

## **Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.**

*Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.*

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y meta-análisis de estudios controlados sugieren que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar que existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias.

Por este motivo, han sido identificados una serie de principios acerca del cuidado perinatal y se han desarrollado materiales educativos para facilitar la implementación de los mismos por parte de la Oficina Regional de la OMS en Europa.

La Oficina Regional de la OMS para Europa recientemente desarrolló un Taller de Cuidado Perinatal en el cual se propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea).

Los diez principios del Cuidado Perinatal que la OMS señaló en la reunión fueron:

### **El cuidado del embarazo y parto normales debe:**

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y

cientistas sociales.

6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo. Estos están siendo incorporados en los materiales técnicos así como también en las herramientas de monitorización y evaluación de la Oficina Regional Europea de la OMS.

### **Formas de cuidado que deberían ser abandonadas**

- No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado
- Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres.
- Insistir en el confinamiento institucional universal
- Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- Rasurado de rutina.
- Enema rutinario.
- Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo
- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto
- Episiotomía rutinaria
- Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior.
- Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.
- Uso de sedantes /tranquilizantes de rutina
- Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido
- Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud.
- Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los niños amamantados.
- Lactancia con restricciones.
- Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
- Prohibir las visitas de los familiares.

### **Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento**

- Proveer apoyo sicosocial a las mujeres.
- Contacto madre-hijo irrestricto.
- Escaso beneficio de una tasa de cesárea superior al 7%.
- Posición levantada durante el trabajo de parto.

## **Prácticas en el Control prenatal recomendadas para el personal de salud que realiza control prenatal**

### **Nutrición**

- Recibir ácido fólico antes del embarazo y durante el primer trimestre
- Suplementación con Fe solamente si éste está indicado, sabiendo que un nivel de hierro más bajo considerado habitualmente como indicador de anemia, es fisiológico durante el embarazo
- Abandonar las evaluaciones tradicionales perinatales con score de riesgo, ya que las mismas no pueden predecir quiénes desarrollarán complicaciones. En lugar de esto, observar a las mujeres que no se encuentren en riesgo, permaneciendo vigilantes en todo momento ante cualquier signo fuera de lo normal. Una clasificación de “riesgo” debe ser flexible y abierta a ser revisada.

### **Atención médica**

- Reducir el número recomendado de consultas prenatales para las mujeres con embarazos normales con el fin de disminuir el exceso de medicación y de hospitalización.
- Reducir el uso rutinario de exámenes ecográficos durante el embarazo a solamente “con indicación” o a una ecografía (alrededor de las 18 semanas) si se prefiere.
- Minimizar la cantidad de pruebas de tamizaje durante las consultas. Exámenes de sangre, presión arterial y exámenes de orina para pesquisar proteinuria son esenciales además de la medición de la altura uterina. Los demás estudios deben realizarse solamente si están indicados.
- Entender la sensibilidad y especificidad de cualquier prueba diagnóstica utilizada. No indicar pruebas que no tengan indicación clínica clara.

### **Cuidado sicosocial**

- Proveer preparación durante el embarazo, parto y para la paternidad. Brindar adecuada preparación e información como parte del cuidado. Incluir compañías que la mujer elija en esta preparación. Reconocer que los padres tienen necesidades propias como individuos y no solamente como compañeros o acompañantes de la pareja.
- Evaluar factores de riesgo sicosociales potenciales que puedan influir en la mujer y su familia. Es útil utilizar una escala como la Escala ALPHA para estos fines.
- Proveer a las madres de la historia clínica de su embarazo y parto. Las madres guardan estos documentos para asegurarse que los mismos van a estar disponibles siempre que los necesiten.
- Brindar a las mujeres información basada en evidencias científicas, y estimular su participación en las decisiones acerca de su cuidado.
- No sentirse obligados, en ningún momento del embarazo o el nacimiento, a brindar cuidados que no estuvieran basados en evidencias científicas, aunque éstos cumplieran con los intereses de la madre y el niño, y fueran requeridos por la mujer o su familia.
- Ofrecer un enfoque individualizado acerca de la atención en todo momento.
- Alentar el desarrollo de protocolos locales de atención.

### **Alimentación del Niño**

- Estimular la lactancia materna como el mejor método para alimentar al niño. No recomendar ninguna preparación para las mamas, ya que ésta no es efectiva.

## **Recomendaciones para la Atención Intraparto**

### **Primer estadio**

- Uso del partograma para registrar y monitorear el progreso del trabajo de parto. Limitar los

exámenes vaginales para evaluar el progreso realizándolos cada 4 horas en trabajos de parto normales y cada 2 horas cuando se llegue a la línea de alerta del partograma.

- Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto; particularmente evitar la introducción de cualquier dispositivo dentro de la vagina. Estimular una política de “manos libres”.
- Abandonar el uso de rasurado y enema.
- Estimular la deambulación durante el trabajo de parto.
- Usar el estetoscopio fetal para monitorear la frecuencia cardíaca fetal.
- No restringir líquidos durante el trabajo de parto, y permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente, ingerir comidas livianas si las necesitan.

### **Apoyo sicosocial**

- Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.
- Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Proveer “doulas” (acompañantes entrenados) en el caso de ausencia de una persona, y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiriera. Notar que los padres no siempre son la compañía adecuada para apoyar a sus parejas, y que ellos también pueden beneficiarse de recibir un apoyo adecuado.
- Usar un sistema rotativo de parteras para facilitar el trabajo en los momentos de mayor actividad.
- Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.
- Ser sensible a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias.

### **Período expulsivo**

- Usar una posición levantada si la mujer lo elige durante el parto. Evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía (con las piernas levantadas). Abandonar las camas de parto tradicionales para los partos normales. Usar una cama standard si se elige una cama para el parto.
- No realizar episiotomía de rutina (o perineotomía o incisión mediana).
- No suturar rutinariamente los desgarros o los cortes menores: las pequeñas heridas pueden usualmente cicatrizar solas. Suturar cuando esté indicado.
- No realizar exámenes del cuello después del parto en forma rutinaria excepto que exista evidencia de hemorragia.
- Las tasas de cesárea deben ser entre 5% y 15% en cualquier institución, dependiendo del nivel de atención.
- Usar la tecnología más sencilla disponible en lugar de técnicas sofisticadas si esta tecnología está apoyada por evidencia fuerte acerca de su utilidad.
- Usar el método de Misgav Ladach (Starr) para la cesárea cuando sea posible.
- No aumentar los costos en cuidados que no sean esenciales; una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo. Los costos de cuidados que no son necesarios (por ejemplo, televisión en las habitaciones) pueden ser cubiertos por la iniciativa privada.

### **Manejo del dolor**

- Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, el cambio de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura, y otros.
- Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor. Preferir la

anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea.

## **Recomendaciones para establecer un buen contacto madre – hijo**

### **Nacimiento:**

- Ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo inmediatamente. Animar a que la madre participe. Quitar esa toalla y tapar a la madre y al niño con una segunda toalla que se encuentre seca. Mantener la cabeza del bebé tapada para minimizar la pérdida del calor.
- Cortar el cordón una vez que hayan cesado las pulsaciones del mismo mientras el bebé se encuentra con su madre, siempre y cuando no exista una hemorragia significativa.
- Incentivar el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el postparto inmediato y posteriormente.

### **Promover el amamantamiento:**

- Incentivar la alimentación al niño cuando el mismo esté dando señales de que está listo para recibirla, mostrando salivación, movimientos orales, llevándose las manos a la boca y moviéndose hacia el pecho materno. No forzar la alimentación hasta que el bebé no esté listo.
- No separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto. Intentar realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre, en lugar de utilizar una mesa examinadora apartada.
- Retrasar la realización de los exámenes que no sean necesarios. Realizar los exámenes con la madre y el niño juntos; demorar la hora del baño por 6 horas o más.
- Demorar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica, para evitar que el contacto visual madre – hijo se vea alterado. Luego del nacimiento buscar los momentos apropiados, para dar la vitamina K, BCG y realizar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica contra la gonorrea. (en aquellas instituciones donde esté indicado).

## **Recomendaciones para los cuidados postparto**

### **Promover el contacto madre – hijo y el amamantamiento:**

- Seguir las guías de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño para la alimentación infantil: incentive la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento y evite cualquier suplemento para el bebé que contenga agua, glucosa, o sustitutos de leche materna.
- Ofrecer el alojamiento conjunto para todas las madres y bebés las 24 horas del día.
- Incentivar el contacto piel a piel durante la estadía postparto en el hospital.

### **Apoyo psicosocial.**

- Permitir la libre visita de los miembros de la familia que la mujer elija durante el postparto.
- Es ideal ofrecer comodidades para que un miembro de la familia pueda acompañar a la madre durante la noche.

### **Alta**

- Utilizar un criterio flexible en cuanto al momento del alta: permitir que las mujeres juzguen cuando es el momento para volver a su hogar.
- Asegurarse que exista una situación familiar adecuada y sostenedora luego del alta, si ésta no existiera realizar los arreglos necesarios para un seguimiento intensivo.
- Facilitar contactos en la comunidad y fuentes de soporte local para todas las mujeres.
- Incorporar las percepciones de las mujeres y sus parejas acerca de los cuidados, como parte de un procedimiento estándar para el cuidado efectivo y apropiado.

## **Planificación Familiar**

Asegurarse de brindar consejos acerca de la planificación familiar antes del alta.

## **Bibliografía**

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; ii:436-437.
2. World Health Organization. *Having a Baby in Europe*. Copenhagen: Author, 1985.
3. Chalmers I, Enkin M, Keirse M. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
4. Chalmers B. Appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 709-710.
5. World Health Organization. *Workshop on Perinatal Care Preceedings*. Venice, 16-18 April. Copenhagen: Autor, 1998.
6. World Health Organization. *Second Meeting of Focal Points of reproductive Health/Health of Women and Children in the European Region*. 11-13 May, 1998, Copenagen.
7. Chalmers B, Porter R, Sheratt D, Peat A, Tucker C. *Essential Antenatal, Perinatal and Post Partum Care- Course*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1999.
8. Tamburlini G, Uxa F, Drogovich D, Semanova G, eds. *Essential Newborn Care and Breastfeeding*. Copenhagen, World Health Organization, 1997.
9. Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J. *A guide to effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
10. Wilson LM, Reid AAJ, Midmer DK, et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum outcomes. *CMJA* 1996;154; 785-799.
11. Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, et al. *A reference Guide for Providers: The Alpha Assesment Form*. 2nd. Ed. Toronto: Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, 1996.