

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Tecnología apropiada después del parto*

El Symposium organizado por la Oficina Regional de Europa y la Oficina Regional para las Américas, dependientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), efectuado en Trieste, del 7 al 11 de octubre pasado, discutió y elaboró recomendaciones específicas.

Reuniones anteriores complementarias efectuadas en Washington (1984) y Fortaleza, Brasil (1985), habían discutido previamente cómo se podía mejorar la calidad de la atención médica durante el embarazo y el nacimiento.

Al Symposium de Trieste asistieron alrededor de 40 participantes de 20 países de Europa y las Américas, quienes presentaron e intercambiaron valiosas experiencias desde diferentes puntos de vista: obstetricia, pediatría, medicina comunitaria, psicología, sociología, epidemiología, economía, administración de servicios de salud, salud pública, periodismo médico y de grupos de mujeres de la comunidad.

A continuación se resumen las principales recomendaciones de dicho Symposium, las que serán publicadas más extensamente por la OMS (Lancet, 1986; ii: 1387-1388).

POLÍTICA PÚBLICA

La pobreza es la mayor amenaza a la salud de la mujer y del lactante. En ausencia de medidas concertadas para promover la igualdad social,

no se puede esperar gran mejoramiento en la mortalidad y morbilidad materno-infantil. Las tasas de mortalidad y morbilidad son más altas en las comunidades en situación social desventajosa, las que también suelen recibir menor atención formal de la salud. De este modo, a) en la asignación de recursos, desde el punto de vista nacional y local, puede no darse suficiente prioridad al gasto directo en los servicios de salud; y b) deberán organizarse servicios de salud para mujeres y niños de manera que la mayoría de los necesitados tengan acceso a una atención adecuada.

La estructura de los sistemas de atención de la salud y la forma en que ellos operan, están influenciadas por intereses comerciales y por las necesidades y las perspectivas de los profesionales y otros que trabajan en ellos. Cuando estas influencias son poderosas, deben reconocerse públicamente y de ser necesario, controlarse.

El mejoramiento de la atención post-natal y del post-parto debe conseguirse mediante una estrecha colaboración entre padres, profesionales y planificadores de la salud; administradores de la salud y otros sectores relacionados; grupos comunitarios y aquellos que establecen las políticas y los políticos mismos. Deberán desarrollarse políticas y mecanismos que guíen las decisiones referentes a la atención de las mujeres y los niños. Por ejemplo, comités multidisciplinarios sobre ética y consejos revisores para la evaluación de la atención. Las comuni-

*Organización Mundial de la Salud.

dades deben analizar hasta qué punto sus actividades prácticas apoyan u obstruyen la oportunidad para que las mujeres y los niños reciban la mejor atención disponible.

La asignación de los recursos de salud a los sistemas intensivos de apoyo neonatal deberá ser determinada a nivel nacional. Esta decisión debe fundamentarse en los resultados de las investigaciones, en los factores socioeconómicos y en las consideraciones morales y éticas. Tendrá que basarse en consultas realizadas entre aquellos que proporcionan la atención y los representantes de los padres y de la comunidad en conjunto. Se incluirá el establecimiento de normas y requisitos mínimos para la dotación de personal, de equipo y planta física para las unidades de atención neonatal.

Toda mujer que trabaje debe tener un período adecuado de permiso maternal remunerado antes y después del parto. Los sistemas de provisión no pueden penalizar la condición del embarazo. También deberá aliviarse a las puerperas del trabajo no remunerado después del parto, promoviendo servicios de ayuda doméstica. Asimismo, debería proporcionarse al padre permiso con goce de sueldo durante el puerperio, con la finalidad de facilitar la relación con su hijo y prestar apoyo a la madre.

Es recomendable, en las comunidades locales, la formación de comités de ayuda para que los padres puedan cumplir las responsabilidades de cuidado de sus hijos. Los profesionales tienen el deber de estar informados acerca de dichos comités de ayuda comunitaria. Ellos informarán, a su vez, a los demás acerca de la existencia de estos grupos. Como ejemplo se pueden citar los grupos de apoyo a la lactancia natural en las comunidades, grupos que proporcionan una forma valiosa de intercambio de información y apoyo entre las mujeres.

Las prácticas culturales existentes en alguna región o país con respecto al período después del parto deben ser respetadas y mantenidas, a menos que se haya probado que sean perjudiciales para la salud. Una mejor comunicación entre las mujeres y los trabajadores de la salud mejoraría a su vez las oportunidades para reconocer la fuerza de las tradiciones locales y este mayor conocimiento facilitaría la comunicación del proceso educativo.

SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD

Se proporcionará a las madres y a sus hijos un apoyo equivalente al que se da a nivel hospitalario.

Si la madre desea lactancia natural, ésta puede iniciarse dentro de las primeras horas después del parto. Las prácticas relacionadas con la lactancia natural tendrán que atenerse a las resoluciones adoptadas en la 34^o Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1981.

Los padres y sus recién nacidos tienen el derecho a permanecer en estrecho contacto precoz a partir del momento del nacimiento. Es deseable, en todos los casos, este tipo de relación, incluyendo aquellos partos con cesárea u otra intervención médica que afecte a la mujer o al niño. No deberá separarse a las mujeres de sus niños, sino que estos permanecerán juntos, tanto tiempo cuanto la madre lo desee. Se promoverá aquel sistema que lo posibilite (rooming-in), abandonando las denominadas nurseries para recién nacidos normales. Aún más, se alentará el compromiso de los padres en la atención efectiva del recién nacido enfermo, incluyendo la participación en las decisiones acerca del tratamiento.

Las madres y niños no permanecerán hospitalizados por un período de tiempo superior al requerido para realizar un diagnóstico y su respectivo plan terapéutico. Si se necesita apoyo social o educacional o de reposo, éste será proporcionado en la casa.

Todo niño tendrá su propia ficha desde el momento del nacimiento, la que puede incluir datos acerca del embarazo y el parto. La madre debería poseer una copia de ella. La ficha incluirá información acerca del crecimiento, desarrollo, nutrición, inmunización e historia médica propiamente tal. Puede constituir una base para la comunicación entre las personas que proporcionan los servicios de salud y las madres. Deberá protegerse el carácter confidencial de estos registros.

PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

Todas las mujeres y sus niños recién nacidos recibirán las inmunizaciones que se indiquen.

Tecnología apropiada después del parto

Las pruebas de tamizaje ("screening"), se aplicarán de conformidad con las recomendaciones de cada país, en el nivel que corresponda. Antes de considerar determinada prueba de tamizaje se evaluará la misma mediante pruebas controladas al azar, examinando no solamente la eficacia y seguridad sino que también los costos y beneficios psicosociales. Cada país evaluará la importancia de los procedimientos especiales de tamizaje con respecto a sus propias necesidades y recursos específicos. Los medios de administración de la vitamina K y el tipo de profilaxis en los ojos del recién nacido necesitan una mayor evaluación. Cuando esté indicada, se recomienda la inmunización con anti-D.

El período que sigue al parto puede ser importante para poner a disposición de ambos padres los consejos y servicios de planificación de la familia. La persona que dé dicha información deberá ser alguien en quien ellas confíen. Dentro de muchos contextos, la persona más indicada sería una enfermera o una matrona. Se proporcionará información acerca de una variedad de técnicas anticonceptivas, de manera que la mujer pueda adoptar una opción con la información necesaria.

La erradicación del tétano neonatal tiene una alta prioridad.

El bajo peso al nacer, estrechamente relacionado con la mortalidad y morbilidad perinatal, recibirá una atención prioritaria, en lo que se refiere a la investigación de sus causas y prevención. Deberán crearse servicios que tiendan a la reducción del bajo peso y de otras causas relevantes de morbimortalidad perinatal. Se mantendrá informado al público acerca de las razones e importancia de estas acciones, las cuales incluirán la planificación familiar (para evitar intervalos intergenésicos muy breves), la atención prenatal para identificar los posibles riesgos perinatales y para tratar cualquier enfermedad o condición que se desarrolle durante el embarazo; el apoyo nutricional y social durante el embarazo; la supresión del cigarrillo, el alcohol y las drogas durante el embarazo y, finalmente, una atención apropiada durante el trabajo de parto y el parto mismo.

ATENCIÓN RUTINARIA POST-NATAL Y POST-PARTO

Todas las madres y sus niños tendrán acceso a un nivel básico de atención sin considerar si el parto tiene lugar en el domicilio, en un ambiente primario o secundario de atención de la salud. En cada parto, donde sea que tenga lugar, un asistente deberá asumir esa responsabilidad.

Los organismos gubernamentales apoyarán la posibilidad de que la atención sea proporcionada por personal de alternativa tal como son las matronas empíricas. El papel y la eficiencia de estas alternativas se evaluarán sistemáticamente.

Será de prioridad realizar en todo niño, ya sea nacido en casa o en el hospital, algún tipo de evaluación referente a detectar dificultades en el inicio de la respiración, proporcionando el apoyo necesario para iniciar y sostener la respiración. Todo asistente del parto deberá estar capacitado y equipado para actuar en caso de necesitarse atención inmediata y resucitación del recién nacido, incluyendo la identificación de la necesidad de consulta o referencia a la atención más especializada.

Todo recién nacido será evaluado inicialmente con respecto a los signos vitales y anomalías congénitas generales. Las evaluaciones deberán hacerse junto a la madre si es posible, en una sala con la temperatura adecuada y sin riesgo para la madre ni para el niño.

El alta del hospital dependerá del bienestar de la madre y el niño, los deseos de los padres y la disponibilidad de apoyo doméstico.

NIÑOS ENFERMOS

Los padres tienen múltiples derechos referentes a su participación activa en la atención de sus hijos enfermos: visitas tempranas y libres a las unidades de hospitalización de neonatos; estímulo del contacto piel a piel y de la alimentación natural, independientemente de que el recién nacido esté o no conectado a sistemas de monitoreo; instalaciones donde los padres puedan permanecer mientras el niño se encuentre sujeto a atención especial; participación en las

decisiones relativas a diagnóstico y tratamiento.

Todos los países deberán desarrollar criterios para determinar si ciertos tratamientos para el recién nacido deben o no considerarse experimentales. Los ejemplos de tratamiento "experimental", en las actuales circunstancias, incluyen el manejo de niños extremadamente prematuros y con graves anomalías congénitas. Deberán formularse pautas generales para la selección de aquellos niños para quienes se justifica el máximo cuidado intensivo y quirúrgico. La posibilidad de consecuencias negativas a corto y largo plazo de dicho tratamiento deberá ser comunicada ampliamente a los padres.

Idealmente, los niños enfermos que necesiten cuidados intensivos serán internados en unidades especiales dentro de las maternidades. En estas unidades, el personal de enfermería pediátrica y especializada deberá estar de turno durante las 24 horas del día. Se dispondrá de las facilidades mínimas aceptables para el apoyo a la vida, incluyendo servicios de laboratorio y radiología. A ninguna institución que proporcione cuidados terciarios deberá permitírsele rechazar un caso que se presente en sus instalaciones, por lo menos hasta su evaluación, estabilización y referencia posterior.

INVESTIGACIÓN

Cualquier tecnología usada en la atención postnatal y post-parto será sometida a evaluación antes de ser generalizada su aplicación. Dicha evaluación deberá incluir aspectos de eficacia, seguridad, implicancias económicas y aceptabilidad económica. Los resultados de la evaluación de la tecnología serán ampliamente difundidos a los profesionales y al público en general. La OMS continuará promoviendo y ampliando una red de centros de evaluación tecnológica para prestar asistencia a los países al seleccionar nuevas tecnologías y evaluarlas. Esta red constituirá un punto focal para la difusión de la información.

Las siguientes son dos áreas de investigación que necesitan alta prioridad: crecimiento fetal y su retardo y la prevención del niño de bajo peso al nacer; los problemas de salud en la madre

después del parto, incluyendo la depresión post-parto.

Todos los gobiernos deberán asignar un amplio comité de representantes que incluya tanto a aquellos que proporcionan atención de la salud como a los usuarios de la misma, con la finalidad de establecer pautas generales y recomendaciones para la atención materno-infantil. Dichas pautas generales deberán basarse en un sistema de evaluación continuado y ser distribuidas y revisadas con frecuencia. Las pautas generales comprenderán normas mínimas de procedimientos y equipamiento.

Todos los países deberán esforzarse por mejorar los registros clínicos perinatales. Los certificados de nacimiento y de defunción incluirán el peso de nacimiento y estarán interrelacionados, siempre que sea posible. Un buen sistema de estadística es esencial, empezando con el registro de todos los nacimientos y defunciones. Los sistemas de observación perinatal permanente son necesarios a nivel nacional.

INFORMACIÓN PÚBLICA Y DE LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN

Se difundirá ampliamente la información referente al puerperio, información exacta, clara, presentada en forma atractiva, de calidad y consistente. Será dirigida a los padres, estudiantes, profesores, profesionales de la salud y políticos.

La OMS y sus oficinas regionales deberán instituir un programa regular de reuniones con periodistas, líderes de medios de información y relaciones públicas y directores de revistas profesionales con el fin de familiarizarlos con las recomendaciones de las reuniones de la OMS y otros asuntos que afecten a la salud materno-infantil. La OMS promoverá la implementación de las recomendaciones de la reunión celebrada en Trieste y otras dos reuniones anteriores (Washington D.C. en 1984 y Fortaleza, Brasil, en 1985).

REFERENCIA:

EURO/PAHO Symposium on Appropriate Technology Following Birth

World Health Organization
Trieste, 7-11 October 1986