

DIFERENTES CRITERIOS DE ATENCION NEONATAL EN EL NACIMIENTO DE BAJO RIESGO.

(Prof. Adriano Marqués)

Buenas tardes a todos, de la misma forma que mis colegas, no hablo bien la lengua y tendré que leer para expresarme mejor.

Agradezco a la comisión organizadora de este evento por la invitación y en particular a mi amigo Dr. Hugo Sabatino por quien tengo el mayor de los respetos en función de su coraje, su empeño y su determinación en la promoción de la humanización de la práctica médica perinatal.

En la UNICAMP, donde nos conocimos, tiene un feudo en el cual ejerce la medicina perinatal con nobleza y arte, me torné su fiel vasallo mientras permanecí allí y posteriormente salí en una cruzada por lo mismos ideales envolviendo no solo la asistencia perinatal sino también la pediatría común. Mucho me agrada estar fuera de mi país disfrutando de España coincidiendo con el día de la salud, que este año tiene como tema la salud materno-infantil.

Las exposiciones a las que asistí fueron de alto nivel, revelaron mucho conocimiento y experiencia profesional de personas conscientes de los problemas de salud enfrentados por la mujer durante la gestación y el parto.

Ahora modificaremos el escenario pasando a discutir aspectos relaciones con la salud infantil.

Soy formado en medicina con especialización en pediatría y neonatología, intensivista pediátrico y más recientemente abogado. no me pregunten por qué.

Los mayores conocimientos en fisiología y fisiopatología, la mejoría de los métodos diagnósticos, las nuevas terapéuticas y formas de monitorización de las enfermedades gestacionales y neonatales, acarrearón una marcada reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal. El surgimiento de la perinatología, simbiosis entre la tocología y la neonatología también vienen colaborando para la mejora de los índices de salud perinatal.

El avance de la neonatología permite que, además de la creciente reducción de la mortalidad, un número mayor de recién nacidos (RN), libres de secuelas sean entregados a sus familias, mientras la neonatología moderna, intentando ofrecer lo que hay de mejor en asistencia médica neonatal, la sistematizó elaborando protocolos asistenciales. Algunos de ellos empleados para todos los RN indiscriminadamente. Sabiendo que en algunos de ellos se les puede causar daños. Además de tornar el servicio menos humanizado y esto es particularmente observado en la atención inmediata, en la sala de partos en especial en los partos de RN de bajo riesgo.

Con relación a los criterios en la asistencia neonatal, seguidos por mi, creo que son pocas las diferencias encontradas entre las conductas que son realizadas de rutina al RN de bajo riesgo y

aquellas que son realizadas por los colegas Españoles. Tratándose de países con formación profesional diferentes, creo que los que hoy nos encontramos en este seminario, estamos imbuidos del mismo espíritu: "humanizar la asistencia de la mujer y del RN".

Esta es mi propuesta: realizar una asistencia de calidad y humanizada tanto a la madre como al RN, nos solo a los de bajo riesgo y saludables, sino a los patológicos que ya se encuentran en condiciones estables de salud.

La experiencia practica que yo adquirí en una sala de partos de un servicio de alta complejidad como es el Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer (C.A.I.S.M) de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP), fueron determinantes para incitar mi cuestionamiento acerca de esta asistencia protocolizada al RN normal que demuestra buena salud y vigor al nacer. Seguramente esos niños no necesitan que se les tome la T/A inmediata para completar su transición de la vida intra para extrauterina sino de una atenta y criteriosa preservación del calor suministrado por el cuerpo de la madre y de un secado realizado por un paño blando.

En la UNICAMP mis ideales se cruzaron con los del Dr. Sabatino y su programa de parto alternativo, parto en posición de cuclillas, sonó tan bien a mis oídos que pase inmediatamente a apoyarlo, participe activamente del programa por considerarlo completo en la formación de la mujer para la maternidad.

Análisis de resultados ya fueron expuestos por el Dr. Hugo por la mañana.

El programa de partos en cuclillas en la UNICAMP ofrece a la gestante la misma calidad de servicio prenatal, parto y puerperio que el departamento de toco-ginecología ofrece como un todo, pero se diferencia porque permite que las futuras madres tengan una visión holística de la maternidad y así tengan también mas satisfacción, los resultados demuestran su eficiencia como nos expuso el Dr. Hugo.

Durante el prenatal de las gestantes del grupo de parto alternativo en el Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer, además de las atenciones hay también la preocupación con las dificultades que estas madres tendrán después del parto, principalmente relacionadas con la lactancia materna y las atenciones de puericultura. Para minimizarlas, durante el prenatal estas gestantes participan de un foro de discusión con un neonatólogo del servicio, yo participé varias veces en estos foros en los que pude comprobar la gran participación de las parejas ávidas de información. Al término de estos encuentros tuve una agradable sensación de plenitud profesional y me sentí más motivado a continuar colaborando.

Regresando a la asistencia del RN de bajo riesgo algunos factores son relevantes y merecen consideraciones: a) La estructura, para la recepción de RN debe contar con todo lo necesario para enfrentar cualquier situación adversa, siendo esto incuestionablemente necesario, porque la misma gestación y trabajo de parto y partos considerados normales, practicados en cualquier posición algunos niños podrán necesitar atención asistencial más compleja al nacer. Los equipos

para esta finalidad son simples y de fácil obtención para cualquier maternidad, hospital, clínica o para el mismo apoyo al parto domiciliario, una vez que pueden ser transportados sin dificultad.

El entrenamiento necesario para actuar en la sala de partos frente al RN, a mi juicio, puede ser ofrecido también a otros profesionales de la salud perinatal a profesionales de la salud prenatal en el sentido de expandir sus conocimientos y promover la reducción de la morbi-mortalidad de los RN. En nuestro país aún hay varias regiones carentes de médicos y un considerable número de partos domiciliarios inadecuadamente asistidos.

Sabemos que el parto domiciliario también es frecuente en algunos países desarrollados, en los cuales es culturalmente aceptado, tanto por la sociedad como por los profesionales. Con la diferencia que la asistencia al parto es completa, incluso disponiendo de un sistema de transporte médico rápido y adecuado.

Los profesionales y visitantes participantes quedan al servicio de binomio madre-hijo. Esta práctica debería ser implantada también en Brasil. Desahogando los hospitales, minimizando los riesgos inherentes de la permanencia prolongada en los mismos. Reduciendo costes y seguramente ofreciendo un servicio más humanizado. Obviamente que esto implica un cambio cultural de algunos seguimientos de la sociedad y de la postura de los profesionales de la salud frente a dogmas médicos, creados por la actitud de dar validez a equívocos históricamente contruidos.

En algunos segmentos menos favorecidos de la población brasileña, el parto domiciliario es culturalmente aceptado pero como ya les dije, impropio y con riesgo mayor en función de la falta de asistencia adecuada.

Esto es un parto de una colega mía y del Prof. Hugo Sabatino, neonatóloga, también colega del servicio de neonatología de la UNICAMP, parto domiciliario hecho con el apoyo de una matrona.

La política de atención integral a la salud de la mujer en Brasil para el periodo 2004-07 tiene como principios normalizadores la humanización y la calidad. El ministerio de la salud observando la necesidad de garantizar el acceso a la asistencia al parto y los servicios de salud, de disminuir la mortalidad perinatal, de humanizar la asistencia al embarazo, al parto y puerperio y mejorar la calidad de esta asistencia, promulgó un Decreto en el cual establece la creación de los centros de parto normal con la finalidad de atender exclusivamente al parto normal sin distocias, como la Dra. Livia nos mostró en la mañana de hoy.

Tales centros actúan de manera complementaria a las unidades de salud existentes, integradas a los hospitales y disponen de los recursos humanos y materiales compatibles con la asistencia. Son atribuciones de estos centros el desarrollo de la actividad educativa y la humanización, preparación al parto y lactancia, evaluar la vitalidad fetal y garantizar la asistencia al parto normal sin distocias respetando la individualidad de las parturientas, garantizando también la atención al neonato y su rápida alta cuando sea necesario. El equipo mínimo es constituido por una enfermera-tocólogo (matrona) un auxiliar de enfermería, un auxiliar de servicios generales y un conductor, es complementado por un médico pediatra y tocólogo en los

centros alejados y permite la presencia de la partera tradicional en los casos en los que estas favorezcan el acceso de las gestantes a los servicios de salud como ocurre en algunas regiones en función a características culturales de la población local.

Como la mayoría de los bebés nacen bien, los de bajo riesgo, independientemente del local en el que nazcan y siempre que el parto sea bien asistido, podrán ser colocados en contacto con su madre y apenas ser observados. El contacto con su hijo es bueno y saludable, esto es todo cuanto la gestante deseó en los últimos 9 meses y seguramente es la voluntad del RN. En este contacto se completa la maternidad se deshacen las ansiedades vividas en los últimos meses. Es importante promover la primera succión del RN al pecho para estimular la secreción láctea, la producción de oxitocina, hormona de gran importancia para determinar la contracción del útero y disminuir la pérdida sanguínea tras el parto.

Después del nacimiento, la madre se encuentra con varias dificultades relacionadas con las atenciones con sus hijos aunque ya se le dieron informaciones en la preparación prenatal o incluso cuando hayan tenido otros hijos. La solución para esto no es reciente y es conocida por el mundo entero en función de los beneficios traídos con su aplicación. Hablo del alojamiento conjunto área física en la que permanecen la madre y el hijo con el apoyo de un equipo de profesional multidisciplinar en condiciones de educar para la salud y fortalecer los lazos afectivos entre la madre y su hijo, de ofrecer seguridad a la familia y de corregir fallos en la técnica de lactancia evitando la permanencia de niños saludables en el mismo local con niños enfermos.

También permite el tratamiento de niños con patologías menos complejas como simples ictericias. Mientras, en Brasil hay muchos servicios que insisten, a título de observación, en mantener a los RN separados de las madres por periodos de hasta 12h. en cunas calentadas, periodo en que frecuentemente se les ofrece soluciones orales glucosadas o fórmulas lácteas en función del lloro continuado, consecuencia de esas dos iatrogénicas ya que tienen una pérdida hídrica por el calor radiante y los vómitos secundarios a las sustancias ingeridas. Además de eso no disponen de alojamiento conjunto, el niño permanece todo el tiempo de su internamiento en el sector de neonatología. La interferencia con la lactancia materna será obvia en estos casos.

El gobierno brasileño para estimular la asistencia humanizada al parto y al RN ofrece a los Hospitales "Amigo de los Niños", aquellos que entre otras exigencias, disponen del programa de alojamiento conjunto, mayores recursos. El alojamiento conjunto es la regla para todos los RN saludables que nacen en el CAISM de la UNICAMP.

¿Qué es un Hospital "Amigo de los Niños"?

El proceso educativo que se inició antes del parto tiene su parte práctica en el alojamiento continuo. Que es continuado por la actuación de los pediatras en las clínicas privadas. Bien como los ambulatorios de la red pública de asistencia a la salud, en los cuales la enfermera tiene importante función, adonde pueden emplear técnicas simples como las de re-lactancia, enseñar a las madres que presentan una hipogalactia asociada. A veces encontramos interferencia medicamentosa en la producción láctea, a ejemplo de la metoclopramida. La re-lactancia consiste en un proceso de administración de leche materna ordeñada en algunas ocasiones. O de leche

industrializada para RN en otras. A través de una sonda que conecta a un reservorio, conteniendo la leche, al pezón de la madre, evitando la utilización de biberones que podría interferir negativamente con la fisiología de la lactancia materna. Este artificio técnico que estimula la producción de la leche también puede ser empleado por las madres de niños prematuros garantizándoles una nutrición ideal y una menor morbilidad después de la alta del hospital.

El CAISM UNICAMP dispone de condiciones para realizar también el alojamiento conjunto tardío que es el alojamiento conjunto para las madres que tuvieron a sus hijos internados pero que ya están en buenas condiciones de salud. La unidad de la re-lactación es frecuentemente utilizada y la madre recibe informaciones necesarias para su seguridad después del alta de su hijo, en general, prematuro.

Controversias en relación con algunos procedimientos relacionados con el RN normal:

A) La primera de ellas es la aspiración de las vías aéreas superiores y estómago de los RN en la sala de partos. Con frecuencia observamos que los neonatólogos de manera apresurada alejan a los niños de sus madres para someterlos a esos procedimientos rutinarios e innecesarios. Buena parte de la veces tales procedimientos no tienen lógica, pues la gran mayoría de las veces, ese RN no presenta obstrucción y tiene libre tránsito de aire en sus vías aéreas. A veces la obstrucción se establece por el propio procedimiento acarreado hipoxemia, bradicardia por reflejo vagal y hasta depresión con necesidad de reanimación. El procedimiento también puede provocar vómitos con aspiración pulmonar del contenido estomacal, que incluso podrá contener meconio o sangre. Para realización del teste de Apgar o índice de vitalidad del RN, muchos médicos también alejan al RN de sus madres. Por otro lado es perfectamente aceptable realizarlo al lado de ellas. Esto acontece porque muchos, entienden que el índice de Apgar es orientador de las maniobras de reanimación y acaban por aguardar el primer minuto para orientar sus conductas, retardando su inicio, cuando extremadamente necesario. En realidad la reanimación debe ser orientada por la observación de los movimientos respiratorios, la frecuencia cardíaca y la cianosis, en este orden de verificación inmediatamente después del parto (repito sin esperar al primer minuto).

B) Hay controversia también con la administración de la vitamina K para la prevención de la enfermedad hemorrágica, el empleo de vitamina K es adecuado pues, a pesar de la baja incidencia de hemorragias, se puede manifestar de forma grave. Lo que se discute es su vía de administración, que para algunos debe ser oral y no intramuscular (IM). En una reciente revisión bibliográfica sobre la eficacia y seguridad de la prevención de la administración de vitamina K por vía oral comparada con la administración vía IM, para prevención de la enfermedad hemorrágica del RN, fueron encontradas cinco directrices clínicas basadas en acuerdos de tres revisiones sistemáticas, siendo una de colaboración Cochrane y ninguna directriz clínica basada en evidencias, las conclusiones de las directrices más recientes que son las de la Academia Americana de Pediatría basada en otras directrices de acuerdo a estudios clínicos son las siguientes:

La vitamina K debe ser administrada a todos los RN en dosis de 0,5 a 1 mg. IM. Pesquisas excepcionales deberían ser realizadas para determinar su eficacia, seguridad y bio-disponibilidad de formulaciones orales y para la determinación de dosis adecuadas para prevenir la enfermedad hemorrágica tardía.

Los profesionales de la salud deben aclarar a las familias de los riesgos de enfermedad hemorrágica tardía asociada a la prevención de vit.K. en los regímenes orales corrientes, particularmente en los RN con lactancia materna.

Entre las revisiones sistemáticas con la inclusión de la revisión de Cochrane de mejor calidad y metodología concluyó: Dosis única de 1 mg. de vitamina K IM es eficaz en la prevención de la enfermedad hemorrágica clásica. La administración tanto oral como IM de 1mg de vitamina K mejora los índices bioquímicos de la coagulación en 1-7 días, tanto la vitamina K IM como oral no fueron testadas en estudios randomizados, para valorar su efecto en la enfermedad hemorrágica tardía.

Vitamina K oral en dosis única o múltiple no tuvo su eficacia testada en estudios clínicos randomizados para la enfermedad clásica o tardía.

Los autores reconocen la dificultad de realizar un estudio randomizado ideal comparando las dosificaciones de la vitamina K oral con una dosis IM evaluando como finales clínicos la incidencia de la enfermedad hemorrágica clásica y tardía. El estudio estaría sujeto a la interferencia del tipo de la alimentación del niño y siendo una enfermedad rara, el tamaño de la muestra para alcanzar un resultado significativo superaría el número de 500.000 participantes tornándose remota su realización.

Quizás la realización de una revisión sistemática de todos los estudios observacionales de buena calidad sería una manera de encontrar la evidencia. Siendo así aún no hay evidencias suficientes de que la vitamina K, administrada oralmente sea tan eficaz como la administración IM, para la prevención de la enfermedad hemorrágica, siendo aún considerada experimental.

Yo estoy sistemáticamente haciendo uso de la vit .K oral en dosis de 2 mg. al nacer y repetida a la semana de vida, a los pacientes que atiendo en conjunto con un colega tocólogo en su clínica, donde realizamos el parto en posición de cuclillas, o en el agua, desde hace 6 años. El número de partos que tenemos es pequeño, pero hasta hoy, no ha habido ninguna enfermedad hemorrágica ni ninguna otra patología.

C) Hay controversia también entre la crederización ocular. Credé ocular, que consiste en la instilación ocular de nitrato de plata al 1%, inmediatamente después del parto, no esta exento de efectos nocivos, pudiendo ocasionar conjuntivitis química y obstrucción de los canales lagrimales de drenaje con necesidad de sondajes futuros, tampoco previene infecciones causadas por otros gérmenes no menos virulentos como la Chlamydia.

Otra investigación basada en evidencias científicas es este estudio randomizado enmascarado de 3.100 cesáreas publicadas por Isenberg en el "New England" con tres grupos diferentes:

- a) nitrato de plata al 1%;
- b) povidona yodada al 2,5%;
- c) pomada de eritromicina.

Colocados en los ojos, en los primeros quince minutos de vida. Apuntaron los siguientes resultados:

- 1) más infecciones en el grupo que se puso nitrato de plata que en el grupo con povidona yodada;
- 2) menor infecciones por chlamydia en el grupo de povidona yodada que en el de nitrato de plata o eritromicina .
- menos infecciones por Estafilococo coagulasa negativa en el grupo de povidona yodada que en el de eritromicina;
- 3) no hubo diferencias respecto a la infección por Estafilococo aureus y neisseria gonorrea;
- 4) el grupo de povidona yodada presentó menos casos de conjuntivitis química que el grupo de nitrato de plata o de eritromicina .

La conclusión fue que existen fuertes evidencias de que la solución de povidona yodada al 2,5% es más eficaz y segura que la solución de nitrato de plata al 1% y la eritromicina para la prevención de conjuntivitis neonatal.

En Brasil es universalmente aceptado y empleado el nitrato de plata al 1%. Ocurre que el numero de cesáreas electivas en el país es enorme y en su mayoría en gestantes que no presentan bolsa amniótica rota y por tanto sin condiciones de haber contaminación de los ojos de los RN. Es sin duda una actitud que debe ser revisada.

Pues bien, el alta del binomio madre-hijo cuando el parto es hospitalario debe ser dada lo antes posible, al alargar el tiempo de permanencia en el hospital estaremos sometiendo a los neonatos a riesgos innecesarios, visitantes domiciliarios podrán complementar la asistencia cuando hay dudas sobre sus condiciones de salud.

En los partos en los que participo actualmente, el alta de los RN se da en menos de 12h. En la realidad queda condicionada al bienestar del binomio, hago vistas regulares a las 12 y 36hs. Cuando es necesaria técnica de enfermería, damos soporte a la lactancia y atenciones generales al RN , todo esto en servicio privado.

Con relación a los prematuro su alta hospitalaria precoz viene recibiendo atención especial en centros más avanzados, en terapia neonatal, pero está siendo muy discutido en nuestro medio, que esos niños estén clínicamente estables aceptando bien alimentación por vía oral, ganando peso adecuadamente, sin necesidad de control de apneas, homeostasis térmica, edad gestacional de más de 34 semanas, peso entre 1600-1900 gramos. Se podrán beneficiarse del alta precoz controlados por equipos especializados. En ese sentido inicié desde el año 1997 en Campinas Brasil, para pacientes usuarios de la cooperativa de servicios médicos, un programa de acompañamiento pediátrico al RN prematuro, con alta precoz que nos presenta excelentes resultados.

Además de los beneficios médicos y sociales este programa amplia el espacio de humanización de la asistencia, así como consigue una reducción significativa de los costes hospitalarios .Este programa tiene condiciones de atender también niños portadores de patologías crónicas normalmente con internaciones prolongadas, en servicios de neonatología, unidades de terapia intensiva o enfermería de pediatría. A ejemplo de los niños con necesidad de

oxigenoterapia continuada que después de la salida del hospital es suministrado por aparatos concentradores de oxígeno o reservorios de oxígeno líquido. Algunos niños también son enviados al domicilio con aparatos de ventilación mecánica. Todos los casos más complejos son monitorizados con aparatos portátiles de oximetría y reciben asistencia de enfermería, 24h al día los siete días de la semana. Además de esto dispone de un servicio de transporte para atender las emergencias que funciona ininterrumpidamente. Todos estos niños a los que se les dio el alta precoz, algunos como ya fue dicho, son traídos desde unidades de terapia intensiva o unidades de neonatología después de varios días o meses de internados. Todos presentaron importante mejoría clínica y disminuyeron el número de internaciones, después del seguimiento domiciliario.

Encontramos varios obstáculos en el medio médico. Hasta que el programa fue aceptado. En la actualidad no hay tentativas para acabar con el. Muy por el contrario, esta siendo visto como de fundamental importancia por los colegas que ahora nos buscan, para complementar el trabajo que iniciaron en el hospital en pro de los beneficios que podemos ofrecer a sus pequeños pacientes.

Por fin ¿que pretendemos con la atención del RN de bajo riesgo?

La humanización, simplificación y calidad en la asistencia, la posición vertical para el nacimiento es preferente en mi opinión, atender los deseos de la familia en cuanto al local del parto que sea hospitalario, casas de partos, o domicilio, apoyo hospitalario cuando es necesario, es de fundamental importancia, asistencia por enfermería cualificada en la asistencia de obstetricia y neonatal, estructura adecuada para la recepción del RN, alojamiento conjunto como regla, intervenciones solamente cuando sean necesarias, revisión de los procedimientos lesivos como el Credé ocular y aspiración de las vías aéreas indiscriminadamente y alta hospitalaria precoz.

Los seres humanos en general no actúan con eclecticismo y son resistentes a los cambios, los más sensibles que creen en la renovación no se quedan delante de obstáculos, de paradigmas, se apoyan en el arte y la pasión para transforman el mundo a su alrededor.

Si atendemos a las expectativas de las mujeres estaremos superando las expectativas de los hombres.