

Prácticas basadas en la evidencia en el cuidado de la gestación, trabajo de parto, puerperio y recién nacido

ESPERANZA DE MONTERROSA*
 JHON JAIRO ZULETA**
 RICARDO ROJAS HIGUERA***

Resumen

La Red Colombiana de Centros Asociados al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), en busca de mejorar los servicios de salud reproductiva con una asignación más efectiva de los recursos junto con los esfuerzos necesarios para implementar solo las prácticas clínicas que demuestran ser efectivas en nuestro medio, desarrolló la investigación "Utilización de prácticas basadas en la evidencia en el cuidado de la gestación, trabajo de parto y parto, puerperio y recién nacido en hospitales colombianos", entre julio de 2004 y abril de 2005. Las gestantes que formaron parte del estudio fueron todas las mujeres con gestaciones de más de 24 semanas y con nacimientos en el periodo mencionado.

Las prácticas que se estudiaron se relacionan con cuidados durante la gestación, intervenciones en alteraciones de la gestación y durante el trabajo de parto y parto y cuidados al recién nacido.

La historia clínica materno perinatal del CLAP se utilizó para el registro de datos por parte de obstetras, pediatras y médicos generales. Estas historias se ingresaron diariamente al software del Sistema Informático Perinatal (SIP), desarrollado por el CLAP, en la clínica Veraguas y dos veces por semana en la clínica Corpas. El procesamiento de datos se hizo con el programa estadístico SPSS.

* Especialista en Salud Pública. Coordinadora del Centro Asociado al CLAP. Grupo Saludcoop. anaesperanza@yahoo.com, epinzonc@saludcoop.coop

** Especialista en Gineco-Obstetricia. Magíster en Epidemiología. Docente asistente, Universidad de Antioquia.

*** Médico. Magíster en Salud Pública. Profesional especializado, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Recibido: 08/09/2005 Aprobado: 14/10/2005

Palabras clave: práctica clínica basada en evidencia, medicina basada en evidencia, salud reproductiva, prácticas beneficiosas, prácticas perjudiciales.

Summary

In searching for improvements associated with reproductive health services by designating more effectively the resources together with the necessary efforts so as to only apply the clinical practices that demonstrate to be effective in our environment, the Colombian network of centers associated to the Latin American Center of Perinatology and Human Development (CLAP), carried out the research titled "The use of practices based on the evidence in caring for the gestation's period, childbirth labor and childbirth, mothers and newborns in Colombian hospitals between July of 2004 and April of 2005". The gestating mothers that were part of the study were all women with more than 24 weeks of pregnancy and with births in the aforementioned period.

The practices under review and study are related to care during gestation, interventions due to alterations in gestation and during labor, childbirth and caring for the newborn.

The maternal perinatal medical history of CLAP was used by obstetricians, pediatricians, and general practitioners in recording data. These medical histories were updated daily into a software program known as Perinatal Information System (SIP for its initials in Spanish), developed by the CLAP, in the Veragua's clinic and twice per week in the Corpas's clinic database. Data processing was performed with the statistical program SPSS.

Key words: clinical practice based on evidence, medicine based on evidence, harmful practice, beneficial practice, reproductive health.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente la mitad de los países de América Latina y el Caribe han alcanzado un porcentaje de partos institucionales mayor o igual al 80% en los últimos años; Colombia presentó en 2002 el 94,2% (1) de nacimientos institucionales. A pesar de estas cifras, la morbilidad y la mortalidad maternas y perinatales se mantienen elevadas, situación a la que no escapa nuestro país.

La utilización de cuidados beneficiosos para la mujer y el niño probablemente generaría una disminución en la morbilidad materna y perinatal. Un mecanismo para mejorar la calidad de atención es el conocimiento de los principales problemas de salud, y un gran reto actual es no solo el conocimiento de las mejores prácticas sino lograr que los profesionales de la salud abandonen el uso de prácticas sin beneficio y aun perjudiciales y que incorporen las nuevas prácticas que han mostrado ser efectivas (2).

En la actualidad los profesionales de la salud tienen más posibilidades de acceder a muy buena información acerca de la efectividad de las formas de cuidado que se usan rutinariamente en la atención de la gestación, del trabajo de parto y parto, del puerperio y del recién nacido. Un ejemplo de esto es la Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) (3), proyecto en el que participan la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Colaboración Cochrane e instituciones y científicos colaboradores de países en desarrollo, como parte del programa de la OMS para el mapeo de las mejores prácticas en salud reproductiva. El objetivo de la BSR es ayudar a los profesionales de la salud a tomar decisiones adecuadas y bien fundamentadas a la hora de tratar los problemas relacionados con la salud reproductiva, basándose en información sólida y actualizada que se obtiene a partir de la investigación más rigurosa.

Otro apoyo importante es el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) (4), con sede en Montevideo, Uruguay, creado en 1970 por un grupo de visionarios profesionales comprometidos con la salud pública en la atención materna y perinatal, el cual apoya técnica y científicamente a los países del continente americano en vigilancia de salud materna y perinatal, en medicina basada en evidencia y en

investigación. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional para las Américas de la OMS, es la entidad que administra el CLAP. La principal estrategia de descentralización del CLAP se sustenta en su iniciativa de Red de Centros Asociados al CLAP/OPS. Esta iniciativa tiene como finalidad lograr una cooperación técnica entre países más ágil y eficiente en la región de las Américas. Colombia tiene cuatro centros asociados que conforman la Red Colombiana de Centros Asociados al CLAP.

La Red Colombiana de Centros Asociados al CLAP, apoyada por el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias) y con el liderazgo de la Universidad de Antioquia, realizó la investigación "Utilización de prácticas basadas en la evidencia en el cuidado del embarazo, trabajo de parto y parto, puerperio y recién nacido en hospitales colombianos" en cada uno de los 4 nodos que la conforman: en la Universidad de Caldas, Universidad de Antioquia, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Empresa Promotora de Salud Saludcoop.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un trabajo descriptivo, prospectivo de corte transversal, que hace parte de un estudio colaborativo y multicéntrico.

Objetivo general

Evaluar la frecuencia de uso de prácticas comprobadas científicamente como beneficiosas, inefectivas o perjudiciales, en el cuidado del embarazo, trabajo de parto y parto, puerperio y recién nacido, en las clínicas Veraguas y Corpas del grupo Saludcoop.

Medidas principales de resultado

Proporción de mujeres y recién nacidos atendidos en las clínicas Veraguas y Corpas de Bogotá, a quienes se les aplicaron o dejaron de aplicar algunas prácticas comprobadas científicamente como beneficiosas, inefectivas o perjudiciales, en el cuidado del embarazo, trabajo de parto y parto, puerperio y recién nacido.

Fuente

La fuente de selección de las prácticas fueron las tablas de prácticas efectivas, inefectivas o perjudiciales publicadas en el libro *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (5), y las tablas similares publicadas en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (6).

El proceso de selección lo realizaron los coordinadores de los centros colombianos asociados al CLAP durante un taller de trabajo en octubre de 2002 con un grupo internacional de expertos en Montevideo, Uruguay; se acordó que en esta etapa se evaluarían las prácticas que se pudieran medir con el Sistema Informático Perinatal (SIP).

Las prácticas seleccionadas fueron: *cuidados durante la gestación*: que las mujeres porten el carné materno perinatal al momento de asistir a la atención del parto, la suplementación con hierro y ácido fólico y la tamización para sífilis y bacteriuria; *durante el trabajo de parto*: el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto, la aplicación de enema, la realización del rasurado perineal, la posición durante la atención del parto, la realización de episiotomía selectiva en primíparas y el manejo activo del alumbramiento; *tratamiento de complicaciones del embarazo y el parto*: la administración de antibióticos profilácticos en cesárea, el tratamiento de la pre-eclampsia y la eclampsia con sulfato de magnesio, la administración de corticoides para inducir maduración pulmonar fetal en madres con alto riesgo de parto pretérmino, y la terminación electiva de embarazos de más de 41 semanas; *cuidados del recién nacido*: lactancia materna exclusiva y alojamiento conjunto madre-hijo.

RESULTADOS

Las clínicas Veraguas y Corpas son instituciones privadas de segundo nivel de complejidad de atención, una de ellas docente, con aproximadamente 6300 atenciones conjuntas anuales de partos de mujeres pertenecientes al régimen contributivo. El control prenatal se realiza en instituciones de primer nivel.

Descripción de la población del estudio

El estudio incluyó 3365 mujeres con gestaciones mayores de 24 semanas y 3373 neonatos, quienes fueron

atendidos en las clínicas Veraguas y Corpas de Salud-coop EPS entre el 22 de julio de 2004 y el 8 de abril de 2005.

La descripción de la población se presenta en las tres primeras tablas con las cuales se obtiene su perfil básico sociodemográfico y epidemiológico.

Características sociodemográficas

El 99% de las madres y de los recién nacidos pertenecían al régimen contributivo y un alto porcentaje tenían un nivel de escolaridad alto, incluso con un 25%

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes de las clínicas Veraguas y Corpas de Bogotá. Julio 2004-abril 2005.

Edad (promedio años) (DS)	26,5 (6,0)
Embarazos previos (mediana) (P 25-75)	1 (0-2)
Abortos previos (mediana) (P 10-90)	0 (0-1)
Cesáreas previas (mediana) (P 10-90)	0 (0-1)
Partos previos (mediana) (P 25-75)	1 (0-1)
Controles prenatales (mediana) (P 25-75)	7 (4-8)
Raza	Número (%)
Mestiza	1298 (38,6)
Blanca	1547 (46,0)
Indígena	26 (0,8)
Negra	49 (1,5)
Otra	41 (1,2)
Sin dato	404 (12,0)
Nivel educativo	Número (%)
Ninguno	13 (0,4)
Primaria	298 (8,9)
Secundaria	1962 (58,3)
Universidad	859 (25,5)
Sin dato	233 (6,9)
Estado civil	Número (%)
Unión libre	1617 (48,1)
Casada	899 (26,7)
Soltera	513 (15,2)
Otro	0,7 (0,7)
Sin dato	314 (9,3)

de universitarias. Se sabe que el nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y en el comportamiento reproductivo, en la demanda de servicios de salud y en la planificación familiar (7).

Características del nacimiento

Los promedios de peso al nacer como de edad gestacional son resultados que corresponden a una población de bajo riesgo. Es importante el dato de 21 muertes fetales antes del parto ya que implicaría evaluar las condiciones de salud de la mujer antes y durante la gestación y en consecuencia diseñar y desarrollar un programa o por lo menos determinar acciones que impacten esta situación.

Tabla 2. Características del nacimiento en las clínicas Ve-raguas y Corpas de Bogotá del Grupo Saludcoop. Julio 2004-abril 2005.

Nacimiento	Número (%)
Vivo	3264 (96,7)
Muere en embarazo	21 (0,6)
Muere durante el parto	4 (0,1)
Muerte momento desconocido	5 (0,1)
Sin dato	81 (2,4)
Peso al nacer (promedio) (DS)	3048 (459)
Edad gestacional (promedio) (DS)	38.62 (1,7)
Orden gemelar parto	Número (%)
Único	3352 (99,3)
Múltiple	23 (0,7)

Utilización de las prácticas clínicas seleccionadas en el estudio

En la tabla 3 se encuentra la proporción, porcentaje válido y el número de mujeres que recibieron las prácticas seleccionadas en el estudio, comprobadas científicamente como beneficiosas e inefectivas o perjudiciales, en las cuatro áreas de atención propuestas: cuidados

durante la gestación, intervenciones en alteraciones de la gestación, intervenciones durante el trabajo de parto y parto y cuidados al recién nacido.

DISCUSIÓN

Cuidados generales durante la gestación

- Existen en la literatura dos estudios pequeños que evaluaron el permitir a las mujeres llevar un registro de su propia historia clínica. Esta modificación sencilla de la práctica habitual no tiene efectos perjudiciales y se asoció con un aumento en las mujeres del sentimiento de estar controladas durante su embarazo. Los resultados de estos estudios sugieren que se debe considerar la creación de una política que permita a las mujeres llevar un registro de sus propias historias clínicas (8).

- El 88,2% (2562) de las gestantes presentó el carné materno perinatal en la admisión al parto. Este dato se considera un buen resultado que muestra el esfuerzo de proveer del carné a la gestante en el control prenatal, el comportamiento de solicitarlo cuando la madre llega al parto y el portarlo por parte de ella fue percibido.

- Los datos disponibles de los estudios clínicos controlados ofrecen evidencia clara de una mejora en los índices hematológicos en gestantes que reciben suplementación rutinaria con hierro (9), como en las que reciben suplementación rutinaria con folato (10).

- Al 96,5% (1703) de las gestantes con control prenatal se le prescribió suplementación con hierro y folato; es un valor muy bueno si se tiene en cuenta la meta de cumplimiento de 85% (11) exigida por el Ministerio de la Protección Social.

- Ante la firme asociación demostrada entre el tratamiento antibiótico y la prevención de la pielonefritis y los partos prematuros, a todas las gestantes se les debe realizar uroanálisis en su primera consulta, independientemente de la edad gestacional, para determinar la presencia de bacteriuria asintomática (12).

Al 96,3% (2036), de las gestantes con control prenatal se le realizó uroanálisis para bacteriuria asintomática. Desde luego es un muy buen resultado; la normatividad colombiana al respecto exige una meta de cumplimiento del 85% (13).

Tabla 3. Frecuencia de uso de las prácticas, en las cuatro áreas de atención, en las clínicas Veraguas y Corpas de Bogotá. Julio 2004-abril 2005.

Prácticas clínicas seleccionadas basadas en la evidencia		Beneficiosa		Inefectiva o perjudicial	
		Porcentaje válido de utilización	Número	Porcentaje válido de utilización	Número
Cuidados generales durante la gestación					
1	Que las mujeres lleven un registro de su gestación: carné materno perinatal.	88,2	2562		
2	Suplementación con hierro y folatos.	96,5	1703		
3	Tamizaje para bacteriuria asintomática durante la gestación.	96,3	2036		
4	Tamizaje para sífilis antes de la semana 20.	98,1	2619		
Intervenciones en alteraciones de la gestación					
5	Sulfato de Mg para el tratamiento de la eclampsia	33,3	1		
6	Sulfato de Mg para el tratamiento de la pre-eclampsia severa.	91,7	22		
7	Corticoides antenatales para promover la maduración precoz, en madres con alto riesgo de parto pretérmino.	83,3	25		
Intervenciones en trabajo de parto y parto					
8	Enema evacuante durante el trabajo de parto.			0,8	17
9	Rasurado perineal de rutina en la preparación del parto.			43,0	896
10	Posición dorsal (supina) en el periodo expulsivo del parto.			84,1	1678
11	Episiotomía en primíparas.			46,9	799
12	Terminación electiva después de las 41 semanas de gestación.	58,4	73		
13	Apoyo continuo para la mujer durante el trabajo de parto.	28,1	650		
14	Administración de antibióticos profilácticos en cesárea.	23,5	228		
15	Manejo activo del alumbramiento para la prevención de la hemorragia posparto	92,7	1826		
Cuidados al recién nacido					
16	Lactancia materna exclusiva.	98,1	2311		
17	Alojamiento conjunto madre-hijo.	92,6	2215		

• La sífilis en el embarazo, con la consecuente probabilidad de morbilidad severa a largo plazo en la madre y secuelas fatales o gravemente debilitantes en el feto, se ha controlado en los países con altos ingresos a través de programas de estudios de detección y tratamiento tempranos. La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual, potencialmente fatal, que se transmite de una embarazada al feto. Si la madre no recibe tratamiento,

es posible que el neonato nazca con la enfermedad, padezca discapacidad permanente y presente desfiguraciones (14).

Al 98.1% (2619) de las gestantes con control prenatal se le practicó tamización para sífilis antes de la semana 20. Es un muy buen resultado ya que la meta de cumplimiento exigida por el Ministerio de la Protección Social es del 85% (15).

Intervenciones en alteraciones en la gestación

- La eclampsia se puede diferenciar de otras formas de convulsiones por el hecho de que se controla mejor con el sulfato de magnesio que con el diazepam o la fenitoína (ambos son los anticonvulsivantes convencionales), lo que ofrece oportunidades para explorar la patogénesis de la eclampsia (16).

De las tres gestantes que presentaron eclampsia, a dos no se les aplicó sulfato de magnesio. Esto da un porcentaje de uso del sulfato de magnesio en eclampsia del 33,3%. Las tres gestantes que desarrollaron eclampsia debieron recibir sulfato de magnesio.

- En la actualidad, el sulfato de magnesio es el fármaco de elección para las pacientes con *eclampsia* y *preeclampsia*. La investigación en este campo debería focalizarse en las investigaciones operativas que permitan identificar las barreras que obstaculizan la disponibilidad y uso del sulfato de magnesio y concentrarse en las estrategias de evaluación para superar dichas barreras (17).

De las 24 gestantes que presentaron preeclampsia severa, 22 recibieron sulfato de magnesio y a 2 no se les administró; esto da un porcentaje de uso del 91,7% en preeclampsia severa.

- El tratamiento prenatal con corticoesteroides para la maduración pulmonar fetal reduce en recién nacidos prematuros la mortalidad, el síndrome de dificultad respiratoria y la hemorragia intraventricular. Estos beneficios se extienden a una gama amplia de edades gestacionales y no están limitados por el sexo o la raza. Aunque los efectos beneficiosos de los corticoesteroides son mayores después de 24 horas de haber iniciado el tratamiento, los ciclos de tratamiento menores pueden mejorar el resultado. Los datos derivados de los estudios clínicos aleatorizados de tratamiento posnatal con surfactante indican que los beneficios del surfactante posnatal mejoran mediante la administración prenatal de corticoesteroides (18).

De los 30 casos en los que estaba indicada la administración de corticoides, esto es, las mujeres con amenaza de parto pretérmino entre las semanas 24 a 34, el 83,3% (25) recibió esta práctica.

Intervenciones en el trabajo de parto y el parto

- La administración de enema a la mujer cuando ingresa a la maternidad para la atención del parto es una intervención común en centros hospitalarios latinoamericanos. La justificación del uso de esta práctica rutinaria sería evitar la contaminación del perineo por materia fecal durante el parto y reducir así las infecciones luego del nacimiento del bebé. Tradicionalmente se cree que evitar el contacto del recién nacido con materia fecal reduciría las infecciones en los bebés. Sin embargo, un informe realizado por los expertos del CLAP luego de una revisión de la literatura clínica encontró que el único efecto demostrado del enema antes del parto fue una menor incidencia de deposiciones durante el parto. Esto indicaría entonces que el enema no debería hacerse ya que es una práctica inefectiva y además muy molesta para la mujer (19).

Del total de gestantes con parto normal, al 0,8% (17) se le administró enema evacuante durante el trabajo de parto. El valor encontrado indica que esta intervención incómoda para las mujeres está prácticamente suprimida en las clínicas Veraguas y Corpas, lo cual dice mucho del concepto de bienestar que se les está brindando.

- El fundamento tradicional para utilizar el rasurado previo al parto es que disminuiría el riesgo de infección en el perineo y presumiblemente haría que la eventual sutura de la episiotomía fuera más fácil y segura. Las revisiones sistemáticas indican que, como el rasurado es algo poco confortable y doloroso para la mujer, lo único que justificaría su uso es que redujera la morbilidad materna. Las dos únicas investigaciones clínicas que tratan este tema indican que el rasurado no mejora la morbilidad materna. Por lo tanto, rasurar a la parturienta es agregar un grado más de molestia sin ningún beneficio ya que tampoco es más higiénico. Por el contrario, explican que luego del rasurado la mujer sufre de ardor y picazón durante el crecimiento del folículo piloso. Además, los especialistas sostienen que la mujer podría padecer cortes en la piel debido a la rapidez con que a veces se la rasura (20).

Del total de gestantes con parto normal, al 43,0% (896) se le realizó rasurado perineal. Marca una gran

diferencia con el valor encontrado en la práctica de administración de enema en estas clínicas, puesto que casi la mitad de las gestantes continúan recibiendo esta atención incómoda y perjudicial.

- Se debe estimular a las mujeres a que tengan su parto en posiciones cómodas, que habitualmente son las verticales. En las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, de pie, entre otras. En las sociedades occidentales, los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto acostadas sobre su espalda, en posición de litotomía.

La revisión de los ensayos clínicos logró demostrar que cuando las mujeres tuvieron el parto acostadas de espalda, fue más doloroso para la madre, causó más problemas con respecto a la frecuencia cardíaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y también hubo más mujeres con incisiones en el canal del parto, pero también menos pérdidas sanguíneas (21).

Del total de gestantes con parto vaginal, en el 84,1% (1678) el nacimiento fue en posición dorsal o supina y en el 15,3% (316) en posición sentada. La proporción de madres con parto en posición sentada se logró porque una de las clínicas cuenta con una camilla que facilita proveer esta posición en la fase expulsiva del parto; según los especialistas, es mucho más cómoda para ellos como para las mujeres.

- Aunque la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en el mundo, hay una

fuerte evidencia de que no disminuye la incidencia de desgarro perineal sino que aumenta la frecuencia de desgarros graves que provocan dolor a la mujer, incomodidad durante las relaciones sexuales y en general en los momentos en los que ella debe sentirse cómoda, como para amamantar y cuidar del recién nacido (22).

Del total de gestantes primíparas con terminación espontánea, al 46,9% (799) se le practicó episiotomía. Los expertos del CLAP sostienen que no debería superar el 30% en las que tienen su primer parto.

- Los sistemas de salud que disponen de la posibilidad de realizar ecografías del primer período del embarazo con resultados confiables a costos accesibles, deberían realizarlas en forma rutinaria y controlar las fechas probables de parto, y de esta manera evitar la inducción del trabajo de parto innecesaria y debida a un diagnóstico equivocado de embarazo prolongado. En cambio, en aquellos donde la inducción del trabajo de parto es una opción segura y aceptable, debería considerarse su puesta en práctica para mujeres con más de 41 semanas de gestación (23).

Del total de gestantes, 133 presentaron parto después de las 41 semanas gestacionales, la conducta activa fue del 58,4% (73).

- El apoyo continuo durante el trabajo de parto debería ser la regla, no la excepción. Se debería permitir a todas las mujeres que cuenten con gente de apoyo en todo momento durante el trabajo de parto. En general, el apoyo continuo de un asistente durante el trabajo de parto parece proporcionar los mejores beneficios cuando dicha persona es ajena a la institución, cuando la analgesia epidural no es el



procedimiento de rutina y cuando el apoyo se inicia tempranamente (24).

Puede ser posible aumentar el acceso al apoyo personalizado y continuo durante el trabajo de parto alentando a las mujeres a que le soliciten a un familiar o amigo que se comprometa a estar presente en el momento del parto y a asumirlo, y a los proveedores de servicios de salud a permitir esta práctica.

Del total de gestantes con parto normal, el 28,1% (650) estuvo acompañado durante el trabajo de parto por la pareja, un familiar o un estudiante. Dados los grandes beneficios demostrados, esta práctica tiene un resultado bajo.

- Los antibióticos profilácticos reducirán la incidencia de endometritis luego de una cesárea electiva o no electiva entre dos tercios y tres cuartos y la incidencia de infección de la herida en hasta tres cuartos. También disminuyen los índices de morbilidad febril posparto y la incidencia de infecciones urinarias. Además se desarrollarán menos complicaciones graves. Es recomendable que todas las unidades obstétricas cuenten con una política de administración de antibióticos profilácticos para las mujeres a quienes se les practica una cesárea. Los encargados de administrar las unidades obstétricas deberían analizar los índices de infección luego de una cesárea, como un indicador importante de calidad (25).

Del total de gestantes con parto por cesárea, el 23,5% (228) recibió antibióticos profilácticos. Es una práctica de utilización muy baja dados los grandes beneficios que se demostraron en la revisión sistemática.

- La "conducta activa" de rutina en el alumbramiento es superior a la "expectante" en cuanto a pérdida de sangre, hemorragia puerperal y hemorragia puerperal severa así como otras complicaciones graves. La conducta activa se debería adoptar como rutina en mujeres con parto vaginal. No existe evidencia que sugiera que esta recomendación debería excluir la atención de partos en el hogar y en centros en países desarrollados (26).

El 92,7% (1826) de las gestantes con parto normal recibió manejo activo del alumbramiento. Es un resultado muy bueno que debe haber llevado a prevenir muchos riesgos de morbilidad en las gestantes atendidas.

Cuidados al recién nacido

Según estimaciones recientes, la lactancia materna exclusiva contribuiría a la reducción de los índices de mortalidad infantil. Los resultados de un metaanálisis también reciente sobre este tema respaldan la conclusión del fuerte efecto protector contra la infección gastrointestinal (27).

El 98,1% (2311) de los niños nacidos por parto normal recibió lactancia materna exclusiva entre el nacimiento y su egreso. En el 72% el egreso del recién nacido se produjo antes de las 24 horas (un alto porcentaje antes de las 12 horas) del nacimiento, lo que podría influir en la continuidad de esta práctica en el hogar al no poder detectar durante el puerperio mediano dificultades en el amamantamiento.

- Una revisión que incluyó 17 estudios encontró efectos positivos y estadísticamente significativos del contacto temprano piel a piel sobre la lactancia materna uno y tres meses después del parto y sobre la duración de la lactancia (28).

El contacto físico con la madre aumenta el nivel de prolactina. En estas situaciones el contacto piel a piel, el tacto, el olor, la tibieza del cuerpo y los estímulos auditivos y visuales se combinan para promover el apego entre los dos, lo cual es una contribución al niño para su propia supervivencia.

Las madres en el servicio de maternidad que han tenido un parto vaginal normal deben confirmar que, durante la primera media hora después del parto, se les ha dado a su hijo para tenerlo en contacto piel con piel durante al menos 30 minutos, y un miembro del personal les ha ofrecido ayuda para iniciar la lactancia. Al menos el 50% de las madres que ha tenido una cesárea deben confirmar que, durante la primera hora después de recuperar el conocimiento, se les ha dado a su hijo para tenerlo en contacto piel con piel (Criterios Globales de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño) (29).

Del total de recién nacidos con parto normal, el 92,6% (2215) recibió alojamiento conjunto. Este resultado incluye niños con periodos de alojamiento del niño en la cama de la madre y otros con periodos del niño en su cuna, sin tiempos de contacto piel a piel madre-hijo.



CONCLUSIONES

Las prácticas relacionadas con cuidados generales durante la gestación alcanzaron un muy buen resultado, entre el 88,2% y el 98,1%. Debe enfatizarse que la medición de las prácticas en el caso de los tamizajes para bacteriuria y sífilis fue el que se hubiesen solicitado las pruebas y no el que se completaran los demás

procesos tendientes a tratamientos oportunos y adecuados que son las intervenciones que realmente disminuyen los riesgos. Igual consideración debe hacerse para la práctica de prescribir hierro y folatos: no se midió si se le entregaron o si la gestante los tomó, solo si se le prescribieron.

El logro de prácticas en alteraciones de la gestación fluctuó entre el 33,3% y el 91,7%. Merecen mayor atención la aplicación de sulfato de magnesio en eclampsia y en preeclampsia severa, 33,3% y 83,3%, respectivamente, que deben alcanzar el 100% porque implican la vida de la madre y del feto. Igual atención debe tener al administración de corticoides antenatales en amenaza de parto pretérmino entre las semanas 24 y 34.

Las intervenciones en trabajo de parto y parto catalogadas como inefectivas o perjudiciales fluctuaron entre el 0,8% y el 84,1%; la administración de enema durante el trabajo de parto está prácticamente suprimida, lo cual dice muy bien por la comodidad de la gestante en las clínicas donde se realizó el estudio; no así la práctica de rasurado perineal, el cual tiene todavía un uso del 43,0%, alto si se tiene en cuenta la facilidad con la que se puede abolirla. Preocupan los altos porcentajes alcanzados en las otras dos prácticas perjudiciales o inefectivas: episiotomía en primíparas con 46,9% y posición supina en la fase expulsiva del parto con 84,1%.

El manejo activo del alumbramiento es una práctica con un gran logro, 92,7%, que refleja un cambio consciente de los especialistas que desde luego favorece en

primer lugar a la población materna y perinatal y luego a la EPS, en contraste con los porcentajes de uso alcanzados por las prácticas: terminación electiva después de las 41 semanas de gestación con 58,4%, apoyo continuo de la mujer durante el trabajo de parto con 28,1% y administración de antibióticos en cesárea con tan solo 23,5%.

El logro en el área de cuidados del recién nacido fue cuantitativamente bueno: fluctuó entre el 92,6% y el 98,1%, pero es indispensable y urgente que se refuercen e implementen los aspectos científicos que los fundamentan, como lo ha propuesto la Organización Mundial de la Salud, en cuanto a alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia materna (29).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores Básicos*. Colombia, 2004.
- (2) <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-99-11.PDF>
- (3) <http://www.who.int/mediacentre/news/new/2005/nw03/es/index.html>
- (4) <http://www.clap.ops-pms.org>
- (5) ENKIN, M. et ál. *Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- (6) WORLD HEALTH ORGANIZATION, Department of Reproductive Health and Research, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *The WHO Reproductive Health Library*, N° 5. Geneva: World Health Organization, 2002.
- (7) PROFAMILIA. *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta nacional de demografía y salud. Resultados. 2000.
- (8) <http://perinatal.bvsalud.org/html/es/home.html>
- (9) MAHOMED, K. *Suplementación con hierro en el embarazo*. (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, Issue 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- (10) MAHOMED, K. *Suplementación con folato en el embarazo*. (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, Issue 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- (11) Resolución 3384 del Ministerio de la Protección Social de Colombia, diciembre 2000.

- (12) TOLOSA, J. E. *Tratamiento de la bacteriuria asintomática en el embarazo: aspectos prácticos de la BSR* (última revisión: 13 de octubre de 2001). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 7. Oxford: Update Software, 2004.
- (13) Resolución 3384 del Ministerio de la Protección Social de Colombia, diciembre 2000.
- (14) WALKER, G. J. A. Antibióticos para sífilis diagnosticada durante el embarazo. (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- (15) Resolución 3384 del Ministerio de la Protección Social de Colombia, diciembre 2000.
- (16) ATALLAH, A. N. *Tratamiento anticonvulsivo para la eclampsia: Comentario de la BSR* (última revisión: 14 de noviembre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 7. Oxford: Update Software, 2004.
- (17) DULEY, L., A. M. GÜLMEZOGLU y D. J. HENDERSON-SMART. Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia. (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- (18) CROWLEY, P. Corticosteroides con fines profilácticos para el parto prematuro. *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- (19) CUERVO, L. G., M. N. Rodríguez y M. B. Delgado. Enemas during labor (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 1. Oxford: Update Software, 2001.
- (20) BASEVI, V. y T. LAVENDER. Routine perineal shaving on admission in labour. (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 1. Oxford: Update Software, 2001.
- (21) GUPTA, J. K. y G. J. HOFMEYR. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 2005.
- (22) LILJESTRAND, J. *Políticas de episiotomía en partos vaginales: comentario de la BSR* (última revisión: 8 de julio de 2002). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 7. Oxford: Update Software, 2004.
- (23) CROWLEY, P. Intervenciones para prevenir o mejorar el resultado del parto a término o postérmino. (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- (24) HODNETT, E. D. et ál. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- (25) SMAILL, F. y G. J. Hofmeyr. Profilaxis antibiótica para la cesárea. (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- (26) PRENDIVILLE, W. J., D. ELBOURNE y S. McDONALD. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento. (Revisión Cochrane traducida). *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003.
- (27) DE ONIS, M. *Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: comentario de la BSR* (última revisión: 11 de noviembre de 2002). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, N° 7. Oxford: Update Software, 2004.
- (28) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Norma técnica "atención del parto". Documento borrador. Colombia, 2005.
- (29) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. División de Salud y Desarrollo del Niño. *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural*. Ginebra, 1998.