

ASISTENCIA AL PARTO DE BAJO RIESGO: UNA EXPERIENCIA DE TRES AÑOS

PONENTE: MANUEL FILLOL CRESPO

Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Plana (Castellón)

El objetivo de esta charla es transmitirles el proceso por el que hemos llegado nosotros a modificar nuestras pautas de asistencia la parto en el hospital de la Plana, hospital de 176 camas, atendiendo actualmente 196000 chips.

1. Introducción. Análisis histórico.

Hasta los años 60 todos los partos eran domiciliarios con una actitud no intervencionista, partos no medicalizados, con la ayuda de la familia y con una matrona que instruía a la madre. En aquella época las tasas de lactancia eran altas, las madres transmitían a sus hijas el mensaje de cómo amamantar a sus hijos, a todos estos aspectos positivos se les añadía el negativo de la alta morbi-mortalidad existente en la época

En los años 70 el parto pasa a ser completamente hospitalario, medicalizado y con una actitud tremendamente intervencionista. Al parto se le da el mismo tratamiento que a una enfermedad y empezamos a realizar una serie de prácticas empíricas completamente, como episiotomías sistemáticas y grandes a todas las mujeres, se potenció la instrumentación del parto pero alejada de las evidencias y siempre con base en el empirismo. No es extraño observar hospitales en donde todos los partos eran asistidos con fórceps mientras la ventosa estaba proscrita y viceversa y a la lactancia se le daba el mismo tratamiento, con horario regulado estrictamente, que a la toma de medicamentos. En estos años 70 además hubo una gran promoción y la industria potencio absolutamente la comercialización e implantación de las leches artificiales, la mujer experimentó un sentimiento de liberación al ver que otros podían dar el biberón al bebé, lo que a ella la redimía de una carga, incluso pesaba el mito de preservar la estética de las mamas si se evitaba la lactancia, todo ello, hizo que el ciclo de transmisión en relación con la alimentación del bebé se convirtiera en el de la lactancia artificial.

1. Como positivo en esta época hubo una reducción importantísima de la morbi-mortalidad, a expensas de una medicina muy intervencionista eso sí, pero se lograron una tasas de éxito muy superiores a las anteriores.
2. En los años 90 comienzan las demandas legales y cada vez se practica una medicina más defensiva, aumentamos nuestras tasas de cesáreas, de partos instrumentados y establecemos un círculo cerrado: parto más intervencionista, parto más doloroso y aquí aparece la panacea de la epidural, por el contrario, si nosotros practicáramos un parto menos intervencionista, consecuentemente habría menos dolor y por tanto menos necesidad de epidural y en toda esta época no conseguimos variar las cifras de morbi-mortalidad.
3. A finales del siglo XX hay un movimiento social en el que la mujer piensa que la principal protagonista del parto es ella y por lo tanto quien tiene que decidir. En países del primer mundo como Holanda casi el 40% de los partos son domiciliarios, en Reino Unido el 60% de las mujeres paren, aún en los hospitales, con actitud no intervencionista. Las tasas de lactancia materna son superiores a las nuestras y las de morbi-mortalidad similares a las nuestra.

La Matrona. Marco legal

En el año 1973 el personal sanitario estábamos bajo el estatuto jurídico del personal sanitario que en su artículo 56 decía de la matrona:

1. Ayuda al medico y cumple sus instrucciones
 2. Asiste partos y puerperios normales (conformidad con el especialista),
- de lo que fácilmente se deduce que la matrona era una auxiliar del médico.

En los años 80 se dicta la normativa 80/155/CEE sobre coordinación y disposiciones legales de la matrona que recomienda que todos los miembros de la unión europea deben garantizar la realización, por parte de la matrona de estas actividades:

- Asistir y vigilar el trabajo de parto (medios físicos/técnicas adecuadas)
- Asistir parto normal (vértice) episiotomía, ayudar en nalgas (o urgencias)
- Detectar en madre-niño anomalías. Asistir al médico (párrafo 6: si urgencia y no presencia del médico: extracción placenta, revisión uterina)
- Reconocer al RN, cuidado del mismo. Iniciativas precisas, reanimación inmediata
- Asistir a la parturienta, vigilar el puerperio, consejos crianza RN
- Cuidados prescritos por el medico
- Informes escritos necesarios

Todo ello viene a aseverar que la responsable del parto de bajo riesgo y el cuidado del neonato es la matrona.

En el año 2003 se promulga la ley de Ordenación de la Profesiones sanitarias que indica que los Diplomados están capacitados para realizar los cuidados propios de su competencia profesional sin menoscabo de competencia y autonomía de otros profesionales, lo que viene a reafirmar una vez más, que la responsable del parto de bajo riesgo y el cuidado del neonato, es la matrona.

Llegamos al apartado dedicado a la medicina basada en la evidencia (MBE).

A finales del siglo XX y comienzo del siglo XXI disponemos de un gran número de revisiones científicas que motivan el cambio de actitud:

- Apoyo continuo a la mujer embarazada hace que disminuyan las necesidades de analgesia, los partos instrumentados y aumente la satisfacción.
- El control continuo de la monitorización aumenta los partos instrumentados, aumenta las cesáreas, las tasas de muerte por parálisis son idénticas a las obtenidas con monitorización intermitente, lo único significativo que disminuye la tasa de epilepsias neonatales
- La anestesia epidural versus la anestesia no epidural, condiciona la misma tasa de cesáreas, una satisfacción similar y un estado de neonato similar, sí que disminuye el dolor y aumentan los partos instrumentados. Existen tratamientos complementarios del dolor que con frecuencia olvidamos, por ejemplo la analgesia con inyección de agua destilada aporta evidencia de su efectividad, así mismo de la inmersión en el agua.

- Existe evidencia de que los enemas y rasurado perineal no condiciona ningún beneficio.
-
- Existe evidencia de que la libre posición en el parto acorta los expulsivos, los partos instrumentados, las episiotomías, el dolor las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal y sí que hay un aumento discreto de los desgarros perineales de 2º grado y la hemorragia puerperal.
- Comparando el vaccum frente al fórceps, decir que existe un nivel de evidencia I que asegura que el vaccum tiene un menor efecto lesivo para el suelo pélvico que el fórceps.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

Principios de la OMS. Cuidado perinatal

Guía antenatal, perinatal y post-parto. Chalmers B. Bith 2001; 28:202-7

OMS en Europa. 10 Principios. PARTO DE BAJO RIESGO

1. Parto no medicalizado
2. Reducir tecnología (procedimientos simples suficiente)
3. Basados en la evidencia
4. Regional (Centros de referencia: complicaciones)
5. Multidisciplinario
6. Atención integral(emocionales, sociales y culturales)
7. Ámbito de la familia
8. Adecuada al entorno cultural de la mujer
9. Respetar la decisión de la mujer
10. Privacidad, dignidad y confidencialidad.

Se debe abandonar:

- No permitir la decisión de la mujer.
- Participación del médico.
- Confinamiento institucional universal.
- No control durante el trabajo de parto.
- Rasurado.
- Enema.
- Monitorización sistemática, sin pH fetal.
- Limitación de la posición durante dilatación.
- Episiotomía rutinaria.
- CST tras CST anterior.
- Inducción rutinaria <42 sem.
- Sedantes de rutina.
- Guantes y mascarilla sistemática para RN.
- Separar madres y RN.
- Administrar agua y glucosa sistemática a RN.
- Lactancia con restricciones.
- Distribución gratuita de leches artificiales.
- Prohibir visitas

Principios de OMS

Recomendaciones:

- Primer periodo: Partograma. TV/4 h (nr), TV/2 h (alerta).
Limitar intervenciones. Manos libres.
No rasurado, ni enema.
Deambular.
Auscultación (PA:15-30m). Monitor: riesgo.
Beber y comida ligera.
Amniorrexis / Oxitocina si evolución lenta (<1cm/h)
- Apoyo psicosocial: Cuidado. Mujer acompañada.
Acompañante.
Respeto a privacidad.
Sensible a necesidades culturales.

Recomendaciones:

- Periodo expulsivo:
No potro.
Pujo libre. Auscultación (tras contracc.)
No episiotomía de rutina.
Suturas si están indicadas.
CST: 5-15%.
Tecnología más sencilla.
CST: Misgav-Ladach (Starr) si es posible.
No > costos innecesarios.
- Dolor:
Evitar medicación durante parto. Métodos no farmacológicos.
No epidural de rutina.
Anestesia espinal para CST.

Recomendaciones:

- Alumbramiento:
Revisión placenta.
No ergóticos.
Manejo activo: no (tracción, pinzamiento, oxitocina)
Oxitocina si riesgo.
Masaje y ergóticos si sangrado.
- RN: Prevenir hipotermia
Piel-piel.
Lactancia.

- Es beneficioso para la madre y el hijo “no intervenir”.
- Para intervenir durante el parto: una buena razón.

Chalmers. Birth 2001; 28:202-7

Otras recomendaciones:

Recomendaciones de la S.E.G.O.

- Corroborado en la atención del Parto Normal. www.sego.es

UNICEF. Binomio Madre-Neonato.

Unión del bebé con los padres. UNICEF. Derechos del niño 02/09/1990

Cambios en el Hospital de la Plana

Haciendo honor a la verdad tengo que decir que en el Hospital de la Plana las matronas han sido las ideólogas del cambio en la asistencia, el mérito de los médicos ha sido creer en el proyecto y apoyarlo, en mi caso por la condición de jefe del servicio mi papel ha sido el de vehiculizador entre ellas y el resto de facultativos.

La premisa de actuación para el cambio es el parto humanizado que significa un parto individualizado, siguiendo las recomendaciones de la OMS, adoptando una actitud no intervencionista, pero ofreciendo un parto seguro y controlado.

Esto se inicia con la matrona de Atención Primaria que informa a la mujer del proceso del parto fisiológico, indicaciones, ventajas e inconvenientes y las ventajas de la lactancia materna. Ello supondrá la concienciación de la mujer, adquirirá un mayor nivel de seguridad y confianza y la posibilitará decidir.

En este hospital tenemos el convencimiento de que la matrona es la responsable del parto de bajo riesgo lo que implica que en los partos no existen órdenes médicas ni participa el facultativo en este proceso siempre que se mantenga el nivel de bajo riesgo en el proceso iniciado.

Creemos que tiene que estar igualmente humanizado el parto de riesgo y la cesárea, lo cierto es que sólo podemos atender con una actitud no intervencionista los partos de bajo riesgo.

CUIDADOS DURANTE LA DILATACION

Presentación / Acompañamiento / Valoración: Hª clínica / Información

Necesidades: Posición (libre). Enema (no). Ingesta (si). Miedo (no)

Control del dolor (respeto a decisiones):

- Métodos no Farmac. (Masaje, Pelota, Inyección agua lumbar, Bolsa agua caliente, Posiciones)

- Métodos Farmacológicos (Sedación, Analgesia epidural, óxido nitroso Venoclisis (no)

Donación de sangre de cordón (Banco Público)

MCTG en ventanas

Progresión de la dilatación: Tactos vaginales / Dinámica

Amniotomía (no)

Uso de Occitocina (no)

Confianza / Higiene.

Acompañante

Información

CUIDADOS DURANTE EL EXPULSIVO

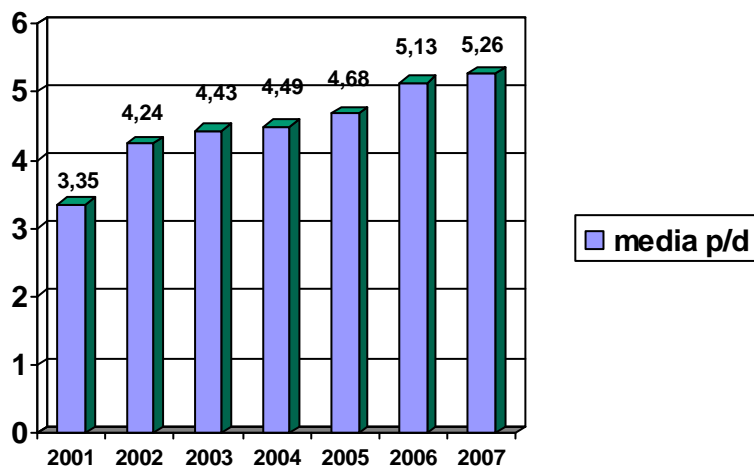
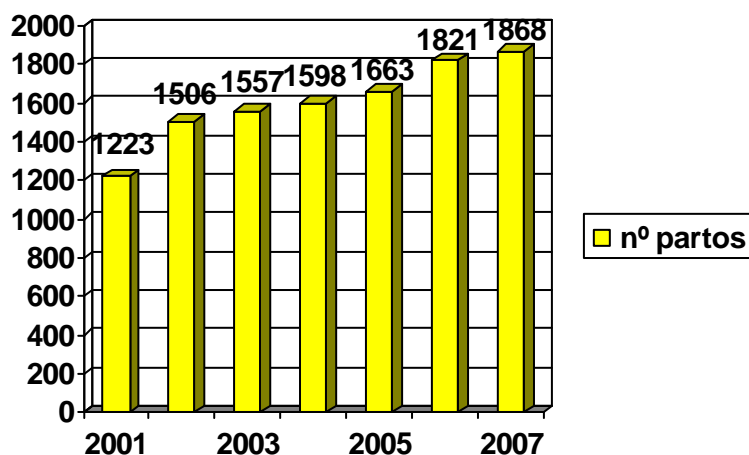
- Manejo fisiológico
- Posición libre
- Rasurado (no)
- Episiotomía (no)
- Piel con piel .
- Cordón umbilical .
- Sangre de cordón

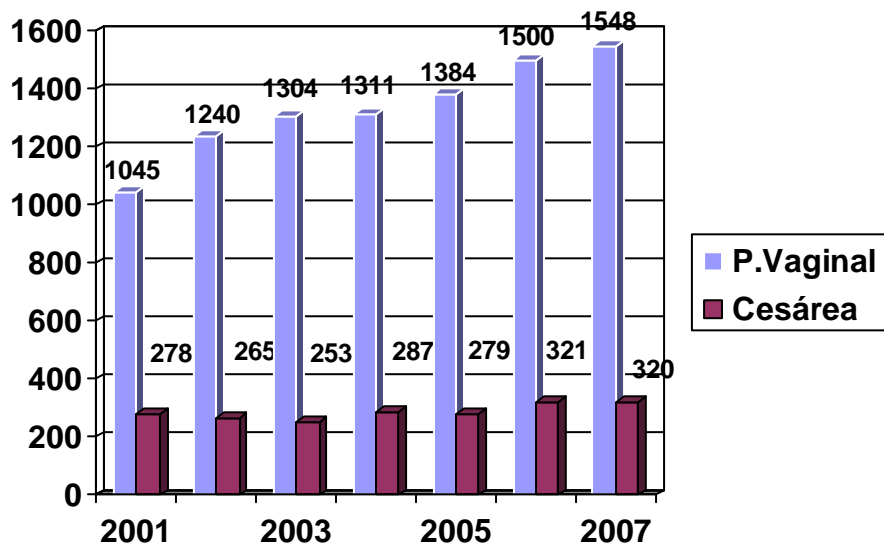
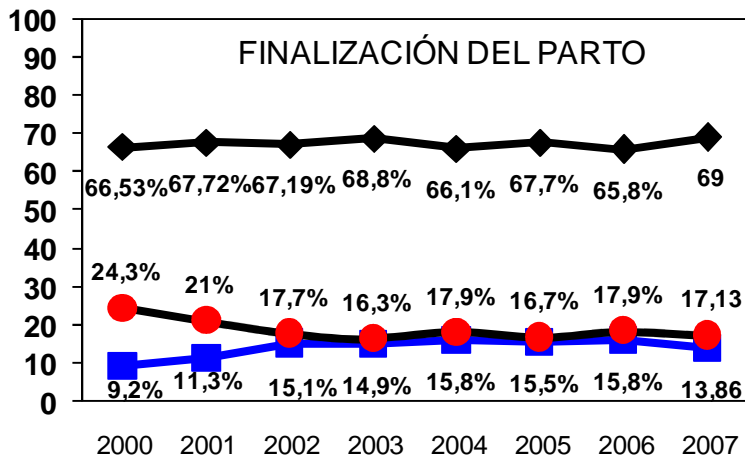
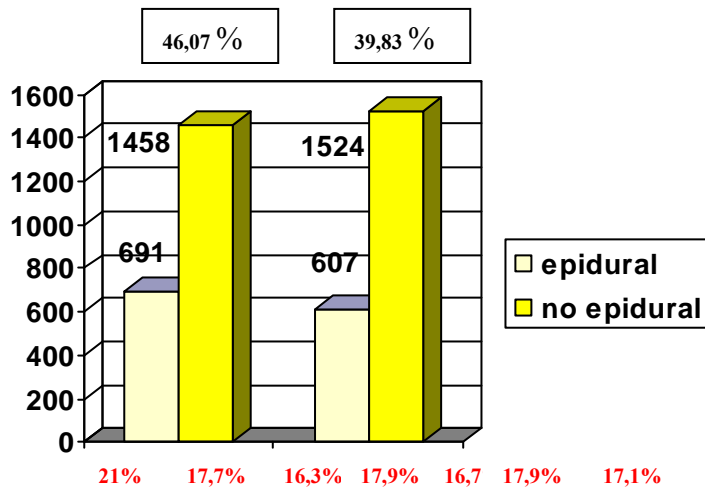
Cuidados del Recien Nacido

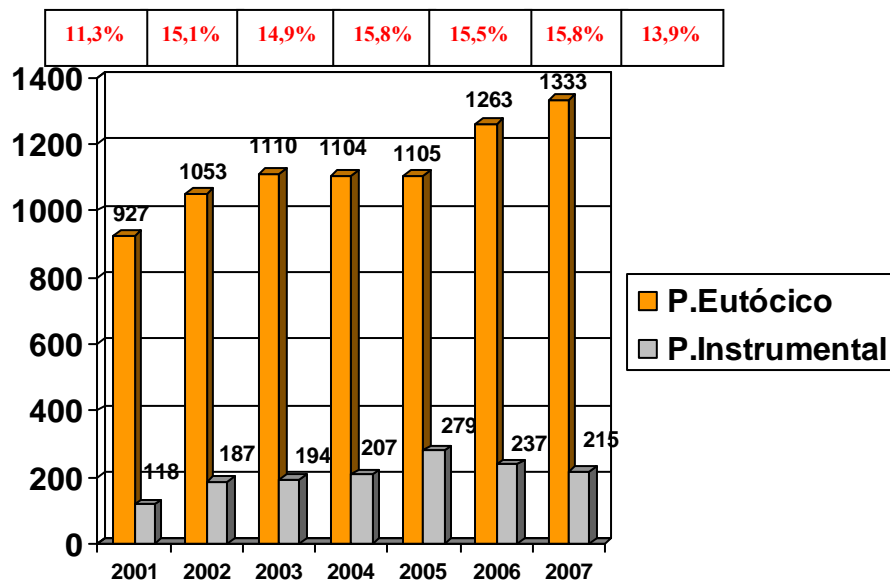
- Apgar
- Favorecer vinculo afectivo (familia) presencia en P.E. / P.Inst.
- Facilitar la lactancia materna
- Identificación / Peso / Vit.K / profilaxis ocular
- Cesárea: piel con piel
♂ piel con piel

DATOS DEL HOSPITAL DE LA PLANA

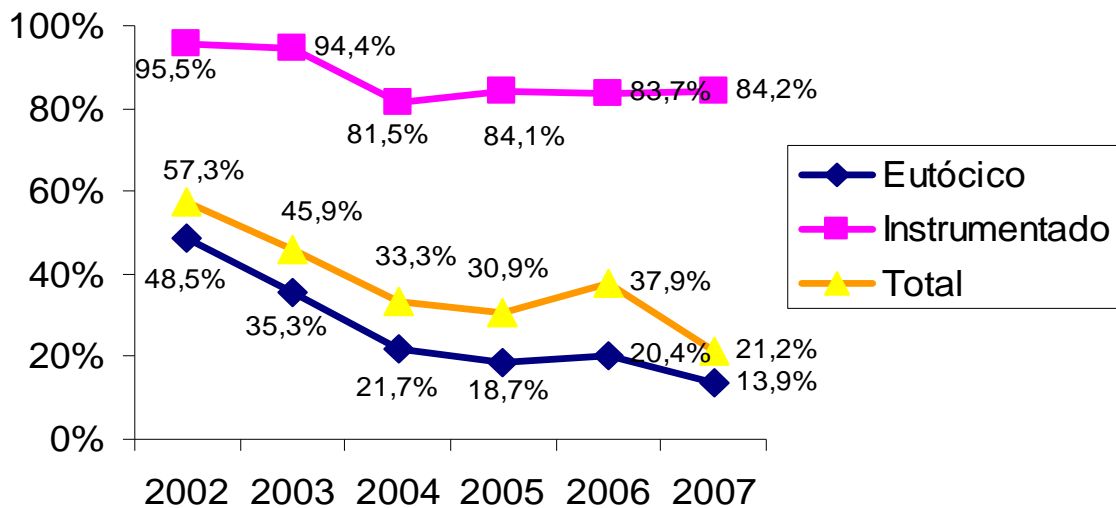
_Nuestro hospital está diseñado para atender 760 partos al año y siempre hemos sobrepasado este número, concretamente en 2007 el 16% de mujeres procedían de fuera del Departamento lo que condicionó, ante la `posibilidad de ofrecer una mala atención por saturación, a restringir la admisión en este centro.





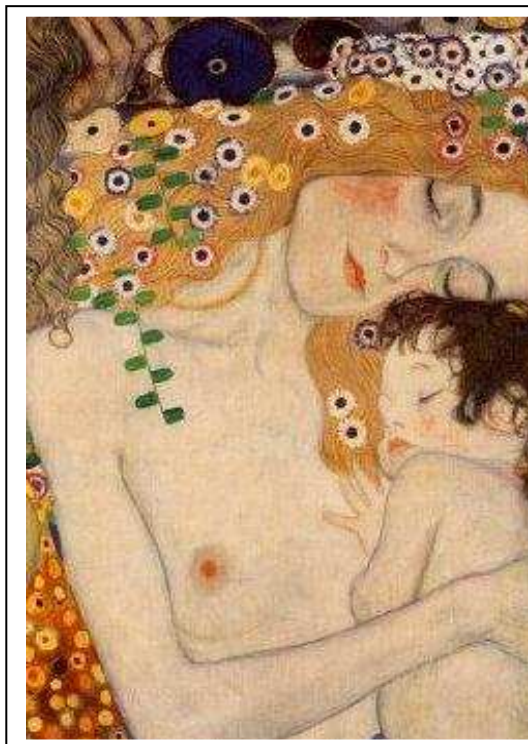


Evolución de la práctica de la episiotomía (2002-2007)



“El nacimiento vivido como estado de salud es emocionante, un momento especial movilizador de energía. Forma parte de esos momentos importantes de crecimiento personal que la vida nos ofrece”

Andrea Robertson



Madre y el niño (Detalle de *Las tres edades de la mujer*) Gustav Klimt, Austria 1905

