de inclusión.
2. Regímenes de tratamiento.
3. Concurrencia de tocólisis.
4. Monitoreo específico.

ESTRATEGIAS

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda la administración de sulfato de magnesio para la neuroprotección a las mujeres con:

- Parto prematuro con rotura prematura de membranas o parto prematuro con membranas intactas.
- Edad Gestacional entre las 24 y 32 semanas.
- Inicio de la terapia antes de las 24 horas del nacimiento.

No se recomienda continuar con infusiones mayores de 24 horas. Ante una cesárea de emergencia por condiciones maternas o fetales, podría administrarse en un plazo **menor** a 24 horas, debe suspenderse la infusión en tanto se produzca el nacimiento.

Contraindicaciones del uso de Sulfato de Magnesio

Absolutas:

- Mujeres con Miastenia Gravis.
- Compromiso miocárdico.
- Defectos de la conducción cardíaca.
- Insuficiencia Renal Crónica.

Relativas:

- Compromiso renal (Se ajusta la infusión según niveles séricos).

Signos de Toxicidad del Magnesio:

- Disminución y desaparición de reflejo rotuliano o patelar.
- Náuseas, somnolencia, disartria, visión borrosa, cefalea.
- Disminución de la Frecuencia Respiratoria.

DOSIS Y TOXICIDAD DEL SULFATO DE MAGNESIO EN LA CLÍNICA

Síntomas y signos	Nivel plasmático (mg/dl)
Asintomático. Valores considerados terapéuticos	4-8
Pérdida de reflejos patelares. Signos tempranos de intoxicación: náusea, calentura, somnolencia, visión doble, dificultad para hablar y, debilidad.	9-12
Deterioro de los músculos respiratorios, puede causar una peligrosa hipoxia	>12
Parálisis muscular y paro respiratorio	15-17
Paro cardíaco	30-35

Datos tomados de Sibai, 1990.

RECOMENDACIONES

- Se debe realizar monitoreo continuo de las pacientes, evaluando estado general, gasto urinario, reflejos osteotendinosos profundos y frecuencia respiratoria.
- **No utilizar concomitantemente con otros útero inhibidores**, a excepción de la Indometacina.
- Dosis Recomendada: Impregnación 4g IV en 30 min, continuar infusión 1gr/h hasta el nacimiento. (esquema más efectivo y de menor riesgo de toxicidad).
- Contar con disponibilidad de antídoto (gluconato de calcio).

Entre los aspectos por definir se encuentran:

1. Edad gestacional por debajo del cual debe indicarse.
2. Carga óptima y dosis de mantenimiento.
3. Se necesita más evidencia para determinar si existe una asociación entre sulfato de magnesio y la disminución de la patología del SNC.
4. No hay información sobre el efecto del sulfato de magnesio en las dificultades de aprendizaje u otras discapacidades comunes en edad escolar debido a que ninguno de los ensayos informa sobre los resultados posteriores a los 2 años de edad.



Uso de corticoides para la maduración pulmonar cuando y cómo

Dra. Olga González – Paraguay

RESUMEN:

La causa más importante de morbimortalidad en el recién nacido excluyendo las malformaciones congénitas es la prematuridad, esta origina el 75 % de las muertes perinatales y el 50 % de anormalidades neurológicas. La administración oportuna de corticoides en mujeres con amenaza de parto prematuro reduce considerablemente el riesgo de complicaciones relacionadas con la prematuridad como el Síndrome de Distrés Respiratorio del Recién Nacido.

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto prematuro se define como la presencia de contracciones uterinas evidenciables a la palpación, con frecuencia una cada 10 minutos, de 30 segundos de duración, que se mantengan por más de 60 minutos y que cursen con dilatación menor a 3 cm y borramiento del cuello uterino menor al 50 %. La inducción de maduración pulmonar es uno de los pilares fundamentales en el abordaje de la Amenaza de Parto Pretérmino. La maduración pulmonar con corticoeste-

roides está indicada entre las 26 y 34 semanas de gestación.

Corticoides

La insuficiencia respiratoria en recién nacidos pretérmino se produce como consecuencia de la deficiencia de sustancia surfactante, los corticoesteroides entre otras acciones estimulan la maduración y producción de surfactante pulmonar por diversos mecanismos. Los corticoides que tienen mayor efecto sobre la maduración pulmonar son la betametasona y dexametasona.

Dexametasona

Es un medicamento categoría C según la FDA en todos los trimestres, así como también por la clasificación Europea de riesgo perinatal. Entre sus efectos se encuentra la disminución transitoria de la variabilidad de la Frecuencia Cardíaca Fetal y los movimientos fetales, ambos efectos pueden mantenerse hasta 48 horas después de la administración del medicamento. Su uso antes de las 32 semanas se asocia con una reducción sustancial de enfermedad de membrana hialina, hemorragia interventricular y enterocolitis necrotizante.

Betametasona

Es un medicamento categoría D según la FDA en el primer trimestre y categoría C en segundo y tercer trimestre. Su uso antes de las 32 semanas se asocia con una reducción sustancial de enfermedad de membrana hialina, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante y mortalidad neonatal precoz. La Betametasona tiene una farmacocinética diferente a la dexametasona, posee una vida media más larga con excreción disminuida y mayor volumen de distribución por lo que las dosis resultan más espaciadas, con-

firiendo la ventaja de requerir menos inyecciones intramusculares. Su uso al igual que la dexametasona ha sido asociado con una disminución transitoria significativa en los movimientos fetales y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal.

Indicación:

- Toda paciente con edad gestacional entre 28 y 34 semanas con riesgo de parto pretérmino en los 7 días siguientes.

Dosificación:

Esquema único:

- Betametasona: 12 mg vía intramuscular cada 24horas por 2 dosis.
- Dexametasona: 6 mg vía intramuscular cada 12horas por 4 dosis.
- **No se recomienda el ESQUEMA MÚLTIPLE (repetido) de administración de corticoesteroides para maduración pulmonar, debido a la mala relación entre la eficacia y la seguridad. Diferentes investigaciones al respecto sugieren un aumento en las tasas de infección neonatal y materna, disminución del peso, talla y perímetro cefálico al nacimiento con el uso de dosis repetidas.**



Monitoreo intraparto en embarazo de alto riesgo

Dra. María Fernanda Escobar – Colombia

RESUMEN:

La monitorización fetal abarca desde técnicas de percepción materna hasta técnicas ecográficas y monitoría electrónica fetal. La monitoría fetal intraparto permite detectar descompensación fetal y llevar a cabo una intervención médica oportuna y eficaz para prevenir la morbimortalidad perinatal. Actualmente existe terminología estandarizada y no ambigua para la categorización del trazado de la monitoría fetal lo que la convierte en una herramienta de mejora en la capacidad diagnóstica del obstetra y elemento clave para la toma de decisiones oportunas.

INTRODUCCIÓN

El estrés hipóxico durante el trabajo de parto es generalmente bien tolerado por la mayoría de los fetos, la hipoxemia transitoria producida por las contracciones uterinas es compensada por mecanismos fisiológicos. No obstante, en algunos fetos, estos mecanismos no son suficientes para regular la situación de hipoxemia y acidosis lo que resulta en daños en sus órganos diana o incluso a la muerte.

La Monitorización Electrónica Intraparto permite detectar la existencia de hipoxia fetal, hallazgo que se presenta en 25 de cada 1000 fetos, donde la afectación en 21 de los casos es leve, en 4 es moderada o severa y en 1 caso deriva en parálisis cerebral.

Los cambios en la monitoria cardíaca ocurren antes que los cambios a nivel cerebral y son una representación externa de los cambios fisiológicos del feto a la tolerancia del trabajo de parto. La Monitorización electrónica in-

traparto cobra especial relevancia en embarazos de alto riesgo.

Los estudios no demuestran diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan los resultados perinatales en embarazos de bajo y moderado riesgo en aquellos fetos sometidos a monitorización electrónica y los que no se someten a la misma. Sin embargo, EN EL CASO DE PACIENTES CON RIESGO MATERNO O FETAL AUMENTADO las diferencias son estadísticamente significativas.

Componentes básicos de la Interpretación de la monitorización electrónica

1. Frecuencia Cardíaca Fetal de Base. (Promedio de la FCF).
2. Variabilidad. (Fluctuaciones en la FCF).
3. Aceleraciones. (Aumento abrupto en la FCF en 15 segundos).
4. Desaceleraciones. (Disminución aparente en la FCF).

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Taquicardia: FCF mayor a 160 lpm

Bradycardia: FCF menor a 110 lpm

Variabilidad

Puede ser:

- Ausente: rango de amplitud indetectable
- Mínima: menos de 5 lpm
- Moderada: 6 – 25 lpm
- Marcada: mayor a 25 lpm

Aceleraciones

Las Aceleraciones deben interpretarse de acuerdo a la edad gestacional:

Más de 32 semanas: Aceleraciones de más de 15 segundos y 15 lpm.

Menos de 32 semanas: Aceleraciones de más de 10 segundos y 10 lpm.

Aceleración Prolongada: Mayor a 2 minutos pero menos de 10 minutos.

Cambio de línea Base: Aceleración de más de 10 minutos.

Desaceleraciones: Son las Pérdidas de la FCF durante el trabajo de parto y que se deben medir relacionadas con la contracción uterina y la duración de las mismas.

Pueden ser:

- Tempranas (simétricas, asociadas a contracción uterina o período expulsivo).
- Tardías (posterior a la contracción Uterina).
- Variables (relacionadas con los accidentes del Cordón Umbilical).

De acuerdo a su relación con la contracción uterina:

Las Desaceleraciones se consideran severas con la regla de los Tres 60.

- Duración mayor a 60 segundos.
- Caída de más de 60 lpm.
- Caída a menos de 60 lpm.

Este tipo de desaceleraciones están relacionadas con un estado intrauterino anormal.

Indicaciones de la Monitorización Electrónica Intraparto

1. Mujeres con factores de Riesgo para resultado perinatal adverso.
2. Conducción del Trabajo de parto con Oxitócicos.
3. Uso de prostaglandinas para maduración del cuello uterino.

CATEGORIZACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA INTRAPARTO

Categoría I

Trazado Normal, se caracteriza por:

- Línea de base: 110-160 lpm.
- Variabilidad de la FCF de la línea de base: moderada.
- Deceleraciones tardías o variables: ausentes.

Conducta: *continuar trabajo de parto.*

Categoría III

Trazado anormal, se caracteriza por:

- Deceleraciones variables recurrentes
- Bradicardia
- Patrón sinusoidal
- Variabilidad Ausente

Conducta: *Considerar Interrupción del embarazo post Reanimación Intraútero.*

Categoría II

Trazados indeterminados: Se debe determinar factores de riesgo, período del parto, condiciones maternas y perinatales asociadas.

Incluye todos los que no son categoría I o III:

- **FCF basal:** Bradicardia sin variabilidad ausente Taquicardia.
- **Variabilidad:** Mínima Ausente Marcada.
- **Aceleraciones:** Ausencia de aceleraciones inducidas con estimulación fetal.
- **Desaceleraciones:** Periódicas o episódicas. desaceleraciones variables recurrentes acompañadas de variabilidad mínima o moderada. desaceleraciones tardías recurrentes con variabilidad moderada. Desacelera-

ción prolongada. Desaceleraciones variables con otras características como una recuperación lenta, aceleraciones que preceden o siguen a una desaceleración.

- **Conducta:** *identificar causa, de acuerdo a los hallazgos se debe considerar la Reanimación Intrauterina y posteriormente la culminación del embarazo.*

Medidas de Reanimación Intrauterina

1. Oxigenación (máscara con reservorio , de 10 a 15 litros de O2 por minuto).
2. Posición materna adecuada (Decúbito lateral Izquierdo).
3. Fluidos (1000 cc de bolo EV).
4. Suspender Oxitócico.

El aporte de volumen en tiempo (primeros 15 minutos), aumenta eficazmente la perfusión placentaria, la infusión de 1000 cc de lactato ringer en bolo EV se asocian a mejoría en el estado fetal.

Taquisistolia

Es la presencia de más de 5 contracciones en 10 minutos, se debe tratar si a pesar de suspender el oxitócico persiste la frecuencia de las contracciones.

Tratamiento de la Taquisistolia

Nitroglicerina: 400 mcg IV

Terbutalina: 250 mg SC

Diagnóstico de Encefalopatía

Para el diagnóstico de encefalopatía en los neonatos que nacen por Cesárea de emergencia es OBLIGATORIO la toma de muestra de gases arteriales al momento del nacimiento.

SECCIÓN V:

**MANEJO DEL
PACIENTE CRÍTICO**





Código Rojo Etapa III

Lic. Wilma Piris – Paraguay

RESUMEN:

Ayudando a los Bebés a Respirar (ABR) es un programa de enseñanza de resucitación neonatal para los proveedores calificados en la atención del trabajo de parto en sitios con recursos limitados. Ayudando a los Bebés a Respirar tiene como objetivo preparar a las personas en la atención del parto para atender a los recién nacidos sanos y a aquellos recién nacidos que no respiran al momento del nacimiento.

INTRODUCCIÓN

Aunque la gran mayoría de los neonatos no requieren algún tipo de reanimación, aproximadamente el 10% de los recién nacidos necesitan algún tipo de ayuda para empezar a respirar al nacer; debido a la gran cantidad de nacimientos que se suceden alrededor del mundo un número considerable de ellos requieren maniobras iniciales de reanimación.

Existen intervenciones simples que pueden salvar la vida de un número considerable de los bebés que nacen comprometidos, todos los recién nacidos deben ser evaluados al nacimiento

y recibir los cuidados apropiados, incentivando desde el primer momento la lactancia materna dentro de la primera hora de vida y el apego precoz.

Minuto de Oro. Ayudando a los bebés a respirar

Antes del nacimiento se deben identificar los factores de riesgo, empleando la historia clínica prenatal y el parto-grama, debe prepararse el ambiente adecuado y el equipamiento necesario.

Antes y después de tocar al recién nacido deben lavarse las manos con abundante agua limpia y jabón así como utilizar guantes descartables para la manipulación.

Secuencia ABR

1. En el momento del nacimiento evalúe al recién nacido, si hay meconio aspire la vía aérea con perilla limpia.
2. Si el recién nacido llora, colóquelo sobre el abdomen de la madre en contacto piel a piel (apego precoz).
3. Seque al recién nacido, cambie la toalla y abrigúelo.
4. Vigile la respiración y la frecuencia cardíaca.
5. Ligue y corte el cordón umbilical cuando deje de latir 2 a 3 minutos después del nacimiento.
6. Promueva enérgicamente la lactancia materna dentro de la primera hora del nacimiento.
7. Aplique los cuidados esenciales.
8. Realice alojamiento conjunto.
9. Vigile las primeras 24 a 48 horas de acuerdo a la norma.

Si al Momento del nacimiento se evalúa el recién nacido y no se produce el llanto:

1. Debe evaluar si el líquido es meconial, de ser así debe aspirarse con perilla limpia.
2. Coloque al recién nacido sobre el abdomen de la madre.
3. Estimule con secado enérgico y evalúe si respira o no. Si el bebé respira, siga con el protocolo descrito, si no respira, corte el cordón rápidamente y realice ventilación a presión posi-

tiva durante 30 segundos empleando el ambú neonatal. La frecuencia de ventilación es de 40 a 60 ventilaciones por minuto, cuente en voz alta ejemplo: Ventiló, dos, tres. Esta debe ser realizada por 30 segundos. **Hasta este punto ha transcurrido el minuto de oro.**

4. Si el recién nacido no respira o respira mal, corrija la técnica de ventilación, reposicione la máscara y despeje la vía aérea, continúe ventilando y considere masaje cardíaco o intubación.
5. Evalúe si respira y mida la frecuencia cardíaca, si es mayor o menor a 100 lpm.
6. Si respira bien y la frecuencia cardíaca es mayor a 100 lpm continúe el protocolo descrito. Si no respira o respira mal y la Frecuencia Cardíaca es menor a 100 lpm, se debe iniciar masaje cardíaco. La técnica de los dos pulgares con las manos envolviendo el tórax es la de elección.

La relación compresión ventilación recomendada es de tres compresiones torácicas por cada ventilación, relación: 3/1; es decir, 90 compresiones cardíacas y 30 ventilaciones por minuto.

1. Se debe reevaluar al recién nacido y referirlo a una institución de mayor complejidad y/o derivar para cuidado especializado, en caso de no tener los recursos especializados para su atención.
2. Ventile durante el traslado.



Manejo de hemorragia post parto en paciente con morbilidad materna extrema

Dra. María Fernanda Escobar – Colombia

RESUMEN:

La Hemorragia post parto (HPP) es probablemente el evento obstétrico más dramático que existe. El incremento de Histerectomías Obstétricas, transfusiones sanguíneas y muerte como complicaciones relacionadas de la HPP masiva, ha llevado a diferentes equipos de trabajo y a grupos de expertos en salud alrededor del mundo a realizar esfuerzos en las terapias de abordaje. Se han propuesto diferentes intervenciones que han demostrado efectividad en la disminución de la morbimortalidad por HPP, entre ellas: la Cirugía de Control de daños y la Reanimación Hemostática.

INTRODUCCIÓN

Los principales problemas médicos asociados a muerte por hemorragia post parto masiva, son los relacionados con el diagnóstico y reconocimiento, manejo incorrecto e inconvenientes con la reanimación. El primer parámetro clínico que se altera en caso de hemorragia masiva es la frecuencia cardíaca, esta aumenta de manera inversa al descenso de Presión Arterial Sistólica, sin embargo, el fenómeno de vasoconstricción es capaz de mantener la Presión Arterial dentro de parámetros

de relativa normalidad en estadios iniciales de Choque. El descenso vertiginoso de la presión arterial puede darse tan tardíamente como en el estadio IV del Choque Hipovolémico.

A medida que aumentan las pérdidas hemáticas sin tratamiento y estas superan los 1500 ml, las probabilidades de muerte son marcadamente altas. Al establecerse el estado de **choque hipovolémico** las demandas de los tejidos no pueden ser suplidas a través del aporte de oxígeno. Si no se logra la reversión del cuadro, la fase de no retorno se produce a los 23

minutos; a su vez, el sangrado masivo disminuye la capacidad del sistema de coagulación para limitar el proceso, lo que lleva a una **coagulopatía con exanguinación** en pacientes con hemostasia normal (Coagulopatía de Consumo).

Al instaurarse la coagulopatía, el oxígeno que necesitan consumir las células va a depender del aporte que se facilite externamente, esto se conoce como **FASE GLOBAL DE HIPOXIA**. Esta fase tiene un punto crítico que se manifiesta por:

1. Hipotermia
2. Acidosis Metabólica y
3. Coagulopatía

Y se conoce como la "Triada de la Muerte". Esta etapa se caracteriza por hipoperfusión tisular, desequilibrio en la hemostasia sistémica y cursa con una probabilidad de muerte intra operatoria en el 80 % de los casos.

Manejo de la Hemorragia Obstétrica

La Reanimación Avanzada tiene 2 componentes:

1. Cirugía de Control de Daños.
2. Reanimación Hemostática.

Cirugía de Control de Daños

La propuesta es realizar una cirugía con empaquetamiento de la cavidad pélvica con la adecuada indicación y selección del paciente. Cada cirugía aumenta en un 25 % la probabilidad de muerte por lo que no se deben escatimar esfuerzos en la realización de la técnica en el momento oportuno. Las pacientes con indicación de empaquetamiento son aquellas que se encuentren con Grado severo de Choque Hipovolémico (pérdida mayor a 35 % del volumen sanguíneo (2000 ml), pulso mayor a 120 lpm, PAS menor a 70 mm hg).

CLASIFICACIÓN DEL CHOQUE HIPOVOLÉMICO

Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70Kg.	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Grado de Choque	Transfusión
10 - 15% 500 - 1000mL	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente no requerida
16 - 25% 1000 - 1500mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	01-100	80 - 90	Leve	Posible
26 - 35% 1500 - 2000mL	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70 - 79	Moderado	Usualmente requerida
35% 2000mL	Letárgica o inconciente	Palidez, frialdad, más sudoración, y llenado capilar >3 segundos	>120	>70	Severo	Transfusión Masiva porblable

* Las pacientes se deben clasificar de acuerdo al parámetro clínico con mayor alteración. Las pacientes con grado severo de Choque tienen indicación de Cirugía de Control de Daños.

INDICADORES

El índice de Choque (IS), es un indicador eficaz para evaluar la severidad de la pérdida sanguínea; este se calcula dividiendo la frecuencia cardiaca entre la presión arterial sistólica, esta operación transforma parámetros imprecisos en un predictor más exacto de hipovolemia. En Obstetricia si el índice de Shock es igual o mayor a 0,9 es el factor predictor más importante para transfusiones masivas. El cálculo rutinario del índice de Choque puede ser útil en la identificación de pacientes con hemorragia post parto que se beneficiarán de iniciar una terapéutica precoz de transfusión masiva.

El déficit de Base es otro indicador útil en el manejo de pacientes con hemorragia masiva, si el mismo es mayor a 6, la paciente requerirá de transfusiones sanguíneas y empaquetamiento.

La Cirugía de Control de daños es una cirugía que constituye una estrategia de salvamento que sólo está indicada en pacientes con sangrado masivo. El factor de recurso humano en este caso, el del Cirujano es crucial; el tiempo de diagnóstico oportuno en identificar a una paciente que sangra masivamente es de 6 MINUTOS y el que transcurre entre el diagnóstico y la Histerectomía no debe exceder los 40 MINUTOS.

Aspectos clave en la cirugía de control de daños

- Incisión Media Abdominal.
- Verificar etiología del sangrado y compromiso pélvico - abdominal.
- Drenaje de hemoperitoneo libre en cavidad.
- Número de compresas igual o mayor a 7.

- Empaquetamiento de cavidad pélvica posterior a histerectomía con compresas dobladas.
- Aplicar compresión en superficies sangrantes.
- Cierre temporal de la cavidad (vacuum pack).
- Retiro de las compresas 60 horas después.
- Si al retiro de las compresas reaparece el sangrado se debe re-empaquetar.

Reanimación Hemostática:

La reposición de la volemia es indispensable para el restablecimiento de la paciente con hemorragia post parto masiva. La reposición de pérdidas se debe iniciar con 2 unidades de concentrados de glóbulos rojos de sangre O Rh negativo, inclusive sin pruebas cruzadas. En caso de no contar con disponibilidad de Sangre O Rh negativo, se transfundirá sangre O Rh positivo.

Idealmente Toda Unidad de intervención obstétrica deben contar con al menos un kit de transfusión masiva que contenga:

- 6 Unidades de Glóbulos rojos
- 6 Unidades de plasma fresco congelado
- 1 Aféresis de plaquetas
- 6 Unidades de crioprecipitado

La Mortalidad disminuye cuando la relación para la transfusión es de 1: 1: 1, es decir, por cada unidad transfundida de glóbulos rojos se transfunde una unidad de Plasma Fresco Congelado y una unidad de plaquetas. El fibrinógeno se indica en forma de concentrado o de crioprecipitado según disponibilidad, la dosis indicada de ácido tranexámico es de 1 gramo, especialmente en pacientes con trauma del tracto Genital, la misma se puede repetir a los 30 minutos y a las 4 horas.



Estabilización y traslado seguro de paciente en estado de emergencia obstétrica

Dra. María Paz Fabio – Paraguay

RESUMEN:

El transporte de los pacientes críticos es una necesidad de primer orden en el sistema sanitario, todo requerimiento de apoyo tecnológico más avanzado o tratamiento especializado del que no se dispone en la localidad, es indicación de traslado. El motivo más frecuente de traslado en general son los traumatismos y en pacientes obstétricas los trastornos hipertensivos del embarazo como la preeclampsia y la eclampsia. La morbimortalidad se reduce considerablemente si la atención pre-hospitalaria se lleva a cabo oportunamente por personal calificado con planeamiento cuidadoso y equipo adecuado.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres embarazadas tienen igual o mayor probabilidad de sufrir accidentes automovilísticos, lesiones laborales, violencia doméstica y accidentes en el hogar. Las modificaciones fisiológicas en el embarazo suponen una especial atención para el traslado y tratamiento de las emergencias donde la secuela más importante del trauma en la gestante, es la muerte fetal.

El traslado de un paciente crítico requiere de un gran sistema de coordi-

nación donde se articulen las acciones entre el centro emisor y el hospital o centro receptor; donde se exige una homogeneización de los criterios de traslado, de las maniobras diagnósticas y terapéuticas previas necesarias, así como de la elección del medio de transporte.

Clasificación del medio de transporte

- **Transporte primario o extrahospitalario:** traslada el paciente desde el lugar donde se produce la emergencia al hospital.

- **Transporte secundario o inter hospitalario:** traslada al paciente de un hospital a otro.
- **Transporte terciario o intrahospitalario:** traslada al paciente dentro del hospital.

Clasificación según el medio de transporte utilizado

Transporte terrestre: ambulancias.

Transporte aéreo: helicópteros, aviones sanitarios.

Transporte marítimo: lanchas rápidas, barco hospital.

Clasificación según el grado de complejidad

Unidades Básicas (ambulancia básica): Equipo de respuesta inicial.

Unidades de Avanzada (ambulancias de avanzada): unidad de internación con equipo avanzado.

Ambulancia de traslado Neonatal: Equipo de avanzada con incubadora o cuna portátil.

Transporte Aeromédico

En la embarazada no se contraíndica el transporte aéreo; sin embargo, las compañías aéreas no transportan mujeres con más de 35 semanas de gestación debido a la posibilidad de que se desencadene el trabajo de parto en el aire. La dilatación de gases en el tubo digestivo contribuye al aumento de la presión abdominal lo que provoca aumento de la sensación de mareo, náuseas y vómitos.

El transporte aeromédico en el recién nacido debe realizarse en incubadora, debido a la falta de expansión fisiológica de los alvéolos pulmonares en las primeras 48 horas, lo que condiciona

una menor saturación de oxígeno que se exacerba al volar.

Indicaciones para el transporte aeromédico

- Trauma importante.
- Múltiples lesiones.
- Los recursos locales y profesionales no pueden proveer los cuidados que el paciente requiere.
- Área remota, dificultad en el terreno.
- Falta de acceso para la ambulancia terrestre.
- Necesidad de soporte avanzado para el paciente (médico o quirúrgico).

ESTRATEGIAS

Actualmente en el Paraguay se encuentra funcionando el Sistema de Emergencias 141, este actúa como un ente coordinador en el traslado de los pacientes en situación de emergencia.

Preparación del transporte

- La estabilización de la paciente debe realizarse antes del traslado, la estabilización se compone de todas las acciones protocolizadas de soporte hacia la gestante gravemente enferma y/o traumatizada con el fin de mantener y restaurar las funciones vitales.
- La conducción del mismo debe llevarse a cabo por personal calificado.
- Debe elegirse la ruta más corta y segura.
- Se debe inspeccionar el vehículo apagado y encendido y realizar limpieza previa si lo requiere.
- Inspección de insumos y equipos.

- Correcto manejo del paciente hacia el interior de la ambulancia, máxima inmovilización, camilla fija a la ambulancia.
- Colocar y conectar todos los aparatos a sus fuentes de energía.
- Detallada y completa información de la historia clínica incidencias durante el traslado y medicación recibida antes y durante el mismo.
- Asegurar el acompañamiento de un familiar.

El traslado del paciente genera un gran impacto psicológico, se deben minimizar estos efectos hablándole al paciente e informándole hacia dónde se dirige y el motivo de su traslado. Movilizar a un paciente implica una serie de elementos externos que influyen sobre el personal que lo atiende y sobre el paciente, ocurren cambios fisiológicos que pueden agravar el estado del paciente como la cinetosis (gran sensibilidad a estímulos en oído interno), la aceleración - desaceleración, el ruido y la altura.

Posición del Paciente

La posición del paciente varía de acuerdo a la patología:

Posición de Fowler en 45 grados: aquellos pacientes sin alteraciones graves respiratorias o de conciencia.

Posición de Semifowler 30 grados: pacientes con traumatismo craneoencefálico.

Decúbito supino: pacientes con probable traumatismo medular o cervical.

Posición Trendelenburg: pacientes con shock hipovolémico.

Decúbito supino y piernas flexionadas: pacientes con dolor abdominal.

Posición antitrendelenburg o de Morestin: pacientes con traumatismo craneoencefálico y fractura de columna (requieren sujeción axilar y pélvica).

Posición genupectoral: en pacientes gestantes con prociencia del cordón umbilical.

Posición en decúbito lateral izquierdo: gestantes a partir de la segunda mitad del embarazo. Produce disminución del síndrome de compresión aorto - cava. Se puede elevar la cadera con una almohadilla o desplazar el útero de manera manual, haciendo presión sobre el abdomen lateralizándolo hacia el lado izquierdo.

Traslado

Antes de partir se deben mantener las maniobras de monitorización, vigilancia y control por personal capacitado, se debe prestar apoyo psicológico al paciente y DETENER LA MARCHA ante cualquier procedimiento que requiera inmovilidad del vehículo, es obligatorio mantener permanente comunicación con el centro coordinador o ente regulador. El traslado debe ser debidamente confirmado con anterioridad por el centro receptor, la entrega del paciente se realiza al personal médico responsable de turno y se debe transferir con la camilla apropiada según la disponibilidad del servicio.

Las causas más frecuentes de traslado de emergencia materno son los traumatismos, retención de restos placentarios, atonía uterina, presentación podálica, parto múltiple, complicación de los estados hipertensivos del embarazo y prematuridad.

La gravidez supone especial atención en el tratamiento debido a los cambios

fisiológicos y anatómicos importantes que se desarrollan y que pueden traer confusión al médico prestatante de atención. A medida que transcurre el embarazo el feto se encuentra más expuesto por la situación abdominal del útero y el adelgazamiento de las paredes uterinas. Entre las complicaciones del trauma materno se encuentran el trauma uterino, embolismo de líquido amniótico, desprendimiento de placenta, contracciones uterinas, hemorragia feto materna y rotura de membranas. En el feto, sufrimiento fetal y lesiones varias, mayormente en el tercer trimestre.

Condiciones de traslado de la mujer embarazada

- Toda mujer en edad fértil debe considerarse embarazada hasta que no se demuestre lo contrario.
- Todo feto se presume vivo hasta que no se descarte su muerte de manera intrahospitalaria.
- Debe proveerse oxígeno suplementario expandir volumen en forma precoz (suero fisiológico al 0.9 % cristaloides y transfusión temprana con sangre ORh negativo).
- La constatación de óbito materno no contraindica el traslado inmediato (considerar feto viable).

- Considerar siempre trauma cervical
- Traslado a un centro de tercer nivel

En la evaluación secundaria

Determinar la presencia de dolor, rotura del fondo uterino, movimientos fetales, ruidos cardíacos fetales, contracciones uterinas tetánicas o sangrado vaginal, líquido amniótico en vagina y signos y síntomas de preeclampsia - eclampsia.

Cesárea de Rescate o Peri mortem: se debe realizar dentro de los 4 minutos de maniobras de reanimación cardiopulmonar ineficaz en la madre, siempre que el feto sea viable (mayor a 24 semanas). Está indicada para preservar la vida del feto y de la madre, mejora del estado circulatorio y optimiza resultado de RCP.

Finalización del servicio

Se debe realizar documentación y reporte exhaustivo de cada caso.

Preparar el vehículo, la tripulación y su dotación para una nueva llamada de auxilio.

Se debe notificar al operador en turno la disponibilidad del vehículo o médico de guardia.



Minuto de Oro: Actualización en Reanimación Neonatal

Dra. Sonia Avalos – Paraguay

RESUMEN:

En los países en vías de desarrollo el 75% de muertes neonatales suceden en la primera semana de vida y el 50 % en las primeras horas. En Paraguay, cada día mueren 4 niños menores de 28 días. Estas muertes son potencialmente evitables con intervenciones oportunas y de bajo costo como el apego precoz, la lactancia materna y la reanimación cardiopulmonar. En el año 2010 se publicó una actualización de las Guías de La Academia Americana Del Corazón para Resucitación Cardiopulmonar y Manejo de Emergencia Cardiovascular, en ella se manejan aspectos relevantes de la Reanimación Cardiopulmonar en neonatos que difieren de la anterior guía del año 2005 y algunos parámetros que permanecen invariables.

INTRODUCCIÓN

Cada año mueren más de 5 millones de recién nacidos en el mundo, 19 % de esas muertes se pueden evitar con técnicas sencillas de reanimación neonatal. Existen diferentes intervenciones basadas en la evidencia con alto impacto para la disminución de la mortalidad neonatal: La inmunización con toxoide tetánico, la búsqueda y tratamiento de la sífilis, la detección y tratamiento de bacteriuria, la administración de corticoesteroides para trabajo de parto prematuro, la detección y manejo de presentaciones anó-

malas, el apego precoz, la reanimación neonatal, la lactancia materna y Método Mamá Canguro entre otros. Se estima que con la cobertura del 90% de estas intervenciones, Se podrían prevenir 72% de las muertes neonatales.

La reanimación cardiopulmonar del recién nacido realizada en el momento oportuno podría reducir la mortalidad neonatal en 30 %. El apego precoz y la lactancia materna son otras dos intervenciones que ayudan a reducir significativamente la mortalidad neonatal, en Paraguay, la mayoría de las muertes neonatales ocurren mientras que el Re-

cién Nacido permanece internado, 50 % el primer día y 80 % la primera semana.

ESTRATEGIAS

Existen dos programas a nivel ministerial encauzados a disminuir la mortalidad neonatal:

1. ABR ayudando a los bebés a respirar “El minuto de oro”.
2. Flujograma de Reanimación Neonatal Avanzada (American heart association).

Ayudando a los Bebés a Respirar (ABR) es un programa simplificado de atención neonatal que complementa a la reanimación neonatal avanzada, para la cobertura en todos los medios donde se atienden partos, es un plan de acción simple, enfocado en la estimulación, la aspiración de vías aéreas y la ventilación con bolsa y máscara.

Reanimación Neonatal:

En los partos de bajo riesgo se necesita al menos una persona calificada en las maniobras básicas de reanimación neonatal y en los partos de alto riesgo al menos 2 personas capacitadas en maniobras de reanimación neonatal avanzada.

Entre las medidas más relevantes se encuentra la anticipación, la mayor parte de recién nacidos que requieren reanimación pueden ser identificados antes del nacimiento. Es fundamental una buena comunicación entre los integrantes del grupo de trabajo: obstetra, anesthesiólogo y neonatólogo. Entre los materiales necesarios para la reanimación se encuentran: equipo de aspiración, equipo de ventilación y fármacos. Es fundamental realizar un reaprovisionamiento periódico del material e identificarlo apropiadamente.

El personal entrenado debe tener conocimiento de las particularidades fisiológicas, farmacológicas y anatómicas del recién nacido, así como poseer adiestramiento y pericia en las técnicas de reanimación pulmonar.

Algoritmo de reanimación neonatal. Se describe el algoritmo del año 2005 y 2010 respectivamente

1. Valoración inicial
2. Estabilización inicial
3. Evaluación
4. Ventilación
5. Masaje Cardíaco
6. Líquidos y fármacos

1. VALORACIÓN INICIAL

Debe iniciarse en el primer minuto de vida, si en este lapso el cerebro neonatal no es oxigenado las secuelas neurológicas pueden ser significativas.

Esquema 2005. Primer paso: decidir si un recién nacido necesita o no ser reanimado, preguntarnos si el líquido amniótico es claro, si respira o llora, si tiene buen tono muscular y si la gestación llegó a término.

Si la respuesta es sí se deriva para apego materno precoz y lactancia materna. Si la respuesta es no se inicia la reanimación oportuna.

Esquema 2010: El color del líquido amniótico no es prioritario si el recién nacido llora y respira adecuadamente. Los aspectos fundamentales en la valoración del recién nacido son el tono, si es vigoroso, si tiene buen esfuerzo, y frecuencia cardíaca normal (mayor a 100 lpm). Se elimina el parámetro de líquido amniótico de las 4 interrogantes, quedando con 3 preguntas básicas: si respira o llora, si tiene buen tono muscular y si la gestación es de término, si la res-

puesta es sí, se deriva con la madre para apego precoz y lactancia materna. Si la respuesta es no, se inicia la reanimación.

2. ESTABILIZACIÓN INICIAL

Esquema 2005: Este aspecto no se altera en el esquema del año 2010 con la diferencia que no se indica la aspiración. Incluye también preparar la sala de recepción con calor, especialmente en casos de neonatos prematuros.

Esquema 2010: La aspiración inmediatamente posterior al nacimiento (incluida la realizada con un aspirador nasal) debe reservarse sólo para los neonatos con obstrucción obvia de la respiración espontánea o que requieran una ventilación con presión positiva. No hay suficientes datos para recomendar un cambio de la actual práctica de hacer una aspiración endotraqueal a los neonatos faltos de vigor con líquido amniótico teñido de meconio.

3. EVALUACIÓN

Esquema 2005: Se evalúa respiración, frecuencia cardíaca y color. Si la FC es menor a 100 lpm, no respira o respira inadecuadamente se debe iniciar la ventilación. Si durante la estabilización se detectan signos de cianosis, bradicardia u otros signos de sufrimiento en un recién nacido que respira, está indicada la administración de oxígeno al 100% mientras se determina la necesidad de alguna intervención adicional.

Esquema 2010: Una vez comenzada la administración de ventilación con presión positiva o de oxígeno adicional, deben evaluarse simultáneamente tres características clínicas: la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y el estado de oxigenación. Para el estado de oxigenación,

lo ideal es determinarlo con un pulsioxímetro, y no simplemente evaluando el color. En el año 2010 se elimina el parámetro del color. Las nuevas guías resaltan la necesidad de controlar la saturación de oxígeno del recién nacido. La novedad más destacable del comité internacional de reanimación del año 2010 es la administración de oxígeno. Los diferentes estudios comprobaron que el uso sistemático de oxígeno al 100 % en pacientes con depresión neonatal moderada a grave produce un retraso significativo en el inicio de la respiración espontánea y/o llanto, prolonga el tiempo de reanimación y aumenta el estrés oxidativo. La recomendación es la administración de oxígeno adicional regulado mezclándolo con el aire, ya que un recién nacido a término puede requerir 5 minutos en obtener una saturación de oxígeno mayor al 90 % y un recién nacido pretérmino hasta 10 minutos. En el neonato pretérmino se recomienda no sobrepasar la saturación de oxígeno más de 90 %, lo ideal es mantenerla entre 85 % y 90 % a los 10 minutos.

Motivo: La evaluación del color es subjetiva. Actualmente hay datos sobre las tendencias normales de la saturación de oxihemoglobina monitorizada por pulsioximetría. Actualmente hay pruebas contundentes de que los neonatos nacidos sanos y a término parten de una saturación de oxihemoglobina arterial inferior al 60% y pueden tardar más de 10 minutos en alcanzar una saturación superior al 90%. La hiperoxia puede ser tóxica, particularmente para el neonato prematuro.

4. VENTILACIÓN

Debe realizarse con bolsas auto inflables (ambú) de 250cc en prematuros y 300 cc en recién nacidos a término con válvula de seguridad o con el reanimador con tubo en T.

Esquema 2005: Puede utilizarse un monitor de CO₂ para verificar la colocación del tubo endotraqueal.

Esquema 2010 (sin cambios significativos respecto a 2005): La ventilación con presión positiva debe administrarse con suficiente presión para aumentar la frecuencia cardíaca o expandir el tórax; una presión excesiva puede lesionar gravemente el pulmón prematuro. No obstante, aún no se han definido la presión óptima, el tiempo balón, el volumen corriente y la cantidad de presión positiva al final de la espiración necesaria para establecer una capacidad funcional residual efectiva. La presión positiva continua en la vía aérea puede resultar útil en la transición del neonato prematuro. Debe considerarse el uso de una vía aérea con mascarilla laríngea si la ventilación con mascarilla facial no da resultado y la intubación endotraqueal no funciona o no es factible. Posterior a la ventilación, se debe evaluar a los 30 segundos la frecuencia cardíaca y la saturación, si no presenta mejoría se procede a la intubación endotraqueal.

El intento de intubación no debe superar más de 30 segundos, si no se consigue, se debe continuar con bolsa y mascarillas, asegurar la correcta colocación del tubo en T. Observar movimientos torácicos y auscultar la entrada de aire en ambas axilas y sobre el estómago.

Los detectores de CO₂ exhalado se recomiendan para confirmar la intubación endotraqueal, aunque rara vez hay falsos negativos ante un gasto cardíaco inadecuado y falsos positivos por contaminación de los detectores.

Motivo: Hay pruebas adicionales de la eficacia de este dispositivo de monitorización como complemento para confirmar la intubación endotraqueal.

5. INICIO DE LAS COMPRESIONES TORÁCICAS

El masaje cardíaco consiste en colocar los dos pulgares en el tercio inferior del esternón justo por debajo de la línea media inter mamilar y el resto de los dedos abrazando el tórax, se describe otra técnica comprimiendo el tercio inferior del esternón con los dedos índice y medio o medio y anular, estos deben colocarse perpendicular al esternón evitando la compresión sobre las costillas.

La compresión debe alcanzar una profundidad de un tercio del tórax, la relación compresión - ventilación es de 3 compresiones por cada ventilación. La intubación en estos casos está indicada antes de iniciar el masaje cardíaco de acuerdo a las nuevas directrices del año 2010.

Esquema 2010: La relación compresión-ventilación recomendada sigue siendo 3:1. Si se sabe que el paro tiene una etiología cardíaca, debe considerarse utilizar una relación más alta. La relación 3:1 para los recién nacidos permite administrar más fácilmente un volumen minuto adecuado, lo cual se considera fundamental para la gran mayoría de los recién nacidos que sufren un paro por asfixia.

6. LÍQUIDOS Y FÁRMACOS

Entre los fármacos a utilizar se encuentra en la adrenalina, debe administrarse a razón de 0.5 a 1 ml por kilo por tubo endotraqueal, mientras se cateteriza una vía endovenosa segura como lo la vía umbilical; nunca antes de los 90 segundos de iniciadas las maniobras de reanimación.

Si el recién nacido no mejora, considerar la posibilidad de hipovolemia y el uso de expansores como ringer lactato o transfundir sangre ORh negativo. El uso bicarbonato está contraindicado.



Cuidados esenciales Post Reanimación (ACoRN)

Dra. Elizabeth Céspedes – Paraguay

RESUMEN:

Un número significativo de niños nacen en instituciones en las que no existe infraestructura y equipamiento suficiente para la internación o insumos necesarios para la atención de emergencias y personal capacitado para el cuidado de estos recién nacidos. El programa ACoRN de cuidados esenciales post reanimación, es una herramienta educativa basada en una serie de algoritmos para la capacitación del personal médico y de enfermería en la estabilización del paciente neonatal nacido fuera de los servicios de alta complejidad.

INTRODUCCION

Alrededor del 10% de los neonatos necesitan maniobras de reanimación, aproximadamente el 1 % de ellos requiere maniobras de reanimación avanzada como intubación endotraqueal, masaje cardíaco y administración de drogas. El sistema ACoRN (Acute Care of at Risk Newborn) es una herramienta educativa basada en una serie de algoritmos, que provee de herramientas simples para la atención posterior a la reanimación de una manera sistemática. ACoRN fue creado en Canadá en base a sus necesidades

y adaptado como programa de entrenamiento en la atención del recién nacido enfermo tanto en la Argentina como en Uruguay.

ACoRN fue diseñado para que cualquier profesional pueda ser convocado para la atención del recién nacido en riesgo, al margen de su experiencia o entrenamiento en emergencias neonatales. El proceso está relacionado con los neonatos que necesitan asistencia en el período de transición a la vida extrauterina y aquellos que se enferman o están en riesgo de enfermar en las primeras horas o días de vida, teniendo en cuenta

que de un 10 % a 15 % de los embarazos de riesgo no pueden ser detectados aún con un control prenatal acucioso.

Objetivos del ACoRN

1. Identificar el recién nacido en riesgo enfermo que se beneficiará del proceso ACoRN.
2. Determinar si el recién nacido necesita reanimación inmediata.
3. Realizar una evaluación sistemática del recién nacido.
4. Desarrollar diagnósticos iniciales y establecer tratamientos específicos para los problemas neonatales agudos.
5. Describir los tipos de soporte que pueden requerir el recién nacido, la familia y el equipo de salud.
6. Identificar los recursos disponibles para el cuidado del recién nacido en el lugar donde se encuentra en los centros de referencia.
7. Identificar y preparar a los recién nacidos que requieren derivación a un centro de referencia.

El trabajo en equipo y el enfoque interdisciplinario son enfatizados a lo largo de las situaciones clínicas compartidas en el manual ACoRN.

Entre los pasos a efectuar se encuentran:

- Identificar al recién nacido de riesgo
- Identificar si el mismo requiere maniobras de reanimación
- Evaluación primaria y de riesgo de infección,
- Elaboración de lista de problemas y
- Manejo guiado por las directrices del manual.

Uso del Manual ACoRN

Se deben evaluar meticulosamente las "situaciones" y marcar en la planilla preimpresa de ACoRN el cuadro de aque-

llas que estén presentes la evaluación del Recién Nacido, dejando en blanco las ausentes y colocando un signo de interrogación en aquellos aspectos que no han sido evaluados hasta el momento de la evaluación.

Posterior a la elaboración de la lista de problemas, se debe consultar el manual para decidir la serie de acciones a tomar con el paciente. Los aspectos señalados con asteriscos en la planilla, señalan la posibilidad de una causa infecciosa relacionada.

De acuerdo a la patología se da inicio a la secuencia respiratoria, cardiovascular, neurológica, de manejo de líquidos y glucosa, termorregulación o la secuencia infecciosa según corresponda. Posteriormente se debe evaluar si el recién nacido amerita traslado a otro centro de mayor complejidad y clasificarlo como de bajo, moderado o de alto riesgo.

Clasificación del Riesgo del Recién Nacido

Recién Nacido de Bajo Riesgo: puede ser trasladado acompañado por personal con capacitación básica como auxiliar de enfermería o personal médico no especializado.

Recién Nacido de Riesgo moderado: requiere personal médico y de enfermería capacitado en reanimación, el traslado no es electivo y debe efectuarse a la brevedad posible.

Recién Nacido de Riesgo Alto: requiere de personal médico y paramédico capacitado en cuidados intensivos, el traslado es urgente, implica riesgo vital y debe efectuarse a la brevedad posible.

En todo momento se debe evitar la hipoglicemia, hipotensión, hipoxemia, hipocapnia, hipoventilación, hiperoxemia, hiperglicemia, hiperventilación, hipertermia e hiperhidratación.



Traslado del paciente crítico neonatal

Dr. José Lacarruba – Paraguay

RESUMEN:

Un traslado adecuado es determinante en la supervivencia y calidad de vida del Recién Nacido en estado crítico; el transporte neonatal constituye un pilar fundamental en las estrategias de reducción de la mortalidad neonatal. Se estima que la atención de calidad en una sala de partos y un traslado en buenas condiciones, consigue la disminución de la morbimortalidad perinatal aproximadamente en un 50%.

INTRODUCCIÓN

Paraguay tiene grandes ventajas tratándose del traslado de pacientes: la gran mayoría de la población se concentra en la región oriental, las distancias entre las ciudades son relativamente cortas y no presenta grandes accidentes geográficos. Entre las desventajas, se encuentra el número reducido de rutas (autopistas, carreteras), la zona del Chaco tiene gran extensión territorial, sin embargo la cantidad de población es menor en esta región. Las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal

son el nivel más alto de asistencia, el requerimiento adecuado de camas calculado, es de una cama de cuidado intensivo y 4 camas de cuidado intermedio por cada 1000 nacimientos. En el Paraguay se registran aproximadamente 105.000 nacimientos por año, resultando un requerimiento mínimo de más de 100 camas de UCIN en el territorio nacional. Según las últimas estadísticas el total de camas es de 58 en cuidados intensivos y 65 en intermedios, mayormente concentradas en la zona metropolitana (Asunción y Departamento Central).

NÚMERO DE CAMAS DE UCIN EN HOSPITALES PÚBLICOS DE PARAGUAY

Hospital	UCIN	Intermedios
Hospital Materno Infantil de Trinidad	6	3
Hospital Materno Infantil Reina Sofía, Cruz Roja Paraguaya	3	10
Hospital Materno Infantil Barrio San Pablo	12	10
Hospital Materno Infantil Barrio Obrero	4	6
Hospital de Clínicas, UNA	10	10
Hospital General Nacional Itaugua	10	6
Hospital Regional de Luque	2	6
Hospital Materno Infantil de San Lorenzo	4	6
Hospital Regional de Coronel Hoviedo	3	6
Hospital Regional de Ciudad del Este	4	2
TOTAL	58	65

CONCEPTOS BÁSICOS EN EL TRASLADO DE PACIENTES

No se deben escatimar los esfuerzos a la hora de planificar y realizar el traslado de un recién nacido. No existen dudas que el transporte ideal es “in útero”; sin embargo, ante el escenario de un neonato crítico y de un traslado inminente, es imprescindible la organización y comunicación en los servicios de traslado y de emergencia a fin de evitar la saturación de los centros de alta complejidad. Para ello, se deben manejar y aplicar conceptos básicos como: Referencia, contrarreferencia, traslado unidireccional y bidireccional.

Referencia: Es el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive, con el fin de que reciba atención médica integral.

Contrarreferencia: Es el procedimiento mediante el cual, una vez resuelto

el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se lleve a cabo el control o seguimiento y se continúe con la atención integral.

Traslados unidireccionales: el Centro Referente se ocupa de trasladar el paciente al Centro Receptor.

Traslados bidireccionales: cuando el equipo de traslado tiene asiento en el Centro Receptor del paciente, se les solicita el traslado y se les brinda toda la información necesaria luego de lo cual desde el Centro Receptor, se parte en busca del paciente. (Ideal)

PASOS DEL TRASLADO NEONATAL

1. Clasificar el Riesgo

Se debe establecer el riesgo basado en los siguientes aspectos:

- Estabilidad hemodinámica
- Estabilidad respiratoria
- Estabilidad neurológica
- Vías de acceso venoso
- Requerimientos de oxígeno
- Patología quirúrgica y
- Duración del traslado

Riesgo alto, tres o más de las siguientes condiciones:

- Requerimiento de apoyo de volumen y/o inotrópicos para mantener el estado hemodinámico.
- Dificultad respiratoria que obligue a intubación endotraqueal.
- Nivel de conciencia: sopor o coma.
- Necesidad de vía central o más de 2 vías periféricas.
- Necesidad de oxígeno superior a 50 %, en halo cefálico.
- Cirugía de urgencia (mielomeningocele, gastrosquisis, hernia diafragmática, etc.).
- Duración estimada de traslado mayor de 8 horas.

El Traslado de Alto Riesgo requiere personal médico y paramédico con capacitación en cuidados intensivos con equipo de reanimación completo. El traslado es urgente, implica riesgo vital y debe efectuarse en la brevedad posible.

Riesgo moderado, las siguientes condiciones:

- Estabilidad hemodinámica en base a volumen.
- Dificultad respiratoria progresiva. FiO₂ entre 30-50% para SatO₂ adecuada para la edad gestacional.

- Nivel de conciencia: alerta o sopor.
- Necesidad de accesos venosos.
- Patología quirúrgica de corrección electiva.
- Duración estimada entre 2 y 8 horas.

El Traslado de Riesgo Moderado requiere de personal médico y enfermería capacitado en reanimación con equipo de reanimación completo. El traslado no es electivo y debe efectuarse en la brevedad posible.

Riesgo Bajo, las siguientes condiciones:

- Estabilidad hemodinámica, sin apoyo de drogas ni volumen.
- Nivel de conciencia: vigilia.
- Sin necesidad de infusión continua por acceso venoso.
- Sin necesidad de oxígeno o necesidad de FiO₂ < 30%.
- Sin patología quirúrgica.
- Duración estimada del traslado menor de 2 horas.
- Sin agravamiento en las horas previas al traslado.

El traslado de Bajo Riesgo puede ser acompañado por personal con capacitación básica (auxiliar de enfermería, médico NO especializado, etc.).

2. Estabilización

Estabilizar al neonato

- Antes del traslado se debe lograr la regulación térmica, permeabilidad de la vía aérea y asegurar estabilidad de la vía aérea.
- Asegurar estabilidad hemodinámica.
- Colocar sonda orogástrica.

- Si existen antecedentes para sospechar infección neonatal, comenzar con antibióticos previa toma de cultivos.

Nunca se debe iniciar un traslado si no se ha estabilizado previamente al Recién Nacido.

3. Planificación

El Recurso humano es el factor fundamental del traslado del paciente. El ente coordinador, receptor de llamadas, médicos, enfermeras y conductores deben interactuar con comunicación permanente antes, durante y posterior al traslado.

Se debe elaborar una ficha que contenga información en relación a los siguientes puntos:

- Datos de identificación del paciente y del centro de nacimiento.
- Antecedentes familiares: datos del padre y de la madre incluyendo grupo sanguíneo y antecedentes obstétricos.

- Datos del embarazo y parto.
- Datos del RN: puntaje de Apgar, estado al nacimiento, talla, peso, medidas terapéuticas y evolución hasta el momento del traslado.
- Motivo de traslado.
- Consentimiento informado.
- Registro de constantes vitales e incidencias durante el transporte.

Si no se dispone de incubadora, se debe asegurar la regulación térmica con compresas tibias, realizar botas, guantes y gorro con algodón. Se pueden utilizar bolsas térmicas, bolsas de plástico y trasladar con la estrategia mamá canguro.

Si el traslado es rechazado debe registrarse, así como las llamadas realizadas.

Antes de realizar el traslado se debe comunicar y reunir información. **Los padres deben ser informados de la gravedad de su hijo** y autorizar por escrito el procedimiento.

SECCIÓN VI:

**PARTO POR CESÁREAS.
CAMBIANDO PARADIGMAS**





¿Por qué ha aumentado el índice de cesárea en latinoamérica?, ¿A que riesgos conlleva?

Dr. Ariel Karolinski – Argentina

RESUMEN:

El porcentaje de partos por operación cesárea es un indicador de calidad de la atención de salud proporcionado para proteger la salud de la madre y el recién nacido. A pesar de la falta de evidencia científica que indique cualquier beneficio sustancial para la salud materna y perinatal de aumentar las tasas de cesárea, y la existencia de algunos estudios que demuestran que tasas más altas podrían estar vinculadas a consecuencias negativas en la salud materna e infantil, las tasas de operación cesárea continúan aumentando en todo el mundo, especialmente en países de medianos y altos ingresos, y se han convertido en una preocupación importante y controvertido de la salud pública.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud y la comunidad médica internacional considera que la tasa recomendable de cesáreas debe oscilar entre el 10% al 15 % del total de los nacimientos, en 1985 la OMS ratificó: " No hay ninguna justificación para cualquier región del mundo para tener tasas de operación Cesárea mayores al 15%. Según estadísticas del año 2011, el promedio de la tasa de

cesárea a nivel global: es del 14.8%, no obstante, los promedios generalmente esconden la gran disparidad existente; al analizar las tasas de manera individual nos encontramos con países cuya tasa es tan baja como 0,4% (Chad) y tan alta como 42, 3% (Irán). En Latinoamérica la tasa promedio es de 23.7% con una variabilidad importante entre los diferentes países como Haití con una tasa del 3 % y República Dominicana con una tasa del 41,9%.

En los Estados Unidos la tasa de cesárea total alcanzó un máximo de 32,9% de todos los nacimientos en 2009, con un aumento de 60% desde el descenso de 20,7 % en 1996. Recientemente, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos desarrolló guías clínicas para reducir la ocurrencia de cesárea bajo indicaciones no médicas e inducción del trabajo de parto antes de las 39 semanas. Los esfuerzos para reducir tales nacimientos incluyeron varias iniciativas para mejorar la calidad de la atención perinatal, entre ellas, cambios en la política de los hospitales para no permitir el parto electivo antes de las 39 semanas y la educación al público. Como consecuencia de estas intervenciones desde 2009, la tasa de partos por cesárea en los Estados Unidos no aumentó hasta el año 2011.

Factores e Intervenciones:

En el año 2014 en Ginebra se llevó a cabo una reunión de grupos de expertos donde se analizó el impacto de las Cesáreas y los resultados maternos perinatales. En el primero de los estudios se realizó una asociación ecológica entre tasa de cesáreas y resultados materno/perinatales a nivel poblacional global usando modelos de análisis transversales y longitudinales; este determinó diferentes aspectos:

1. Aunque existe una tendencia mundial hacia mayores tasas de Cesárea, la sub-utilización de esta intervención sigue siendo un problema en muchos países, sobre todo entre las

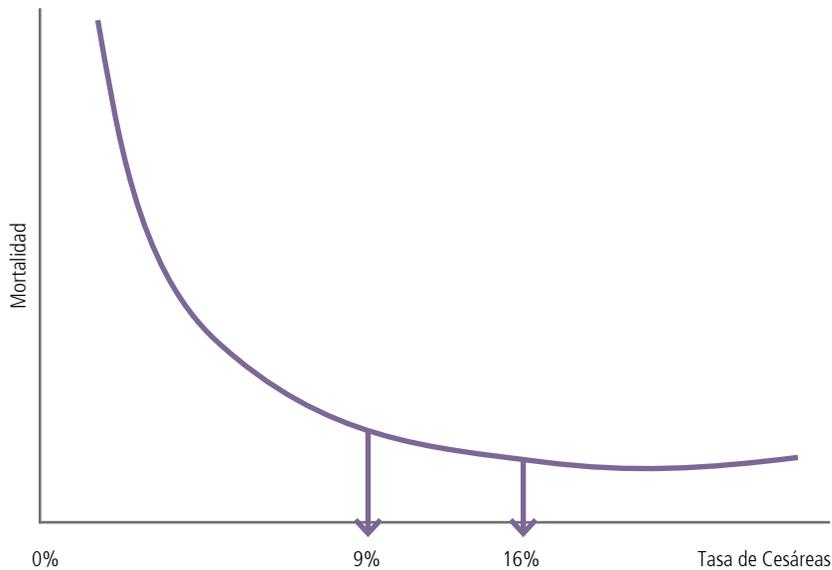
poblaciones desfavorecidas o en situación de vulnerabilidad.

2. En los países menos desarrollados, el aumento de la tasa de cesáreas solo puede tener un impacto limitado sobre la mortalidad materna y neonatal donde el desarrollo económico y social puede ser el factor más importante para estos resultados.
3. En los países más desarrollados, un alto índice de cesáreas ya no disminuye la mortalidad, ni incrementa el riesgo de tales resultados.
4. La tasa de cesárea "óptima" para mortalidad materna y neonatal parece ser de 10 - 15%.

Los diferentes estudios ecológicos arrojaron datos que sugieren que existe una asociación fuerte e inversa entre tasa de cesáreas y mortalidad:

- A medida que aumenta la tasa de cesárea, hasta un cierto punto de inflexión, disminuye la mortalidad materna, neonatal e infantil.
- El punto de inflexión para la asociación entre las tasas de cesárea y resultados de mortalidad es de tasas de cesárea entre 9% y 16%, a partir de este punto de corte, la asociación ya no existe y nuevos aumentos de las tasas de cesárea no están asociados con mejores resultados de mortalidad.
- Después que las tasas de cesárea alcanzan estos niveles, ya no hay una asociación entre el aumento de las tasas de cesárea y la reducción de la mortalidad infantil o materna.

TASAS DE CESÁREAS ENTRE 9% Y 16% PUEDEN SER INTERPRETADAS COMO ÓPTIMAS A NIVEL POBLACIONAL, PARA OBTENER LOS MEJORES RESULTADOS EN MORTALIDAD



SITUACIONES ESPECIALES

Rotura Uterina y Parto Vaginal en Cesárea Anterior

Las tasas de rotura uterina sin inducción ni estimulación, en trabajo de parto espontáneo son de 0.2% - 0.6%, lo que quiere decir que sería necesario que 370 mujeres pasaran por una cesárea iterativa programada para prevenir una rotura uterina sintomática.

Riesgo de Muerte Materna

Una investigación realizada en Canadá, tomando 300,000 nacimientos entre 1988 y 2000 demuestra que la cesárea iterativa programada, sin trabajo de parto tiene casi 4 veces más riesgo de muerte materna (1.6 vs 5.6 x 100.000 nv).

Recién Nacido y Riesgos de Complicaciones Respiratorias

Cuando se realiza una cesárea programada sin trabajo de parto se cuadruplica

el riesgo de distrés respiratorio. El riesgo de complicaciones respiratorias en el recién nacido es de 3,9 veces mayor en la cesárea practicada a las 37 semanas, 3 veces a las 38 semanas y 1,9 veces a las 39 semanas.

Cesárea por Intervenciones no Médicas

En mujeres de bajo riesgo la cesárea electiva se asocia a una tasa de 2,4 veces mayor mortalidad neonatal en comparación a un parto vaginal, así como el riesgo de mortalidad materna severa asociado a cesárea electiva es superior a la del parto vaginal. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) es explícita al respecto e indica que: "hasta el momento debido a la no existencia de pruebas de que se obtengan ventajas netas la intervención cesárea por razones de naturaleza no médica no se justifica éticamente".



Estrategias efectivas para reducir tasas de parto por cesárea

Dr. Iván Ortiz – Colombia

RESUMEN:

Desde el año 1985 la Organización Mundial de la Salud y la comunidad médica internacional han considerado que la tasa recomendable de cesáreas debe oscilar entre el 10% al 15 % del total de los nacimientos. El incremento de la operación cesárea ha sucedido como consecuencia del cambio de las indicaciones para realizarla; factores médicos, socio culturales y económicos han venido a influenciar la práctica de la misma, llevándola a niveles inauditos tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Existe evidencia médica que respalda que una serie de intervenciones que involucran a los trabajadores sanitarios en el análisis y modificación de esta práctica puede llevar a una reducción significativa de la tasa de cesáreas.

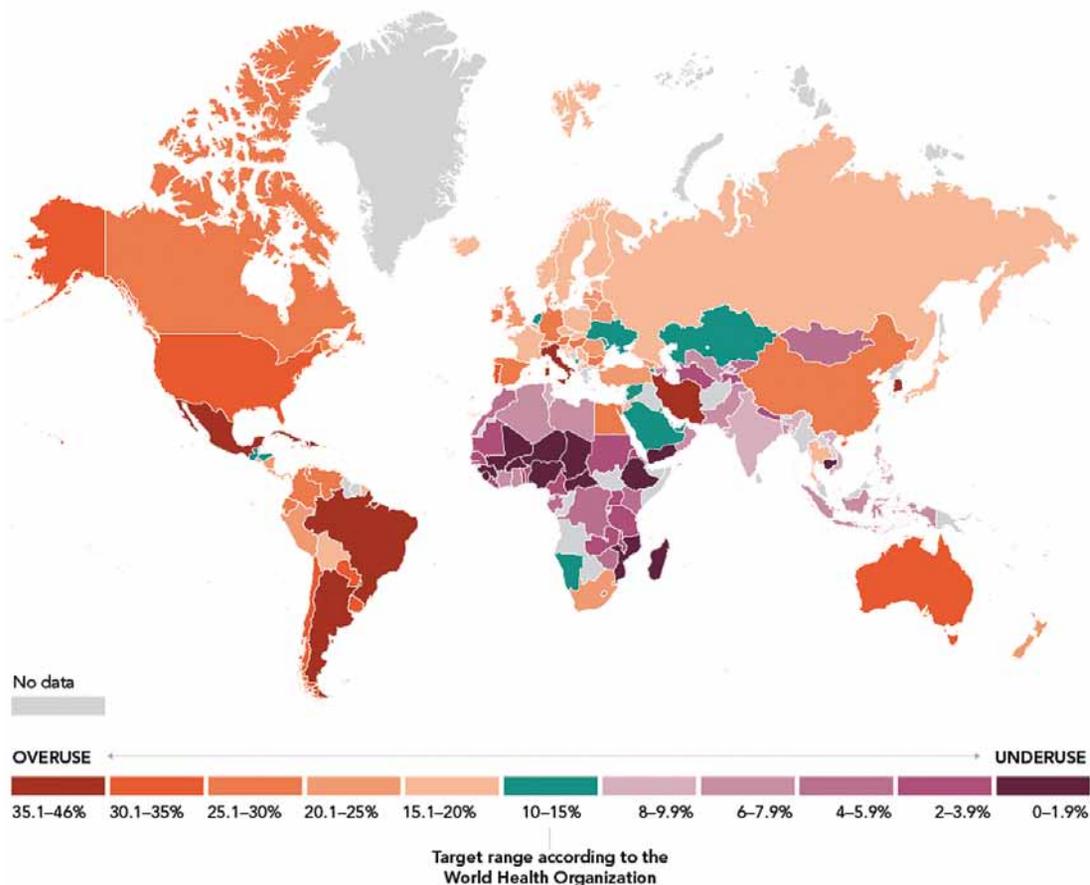
INTRODUCCIÓN

La última declaración de la Organización Mundial de la Salud establece que: “Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada”. La problemática del aumento de las tasas de cesáreas va acompañada con la

disminución vertiginosa de los partos vaginales, así como el incremento de las mismas conforme aumenta la edad materna. Cuando la operación cesárea está indicada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal, Sin embargo, no están demostrados los beneficios para las mujeres en quienes este procedimiento es innecesario.

TASAS DE CESÁREA POR PAÍSES

Cesarean sections rates by country*



*Data for each country is from most recent year available

Source: World Health Organization

THE HUFFINGTON POST

Factores Asociados al aumento de las Tasas de Cesárea

Existen factores médicos, socioculturales y económicos-laborales asociados al incremento de la tasa de cesáreas y las potenciales consecuencias para el binomio madre feto.

Factores Médicos

- Desconocimiento y minimización de riesgos maternos y fetales.
- Uso inadecuado del partograma.

- “Malas prácticas” en el trabajo de parto.
- Dificultad en la interpretación de la monitoria fetal y alta tasa de falsos positivos.
- Desconocimiento fenómenos hipóxico-isquémicos no relacionados con el trabajo de parto.
- Falsa creencia del impacto negativo del parto vaginal sobre el piso pélvico.
- No disponibilidad analgesia obstétrica.
- No trabajo en equipo.

- Liberalización de indicaciones absolutas y relativas.
- Temor a demandas de responsabilidad médico-legal.
- Contratación con tarifas diferenciales (mayor valor en el pago por las cesáreas por ser una intervención quirúrgica).
- Ausencia de incentivos para la conducción y atención del trabajo de parto.

Factores Socioculturales

- Minimización de los riesgos reales.
- Desconocimiento de los métodos de alivio del dolor.
- Desconocimiento de la duración normal trabajo de parto.
- Programación de fecha de parto por conveniencia.
- Tocofoobia.
- Presión familiar.
- Empleo indiscriminado del ultra sonido.
- Referentes sociales.
- Cesárea por solicitud de la gestante.
- Deseo planificación definitiva (Esterilización Quirúrgica).
- Desconocimiento fenómenos hipóxico-isquémicos no relacionados con el trabajo de parto.

Factores Económico – laborales

- Ausencia de estándares mínimos de recurso humano.
- Limitación de recurso humano especializado.
- Limitación de recurso humano presencial.
- Multiplicidad de labores.
- Exceso de carga laboral.
- Autorización por terceros de cesárea para realizar procedimiento de planificación familiar definitiva.

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LAS TASAS DE CESÁREA

- Explicar a las mujeres embarazadas los riesgos y beneficios de las cesáreas.
- Mejorar las competencias del recurso humano que atiende trabajos de parto.
- Identificación de barreras para el cambio.
- Mejorar el conocimiento y la interpretación de pruebas de bienestar fetal.
- Implementar el conocimiento e interpretación del Partograma.
- Implementar y fomentar el uso de prácticas como la reanimación fetal intraútero, versión cefálica externa y parto instrumentado.
- Manejo del dolor intraparto.
- Practicar el parto vaginal después de cesárea en pacientes con indicación médica.
- Estrategias multifacéticas, con base en la auditoría y la retroalimentación detallada.
- Direccionar a las pacientes desde el control prenatal a centros capacitados en atención obstétrica para seguimiento y atención de parto vaginal en mujeres de bajo riesgo.

SITUACIONES ESPECIALES

Inducción electiva del trabajo de parto

No se recomienda la inducción del trabajo de parto de manera electiva, con el fin de disminuir la tasa de cesáreas, esta conlleva a un potencial aumento de parto por cesárea, prematuridad iatrogénica y no cuenta con beneficios médicos ni obstétricos comprobados. La indicación de la inducción en embarazos de bajo riesgo a las 41 semanas, disminuye efectivamente la tasa de cesáreas. (NE 1 B)

Riesgo de pérdida bienestar fetal

El monitoreo fetal intraparto es un recurso médico legal a nivel mundial, se recomienda la microtoma de sangre de calota fetal en caso de monitoreo electrónico fetal alterado. (NE 2B)

Alteraciones de la dilatación

Un partograma con una línea de acción de 4 horas se asocia con una reducción en la tasa de cesárea, el diagnóstico de detención de la dilatación implica una velocidad de dilatación de 2cm en 4 horas. (NE 1B)

Presentación podálica

Personal médico entrenado el parto vaginal de un feto a término en presentación podálica es una opción en instituciones que cuenten con protocolos de atención y cuenten con personal médico entrenado. (NE 2B)

Parto vaginal con cesárea anterior

Los resultados de los estudios demuestran que mujeres con cesárea previa que acuden en trabajo de parto espontáneo, tienen mayor probabilidad de un parto exitoso que aquellas que no tienen un trabajo de parto espontáneo. Actualmente se están haciendo esfuerzos para generar modelos que permitan identificar predictores de éxito de partos vaginales posteriores a una cesárea. La mayoría de las mujeres con una cesárea segmentaria previa son candidatas para parto vaginal después de cesárea. La morbilidad materna se incrementa de manera progresiva con el número de cesáreas a repetición y disminuye con la cantidad de pruebas de trabajo de parto en mujeres en las que esté indicado.

Cesárea por razones no médicas

No existen ensayos controlados aleatorizados que justifiquen la práctica de la cesárea programada por razones no médicas. En mujeres de bajo riesgo, la cesárea electiva se asocia a una tasa de 2.4 veces mayor mortalidad neonatal en comparación con parto vaginal.

El Obstetra debe proporcionar educación a las pacientes, explicando los riesgos y beneficios de la intervención quirúrgica, conociendo que no existe obligación ética ni profesional para la realización de la cesárea sin indicación médica.

SECCIÓN VII:

**INFORMACIÓN
DE CALIDAD PARA LA
TOMA DE DECISIONES**





Evidencia para la implementación del parto humanizado

Dr. Héctor Bolatti – Argentina

RESUMEN:

Partiendo desde la premisa de que “cada recién nacido es único e irremplazable”, la sociedad ha tratado a través del tiempo, de cuidar a la mujer y a sus hijos. El trabajo de parto, que en un principio era un hecho familiar generalmente llevado a cabo en un ambiente domiciliario, se trasladó a las instituciones con el fin de evitar riesgos potenciales, este hecho condujo a una “medicalización” excesiva del mismo; sin embargo, el aumento del índice de cesáreas y exceso de medicalización no ha demostrado mejoría de los indicadores perinatales. La evidencia médica apunta a que a través de estrategias como el proceso de humanización del parto se pueden alcanzar diversos efectos positivos para el binomio madre-feto.

INTRODUCCIÓN

Anteriormente, el trabajo de parto era un acontecimiento familiar en el cual se hacían protagonistas la madre, miembros de la familia y la comunidad. Tenía lugar en su domicilio con la protección y ayuda de otras mujeres que conocían las características de los partos naturales, ante las situaciones de riesgo, los avances de la medicina y tecnología

propiciaron que la sociedad tratara de proteger a estas madres introduciendo una nueva manera de atender el parto medicalizándolo en exceso. La evidencia científica disponible nos demuestra que procedimientos como: episiotomía de rutina, uso de oxitocina, uso de antiespasmódicos, amniotomía artificial, posición supina obligada y limitación de la deambulacion no parecieran tener efectos positivos superiores con

respecto al trabajo de parto de libre elección por la paciente.

Otro hallazgo relevante es el significativo estrés producido por el entorno desconocido que conduce al aumento del dolor, miedo y la ansiedad de las mujeres. Esto conlleva a un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño.

El Parto Humanizado

El Parto Humanizado es la atención integral del parto con un sentido humanístico en el cual se respeta la libre elección de cómo parir y nacer, considerando las esferas biológica, espiritual y emocional en un ambiente de seguridad e intimidad, acorde a la realidad cultural de cada persona y sustentando la atención en la medicina basada en las evidencias científicas actuales.

Atención del Parto Humanizado

En caso de institucionalización de la paciente la vigilancia del trabajo de parto debe realizarse sin intervenciones innecesarias. Se debe velar por el bienestar de la parturienta, su hijo y acompañante asegurándose que el trabajo de parto trascurra de manera normal, vigilando estrechamente el proceso sin utilizar procedimientos innecesarios como medicación y maniobras de rutina injustificadas.

Se debe intervenir activamente para prevenir complicaciones del trabajo de parto, esto ocurre en menos de un 20% de todos los casos. Las intervenciones como uso de oxitocina, anestesia peridural, rotura artificial de membranas deben ser utilizadas si las condiciones maternas y fetales lo necesitan o cuando exista aumento del riesgo de

distocias del parto. Con respecto a la posición de la madre en el periodo de dilatación, se debe recordar que la parturienta es la protagonista del parto y tiene la libertad para elegir la posición más confortable y debe cambiarla cuando así lo desee.

La mayoría de las mujeres prefieren permanecer sentadas o de pie, porque tienen mayor libertad de movimiento. En el parto humanizado de igual manera la pareja participa activamente proveyendo un apoyo afectivo, físico y fisiológico.

La posición materna también ejerce influencia sobre las contracciones, el registro de la presión intrauterina muestra contracciones uterinas de mayor intensidad cuando la madre se encuentra en posición vertical, también influye en la sensación de bienestar durante el periodo de dilatación. Muchas de las mujeres en trabajo de parto se sienten mejor en posición vertical, sentadas, paradas o deambulando, que en posición de litotomía, y cuando esto ocurre, la mayoría prefiere decúbito lateral izquierda o derecha, de manera excepcional en decúbito dorsal. El período de dilatación es menor, cuando las madres están de pie, sentadas, o caminando.

Existe relación clara entre los “pujos dirigidos” y las desaceleraciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal (DIP del pujo). Estos DIPS, cuando están presentes, tienen una relación de 1 a 1 con los esfuerzos del pujo que los causan, los “DIPS DEL PUJO” pueden aparecer sobre un DIP de tipo 1 (desaceleración precoz) coincidente con una contracción uterina. En estos casos la amplitud de la desaceleración aparece aumentada por las caídas adicionales causadas por los pujos dirigidos no siendo así

con los pujos espontáneos. Los efectos del pujo “dirigido” se suman a los de la contracción uterina causando una caída de la Frecuencia Cardíaca Fetal de gran amplitud y duración.

Basamento Fisiológico del Parto Humanizado

Los argumentos fisiológicos que explican estos eventos se basan en el mejor equilibrio ácido-base fetal en el periodo de dilatación y expulsivo debido a la posición de la madre que provoca menor compresión de los grandes vasos. Como se sabe, la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además hipoxia fetal si el período expulsivo se prolonga. La fuerza de gravedad facilita el parto, hace que el feto se dirija hacia abajo, se produce aumento de los diámetros del canal del parto y adicionalmente la madre gana entre 30 – 40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.

Existe mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo parto y el período expulsivo lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

Autores como Humphrey y colaboradores en 1974, no hallaron cambios en el pH fetal (hasta 30 minutos de duración del periodo expulsivo) cuando la

madre estaba acostada en decúbito lateral izquierdo. Wood y colaboradores en 1973, encontraron una progresiva caída de pH y ascenso de la pCO₂ y déficit de base a medida que el periodo expulsivo progresaba cuando la madre se encontraba en posición de litotomía.

Con base en las metas para el Desarrollo del Milenio en donde se incluyeron específicamente los temas de disminución de la mortalidad materna e infantil y se adoptaron para ello estrategias internacionales como lo son:

1. Inclusión de prácticas médicas benéficas, basadas en evidencias.
2. Uso de técnicas puntuales de alta eficacia en el manejo de las tres principales causas de muerte materna.
3. Capacidad resolutoria y atención integral de emergencias obstétricas.
4. Atención del parto por personal calificado, incluyendo enfermeras obstetras y parteras.
5. Participación comunitaria y empoderamiento de la mujer.

La responsabilidad médica debe involucrar un acto de seguridad, respeto, educación y participación que aporte beneficios en la salud, conllevando así a la disminución en la morbi-mortalidad materno y perinatal sin llevar a cabo intervenciones injustificadas en un hecho fisiológico como lo es el trabajo de parto.



Estrategia de comportamiento para los equipos de salud

Dra. María Fernanda Escobar – Colombia

RESUMEN:

La mayoría de errores en los equipos de trabajo suceden por déficits en la comunicación, esto se torna especialmente peligroso en una sala de parto donde una falla en el proceso puede derivar en una complicación grave como una muerte materna o neonatal, llevando consigo una pérdida insustituible para la familia y la sociedad.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas de seguridad demuestran que sólo en los Estados Unidos se producen de 44000 a 98000 muertes cada año por errores médicos prevenibles, se calcula que en el mundo, fallecen más de cinco millones de personas anualmente debido a errores de seguridad. El problema más grave se centra en la falta de comunicación o en la comunicación incorrecta.

Estrategias de Comunicación

Se han descrito variadas estrategias en la comunicación para ser empleadas

por los equipos de salud, entre ellas existen 4 fáciles maneras de organizar el proceso de comunicación:

1. Reconocimiento de la situación.
2. Estándares de la comunicación.
3. Comunicación en asa cerrada y
4. Modelos mentales compartidos.

Estándares de la Comunicación: Hasta el 50% de los conocimientos adquiridos pueden llegar a olvidarse con el paso del tiempo; por ello, las estrategias deben ir enfocadas en aplicar sistemas de alarma tempranas para identificar y actuar en las situaciones de riesgo. Se

debe identificar al líder y notificarle de la manera más expedita acerca de la situación que acontece, para facilitar este proceso se cuenta con el acrónimo STEP que significa:

Status of patient (estado del paciente)

Team members (miembros del equipo)

Environment (ambiente/ escenario)

Progress toward Goal (progreso hacia la meta)

El acrónimo STEP debe colocarse en todas las salas de parto para ayudar a los miembros del equipo a comunicar las situaciones.

Otro aspecto relevante en los estándares de comunicación es el hecho de alertar sobre el estado del paciente, se debe mantener la prioridad a la hora de informar tratando de homogeneizar criterios de alerta. Para lograr alertar de forma eficiente se cuenta con una herramienta de comunicación estructurada como lo es el: SBAR (Situation Background Assesment Recommendation) o SAER por sus siglas en español:

Situation (Situación por la que llama)

Background (Antecedentes)

Assessment (Evaluación)

Recommendation (Recomendación)

Como estrategia de comunicación asertiva para transmitir preocupación ante determinada situación se encuentra el

acrónimo CUS. Con el empleo del CUS, se pueden transmitir a los miembros del equipo inquietudes referentes a las labores de sus integrantes con el lenguaje más apropiado, teniendo como premisa que el personal en áreas de alto riesgo debe ceñirse a niveles de alto funcionamiento para proporcionar cuidado seguro y efectivo.

Concerned (preocupado)

Unconfortable (incómodo)

This is Safety issue (es un asunto seguro)

Comunicación en Asa Cerrada

Esta se basa en dar una orden médica con nombre propio y la orden debe ser devuelta y repetida antes de colocar el medicamento. La comunicación en asa cerrada es una estrategia primordial en sala de partos donde las probabilidades de morir son de una en trescientas.

Modelos Mentales Compartidos

Los modelos mentales compartidos son aquellos que debemos utilizar permanentemente en obstetricia como la aplicación general de medidas que deben ser conocidas por todos los integrantes del equipo de trabajo. Ejemplo de modelos mentales compartidos lo constituyen el modelo de las "4T" en hemorragia post parto y el código rojo. Estos mapas deben de hacerse públicos para que sean ampliamente conocidos y aplicados.



Intervenciones costo efectivas

Dr. Pablo Durán – Uruguay

RESUMEN:

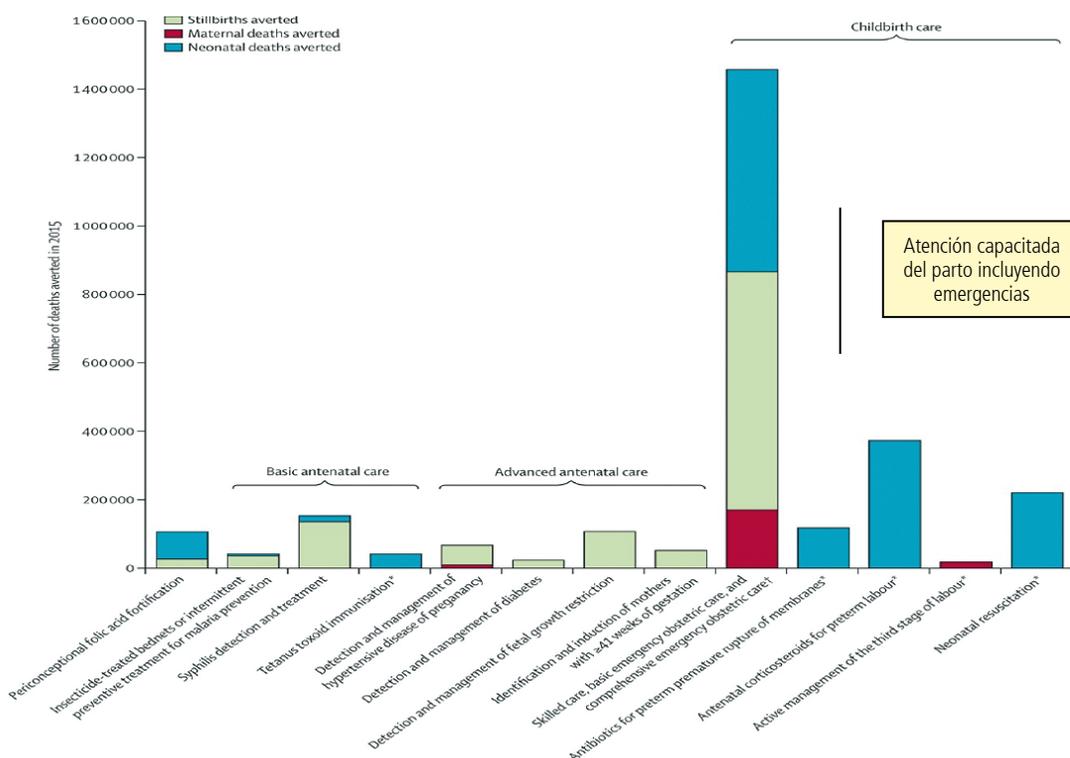
Debido a la importancia del cuidado neonatal, desde el año 2000 se incorporó el componente neonatal dentro de la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), esta propone un abordaje integral de la atención del niño con una serie de intervenciones basadas en la evidencia científica actual, el análisis de la factibilidad y su potencial en reducir tanto las Tasas de Mortalidad Neonatal como las de Morbilidad Neonatal médica.

INTRODUCCIÓN

Reflejo de la publicación de *The Lancet* el año 2005 sobre intervenciones neonatales se han elaborado materiales especializados orientados en la calidad de la atención del recién nacido, y que abarcan el período preconcepcional, antenatal, intraparto y post natal. A pesar de la amplia difusión de estrate-

gias para la disminución de las tasas de morbimortalidad neonatal, la cobertura de las intervenciones es limitada, y los grados de cumplimiento varían entre el 20 % y el 80 %, resulta notable el vertiginoso descenso de muertes maternas y neonatales que se produce ante una atención capacitada del parto, incluyendo emergencias.

INTERVENCIONES QUE SALVAN VIDAS DE MORTINATOS, MADRES, Y RECIÉN NACIDOS (COBERTURA UNIVERSAL) THE LANCET STILLBIRTHS SERIES, APRIL 2011



Fuente: The Lancet Stillbirths Series, April 2011.

Intervenciones neonatales basadas en evidencia en el contexto de AIEPI

Intervenciones antes del embarazo:

- Vigilancia del estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo.
- Suplementación con ácido fólico.
- Prevención y tratamiento de anemia con hierro, micronutrientes y salud reproductiva de la mujer.
- Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- Desparasitación en zonas de alta prevalencia.

- Detección y tratamiento de enfermedades crónicas.
- Detección, prevención y manejo de violencia doméstica.
- Detección, prevención y manejo del consumo de alcohol y tabaco.
- Detección, prevención y manejo de la depresión.
- Detección, prevención del cáncer cervico-uterino.
- Esquema completo de inmunización.
- Detección y tratamiento de enfermedad periodontal.
- Prevención del embarazo en adolescentes.

Intervenciones durante el embarazo:

- Control prenatal
- Prevención de muertes fetales
- Prevención de nacimientos pretérmino
- Manejo de Ruptura Prematura de Membranas
- Uso de la Historia Clínica Perinatal y el carné perinatal del CLAP/SMR
- Incremento de peso durante el embarazo
- Disminuir las cesáreas innecesarias
- Inmunización con toxoide tetánico contemplando el estado de vacunas previo
- Prevención de influenza con la aplicación de vacuna
- Tamizaje y tratamiento de los casos de sífilis
- Detección y tratamiento de la bacteriuria sintomática y asintomática
- Prevención y tratamiento de anemia con hierro
- Prevención de preeclampsia y eclampsia con calcio
- Prevención de preeclampsia y eclampsia con Aspirina
- Detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Antiretrovirales y otras acciones para reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH
- Detección y tratamiento de diabetes
- Desparasitación en zonas de alta prevalencia
- Detección y tratamiento de estreptococo del grupo B
- Nifedipina en trabajo de parto pretérmino
- Corticosteroides prenatales (beta-metasona, dexametasona), para inducir maduración pulmonar

- Detección, prevención y tratamiento de isoimmunización Rh
- Detección y tratamiento de enfermedad periodontal
- Detección, prevención y manejo de violencia doméstica, maltrato y depresión
- Detección y prevención de la exposición a tabaco
- Detección y prevención de la exposición a alcohol
- Detección y prevención de la exposición a drogas

Intervenciones durante el Trabajo de parto:

- Prácticas de atención del parto limpio y seguro (con personal calificado)
- Acompañamiento a la madre durante el trabajo de parto y parto
- Eritromicina en RPM antes del parto en < 37 semanas
- Vigilancia del trabajo de parto con partograma
- Cesárea en presentación podálica en recién nacidos con BPN
- Antibióticos profilácticos en cesárea
- Manejo activo modificado del tercer período
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical

Intervenciones maternas después del parto

- Contacto temprano piel a piel
- Alojamiento conjunto madre-recién nacido
- Detección y manejo de la endometriitis puerperal
- Detección, prevención y manejo de la depresión postparto

Intervenciones neonatales después del parto

- Reanimación neonatal con aire ambiental
- Atención inmediata al recién nacido sano
- Cuidado del cordón umbilical
- Cuidado de la piel al nacimiento
- Lactancia materna en la primera hora
- Programa madre canguro (contacto piel a piel)
- Estabilización y transporte neonatal
- Dosis única diaria de gentamicina para tratar sepsis neonatal
- Surfactante natural para tratar el síndrome de dificultad respiratoria
- Tamizaje neonatal para detectar hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria y fibrosis quística
- Detección y prevención de hepatitis B y tuberculosis
- Detección y tratamiento de retinopatía del prematuro
- Visita domiciliaria temprana para el cuidado del recién nacido

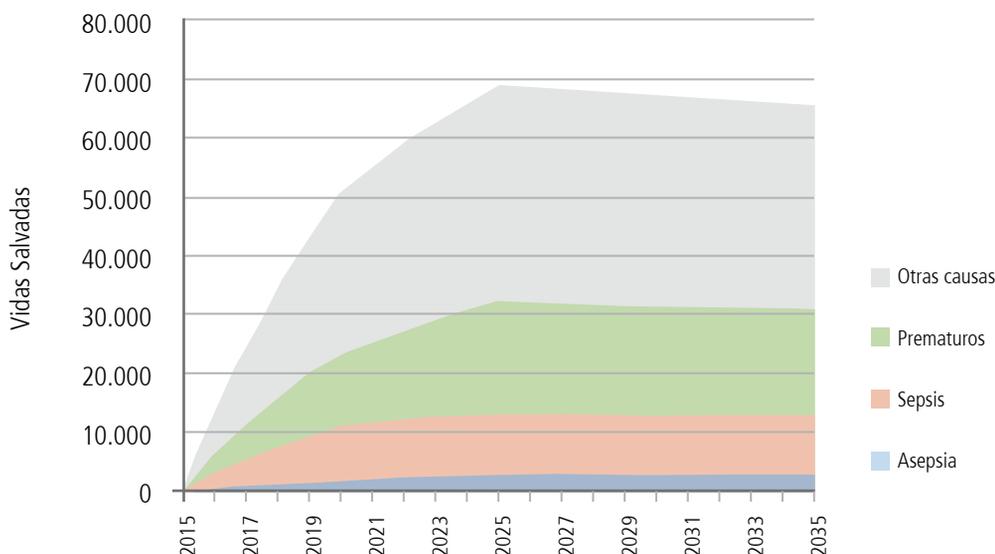
- Posición supina al dormir y Síndrome de Muerte Súbita
- Lactancia materna exclusiva

Como instrumentos de recolección de datos se cuenta con la Historia Clínica Perinatal y el carné perinatal del CLAP/SMR, que tienen como objetivo principal destacar aquellas intervenciones esenciales para el cuidado pre natal, peri parto y post natal.

Impacto de las Intervenciones

A pesar los grandes esfuerzos realizados y de la evidencia científica disponible que respalda suficientemente estas intervenciones, la cobertura continúa siendo deficitaria quizás debida a la limitada adherencia al cumplimiento de dichas conductas. Las proyecciones demuestran el potencial impacto de la implementación y aplicación de las intervenciones basadas en evidencia con la disminución de las muertes fetales, neonatales, de menores de 5 años y muertes maternas del 2015 al 2030.

NÚMERO DE VIDAS NEONATALES SALVADAS ANUALMENTE POR ASFIXIA SEPSIS Y PREMATURIDAD 2015-2030



El proceso de cambio de conducta no sólo implica la adquisición de conocimientos, implica que este nuevo conocimiento sea sintetizado, conducido, adaptado e incorporado a la realidad local y a la práctica.

El Proceso de Mejoramiento

El proceso de mejoramiento de la calidad de atención requiere otros enfoques como lo son:

1. Investigación a fin de valorar los factores que favorezcan la transferencia de conocimiento
2. Identificación de mecanismos efectivos de comunicación entre el equipo de salud y tomadores de decisión incluyendo tanto medios como "lenguajes"
3. Necesidad de mayores esfuerzos en la síntesis, difusión y transferencia de evidencia a nivel poblacional y comunitario acerca de los resultados alcanzados.

Se propone en términos generales

- Creación de vínculos entre investigadores y equipo de salud
- Involucramiento de los decisores de salud en el proceso de generación e intercambio de conocimiento

- Acuerdo entre metodologías de investigación apropiadas
- Proceso activo de fortalecimiento y estímulo para el intercambio de conocimientos
- Abordajes integrales
- Eliminación de disparidades regionales.
- Presentar y analizar los documentos sobre lineamientos para el mejoramiento de la calidad de atención del recién nacido
- Analizar los mecanismos de diseminación e implementación en la región, a partir de la experiencia de los autores y expertos participantes con una mirada regional y desde diferentes enfoques
- Creación de vínculos entre investigadores y equipo de salud
- Involucramiento de los decisores de salud en el proceso de generación e intercambio de conocimiento
- Acuerdo entre metodologías de investigación apropiadas
- Proceso activo de fortalecimiento y estímulo para el intercambio de conocimientos
- Abordajes integrales y la eliminación de disparidades regionales.



El Near-miss un evento trazador de calidad

Dr. Iván Ortíz – Colombia

RESUMEN:

El Near Miss o Morbilidad Materna Extrema (MME) es una complicación grave que se puede presentar durante el embarazo, parto o puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere una intervención inmediata con el fin de evitar la muerte. Los casos de MME se presentan en un mayor número que los casos de muerte, permitiendo conclusiones más validas acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención en salud. La vigilancia epidemiológica de la MME (Near- miss) es una de las estrategias del marco estratégico regional para el logro de las metas de desarrollo sostenible y es un indicador de instituciones y de la calidad de atención en las mismas.

INTRODUCCIÓN

EL concepto de Near-miss, se refiere a mujeres que tienen un compromiso de la salud materna donde la probabilidad de morir es muy alta. Para América Latina la denominación dada es Morbilidad Materna Extrema (MME) o Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Sólo se puede catalogar a la paciente como un Near-miss al egreso del centro de salud; si la paciente fallece se

cataloga como muerte materna, si sobrevive se denomina MME o Near-miss. La probabilidad de morir no está dada por un ente en particular, sino que depende de la calidad del servicio que se recibe. El nivel de atención tiene un gradiente dependiente del nivel de desarrollo de los sistemas de prestación de servicio.

La OMS define Near-miss como el evento en el que una mujer casi muer-

re, pero sobrevive a una complicación grave durante el embarazo, el parto o dentro de 42 días siguientes a su terminación. El Near-miss no es un indicador de país, es un indicador de instituciones y de la calidad de atención en las mismas.

Criterios de Inclusión

Siguiendo directrices de la OMS, los criterios de inclusión para la categorizar a una mujer como un Near-Miss o MME pueden estar asociados a una enfermedad específica, a una falla orgánica o pueden encontrarse relacionados con el manejo.

1. Relacionados con enfermedad específica:

- Eclampsia
- Choque séptico
- Choque hipovolémico

2. Relacionados con Falla de órganos:

- Cardíaca
- Vasculares

- Respiratorio
- Renal
- Coagulación
- Metabólico
- Hepático
- Cerebral

3. Dependientes del Manejo:

- Ingreso a UCI
- Cirugía de emergencia
- Transfusión sanguínea aguda

Según la OMS los criterios menos sensibles y con menor valor predictivo son los relacionados con la enfermedad específica. La forma en la cual tradicionalmente la FLASOG definió los criterios no se ajusta exactamente a la propuesta de la OMS. En la ciudad de Montevideo en el año 2012 se realizó una reunión del CLAP con la intención de unificar criterios entre la visión FLASOG y OMS donde se logró la realización de una plantilla de recolección de datos en la cual se incluían ambos puntos de vista, en celdas separadas.

CRITERIOS PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS

CONDICIONES POTENCIALMENTE PELIGROSAS PARA NEAR MISS																			
CRITERIOS CLÍNICOS				LABORATORIO				INTERVENCIONES											
PAS ≥ 160 mmHg	si	no	s/d	TGO ≥ 70 U/L	si	no	s/d	pH < 7,3	si	no	s/d	Remoción de restos ovulares	si	no	s/d				
PAD ≥ 110 mmHg	●	○	○	LDH > 600 U/L	●	○	○	PaO ₂ / FiO ₂ < 400 mmHg	●	○	○	Alumbramiento manual	●	○	○				
PAS ≤ 90 mmHg #	●	○	○	Plaquetas < 100.000	●	○	○	PaCO ₂ < 32 mmHg *	●	○	○	Uterotónicos para tto. Hemorragia	●	○	○				
PAD ≤ 60 mmHg #	●	○	○	Creatinina ≥ 1,2 mg/dL	●	○	○	Leucocitos > 12.000 o < 4.000 *	●	○	○	↓ Cuál/es _____							
FC > 90 lpm *	●	○	○	Bilirrubina > 1,2 mg/dL	●	○	○	Neutrófilos en cayado > 10% (desviación a la izquierda) *	●	○	○								
FR > 20 rpm *	●	○	○	ENFERMEDADES															
Temperatura > 38°C o < 36°C *	●	○	○	Hipertensión grave	si	no	s/d	Placenta previa	si	no	s/d	Endometritis	si	no	s/d	Sutura de desgarros complicados	si	no	s/d
Convulsiones	●	○	○	Preeclampsia grave	●	○	○	Acretismo placentario	●	○	○	Pielonefritis	●	○	○	Administración de hemoderivados	●	○	○
Alteración del estado de alerta	●	○	○	Eclampsia	●	○	○	DPPNI	●	○	○	TEP	●	○	○	Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/embolización	●	○	○
Oliguria	●	○	○	Síndrome HELPE	●	○	○	Rotura uterina	●	○	○	TVP	●	○	○	Laparotomía (excluye cesárea)	●	○	○
# Asociado a pérdida hemática o signos de infección				Edema pulmonar	●	○	○	Hemorragia postparto	●	○	○	Neumonía	●	○	○	Ingreso a UCI	●	○	○
* SIRS = 2 o más criterios (clínicos o de laboratorio)				Hemorragia post aborto	●	○	○	SIRS	●	○	○	Otras infecciones	●	○	○	Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa	●	○	○
Sepsis = SIRS + foco infeccioso				Embarazo ectópico	●	○	○	Sepsis	●	○	○	Cetoacidosis diabética	●	○	○	↓ Cuál/es _____			
												Crisis tiroidea	●	○	○				
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS																			
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA				LABORATORIO				INTERVENCIONES											
Cardiovascular		si	no	s/d	Renal		si	no	s/d	Laboratorio		si	no	s/d	Administración continua de agentes vasoactivos	si	no	s/d	
Shock	●	○	○	Oliguria resistente a líquidos o diuréticos	●	○	○	Plaquetas < 50.000 por ml	●	○	○				↓ Cuál/es _____				
Paro cardíaco	●	○	○	Hematológicos/coagulación				Creatinina ≥ 300 micromoles/l o ≥ 3,5 mg/dl	●	○	○								
Hepático				Neurológico				Bilirrubina > 100 moles/l o > 6,0 mg/dl	●	○	○				Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	si	no	s/d	
Ictericia en preeclampsia	●	○	○	Coma	●	○	○	pH < 7,1	●	○	○				↓ días []				
Respiratorio				Inconsciencia prolongada > 12 hs.	●	○	○	pO ₂ < 90% ≥ 1 hora	●	○	○				Administración ≥ 3 vol de hemoderivados	si	no	s/d	
Cianosis aguda	●	○	○	Accidente cerebro vascular	●	○	○	PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg	●	○	○				↓ días []				
Respiración jadeante (gasping)	●	○	○	Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico	●	○	○	Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl	●	○	○				Histerectomía	●	○	○	
Taquipnea severa FR > 40 rpm	●	○	○	Parálisis generalizada	●	○	○								Dialísis en caso de IRA	●	○	○	
Bradipnea severa FR < 6 rpm	●	○	○												Reanimación cardio-pulmonar	●	○	○	

Con el objetivo de comparar los criterios de la OMS y FLASOG, el CLAP desarrolló una investigación para evaluar el valor predictivo en términos de los desenlaces definitivos, Cuando se compararon parámetros clínicos, se tomó en cuenta el likelihood ratio positivo de cada uno de los parámetros evaluados. Por último, se compararon los criterios OMS y FLASOG, concluyendo que ambos esquemas plantean prácticamente lo mismo, expresados de una manera diferente.

Importancia del Near-Miss

La identificación de los casos con MME emerge como un complemento prometedor en la investigación, evaluación y mejoramiento de los servicios de salud materna. El Near Miss sirve para identificar en un momento determinado, cual es el riesgo de complicación y facilita información para lograr la intervención de manera oportuna. Los casos de MME se presentan en un mayor número que los casos de muerte, permitiendo conclusiones más validas

acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención.

Las lecciones aprendidas del manejo de los casos que sobreviven, pueden ser usadas para evitar nuevos casos de muerte materna; estas lecciones pueden ser menos amenazantes para los proveedores de salud que las derivadas de los análisis de la muerte materna, además de ser un evento anticipatorio a la muerte. En un estudio realizado por el CLAP, la incidencia de MME por cada caso de muerte fue 13 casos de Near-Miss por cada caso de muerte materna.

Importancia de la Vigilancia del Near-Miss

- La identificación de los casos de morbilidad materna extrema (MME) emerge como un complemento prometedor para la investigación de las muertes maternas y debe ser usado para la evaluación y mejoramiento de los servicios de salud materna.
- Permite la construcción de nuevos indicadores que facilitan la auditoría de la calidad por resultados como el índice de mortalidad y la relación mortalidad materna extrema/muerte materna.

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN CONSTRUÍDOS A PARTIR DEL NEAR - MISS

INDICADOR	DEFINICIÓN	UTILIDAD
ÍNDICE DE MORTALIDAD	<p>Numerador: número de casos de muerte materna certificadas en el periodo</p> <p>Denominador: número de casos de muerte materna + número de casos de MME</p> <p>Coefficiente de multiplicación: por cien (X 100)</p>	<p>Indicador de letalidad, refleja el porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME.</p> <p>Evalúa la calidad de atención.</p>
RELACIÓN MME / MM	<p>Numerador: número de casos de MME certificados en el periodo</p> <p>Denominador: número de casos de muerte materna</p>	<p>Refleja el número de casos de MME por cada caso de muerte materna.</p> <p>Evalúa la calidad de atención</p>



Vigilancia de la muerte materna, fetal y neonatal

Dra. Gladys Mora – Paraguay

RESUMEN:

La vigilancia es un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis e interpretación de datos. Un sistema de vigilancia de la mortalidad materna y su respuesta pueden ser de gran utilidad para orientar la aplicación de intervenciones efectivas para la prevención de futuras muertes maternas. En el sistema de salud de Paraguay se establece la obligatoriedad de la presentación de las notificaciones de ocurrencias de muerte materna, fetal y neonatal, junto con las intervenciones obstétricas exitosas. Todas las defunciones deben ser reportadas, analizadas y sometidas a auditorías de manera sistemática en 3 niveles: local, regional y central como parte de un flujograma preestablecido. La vinculación de la vigilancia de la mortalidad con las medidas para combatirla es el elemento central del proceso de rendición de cuentas.

INTRODUCCIÓN

Cuando ocurre una muerte materna, es el inicio de todo un proceso de recolección de datos, análisis y fundamentalmente de ajustes, con el objetivo de implementar en los diferentes servicios proyectos, planes y situaciones en las cuales se actúe para prevenir ese tipo de situaciones.

Paraguay tiene 18 regiones sanitarias donde se ejerce vigilancia del sector público y privado. La población estimada del año 2015 es de 7.003.404, siendo la población femenina de 3.467.025 y la masculina de 3.536.379. La tasa de fecundidad es de 2,6 por número de hijos/mujer y la esperanza de vida promedio es de 73,2 años. La razón de mortalidad materna en el 2014 fue de 63,9 por cada 100.000 nacidos vivos

siendo las principales causas de mortalidad materna: hemorragia, trastornos hipertensivos del embarazo y complicaciones post aborto.

Marco Conceptual

Para la mejor comprensión del proceso de vigilancia de la mortalidad se deben conocer algunos conceptos básicos:

Vigilancia: Es un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis e interpretación de datos.

Difusión: Es la acción de compartir los datos con las diferentes instancias comunitarias de salud.

Causas: identificación de los motivos con los que están relacionadas las muertes maternas y neonatales.

Medidas o intervenciones: prevención de futuras muertes.

Las Intervenciones del sector salud para la maternidad segura se sostienen en 4 pilares fundamentales:

1. Planificación familiar
2. Atención prenatal
3. Atención de calidad del parto y
4. CONE (organización de los servicios).

Marco Legal

La resolución S.G. N° 866/2014, marca el inicio del proceso de la vigilancia por el cual se establece la obligatoriedad de la presentación de las notificaciones de ocurrencias de muerte materna, fetal y neonatal, junto con las intervenciones obstétricas exitosas. La remisión de investigaciones clínicas epidemiológicas de los casos, remisión de certificados de defunción, llenado correcto del sistema informático perinatal en todos

los establecimientos de salud y dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Esta resolución establece el flujograma de acción el cual explica de manera exacta y clara los pasos a seguir desde la captación de una muerte en cada uno de los servicios.

Flujograma de Notificación de Muerte Materna

Nivel Local:

- Se inicia la alerta. El Equipo técnico local realiza la notificación obligatoria a cargo del epidemiólogo o la encargada de salud sexual y reproductiva.
- Se completa de forma adecuada el formulario de notificación obligatoria dentro de las primeras 24 horas (ya sea muerte materna o neonatal). Se envía directamente a las direcciones generales de vigilancia de la salud (DGVVS), de información estratégica en salud (DIGIES) y de programas de salud (DGPS).
- Una vez notificado, se reúne el equipo técnico local y se hace un análisis del caso. Se notifica a la región y se elabora un plan de acción local.

Nivel regional

- Consolida las informaciones.
- Analiza los casos, elaboran conclusiones y recomendaciones.
- Se realiza el seguimiento del plan de acción.

Nivel Nacional (Comité Central)

- Se produce al análisis correspondiente, y se dictan medidas, resoluciones y programas.

Para dicho proceso contamos con los instrumentos de recolección:

Certificado de defunción: Documento de suma importancia que representa una de las debilidades fundamentales, cuando se realiza de manera incorrecta.

Formulario número 1: Planilla mensual de muertes en mujeres de 10 a 54 años.

Formulario número 2: Resumen del caso, informe técnico de mortalidad materna. Nivel local.

Formulario número 3: Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, plan de acción local. Nivel local.

Formulario número 4: Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, nivel regional.

Conclusiones del Comité Vigilancia:

- Debilidad en el correcto llenado de los certificados de defunción.

- Ha mejorado en el envío de formularios en tiempo en mortalidad materna.

- Necesidad de mejorar en la mortalidad neonatal.

- Necesidad de mejorar el análisis de las muertes maternas y neonatales.

- Existe falta de conocimiento y apego a las normas y protocolos vigentes.

- Necesidad de mejorar la capacidad resolutive de los profesionales.

- Necesidad de mejorar el nivel organizacional de los servicios en los casos de mortalidad materna.

- En los casos de mortalidad materna no se manifestó recientemente falla de insumos, equipos o sangre.

- La distribución por demoras fue del 80% en la tercera, 15 % en la segunda y 5 % en la primera.



Como elaborar artículos científicos

Dr. Damián Vázquez. OPS - Washington

RESUMEN:

La atención sanitaria, la investigación de salud y la publicación científica son campos estrechamente relacionados. Actualmente Las políticas de Salud Pública se basan en evidencia científica publicada. La publicación de artículos científicos es indispensable para la formulación de estrategias de abordaje y son el soporte para cambiar la realidad de manera efectiva, a través de las políticas públicas.

INTRODUCCIÓN

Los resultados de una investigación, independientemente de lo útil y beneficiosos que puedan ser, si no están publicados una revista científica, en la práctica no existen. El papel de la investigación científica es hacer visible los resultados de una investigación y propiciar a través de ellos información que utilizarán los tomadores de decisiones para definir o realizar cambios en las

políticas de salud pública y proveer de una base a otros investigadores para que continúen con la búsqueda de respuestas a determinada situación.

¿Para qué publicar?

La atención sanitaria, investigación de salud y la publicación científica, son tres campos que a primera vista lucen aislados; sin embargo, están muy relacionados, cuando se presenta un problema

en el campo de la atención sanitaria, se realiza una investigación en salud y esa investigación genera respuestas que deberían terminar publicándose destinadas a alimentar el soporte para cambiar la realidad de manera efectiva, a través de las políticas públicas.

Las políticas de salud deben basarse siempre en evidencia científica publicada, cuando estas políticas son implementadas de manera coherente y permanente, se produce un cambio en la atención y por lo tanto un resultado sostenible, ejemplo de ello es la eliminación de la rubeola del continente americano.

¿Por qué es importante escribir bien?

Los errores distraen la atención del lector y disminuyen la credibilidad del investigador. Se pierde credibilidad al escribir de manera incorrecta, la información en la comunicación científica se debe tener claridad y precisión.

El Lenguaje científico tiene 4 pilares básicos para la adecuada comunicación, este debe ser:

- Claro
- Preciso
- Conciso e
- Inequívoco

¿En qué revista publicar?

Existe una gran diversidad de revistas en las cuales publicar y la elección debe ir condicionada por la evaluación de diferentes aspectos, generalmente los siguientes:

- Reputación/prestigio de la revista
- Relevancia dentro de la especialidad
- Factor de impacto

- Ámbito internacional o nacional
- Acceso abierto o restringido
- Distribución de la revista (destinatarios)
- Ajuste entre el artículo y la revista
- Idioma
- Rapidez de publicación
- Revista Indexada

La decisión debe ser tomada antes de comenzar a escribir con el objetivo de ajustar el artículo a publicar al perfil de la revista científica.

¿En qué idioma publicar?

En la actualidad el lenguaje universal de la medicina es el inglés; sin embargo, para la elección del idioma de publicación se debe abordar la perspectiva del autor y la evidencia a presentar. Lo ideal es sopesar cada caso en particular.

Si el investigador decide publicar en inglés o en otro idioma que no es su lengua nativa, se debe estar seguro de esa redacción. Es conveniente dárselo a corregir a un hablante nativo de esa lengua o en el mejor de los casos, a un editor.

¿Cómo aumentar las posibilidades de publicación de mi artículo?

Existen algunas partes del artículo que son fundamentales y forman parte del estudio minucioso del editor, estas son:

1. Título
2. Resumen
3. Palabras clave
4. Carta de presentación (no forma parte del artículo científico como tal)

Los tres primeros aspectos del manuscrito (título, resumen y palabras clave) son lo primero que lee editor, el revisor de pares y lo único que leerá la mayoría de los lectores en general.

Las palabras clave en caso de publicar en idioma Inglés deben ser tomadas de los términos del **MeSH** (Medical Subject Headings) y en caso de publicar en idioma Español o Portugués, de los términos del **DeCS** (Descriptores en Ciencias de la Salud) que son vocabularios controlados en los respectivos idiomas de palabras clave.

Cuando se busca un artículo científico a través de los motores de búsqueda

de bases bibliográficas, sólo se buscan las palabras seleccionadas en el título, en el resumen y en las palabras clave; por lo que a mayor cantidad de palabras tomadas de esas listas de términos se introduzcan en el título, resumen o palabras clave, mayor será la probabilidad de que el artículo sea encontrado.

Es recomendable leer las instrucciones para los autores que se encuentran en los sitios Web de las revistas de publicación científica médica, en ellos se especifica acerca de las categorías de los artículos, la extensión, redacción, figuras y cuadros, referencias, cantidad, formato y plataforma de presentación.

SECCIÓN VIII:

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO. ESTRATEGIAS





Apego precoz y manejo en las primeras 48 horas. Pinzamiento oportuno del cordón umbilical

Dra. Zulma Troche – Paraguay

RESUMEN:

El apego precoz consiste en la colocación del Recién Nacido sobre el pecho de la madre poco tiempo después del nacimiento. El contacto piel a piel beneficia y refuerza el vínculo entre la madre y el hijo a la vez de propiciar la lactancia materna. La lactancia materna está reconocida como la estrategia más costo-efectiva para reducir la mortalidad neonatal y existe suficiente respaldo en la evidencia científica que sugiere que la iniciación tardía de la misma (después del 1er día) aumenta el riesgo de muerte neonatal por infección en 2,6 veces. El pinzamiento oportuno del cordón umbilical (2 a 3 minutos posterior a la expulsión fetal) podría disminuir a la mitad el porcentaje de niños anémicos en las primeras 48 horas de vida y las consecuencias de la anemia ferropénica en infantes como retardo de la maduración del sistema nervioso central, retraso en el desarrollo mental, alteraciones en el desarrollo cognoscitivo, disminución de la inmunidad y afectación del crecimiento físico.

INTRODUCCIÓN

En la década de 1970 se publicaron estudios que relacionaban un clampeo o pinzamiento demorado del cordón umbilical con resultados perjudiciales para el recién nacido debido a una mayor transfusión de sangre desde la placenta al feto condicionando un estado de sobre carga cardíaca, dificultad respiratoria e hiperviscosidad. Estos estudios realizados con un número reducido de pacientes no cumplían con los rigores científicos de investigación; sin embargo, tuvieron amplia difusión, trayendo como consecuencia la persistencia hasta la actualidad de la conducta del pinzamiento temprano.

Pinzamiento oportuno del cordón umbilical

Como consecuencia del pinzamiento temprano del cordón umbilical se priva al recién nacido de recibir un promedio de 35 ml de sangre por kg de peso, esa cantidad aportaría entre 30mg a 50 mg de hierro y está fundado en diversos estudios que relacionan el pinzamiento precoz con la frecuencia de la anemia, que según datos recientes en lo menores de dos años, se encuentra por encima del 75%.

En teoría, con el pinzamiento oportuno del cordón, podría reducirse a la mitad, el porcentaje de los niños anémicos en las primeras 48 horas de vida y las consecuencias de la anemia ferropénica como retardo de la maduración del sistema nervioso central, retraso en el desarrollo mental y neuromotor, alteraciones en el desarrollo cognoscitivo, disminución de la inmunidad y afectación del crecimiento físico.

Diversos estudios demuestran un aumento significativo de prácticamente

el 50% en la cantidad de hierro, hasta la edad de los seis meses, cuando se decide demorar la ligadura y corte del cordón umbilical entre dos y tres minutos tomándose en cuenta la ausencia del latido del cordón.

El pinzamiento del cordón umbilical debe realizarse a los dos o tres minutos de la expulsión fetal, teniendo en cuenta que el aumento de depósito de la cantidad de hierro influirá positivamente en el desarrollo del coeficiente intelectual de los lactantes, disminuirá la necesidad de transfusiones, uso de fármacos y la posibilidad de aparición de dificultad respiratoria.

Apego precoz

El apego es la tendencia del recién nacido a buscar la proximidad de sus progenitores en los momentos de estrés, este depende de un vínculo, un lazo afectivo, que la figura parental despierta en el niño. El apego establece la tendencia humana de establecer vínculos afectivos entre determinadas personas a través de la vida.

Una vez finalizada la tercera etapa del trabajo de parto se debe realizar la ligadura y corte del cordón umbilical y una vez comprobada la ausencia de complicaciones, corresponde secar levemente al recién nacido, estimularlo, aspirar en caso de ser necesario, posicionarlo sobre las mamas de la madre y abrigoarlos con manta seca alentando la unión madre/recién nacido. Si bien es cierto que el sentido de la visión no está desarrollado, el sentido olfatorio sí, y el neonato aprende a reconocer el olor materno y relacionarlo con el ambiente intrauterino.

El apego y la lactancia materna precoz deben ser propiciados en la primera

hora de vida debido a que el neonato tiene un tiempo de receptividad promedio entre 40 y 60 minutos. El contacto piel a piel fortalece el vínculo mamá-bebé. Otro beneficio sustancial de la lactancia y el apego precoz se produce sobre la contracción uterina, debido al estímulo que ejerce el recién nacido sobre la madre al estimular mayor secreción de oxitocina.

La iniciación tardía de la lactancia materna aumenta el riesgo de mortalidad neonatal en unas 2,6 veces, por su parte, la suplementación aumenta la mortalidad por diarrea y por enfermedades respiratorias en lactantes de menos de 2 meses.

La promoción de la lactancia materna es un componente clave de la estrate-

gia para la supervivencia infantil. Es la estrategia más costo-efectiva para reducir la mortalidad neonatal y su exclusividad durante los primeros seis meses de vida, y de inicio a la primera hora después del parto, es una conducta que está enfatizada por las políticas internacionales.

Los primeros minutos de vida, inmediatamente después del nacimiento son minutos decisivos para el futuro del recién nacido, en ese momento se dan encefálicamente patrones psicológicos que conducirán la vida del individuo de manera permanente, por ello las intervenciones deben ser realizadas de manera oportuna e ir orientadas a ejercer las buenas prácticas clínicas que han demostrado eficacia.



Estrategia mamá canguro

Dra. Mercedes Portillo – Paraguay

RESUMEN:

La estrategia Mamá Canguro se fundamenta en el contacto piel a piel entre la madre y su recién nacido, es una alternativa efectiva y factible para brindar al recién nacido estable, en situación de bajo peso al nacer y/o prematuridad las necesidades básicas de calor, lactancia, protección de infección, seguridad y amor. No necesita de tecnología sofisticada y permite a la madre llevarse a su recién nacido al hogar para continuar el tratamiento. Investigaciones recientes demuestran beneficios sustanciales en la práctica del método canguro como: reducción de la mortalidad, disminución de las infecciones intrahospitalarias, infecciones severas y tiempo de hospitalización.

INTRODUCCIÓN

El Método Mamá Canguro (MMC) fue ideado en Colombia en el año 1978 por el Dr. Edgar Sanabria ante la situación de precariedad que atravesaba el Instituto Materno Infantil donde se desempeñaba como neonatólogo. La propuesta del Dr. Sanabria se basaba en una estrategia para el cuidado de los neonatos que consistía en iniciar una interacción temprana entre la madre y el recién nacido, con un fuerte estímulo a la lactancia materna y el alta

hospitalaria temprana para continuar con la estrategia ambulatoriamente. La iniciativa tuvo resultados favorables al disminuir la mortalidad y morbilidad infecciosa por lo que su uso se difundió progresivamente.

Investigaciones recientes demuestran beneficios sustanciales en la práctica del método canguro continuo como: reducción de la mortalidad en un 33% a 40%, disminución de las infecciones nosocomiales y disminución del 70% de las enfermedades severas en el seguimiento a seis meses. Con el método

canguro intermitente se produce una disminución de las infecciones severas, tiempo de hospitalización y de infecciones nosocomiales; En ambas modalidades se observa un aumento en la ganancia de peso, talla y perímetro cefálico, así como aumento de lactancia materna.

En el año 2013 se realizó una convocatoria en Estambul, Turquía a un evento entre profesionales de la salud enfocados en la atención neonatal, donde se discutieron las estrategias para acelerar la adopción de esta intervención que salva vidas.

La Declaración de Estambul, publicado en *The Lancet* cita:

“Basado en la evidencia disponible, hemos obtenido consenso de que MMC debe ser adoptado y acelerado como el estándar de atención y como una intervención esencial para los recién nacidos prematuros. Hemos definido el éxito como la acción aumentada y sostenida a nivel nacional y mundial para lograr cobertura del 50% del MMC para bebés prematuros para el año 2020 como parte de un paquete integral de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, y proponemos la siguiente llamada a la acción para lograr esta meta”.

Ventajas del Método Mamá Canguro

- Eleva la calidad del cuidado neonatal.
- Disminuye la estancia hospitalaria.
- Mejora la utilización de los recursos humanos y tecnológicos.
- Disminuye costos.
- Disminuye la mortalidad del recién nacido prematuro y bajo peso por disminución de los períodos de ap-

nea, respiración irregular e hipotermia.

- Disminuye la frecuencia de enfermedades infecciosas leves y graves, por la promoción de la lactancia materna.
- Disminuye el reflujo gastroesofágico y la broncoaspiración.

Componentes del Método Mamá Canguro

- 1. Posición Canguro:** Contacto piel a piel, en el pecho de la madre, 24 horas al día, en estricta posición vertical.
- 2. Nutrición Canguro:** Basada en la alimentación con lactancia materna cuando sea posible.
- 3. Políticas de Egreso:** Salida precoz en posición canguro y seguimiento ambulatorio estricto hasta un año como mínimo.

El método canguro ambulatorio: Se inicia una vez el bebé prematuro o de bajo peso se encuentra estable y adaptado a la vida extrauterina, coordinando la succión con la deglución.

El trabajo en equipo es fundamental para la implementación del método en los servicios de salud; el rol de la enfermera en la capacitación, registro y entrevista a la madre y la familia es crucial. La estrategia Mamá canguro requiere de supervisión y/o seguimiento estrecho del personal del servicio de salud y sobre todo del compromiso de la familia.

Situación del Método Canguro en Paraguay

En el Paraguay se benefician actualmente del método mamá canguro el 0,5% de los prematuros nacidos en el país, y el 13% de los prematuros na-

cidos en centros con unidad canguro. En la ciudad de Encarnación se implementó la primera unidad de método canguro en el país, posteriormente se inició en el hospital Materno Infantil San Pablo, la Ciudad de Pedro Juan Caballero y Coronel Oviedo. Actualmente los centros Implementadores del Método Canguro en Asunción son el Hospital Materno San Pablo y el Hospital Nacional de Itaguá.

Entre los logros del Método Mamá Canguro en Paraguay se destacan:

- La Resolución Número 4027/2014, que norma la distribución y normalización del MMC en el país.
- La implementación de terapias abiertas las 24 horas.
- Aumentó el porcentaje de lactancia materna en todos los centros implementadores.

Desafíos en el Paraguay

- Expandir a otros hospitales.
- Contar con una red de seguimiento.
- Proveer de materiales educativos de apoyo y estimulación temprana en el hogar.
- Garantizar el seguimiento oftalmológico, eco cardiograma y eco encefalografía.
- Realizar seguimiento del neurodesarrollo hasta los 5 años.

- Contar con centros de audición y lenguaje.
- Fortalecer la fase ambulatoria.
- Disponer de recursos humanos e infraestructura.
- Contar con presupuesto disponible.

Recomendaciones prácticas:

1. Las guías en sí, no son suficientes para desarrollar un programa de buena calidad, un buen entrenamiento y exponerse a una práctica exitosa de Método Mamá Canguro en un centro canguro de referencia, es clave para una diseminación exitosa de la técnica.
2. Todos los niveles del personal del hospital (administrativos, enfermería, y médico) deben estar comprometidos para asegurar el éxito de la implementación del MMC.
3. Existen evidencias convincentes para utilizar MMC en recién nacidos de bajo peso estables, como alternativas al manejo convencional, principalmente en escenario de bajos recursos.
4. El MMC continuo y el intermitente son beneficiosos para los recién nacidos de bajo peso al nacer. Hasta la fecha, no hay evidencia suficiente para recomendar el MMC en recién nacidos no estables.



Distrés respiratorio del recién nacido

Dra. Elvira Mendieta – Paraguay

RESUMEN:

El adecuado funcionamiento del sistema respiratorio en los primeros minutos de vida es fundamental para la supervivencia del recién nacido, cualquier trastorno en su función respiratoria, pone en riesgo la vida, y sin duda, una buena evaluación inmediata y un diagnóstico precoz puede modificar significativamente los resultados en la mortalidad y morbilidad. El Distrés Respiratorio constituye la causa más frecuente de morbi-mortalidad neonatal y comprende una serie de entidades nosológicas que se manifiestan por síntomas comunes respiratorios como tiraje sub e intercostal, taquipnea, y aleteo nasal. El examen radiológico del tórax es uno de los pilares diagnósticos en conjunto con los antecedentes y examen físico.

INTRODUCCIÓN

Los Recién Nacidos poseen ciertas características en el sistema respiratorio que los predisponen a presentar dificultad respiratoria; la pared torácica muy elástica condiciona que al respirar se altere significativamente su estructura y puede agotar al recién nacido y llevarlo rápidamente a un estado de apnea. El pulmón en sí, es más elástico y tiende al colapso, los volúmenes pulmonares se encuentran disminu-

dos, los músculos respiratorios de fatigan fácilmente y la vía aérea es de pequeño diámetro y de fácil obstrucción con secreciones. El neonato puede cursar con déficit de sustancia surfactante y colapso alveolar por falta del mismo; en ocasiones puede presentar persistencia del foramen oval y ductus arterioso (sobre todo en neonatos prematuros) y reactividad exagerada de la circulación pulmonar. La manifestación clínica por excelencia en cualquier patología en el recién nacido es la dificultad respiratoria.

Dificultad respiratoria en el Recién Nacido

Causas

Las causas de distrés respiratorio son múltiples y se clasifican en torácicas y extra-torácicas. Las causas torácicas a su vez se dividen en: pulmonares y extra pulmonares. Las causas extra-torácicas pueden ser de origen metabólico, neurológico, abdominal y de vías aéreas.

Causas pulmonares

COMUNES: Taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina, hipertensión pulmonar, síndrome de aspiración de meconio, neumonía congénita.

RARAS: Hipoplasia pulmonar, neumotórax espontáneo, quiste broncogénico, malformación adenomatosa quística, secuestro intralobar.

Causas no pulmonares

Atresia de coanas, síndrome de Pierre Robin, parálisis de cuerdas vocales, laringomalacia, estenosis laríngea o traqueal, fístula traqueoesofágica, hipo/hiperglucemia, acidosis metabólica, sepsis/meningitis, hipo/hipertermia, poliglobulia, anemia, reflujo gastroesofágico, shock, deshidratación, HIV, asfixia perinatal, parálisis diafragmática, depresión por drogas.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en los antecedentes, cuadro clínico, radiología, gasometría, laboratorio y resonancia magnética nuclear.

En los antecedentes se debe precisar los siguientes aspectos:

- Embarazos anteriores (Prematuridad, alteraciones obstétricas, complicaciones).
- Embarazo actual (Diabetes, embarazo múltiple, oligoamnios, polihidramnios, hemorragias maternas).
- Factores intraparto: (RPM, Cesárea, Asfixia y acidosis, meconio).
- Factores post natales. (Asfixia neonatal, apnea, infección, reanimación).
 - La diabetes aumenta en 6 veces el riesgo de desarrollo de enfermedad de membrana hialina.
 - La cesárea aumenta el riesgo de taquipnea transitoria en RN de término. (10 veces más riesgo).

Cuadro clínico

- Presencia de dificultad respiratoria con quejido, retracción subcostal y/o intercostal, taquipnea, aleteo nasal y cianosis.
- Requerimiento de oxígeno, asistencia respiratoria mecánica.
- El puntaje de Silverman ya no se usa.

Examen físico

Puede existir: Polipnea, quejido, tiraje, retracción, aleteo nasal, asimetría torácica, murmullo vesicular disminuido, soplos y cianosis. Se deben examinar pulsos periféricos, llenado capilar y coloración de piel.

Radiografía

Es indispensable para el diagnóstico, debe realizarse sin demora. El volumen pulmonar puede encontrarse aumentado, disminuido, normal o asimétrico, de acuerdo a la patología:

Taquipnea Transitoria del RN: El Volumen pulmonar se encuentra aumenta-

do, hay congestión reticular, opacificación leve de los pulmones. En la clínica solo se encuentra taquipnea y la resolución generalmente se produce en 24 a 48 horas.

Enfermedad de la Membrana Hialina:

El Volumen pulmonar se encuentra disminuido, se presentan broncogramas, e imagen reticulogranular. la manifestación más importante es la hipoxemia progresiva.

Neumonía Connata: El volumen pulmonar generalmente es normal con infiltrado retículo granular.

SALAM: (Síndrome de aparición de líquido meconial): cursa con volumen aumentado, antecedentes de reanimación, atrapamiento de aire y asimetría torácica.

Hipertensión pulmonar: el volumen pulmonar puede ser variable, en el Rx: Hipoflujo pulmonar, requieren oxígeno continuamente.

Recomendaciones para la reanimación del Recién Nacido

- Monitorización de temperatura y SatO₂ y pulso.
- Oxímetro en muñeca, para control de SatO₂ y pulso.
- Iniciar reanimación con FiO₂ ambiente.
- Hay una tendencia actualmente de ventilar al paciente con aire ambiente.

Existe evidencia científica que sugiere que el oxígeno al 100 % durante la reanimación puede ser lesivo, algunos

autores consideran apropiado el uso de concentraciones de oxígeno inspirado de 40 % inicialmente con aumentos graduales según necesidad.

Intubación del Recién Nacido

En patologías como: Hernia diafragmática, atresia esofágica y depresión neonatal.

En los menores de 1500 gramos deben ser derivados a UTI-Pediátrica.

Uso de CPAC

El CPAC es una ventilación mecánica de bajo costo, no invasiva fácil de usar y efectiva. EL CPAC temprano reduce la necesidad de intubación y uso de surfactante en prematuros de 26 y 29 semanas.

Entre las precauciones se destaca:

- No utilizar halo cefálico con oxígeno puro de inicio.
- No demorar la administración de surfactante en los Recién Nacidos que lo necesiten.

Los elementos esenciales del tratamiento son la incubadora o servacuna, el monitoreo cardiorrespiratorio, la venoclisis, el ayuno (evita aspiración), la sonda nasogástrica, asepsia y oxigenación continua.

Se debe tener precaución con la población conocida como prematuros tardíos, estos son Recién Nacidos normopesos entre 34 y 37 semanas que con frecuencia hacen episodios de dificultad respiratoria.

SECCIÓN IX:

**LACTANCIA MATERNA
SEGURA Y SOSTENIBLE**





Cuando suplementar y cómo relactar

Dra. Marta Herrera – Paraguay

RESUMEN:

La suplementación de la lactancia en muchas ocasiones puede resultar un desafío, puede ser un hecho permanente o temporal debido a las pocas contraindicaciones que posee la Lactancia Materna. Existen diversas condiciones maternas y neonatales que nos pueden conducir a suplementar; sin embargo, es imperativo individualizar cada caso evaluando la interacción entre el binomio madre-hijo aplicando las habilidades de comunicación en la consejería. La re-lactación es posible y requiere comprensión, apoyo, paciencia y amor.

INTRODUCCIÓN

Las bases para una alimentación óptima, con un consumo suficiente de leche materna se sientan en los primeros días de vida. Es importante que todos los profesionales puedan manejar durante el tiempo de estancia hospitalaria los elementos clínicos y conocimientos científicos necesarios para que se produzca el adecuado proceso de apego madre-hijo y por consiguiente

una adaptación satisfactoria a la lactancia materna. Es importante que el recién nacido permanezca junto a la madre, con acceso irrestricto al pecho previniendo la administración de otros líquidos.

Más que indicaciones para suplementar, lo correcto es hablar de situaciones en las cuales se debe suplementar. Las situaciones se pueden clasificar en maternas e infantiles.

Situaciones Maternas

- Enfermedad aguda o crónica
- Dificultad en el agarre
- Dolor/trauma del pezón
- Pezón invertido
- Anormalidades de la mama (cirugía, desarrollo glandular insuficiente)
- Interrupción de la lactancia inicial.
- Retardo en la eyección de leche.
- Alteraciones hormonales
- Extracción de leche ineficaz
- Medicamentos maternos
- Protectores de pezón
- Problemas psicosociales
- Consumo/abuso de drogas

Situaciones Infantiles

- Enfermedad aguda o crónica
- Anquiloglosia (frenillo corto)
- Anomalías congénitas
- Alergia a la leche de vaca
- Reflujo gastro-esofágico
- Exceso de producción de leche
- Demanda calórica aumentada
- Prematuridad
- Restricción de volumen
- Disfunción oral motora
- Afecciones neurológicas inespecíficas

SITUACIONES PARTICULARES

Pérdida de peso en el Recién Nacido

95% de los Recién Nacidos pierden peso en los primeros meses de vida, principalmente debido a la pérdida de líquidos como consecuencia natural de la disminución de las hormonas maternas. Al mismo tiempo, su ingesta es relativamente baja, debido a los pe-

queños (pero normales) volúmenes de calostro. Ante la situación de no ganancia de peso del lactante, se deben evaluar meticulosamente tanto a la madre como al niño, por su contribución a la relación de la lactancia. Se debe hacer hincapié en conocer los antecedentes del parto y el puerperio inmediato, la patología de base de la madre en caso de su existencia, el examen físico de ambos y la observación de la técnica de amamantamiento. La recuperación del peso se espera que sea a los 14 días de edad con una ganancia de 20 gramos por día.

- La pérdida de peso mayor del 7% del peso al nacer, puede ser indicador de dificultades en la lactancia y requiere observación y evaluación del proceso de amamantamiento.
- La pérdida de peso mayor al 10%, definitivamente requiere intervención del médico o consultor de lactancia.

La Academia Americana de Pediatría, indica la necesidad de seguimiento temprano del bebé amamantado. Un Recién Nacido dado de alta del hospital antes de las 48 horas de edad debe ser visto por un profesional a los 3 a 5 días, cuando el estado del neonato y la producción de leche están en una coyuntura crítica.

Baja ingesta y baja producción de leche

Leche Insuficiente: Es la producción insuficiente de leche materna para mantener la ganancia de peso del lactante, a pesar de rutinas apropiadas de alimentación, motivación materna para continuar amamantando y asistencia calificada con problemas de lactancia.

Pre-término tardío (35 a 37 semanas):

Tienen características propias de Recién Nacidos prematuros, predispониéndoles a somnolencia excesiva, dificultades de alimentación, bajo tono muscular, deshidratación, hiperbilirrubinemia, hipotermia y dificultad respiratoria.

Succión inefectiva: (Disfunción oral motora): Puede estar causado por la mala posición del neonato sobre el pecho materno o por alguna anomalía de succión por lo que esa succión ineficaz resulta en baja producción de leche y bajo flujo.

Contraindicaciones de la lactancia

- Galactosemia (fórmula libre de lactosa y galactosa)
- Enfermedad de orina en jarabe de arce. (formula libre de leucina, isoleucina y valina)
- Fenilcetonuria (formula libre de fenilalanina, se permite amamantar un poco)
- Iodo radiactivo-131
- Agentes quimioterápicos.
- Heronina, cocaína, anfetamina, marihuana
- Infección por VIH

Relactación

Es el re-establecimiento de la producción de leche en una madre que tiene una producción muy reducida o ha detenido el amamantamiento.

Puede ser necesario cuando:

- El Neonato ha estado enfermo
- La madre no se extrajo la leche cuando el bebé era incapaz de succionar.
- EL bebé no fue inicialmente amamantado y la madre desea amamantar.
- El neonato enferma con alimentación artificial.
- La madre estuvo enferma y detuvo el amamantamiento.
- Una madre que adopta a un bebé, habiendo amamantado previamente a sus propios hijos.

BANCO DE LECHE

Es una estrategia de apoyo, la leche del banco es materna y puede suplementar a ese Recién Nacido ya sea sano e enfermo. Cobra especial relevancia para los Recién Nacidos cuya madre se encuentra ingresada en Unidad de Cuidados Intensivos y no puede amamantar evitando así la suplementación.



Maternidad y lactancia: “Entre la fiabilidad científica y la incertidumbre de lo humano”

Dra. Carmen Frutos Almada – Paraguay

RESUMEN:

La OMS recomienda la alimentación con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses en forma exclusiva, y de manera complementada con otros alimentos, desde esa edad hasta los 2 años. Estudios demuestran que la Lactancia Materna en la primera hora de vida, reduce aproximadamente un 20 % el riesgo de muerte en el primer mes y aumenta unas 14 veces las probabilidades de vivir al año. Las mujeres que amamantan tienen 4% menos riesgo de padecer de Cáncer de ovario y 27 % de Cáncer de Mama.

El asesoramiento de las madres es esencial para que estas se inicien y mantengan en la práctica de la lactancia materna aun cuando regresen al mercado laboral.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un elemento fundamental para la supervivencia, desarrollo, crecimiento y nutrición de los recién nacidos e infantes. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición.

En Paraguay, la mediana del tiempo de lactancia materna es de 12 meses, sólo el 25 % de los niños en el país tienen lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses. Al ser un recurso económico, fácilmente disponible y de invaluable valor nutricional para los lactantes no se justifica la poca promoción y difusión actual por parte de los profesionales de la salud.

Tiempos de lactancia según la OMS, UNICEF y AAP

Lactancia exclusiva: 6 meses

Tiempo mínimo de lactancia: 1 año

Tiempo máximo de lactancia: de 2 a 4 años

Las 2 barreras principales de la lactancia materna se encuentran son el mercado laboral, la poca promoción de los profesionales y servicios de salud.

La lactancia materna disminuye la incidencia de diferentes patologías en la infancia como:

- Otitis Media
- Infecciones respiratorias
- Infecciones gastrointestinales
- Enterocolitis Necrotizante
- Sepsis neonatal tardía en el prematuro
- Infecciones urinarias
- Meningitis bacteriana

La repercusión de no amamantar está relacionada con una mayor probabilidad de dolencias en la vida adulta como Diabetes Mellitus tipo I y II, Enfermedad Celíaca, Hipotiroidismo, Linfoma de Hodgkin, leucemia, enfermedad de Alzheimer, Hipertensión arterial crónica, mayor incidencia de hipercolesterolemia, arteroesclerosis y obesidad.

Beneficios para la madre

Para la madre los beneficios son físicos y emocionales, entre ellos se encuentran:

- Bienestar psicológico
- Incremento del período intergenésico
- Disminución de molestias en el período puerperal

- Disminución de sangrado puerperal
- Menor riesgo de padecer algunos tipos de Cáncer como el de Mamas y Ovario.

El hecho de amamantar también tiene repercusiones sociales y comunitarias; disminuyen los costos de salud, el ausentismo laboral, las demandas de energía, producción y transporte de alimentos artificiales.

Es fundamental la humanización en el acto médico, se deben implementar estrategias para la enseñanza del método de lactancia y hacer hincapié durante el control prenatal y en el post natal inmediato de los beneficios de su práctica.

Retorno al mercado laboral

La reincorporación en el mercado laboral de la madre no debe ser una excusa para suspender la lactancia materna, se debe preparar a la madre para realizar las acciones pertinentes en la coordinación del retorno al trabajo. La constitución de Paraguay respalda el derecho de las madres a amamantar y de los niños a recibir la lactancia materna, se describen 4 factores para lograr una lactancia exitosa en el marco del ambiente laboral: el tiempo, el soporte, el espacio físico/la proximidad y la confianza.

Las empresas que fomentan activamente la lactancia materna presentan diversos beneficios, entre ellos se destacan:

- El aumento de las tasas de retención laboral
- Aumento de la productividad
- Mejora de la imagen de la empresa y
- Disminución del ausentismo laboral



Repercusión de no amamantar

Dra. Natalia Meza – Paraguay

RESUMEN:

Los resultados de diferentes estudios que comparan la evolución de niños que son alimentados con fórmula con aquellos que amamantan difieren de manera sustancial, siendo los niños no amamantados más propensos a sufrir de enfermedades infecciosas del tracto respiratorio, digestivo, Diabetes Mellitus, Obesidad y Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Para las madres, la repercusión de no amamantar se asocia con una mayor incidencia de algunos tipos de cáncer en la premenopausia, Diabetes Mellitus tipo 2, Retención de peso gestacional y Síndrome Metabólico. Los profesionales de la salud nos encontramos en una oportunidad de Oro para ofrecer consejería basada en la evidencia a nuestras pacientes sobre los beneficios médicos, nutricionales e inclusive emocionales de la lactancia materna.

INTRODUCCIÓN

La Recomendación de la Organización Mundial de la Salud es promover, proteger y apoyar la lactancia exclusiva por 6 meses y complementada hasta avanzando el segundo año. En el año 2009, en Los Estados Unidos, se publicó un estudio sobre los riesgos de no amamantar para la madre y el niño, en este estudio se señalaron los diferentes beneficios y riesgos basados en la evidencia científica disponible.

Entre las repercusiones de no amamantar en la madre se encuentran:

- Mayor incidencia de cáncer de mama en la premenopausia
- Cáncer de ovario
- Retención de peso gestacional
- DM tipo 2
- Síndrome metabólico

Los beneficios la lactancia materna son diversos y abarcan desde el espectro emocional como la protección contra la depresión postparto (aumento de

la secreción de oxitocina), beneficios para el sistema óseo: prevención de fracturas, osteoporosis y artritis, menor riesgo de padecer algunos tipos de cáncer, predisposición a mayor reserva de hierro (ausencia de menstruación), efecto anticonceptivo, además de ser un recurso económico con beneficios sobre la imagen corporal por la disminución del peso materno.

Para el Recién Nacido los beneficios pueden ser nutricionales, médicos y relacionados con el neurodesarrollo. La evidencia médica ha demostrado beneficios concretos de la lactancia materna en la aparición y evolución de las patologías más comunes en el lactante como las Infecciones Respiratorias, Otitis Media, Enterocolitis Necrotizante, Síndrome de Muerte Súbita, infecciones gastrointestinales, enfermedad Celíaca y obesidad.

Infecciones respiratorias y otitis media

- El costo de hospitalización por infecciones respiratorias disminuye en un 72% con más de 4 meses de lactancia materna exclusiva (LME).
- La gravedad de la hospitalización (duración de hospitalización y requerimientos de oxígeno) de la bronquiolitis por Virus Sincitial Respiratorio se reduce en un 74% en lactantes con Lactancia Materna Exclusiva (LME).
- La lactancia materna comparada con alimentación exclusiva con fórmula reduce la incidencia de otitis media (OM) en un 23% y 63% en los lactantes con LME durante 6 meses.

Enterocolitis necrotizante (ECN)

Lactantes pretérmino alimentados exclusivamente con leche humana en comparación a otros en los que la leche humana es suplementada con fórmula a base de leche de vaca, registran un

77% de reducción de la Enterocolitis Necrotizante.

Infecciones gastrointestinales

Algún tiempo de lactancia materna se asocia con una reducción del 64% en la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas y este efecto se prolonga durante 2 meses después del cese de la lactancia materna. (Efecto protector de la lactancia materna)

Síndrome de muerte súbita (SMSL)

La lactancia materna se asocia con un descenso del riesgo de SMSL del 36%. Estudios reportan que al disminuir el SMSL atribuido a la lactancia materna se estaría disminuyendo en un 13 % la mortalidad infantil global.

Enfermedades alérgicas

La LMEa por 3 o 4 meses reduce la incidencia de Asma, Dermatitis atópica y eczema en un 27% en la población de bajo riesgo y en un 42% en pacientes con antecedentes familiares.

Enfermedad celíaca

La lactancia materna y el introducir gluten antes de introducir la fórmula, tiene un factor protector.

Obesidad

Disminuye el índice de obesidad, establece un hábito y receptores de auto regulación.

Otros beneficios de la lactancia materna

Favorece el apego y desarrollo neuronal, refuerza la relación con la madre, disminuye el uso de biberones, mejora la agudeza visual y recientes estudios demuestran una relación importante entre la lactancia materna y la disminución de riesgo del maltrato infantil.

SECCIÓN X:

**ANTICONCEPCIÓN
EN EL SIGLO XXI**





Anticoncepción y marco legal

Dra. Claudia Sanabria – Paraguay

RESUMEN:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en las leyes nacionales. Actualmente el Paraguay no cuenta con una regulación específica al respecto de salud sexual y reproductiva, sin embargo, la Constitución Nacional expresa “la obligación del estado de proteger a los niños y adolescentes contra la violencia, el abuso y la explotación”. La población con mayor vulnerabilidad de los derechos reproductivos son los adolescentes, esto trae como consecuencia el aumento de enfermedades de transmisión sexual, del embarazo precoz, de la violencia sexual y de la falta de culminación del proyecto de vida. Existen diferentes barreras para el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, la principal es el No reconocimiento de la Autonomía Progresiva de niños y adolescentes. Actualmente se trabaja de manera activa para otorgarle un marco legal a todo el proceso, con el objetivo de consensuar a través de las normas jurídicas, soluciones a esta gran problemática.

INTRODUCCIÓN

La OMS define la salud sexual y reproductiva como la condición en la cual se logra un completo estado de bienestar, físico mental y social y no la mera ausencia de enfermedades y dolencias, o todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos. Esto quiere decir que la

persona que sea titular de este derecho debe poder ser partícipe y decidir sobre su reproducción, sobre la regulación de su fertilidad y la práctica no riesgosa de las relaciones sexuales; es decir, un cúmulo de acciones que deben ser reconocidas y garantizadas a las personas. En referencia al Marco Legal, Paraguay no cuenta en particular con una regulación específica respecto

a este punto; se tienen planes que se instalan en un marco constitucional muy amplio y que no refieren a una ley en particular.

Existe una población que tiene especialmente vulnerados sus derechos en salud sexual y reproductiva y esta es la población adolescente. Estos derechos también implican la toma de decisiones sobre el cuerpo, pedir información y recibirla de manera oportuna.

En el Paraguay, las autoridades se rigen por la ley número 2169 que define legalmente al adolescente como toda persona que va desde los 14 a los 17 años de edad, sin embargo, a fines del Ministerio de Salud y en la ejecución de los planes sanitarios se toma la franja etaria definida por la OMS, en donde todo persona entre los 10 a 19 años es considerado adolescente.

En el análisis de la población adolescente en Paraguay, se han descrito diversos problemas al momento de aplicar y garantizar ese derecho a la salud sexual y reproductiva, entre ellos tenemos:

- Debilidad de la enseñanza de la educación sexual
- Dificultad en el acceso a la información
- Déficit en el acceso a los métodos anticonceptivos
- Dificultad en el acceso a los centros de salud

Esto ha dado como resultado el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz e incluso embarazos que constituyen abusos, la violencia sexual y la falta de culminación de proyecto de vida.

Autonomía progresiva

Existe un problema generalizado de la sociedad con la aceptación de la Autonomía Progresiva, esta última constituye el derecho a ser escuchado de todo niño y adolescente, derecho a expresar su opinión y ser partícipe de las tomas de decisiones que afecten a su vida, esa autonomía debe ser reconocida por los profesionales de la salud, los educadores y los padres.

Actualmente se tiene en cuenta la Autonomía Progresiva para asumir responsabilidades, pero no para el ejercicio de los derechos. Un ejemplo de imputabilidad se reconoce a los de 14 años de edad, pero se tienen dudas cuando se habla de la elección del método anticonceptivo. El código penal no debe ser el punto de partida para las políticas públicas, tampoco debe ser el punto de partida para promover la salud de la población, mucho menos en un derecho tan personal como lo es el derecho a la salud.

En el Paraguay no existe una edad establecida por la ley para el inicio de las relaciones sexuales, lo que sí existe es un marco punitivo para denunciar al adulto agresor y la edad para contraer matrimonio (a partir de los 16 años con autorización de los padres). El derecho a la salud no se puede ejercer por otra persona, es un derecho personalísimo inherente a la personalidad. La Constitución Nacional expresa la obligación del estado de proteger a los niños y adolescentes contra la violencia, el abuso y la explotación.

Los profesionales de la salud tenemos la obligación específica de acuerdo al artículo 14, que nos da un marco garantista y tiene elementos con los cua-

les estamos respaldados para ejercer y dar acceso a las personas y adolescentes a su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Artículo 14:

“Con la activa participación de la sociedad y los padres de familia, es estado garantizará los servicios, programas, salud y educación sexual integral, al niño y adolescentes”.

Existen diversas barreras para el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva. Desde el Ministerio de Salud se ha identificado la necesidad de consensuar a través de las normas jurídicas, ciertos límites al ejercicio de la patria potestad y se han visualizado intervenciones que podrían ayudar al ejercicio pleno de estos derechos, entre esas se encuentran:

- Aceptación de la autonomía progresiva.
- Ley de salud sexual y reproductiva que desarrolle la garantía reconocida en general.
- Dar educación a fin de eliminar las barreras culturales.
- Derecho a la salud sexual y reproductiva.
- Responsabilidad del personal de salud para realizar la denuncia.
- Universalidad de los derechos.
- Confidencialidad para casos de adolescentes.
- Intervención en casos de urgencia.
- Integralidad de la atención.
- Enfoque biológico.
- Atención al adolescente y al niño no acompañado.



Prevención de embarazo adolescente

Dra. Marisa Labovsky – Argentina

RESUMEN:

El pilar fundamental de la prevención de la mortalidad materna es la anti-concepción. La educación sexual es la pieza clave para lograr la adherencia a los métodos anticonceptivos, anualmente 14 millones de adolescentes en el mundo entre los 15 y 19 años y un número no determinado de niñas menores de 15 años se convierten madres; el fenómeno del embarazo adolescente es más recurrente entre la población de menores ingresos, contribuyendo a la reproducción intergeneracional de la pobreza. Las adolescentes embarazadas tienen más probabilidades de dar a luz un niño pretérmino o con peso bajo al nacer así como tasas más elevadas de mortalidad neonatal. La población adolescente se beneficia de la utilización de una gran variedad de métodos anticonceptivos trayendo como resultado la reducción de la mortalidad materna.

INTRODUCCIÓN

La Adolescencia es la etapa en la vida en la cual finaliza la maduración física y genital, se produce un desarrollo de la personalidad, pérdida de omnipotencia de los padres, la búsqueda de identidad y la energía sexual se encuentra en su mayor apogeo.

Los adolescentes tienden a buscar nuevas experiencias y probar sus propios límites, persiguen la aprobación de sus pares y del grupo. Existen más de mil millones de adolescentes en los países en vías de desarrollo en los cuales más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. El 10% de los partos son producto de emba-

razos en adolescentes, donde la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta que en aquellas de 20 a 29 años. De las adolescentes que desean evitar un embarazo, sólo la mitad se cuida con métodos modernos, esto deja entrever que hay una gran cantidad de pacientes que no tiene acceso a estos métodos. América Latina y el Caribe es la segunda región con mayor fecundidad adolescente en el mundo superada sólo por África Subsahariana.

La gran mayoría de los nacimientos de hijos de madres adolescentes ocurren en países en vías de desarrollo (95%) donde la gran parte de las mujeres que se embarazan tienen que dejar la escuela; el nivel educativo por su parte, va de la mano con un proyecto de vida y la intención de retrasar la concepción. La educación sexual aumenta los conocimientos en sexualidad, aumenta las actitudes responsables frente al sexo, retrasa el inicio de relaciones sexuales y los que las inician lo hacen con protección adecuada.

Características de la paciente adolescente

La paciente adolescente, tiene distintas características a la paciente adulta, en primer lugar la sexualidad va a estar modificada por todo lo que las rodea: la educación, la cultura, los grupos de pares, el lugar de residencia. Todo el ambiente tiene el poder de ejercer influencia sobre la adolescente que lo que desea es tener relaciones sexuales cuando lo desee sin presentar las complicaciones de un embarazo no deseado y el contagio de una infección de transmisión sexual.

La anticoncepción es una consulta de urgencia especialmente en la paciente adolescente. No debe ser retrasada por

ninguna razón y no deben existir excusas para indicarlos. A la hora de ofrecer asesoría para la anticoncepción, el profesional de la salud debe dejar atrás los mitos, el desconocimiento y las creencias, por otro lado, fomentar la educación, la comprensión y la consejería.

Requisitos para el médico

Es indispensable conocer el proceso madurativo del adolescente, poseer un conocimiento acabado de los diferentes métodos anticonceptivos, respetar los derechos de los adolescentes independientemente de sus propias creencias, reconocer sus decisiones acerca de su sexualidad genital y conocer sus dificultades para elegir y utilizar un método anticonceptivo. En la consulta con una adolescente se debe abordar el inicio de las relaciones sexuales, la anticoncepción, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el placer. La paciente tiene que tener autonomía para la elección del método, basado en el ofrecimiento de un asesoramiento adecuado.

Anticonceptivo ideal

El anticonceptivo ideal en una paciente adolescente, debe tener alta protección anticonceptiva, debe ser de fácil acceso, con efectos en la disminución de dismenorrea, que evite en lo posible alteraciones del ciclo y prevenga la osteoporosis. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad son los que menos se recomiendan en las adolescentes, debido a que muchas de ellas no tienen un buen control del ciclo menstrual y se les hace difícil la comprensión del método y el seguimiento del mismo. La anticoncepción hormonal con píldoras anticonceptivas debe ser indicada en pacientes cuidadosamente seleccionadas.

En octubre de 2012 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda con un Nivel 1 de evidencia los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC's) para adolescentes. Entre las ventajas de estos métodos (DIU de cobre, DIU medicado con levonorgestrel o implantes) se encuentran: la liberación de la toma diaria de pastillas, la protección contra un embarazo por un largo período de tiempo con alta efectividad y reversibilidad.

Existen barreras y mitos para el uso de DIU en nulíparas como percepciones erróneas sobre dificultad en la colocación, el mecanismo de acción y la falta de comprensión del valor costo/efectividad. Las investigaciones recientes no respaldan diferencias significativas en el uso de dispositivos intrauterinos entre mujeres multíparas y nulíparas en cuanto retorno a la fertilidad o efectos adversos.

Consejería

Numerosas investigaciones realizadas en Argentina han reportado que la consejería en métodos anticonceptivos que deja de lado la explicación de los mecanismos de acción de los mismos y no aborda sus posibles efectos colaterales con base científica, constituye el principal factor de abandono del método y el consiguiente refuerzo de los mitos existentes; condicionando una barrera para el uso y prevalencia de los anticonceptivos. No ofrecer un asesoramiento adecuado a los efectos colaterales genera conceptos erróneos que limitan el uso de los métodos de anticoncepción.

La primera consulta con una paciente que solicita un Método Anticonceptivo

requiere tiempo adecuado, debe comprender un primer momento de acogida y de escucha tratando de individualizar:

- Características en cuanto a su madurez personal y de relación con el otro
- Grado de autonomía personal
- Autoestima
- Relación con los padres sobre temas de sexualidad
- Relación con la pareja
- Características de la pareja
- Relación con el cuerpo y con su imagen

Se debe Fundamentar en las adolescentes el empleo de **dobles métodos** (cualquiera de los métodos anticonceptivos más el preservativo), con el fin de evitar enfermedades de transmisión sexual.

Anticoncepción de emergencia

El uso de preservativo solo, debe venir acompañado de anticonceptivo de emergencia a la mano o tener la receta disponible para que la paciente lo adquiera cuando exista la falla del primero. El criterio de la OMS 2015 para AU-LNG (anticoncepción de emergencia) no tiene contraindicaciones, sólo se aclara que el uso repetido requiere asesoramiento anticonceptivo, para que cambiar el método de base.

El hecho de la utilización correcta de los métodos anticonceptivos debe ser una acción conjunta, los esfuerzos individuales pierden efectividad si no se producen en el contexto de un proyecto integrador y sinérgico en el cual se comprometan Políticas Nacionales, Sociedades Científicas y la Comunidad.



Métodos modernos

Dra. Marisa Labovsky – Argentina

RESUMEN:

En el mundo alrededor de 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación; sin embargo, no utilizan ningún método anticonceptivo a pesar de que estos métodos no solo previenen el embarazo sino también infecciones de transmisión sexual, abortos y disminución de la mortalidad materna y neonatal. En los países desarrollados pese a tener educación, información, accesibilidad y contar con los métodos, siguen teniendo embarazos no deseados. El uso de métodos anticonceptivos, la educación sexual, la atención postaborto y el aborto seguro son intervenciones eficaces y de alto impacto en la salud de la mujer por lo que su uso y aplicación deben ser altamente difundidos.

INTRODUCCIÓN

A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente desde el año 1990, en la región la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado. América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%, donde el 40% de los embarazos en Latinoamérica son NO planificados, 1 de cada 10 nacimientos es de una

adolescente temprana y el 62% de los adolescentes tienen relaciones sin protección.

21.6 millones de abortos inseguros y 47.000 muertes anuales pudieran ser evitados con acceso a métodos anticonceptivos (MAC) y educación sexual. En Beijín en 1995 se planteó el concepto de salud sexual y reproductiva y se definió cómo: “la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección, ni

de embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos, de tener un embarazo y parto seguros y de tener y criar hijos saludables”.

Elección del método

La elección del método depende de:

- El momento evolutivo
- Deseo de la pareja de participar en esa elección
- Comportamiento sexual de la pareja
- Los riesgos y beneficios que brinde cada método
- Los factores socio culturales

Los factores a tomar en cuenta a la hora de elegir un MAC son:

- Aceptabilidad
- Reversibilidad
- Efectividad
- Motivación
- Mínimos Efectos Colaterales
- Accesibilidad

Anticoncepción hormonal

Entre los métodos hormonales se encuentran los anticonceptivos orales, los inyectables, los parches y los anillos vaginales. Entre las ventajas del uso de los anticonceptivos hormonales se encuentra la disminución de la dismenorrea, tienen alta efectividad, corrigen alteraciones del ciclo y no están relacionados con el coito. Su principal desventaja es la no protección contra de ITS/VIH.

Anticonceptivos orales combinados

Para la elección del uso de anticoncepción combinada (estrógenos + progesterona) debemos evaluar la presencia de contraindicaciones.

Contraindicaciones para el uso de ACO combinados:

- Hemorragia genital sin diagnóstico
- HTA severa (160/100)
- TEV (pasado o presente)
- ECV Isquémica
- ACV
- ECV valvular complicada
- Migraña con aura
- Migraña sin aura en mujeres mayores de 35 años
- Cáncer de mama
- Cirrosis severa
- Tumor hepático
- Hepatitis activa
- Mujeres fumadoras mayores de 35 años
- DBT con angiopatía severa
- Trombofilias
- F V Leiden
- Mutación de protrombina
- Déficit de C o S
- Déficit Anti Trombina III)
- Obesidad (IMC > 35)

Anillos vaginales

Los anillos vaginales son dispositivos de uso continuo, discontinuo, mono o bihormonales. El anillo vaginal combinado es un dispositivo en forma de anillo blando, flexible y transparente que no requiere ubicación especial en la vagina. Se coloca durante 3 semanas y se retira luego de ese período de tiempo, después de 1 semana se debe insertar un nuevo anillo.

Ventajas del Anillo Vaginal:

- Recambio mensual
- Fácil de usar
- Autoadministración

- Eficacia igual a las píldoras anticonceptivas
- Baja dosis
- Evita las fallas por olvidos
- Buen control del ciclo menstrual
- Pocos efectos adversos
- No modifica para el peso corporal
- Alto grado de satisfacción de las usuarias
- Evita el metabolismo del primer paso hepático
- Evita interferencias gastrointestinales

Desventajas del Anillo Vaginal:

- La paciente debe reconocer sus genitales
- Requiere motivación de la paciente
- Presencia de leucorrea

Uso de nuevos progestágenos

La evolución de los progestágenos tiene como objetivo reducir los efectos adversos androgénicos. Los primeros progestágenos derivados de la 19-nortestosterona poseían diversos efectos progestacionales y androgénicos, el efecto androgénico más relevante es el impacto negativo sobre los lípidos e hidratos de carbono.

El progestágeno ideal debe poseer alta especificidad por el receptor de progesterona y baja afinidad por los otros receptores esteroides. Los nuevos progestágenos como drospirenona, dienogest, etonorgestrel y acetato de nomegestrol poseen un perfil farmacológico más favorable y semejante a la progesterona natural.

Anticoncepción con Estradiol

Las tasas de TVP se asocian a las dosis de estrógenos administrados, la re-

ducción de la dosis de etinil estradiol se asocia con amenorrea o sangrado infrecuente, privación prolongada y Goteo o "Spotting".

Anticoncepción transdermal

Se utilizan parches de 7.5cm² a - 20 cm² de manera discontinua: 3 semanas (1 semanal) y luego 1 semana libre de parche. La compliance es de 93% con presencia de metrorragia en el 5.5% de los casos.

Uso de progestágenos

Se describen posibles beneficios adicionales del uso de los métodos con progestágeno sólo, como la reducción del sangrado menstrual y amenorrea, mejoría en los síntomas de endometriosis y dismenorrea así como reducción en los síntomas hormonales cíclicos. Los progestágenos pueden ser utilizados en fumadoras mayores de 35 años, durante la lactancia, es adecuado para mujeres que no pueden recibir estrógenos y es una opción de anticoncepción discreta.

LARC's. Anticoncepción de largo plazo, reversible

Los LARC's (Long-Acting Reversible Contraception), son aquellos métodos que tiene larga duración y que al discontinuar el uso, se retoma rápidamente la fertilidad, son Ideales para mujeres que quieran liberarse de la toma diaria de pastillas, evitar un embarazo por un largo período de tiempo, efecto anticonceptivo durante la lactancia e inmediatamente después de un aborto o parto inmaduro con mínimo seguimiento. Entre las ventajas de los LARC's se encuentran su alta efectividad y la no vinculación con el coito.

Anticoncepción de largo plazo con implantes

Implante de etonorgestrel: (Implanon NXT®)

Es un implante, efectivo por 3 años de solo progestágeno precargado en un aplicador descartable estéril de único uso y desechable, su mecanismo de acción se produce mediante la retroalimentación negativa sobre el eje HHG, evitando el pico de LH y aumento en la viscosidad del moco cervical que impide la penetración espermática (moco hostil). En ensayos clínicos, no se observó ovulación en los primeros dos años de uso y rara vez en el tercer año. El implante de etonorgestrel es un método rápidamente reversible, más del 90% de las mujeres ovulan dentro de las 4 semanas de discontinuado el método, puede ser utilizado durante la lactancia y el porcentaje de mujeres que continúan el método al año es alto (84%).

Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel. (Mirena®)

Es un método altamente efectivo, impide la capacitación de los espermatozoides, es de larga duración, reversible, con rápido retorno a la fertilidad. Posee múltiples efectos beneficiosos no

contraceptivos como protección contra el cáncer de endometrio y endometriosis. Tiene una duración de 5 años con un margen de seguridad de 2 años, sin cambios significativos en: la presión arterial, lípidos séricos, factores de la coagulación, metabolismo de carbohidratos y función hepática.

Anticoncepción hormonal de emergencia PAE-LNG

Es la llamada píldora del día después, está indicado en caso de una relación sexual desprotegida, MAC utilizado en forma incorrecta, un accidente involuntario con el MAC y en caso de violación. La investigación científica disponible hasta la fecha coincide en afirmar que la PAE-LNG interfiere con el proceso de ovulación, posiblemente al impedir que los espermatozoides y el óvulo se encuentren. No puede impedir la implantación de un óvulo fecundado, ni terminar ni dañar un embarazo ya en curso, ningún estudio de estándares científicos aceptables ha demostrado que afecte al embrión ni que cause efectos teratogénicos. No se deben tomar más de 2 al año por la disminución de su efectividad.

ABREVIATURAS

AAP:	American Academy of Pediatrics/ Academia Americana de Pediatría
ABR:	Ayudando a los Bebés a Respirar
ACoRN:	Acute care of at- risk newborn
CLAP:	Centro Latinoamericano de Perinatología
DeCS:	Descriptores en Ciencias de la Salud
FCF:	Frecuencia Cardíaca Fetal
FLASOG:	Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia
FPP:	Fecha Probable de Parto
FUM:	Fecha de última menstruación
GR:	Glóbulos Rojos
HHG:	hipotálamo-hipofisario-gonadal
IM:	Intramuscular
IMC:	índice de masa corporal
IV:	Intravenoso
LARC's:	Long-Acting Reversible Contraception
Lpm:	Látidos por minuto
MAC:	Método Anticonceptivo.
MeSH:	Medical Subject Headings
MgSO4:	Sulfato de Magnesio
MMC:	Método Mamá Canguro
MME:	Mortalidad Materna Extrema
MSCF:	Maternidad Segura Centrada en la Familia
NYHA:	New York heart association
°C:	Grados centígrados
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PCI:	Parálisis Cerebral Infantil
PGE1:	Prostaglandina E 1
RCIU:	Restricción del Crecimiento Intrauterino
RMN:	Resonancia Magnética Nuclear
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UI:	Unidades Internacionales
UNICEF:	United Nations Children's Fund / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



ISBN: 978-99967-26-17-0



9 789996 726170