

Prácticas esenciales del parto para la salud y nutrición de la madre y el recién nacido

Los primeros minutos después del parto es un período muy vulnerable para la madre y el recién nacido. La atención que se presta durante estos momentos es fundamental no solo para la supervivencia inmediata de ambos sino también para mejorar su salud y nutrición a largo plazo. El manejo activo del alumbramiento, incluyendo el momento óptimo para pinzar el cordón umbilical, el contacto temprano piel a piel de la madre y el recién nacido, y el inicio de la lactancia materna son prácticas de atención seguras, eficaces, factibles y basadas en pruebas científicas que se deben ofrecer a toda mujer por un/ una proveedor/a calificado/a.

¿Cuáles son las prácticas recomendadas y por qué son esenciales para la salud y supervivencia maternas e infantiles?

1. El manejo activo del alumbramiento

¿Qué es?

- El manejo activo del alumbramiento (MAA) consta de los tres pasos siguientes:^{1,2}
 - 1) La administración de un medicamento uterotónico después del parto, para prevenir la atonía uterina. Se recomienda 10 UI de oxitocina por vía intramuscular. Si no hubiese oxitocina disponible, puede usar como alternativa misoprostol 400- 600 µg por vía oral.
 - 2) El retraso del pinzamiento del cordón, el corte del mismo y la expulsión de la placenta por la tracción controlada del cordón: después de pinzar y cortar el cordón umbilical, se mantiene una tracción leve del cordón hasta que se presente una contracción uterina fuerte. Muy suavemente, se tira del cordón al mismo tiempo que se estabiliza el útero ejerciendo una contracción con la otra mano colocada justo encima del hueso pubiano de la madre.
 - 3) El masaje uterino se realiza inmediatamente después de la expulsión de la placenta y cada 15 minutos durante las primeras dos horas.

¿Por qué es importante?

- Se calcula que se registran catorce millones de casos de hemorragia puerperal anualmente a escala mundial.³ La

hemorragia puerperal es la causa principal de mortalidad materna en todo el mundo y corresponde al 25% del total de las defunciones maternas;³ su causa más común es la atonía uterina.

- Se ha demostrado que el MAA disminuye sustancialmente la incidencia de la hemorragia puerperal por atonía uterina, en 60%,⁴ disminuye la incidencia de las pérdidas de sangre de 1 litro o más en el puerperio y la necesidad de transfusiones sanguíneas costosas y peligrosas,¹ y previene las complicaciones relacionadas con la hemorragia puerperal. **El MAA no solo puede ayudar a prevenir la discapacidad y la muerte de la madre durante el parto, sino también mejora las perspectivas de supervivencia del recién nacido, ya que la supervivencia materna y la neonatal están directamente vinculadas.**

2. El momento óptimo para pinzar el cordón umbilical

¿Cuál es?

- El momento óptimo para pinzar el cordón umbilical de un recién nacido, independientemente de la edad gestacional o del peso fetal, es cuando la circulación placenta-fetal cese y el cordón deje de latir (aproximadamente 3 minutos o más después del nacimiento).⁵ Después del nacimiento, se seca al recién nacido con un paño seco y limpio, y se coloca

el recién nacido en decúbito prono sobre el abdomen de la madre cubriéndolo con una frazada seca y tibia. Cuando el cordón deje de latir, se pinza y se corta.

¿Por qué es importante?

- En los primeros minutos después del nacimiento todavía hay circulación de la placenta al recién nacido, por lo regular durante tres minutos,⁵ lo cual suele coincidir con el final de las pulsaciones del cordón umbilical.
- Pinzar el cordón umbilical de inmediato (dentro de los 10 a 15 segundos del parto) impide al recién nacido recibir el volumen sanguíneo y las reservas de hierro suficientes. **Se ha comprobado que pinzar el cordón de inmediato aumenta la incidencia de la carencia de hierro y la anemia durante la primera mitad de la lactancia,⁶ lo cual supone un riesgo aún más alto para los lactantes con peso bajo al nacer y los nacidos de mujeres con carencia de hierro.⁷ Hasta 50% de los lactantes en los países en desarrollo padecen anemia en el primer año de vida.⁸ Esta condición puede tener efectos adversos e incluso, influir irreversiblemente en su desarrollo mental y motor.⁹ Según un estudio longitudinal, los niños costarricenses con carencia de hierro crónica en la lactancia tuvieron de 10 a 25 puntos menos en las pruebas cognoscitivas a los 19 años comparado con niños semejantes con un nivel de hierro adecuado.¹⁰ Esperar para pinzar el cordón umbilical facilita la transferencia fisiológica de la sangre placentaria al recién nacido, la cual proporciona una reserva de hierro suficiente para los primeros 6 a 8 meses de vida,¹¹ y previene o retrasa la carencia de hierro hasta que se puedan realizar otras intervenciones, como la administración de alimentos fortificados con hierro.**
- **El pinzamiento inmediato del cordón también tiene riesgos para recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer: puede aumentar el riesgo de padecer hemorragia intraventricular,^{12,13} y sepsis neonatal de inicio tardío.¹³ Además, el pinzamiento inmediato en estos recién nacidos aumenta la necesidad de transfusiones sanguíneas y de albúmina por la anemia y presión arterial baja.^{12,13}**

3. Inicio inmediato de la lactancia materna y contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido

¿Qué es?

- Tan pronto el recién nacido está estable y respira, se lo puede colocar sobre el pecho de la madre, en decúbito prono, con las pieles en contacto, cubriendo la espalda de la criatura y el pecho de la madre con un lienzo seco y tibio. Hay que retrasar los procedimientos ordinarios de la sala de partos (como limpiar y pesar al niño) al menos durante la primera hora.¹⁴

¿Por qué es importante?

- Además de regular la temperatura del recién nacido¹⁵ y mejorar el vínculo con su madre¹⁶—esencial para la supervivencia de los recién nacidos—el contacto piel a piel inmediato e ininterrumpido entre la madre y su hijo promueve el inicio temprano de la lactancia materna¹⁷ y está relacionado con una duración más larga de la lactancia materna exclusiva.¹⁶ **Comenzar la lactancia materna exclusiva de inmediato (es decir, en la primera hora) es fundamental para la supervivencia en el período neonatal¹⁸ y más adelante. En América Latina y el Caribe, se calcula que 66% de las defunciones de lactantes debidas a enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas que ocurren entre los 0 y 3 meses se podrían prevenir mediante la lactancia materna exclusiva.¹⁹** La lactancia materna temprana también puede beneficiar a la madre, puesto que el amamantamiento estimula la secreción de la oxitocina materna,²⁰ promueve las contracciones uterinas²¹ y es posible que disminuya el sangrado materno. Se ha comprobado que las prácticas corrientes de las salas de partos que separan a la madre de su hijo tienen efectos negativos en el inicio temprano de la lactancia materna,²² dado que el contacto piel a piel continuo e ininterrumpido puede optimizar el inicio de la lactancia materna.¹⁷ Durante este período en que están juntos la madre y el recién nacido, el personal de atención de salud debe vigilarlos y proporcionar a la madre asistencia apropiada para la lactancia materna, en caso necesario, usando un procedimiento que tenga en cuenta la comodidad y el deseo de intimidad de la madre.

En resumen

Estas son prácticas *basadas en pruebas científicas, eficaces en función del costo, seguras y sencillas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas y mejorar la supervivencia, salud y nutrición del recién nacido y el lactante.*

¿A quién se deben ofrecer estas prácticas?

A todas las madres se les debe ofrecer el MAA y el contacto piel con piel inmediato después del parto, y se debe considerar el pinzamiento tardío del cordón de los recién nacidos que nazcan por la vía natural o cesárea, excepto en el caso de la asfixia neonatal, cuando el pinzamiento temprano podría ser necesario para aplicar medidas de reanimación.

¿Cómo se pueden realizar juntas estas prácticas?

Hay preguntas pendientes con respecto a la realización del MAA con el pinzamiento óptimo del cordón combinada con el contacto piel con piel y el comienzo temprano de la lactancia materna. Se propone a continuación una secuencia de los pasos por su factibilidad y las pruebas reunidas que apoyan las prácticas.†



1. Después del parto, se seca al recién nacido de inmediato. Si se observa vigoroso, se coloca en posición prona sobre el abdomen de su madre y se cubre al lactante con una frazada o toalla tibia y seca para

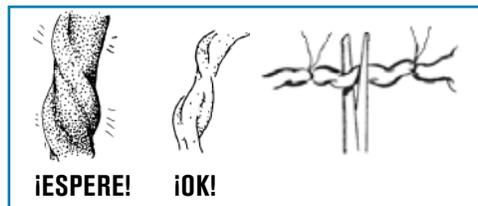
evita la pérdida del calor.

**Si el recién nacido está pálido, con los músculos relajados o no respira, es mejor colocarlo al nivel del perineo para que el flujo sanguíneo y la oxigenación sean óptimos durante la reanimación. El pinzamiento temprano será necesario en el caso de que los métodos de reanimación inmediatos no se pueden aplicar sin pinzar y cortar el cordón.*

2. Se administra oxitocina (10 U.I por vía intramuscular) después del parto.



3. Después de que el cordón deje de latir (alrededor de los 3 minutos), se pinza y se corta conforme a técnicas estrictas de higiene.



4. Se coloca al recién nacido directamente sobre el pecho de su madre, en posición prona, con la piel del lactante

en contacto con la piel de la madre. A pesar de que la piel de la madre ayudará a regular la temperatura del lactante, se cubre a la madre y su recién nacido con una frazada o toalla seca y caliente para evitar la pérdida de calor. Se cubre la cabeza del lactante con un gorro o un trapo.



5. Para la expulsión de la placenta, se realiza la tracción controlada del cordón umbilical y se aplica contrapresión sobre el útero.

6. Se da masaje al útero a través del abdomen después de la expulsión de la placenta.



7. Durante la recuperación, se palpa el útero a través del abdomen cada 15 minutos por 2 horas para cerciorarse de que esté firme y se vigila el volumen de sangrado vaginal.



8. Hay que procurar demorar los procedimientos habituales (como pesar o bañar al recién nacido) al menos durante la primera hora para que la madre y su hijo puedan estar en contacto ininterrumpido piel con

piel y que comience la lactancia materna. Se le puede ofrecer a la madre la asistencia necesaria la primera vez que amamanta al recién nacido, teniendo en cuenta su deseo de intimidad.

†Figuras adaptadas de "Active management of the third stage of labor (AMSTL)" POPPHI, (disponible en http://www.pphprevention.org/job_aids.php) y de "A Book for Midwives", Hesperian Foundation (disponible en http://www.hesperian.org/publications_download_midwives.php) por Martha Cifuentes.

Referencias

- World Health Organization (WHO). WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. Geneva: World Health Organization: Department of Making Pregnancy Safer, 2007.
- World Health Organization (WHO). MPS Technical Update: Prevention of postpartum haemorrhage by active management of the third stage of labour. Geneva: World Health Organization, 2006.
- World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva, 2004.
- Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of the third stage of labour. *BMJ* 1988;297:1295-1300.
- van Rheeën P, Brabin BJ. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. *BMJ* 2007;333:954-958.
- Hutton EK, Hassan ES. Late vs. early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA* 2007;297(11):1241-52.
- Chaparro CM, Neufeld LM, Tena Alavez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;367:1997-2004.
- Gillespie S, Johnston JL. Expert Consultation on Anemia: Determinants and Interventions. Ottawa: The Micronutrient Initiative, 1998.
- Lozoff B, Georgieff MK. Iron deficiency and brain development. *Semin Pediatr Neurol* 2006;13:158-165.
- Lozoff B, Jimenez E, Smith JB. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160(11):1108-1113.
- Dewey KG, Chaparro CM. Session 4: Mineral metabolism and body composition Iron status of breast-fed infants. *Proc Nutr Soc* 2007;66(3):412-422.
- Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2004; Issue 4. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub2.
- Mercer JS, Vohr BR, McGrath MM, Padbury JF, Wallach M, Oh W. Delayed cord clamping in very preterm infants reduces the incidence of intraventricular hemorrhage and late-onset sepsis: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2006;117:1235-1242.
- American Academy of Pediatrics (AAP). Policy Statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
- Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81(607):488-493.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 3.: Art.No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
- Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105-1107.
- Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006;117:380-386.
- Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ* 2001;323(7308):303-306.
- Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28(1):13-19.
- Chua S, Arulkumaran S, Lim I, Selamat N, Ratnam SS. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *BJOG* 1994;101(9):804-805.
- Awi DD, Alikor EA. Barriers to timely initiation of breastfeeding among mothers of healthy full-term babies who deliver at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Niger J Clin Pract* 2006;8(1):57-64.

Reconocimiento

Este documento fue escrito por Camila Chaparro. Chessa Lutter y A. Virginia Camacho Hubner fueron las oficiales encargadas por las partes técnicas y proporcionaron comentarios y asesoría técnica. La versión anterior fue circulada en la Consulta Técnica Regional sobre el Plan de Acción Regional en Salud Neonatal, del 28 al 30 de agosto del 2007. Agradecemos a los siguientes individuos quienes proporcionaron comentarios valiosos: Fernando Arango Gómez, Guillermo Carroli, Kathryn Dewey, José Luis Díaz Rossello, Joaquín Guillermo Gómez Dávila, Ornella Lincetto, Matthews Mathai, Judith Mercer, Hedwig van Asten y Patrick van Rheeën. Reconocemos a Yehuda Benguigui y Ricardo Fescina por su apoyo en el desarrollo de este documento.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant No. LAC-G-00-04-00002-00. Los conceptos y opiniones expresadas no reflejan necesariamente el punto de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID.

Para más información, contáctese con:

Unidad de la Salud del Niño y el Adolescente
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street, NW, Washington D.C. 20037
Web: www.paho.org • Tel.: (202) 974-3519



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE