

ATENCION AL PARTO EN EL SIGLO XXI

(Dr. Herráiz Martínez, Hospital Clínico "San Carlos")

Intentaré exponer, lo que desde mi prisma de médico sería la atención al parto en el siglo XXI.

El parto estará influido por diversos factores, muchos de los cuales han sido ya enunciados por los anteriores ponentes, aunque presumo que habrá algunos otros no coincidentes que serán aquellos sobre los que nos detengamos en un análisis más amplio porque seguro que suscitan discusión, actitud muy saludable en un foro de encuentro.

Los cambios en la atención al parto en el siglo XXI van a estar influidos por la política sanitaria, por las demandas que nos exige la sociedad, por las peticiones, a veces, exigencias, tanto de las gestantes como de su entorno familiar, por los deseos que nosotros los médicos junto con ustedes las matronas esperamos que los pacientes tengan con nosotros y por último por el modo de desarrollarse el parto.

Analicemos cada una de ellas:

Política sanitaria ¿cuál sería la política sanitaria que, a mi juicio, debería seguirse respecto a la asistencia al parto?:

- Ponderar e incrementar la educación sobre embarazo y parto entre la población, es decir que la población en general y las gestantes en particular, las usuarias, conozcan muy bien todo lo referente al embarazo, parto y puerperio, sus cambios y las consecuencias derivadas de ellos y referidas tanto a los procesos mencionados que se ajustan a la normalidad como a los patológicos.

-Aumentar la financiación para investigaciones sobre temas obstétricos, que, aunque pudiera enjuiciarse como tendencia al tecnicismo obstétrico, no podemos obviar que gracias al desarrollo de la técnica hemos conseguido reducir espectacularmente las cifras de mortalidad materna que en el presente, está entorno al 6 por 100.000 mil y entre 6-8 por mil la de mortalidad perinatal.

- Preconizar la igualdad de recursos destinados a la población proscribiendo privilegios por razón de pertenencia a un sector de población determinado o a la residencia en una u otra autonomía .

-Favorecer el acceso a todas las gestantes a servicios de salud ágiles y eficaces .

-Aumentar los recursos humanos en la atención a las gestantes que se traduciría en un incremento de la dedicación por mujer; estimo como tiempo mínimo de consulta 10-15 minutos para atender no sólo sus necesidades específicas de salud por cuestión de su embarazo sino atender a la vez otras cuestiones diversas que se pueden producir entorno a la gestación.

Y como no, favorecer a aquellos colectivos mas desfavorecidos socialmente, que suelen ser los que mayores carencias económicas y educacionales poseen como son los inmigrantes; nosotros en este hospital damos cuenta de esta afirmación porque el 60% de los partos que se producen en él son de inmigrantes.

¿Y cuales son las demandas sociales más importantes en este momento?

La sociedad nos exige que seamos perfectos, no admite errores, por tanto, que seamos infalibles tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, y ante resultados adversos van a interponer demandas judiciales contra nosotros, práctica que va en aumento como todos los presentes conocen.

Exigencias de los usuarios:

- Mayor información sobre todo al respecto de las actuaciones médicas, cosa que entiendo no sólo como un derecho sino como un deber, y de este requerimiento nace de la necesidad del procedimiento del consentimiento informado para cualquier actuación médica que se proponga, no descartando que en el futuro, acogiéndose al derecho de autonomía del paciente, la gestante solicite el tipo de parto que desee.

-Que el parto sea seguro para ambos, la madre y el feto.

Exigencias de la sociedad:

_Que le entreguemos una madre en perfectas condiciones y un recién nacido vivo, sano y por supuesto inteligente, lo que hoy llamamos "niño de oro".

_Que el parto se desarrolle en centros adecuados y, en ausencia de dolor e incluso, aunque representa un número insignificante hoy en día, existen gestantes que realizan peticiones de parto natural, totalmente comprensible y aceptable siempre que no existan contraindicaciones al respecto.

Peticiones y deseos de las parejas y el entorno familiar:

-Que exista una relación más personal, más estrecha con el médico y la matrona, y a ser posible, que se produzca una continuidad del equipo encargado del seguimiento y control a lo largo de todo el embarazo y desahucio, se extendiera la atención de este mismo equipo hasta la asistencia al parto, y el puerperio, procedimiento, prácticamente imposible de ofertar en la sanidad pública en la actualidad, deseamos por, aunque los intentos van orientados en esa dirección, es un deseo compartido por usuarios y equipo tocólogo la de entablar una asistencia más personalizada, sin duda tan beneficioso como satisfactorio para ambos: concretamente en este hospital, hemos conseguido que el mismo equipo médico haga el seguimiento completo de todo el embarazo, aunque aún no estamos en condiciones de garantizar que se encargue también de la asistencia al parto.

-Que les demos un trato respetuoso y que se proteja su privacidad, condición imprescindible que cada uno de los ponentes en sus exposiciones ha mencionado y que, aseguro, el foro al completo así las sanciona.

-Por supuesto, que el médico y la matrona sean buenos profesionales, con un adecuado nivel de formación y actualización de conocimientos.

-Que se les informe de todos los resultados y se le aclaren todas las dudas que vayan surgiendo en el proceso, deber inexcusable por nuestra parte.

-Que se les informe de las adversidades y sus posibles consecuencias que surjan tanto durante el transcurso del embarazo como durante el parto.

Deseos de los profesionales:

¿Y cuales son nuestros deseos, como integrantes de ese el binomio cliente-profesional?:

-Que se nos trate con respeto, que reconozcan nuestro trabajo , que ante la adversidad no seamos juzgados y condenados a priori , que crean en nosotros, que tengan confianza, que las gestantes juzguen que también el medico y la matrona desean y se esfuerzan por ofrecer buenos resultados tanto para ella como para su hijo .

Y por ultimo, analicemos las exigencias en el desarrollo del parto, que yo desgloso en cinco puntos:

- Lo que se debe mantener en la asistencia al parto
- Actitudes a tomar durante el momento del parto
- Control fetal durante el parto
- Importancia de las salas de parto (DIPAP)
- Otros aspectos a tener en cuenta durante el parto.

Vamos a analizar punto por punto:

¿Qué se debe mantener en la asistencia al parto según mi criterio?

-En primer lugar que se realice en un medio hospitalario, opción discutible-desde luego , pero desde mi punto de vista creo que el parto se debe realizar en un medio hospitalario;

-Que las gestantes lleguen al parto con un control de embarazo adecuado, en España actualmente, consensuado y definido por los protocolos de la SEGO.

-Que llevemos a cabo una correcta vigilancia fetal prenatal, recordando que las nuevas recomendaciones al respecto indican la SG 39-40 para su inicio, y fundamentalmente , una vigilancia fetal intraparto , aún partiendo de la base de que la monitorización fetal disponible es un sistema imperfecto de control fetal, no podemos negar su aportación respecto a la disminución de la mortalidad intraparto y la morbi-mortalidad fetal .

- Que hagamos una utilización adecuada de los fármacos inductores y conductores del parto, prostaglandinas y oxitócicos, en ningún caso es justificable la medicalización innecesaria del proceso.

¿Que se debe mantener en la asistencia al parto?

-Que dispongamos de anestesista de presencia física constante en nuestras salas DIPAP para poder ofertar analgesia epidural a las gestantes que la deseen; concretamente en este hospital ciframos esta petición en el 70% , consecuencia de que esta técnica esté en la oferta de la cartera de servicios del área obstétrica ,y la voluntad de la usuaria quien, con la información pertinente ejerce el derecho de autonomía que le asiste, al solicitarla .

-Que dispongamos de equipos de perinatólogos de presencia física para el mejor cuidado de todos los RN.

-Que el parto y todas las circunstancias que de él se deriven estén protocolizadas según las normas de la SEGO, incluso sería provechoso tener una historia clínica unificada para todos los hospitales de España .

Actitudes a tomar en el momento del parto.

-Aguardar el inicio espontáneo del parto siempre y cuando no existan circunstancias verificadas y consensuadas por el equipo tocólogo que aconsejen finalizar la gestación mediante una inducción o una cesárea

El parto es un hecho importante y acontecimiento más importante y cualquier desviación de la normalidad puede ocasionar problemas materno-fetales, no en vano un 30% de las gestantes etiquetadas de bajo riesgo al inicio del parto, sufren intraparto problemas de diferente magnitud.

¿Es el parto eutócico el mejor modo de llegar a este mundo?

Hay algunos estudios que afirman que la mejor manera de venir a este mundo, con menos afectaciones, aunque implique mucho más gasto para la sanidad, es la cesárea electiva, en este sentido, el propio Dr.Sabatino nos comunica que el 95%, algo que yo juzgo disparatado y es que el 95% de las parturientas de Brasil dan a luz mediante cesárea .

Hay que hacer acopio de paciencia en los periodos expulsivos, sobremanera actualmente que una gran mayoría de parturientas están bajo los efectos de la analgesia epidural; en este sentido el colegio de obstetras y ginecólogos americano se ha pronunciado afirmando que las primíparas pueden permanecer en dilatación completa hasta tres horas antes de que se produzca la expulsión fetal y dos en caso de las múltíparas.

Las maniobras obstétricas y el parto instrumental se realizarán siempre bajo estricto control y preferiblemente, en caso de duda, cesárea.

Control fetal intraparto.

Esto es lo que yo llamo parto científico, es decir, hemos conseguido con las técnicas que se han ido desarrollando controlar adecuadamente al feto y a eso le llamamos parto científico, en el que se intenta descartar la amenaza de pérdida de bienestar fetal, o SPBF, expresión recientemente acuñada y adoptada por la SEGO para suprimir la anteriormente utilizada de sufrimiento fetal.

Y de qué ¿disponemos nosotros en el momento actual para controlar al feto? :

- de la cardiotocografía, de la determinación de PH, de otros métodos que están en investigación aunque en algunos lugares estén incorporados a la práctica habitual como puede ser la pulsioximetría e incluso, en algunos países de Europa, el electrocardiograma fetal.

La cardiotocografía es un método que tiene muy buena sensibilidad, es decir, es capaz de indicar , cuando el registro es absolutamente normal, que el feto se encuentra en una situación de bienestar fetal, sin embargo cuando se detectan anomalías en el registro, tan solo el 40% de ellas se relacionan con la hipoxia fetal ,el 60% restante no tiene nada que ver con la hipoxia y ¿como podemos solventar esto?, haciendo una determinación de ph, con este procedimiento, aumentamos la especificidad y salimos de dudas; en numerosas ocasiones la cardiotocografía va a determinar un gran numero de falsos positivos y por tanto , y eso también se ha dicho aquí anteriormente, un incremento importante de las cesáreas y de partos instrumentales.

Al hilo de lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Se deben monitorizar todos los partos, incluidos los de bajo riesgo?

El parto científico no tiene por qué estar en oposición con un parto más humanizado o incluso, con un parto natural, en algunos hospitales ya se dispone de cardiotocografía por ultrasonidos que evita a la gestante la incómoda inmovilidad que condiciona la conexión a un monitor mediante captor interno permitiéndole la deambulación durante el periodo de dilatación.

La monitorización biofísica determina con certeza la ausencia de pérdida de bienestar fetal, detecta la pérdida de bienestar fetal antes de que se produzca un daño neurológico, esto es verdad, informa sobre el mecanismo de producción de la pérdida de bienestar fetal y prácticamente elimina la mortalidad intraparto y reduce la morbi-mortalidad perinatal.

En muchos centros hay dificultad incluso, cuando no imposibilidad, para la realización del ph, de modo que si no podemos acogernos a la realización de esta técnica complementaria para resolver las dudas planteadas por la cardiotocografía nos vemos avocados a hacer una cesárea.

Hay un futuro muy prometedor en la pulsioximetría y probablemente en el electrocardiograma fetal como procedimientos de apoyo clínico a la monitorización cardiotocográfica en la que se detecten alteraciones pero no hay que olvidar que estas técnicas necesitan de personal muy adiestrado y altamente cualificado en su manejo.

El parto científico, es decir, el control fetal intraparto ¿da a la gestante seguridad de que todo va a discurrir dentro de la normalidad a pesar de controlarle el feto? ¿Se debe comunicar este dato antes del parto?

Yo creo que debemos comunicar, informar a la paciente que el parto, incluso en una paciente de bajo riesgo es susceptible de alterarse y obligarnos a tomar medidas extraordinarias.

Hay que dar una información veraz y alejada del tremendismo, aclararles que no todas las alteraciones del registro cardiotocográfico están relacionadas con la hipoxia fetal y por tanto indicativas de una SPBF, en muchas ocasiones desconocemos la causa real de bradicardias que aparentemente podrían hacernos pensar en una SPBF, aunque se ha descrito que un gran número de estas responden a cambios en los flujos, a diversos estímulos como compresión ocular, compresión de la calota sobretodo en el momento del periodo expulsivo.

La Cochrane respecto a la cardiotocografía fetal dice que disminuye significativamente las convulsiones neonatales pero no se observaron diferencias en el Apgar en puntajes menores de 4-7 en el primer minuto, en las tasas de admisiones en la UCIs neonatales, en las muertes neonatales y las parálisis cerebrales aunque sí se observó un incremento de las cesáreas y de los partos instrumentales.

Aunque la eficacia de la cardiotocografía cada vez es más controvertida no parece que vaya a disminuir su práctica en el futuro aunque la Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos Americana ha puesto en cuestión el utilizarla en pacientes de bajo riesgo, en estos casos aconseja que la decisión a tomar se haga de manera bilateral entre la gestante y el asistente al parto.

Creemos que para hacer un control intraparto adecuado en una gestante de bajo riesgo bastaría la monitorización en el momento de la amniorrhexis.

La pulsioximetría es otro método que se está introduciendo en la práctica obstétrica, aunque su uso en este momento está reservado a aquellas parturientas sobre cuyos fetos pesa una sospecha de pérdida de bienestar con una alteración cardiotocográfica, pero cada vez más se

habla de aplicarla en todos los partos, lo que condicionaría a las gestantes a permanecer encamadas y conectadas a un monitor cardiotocográfico durante todo el proceso.

¿Que dice la Cochranme sobre la pulsioximetria? La Cochrane dice que debemos tener disponer de monitores con opción de realizar pulsioximetria como complemento en el control fetal.

Mide directamente la proporción de hemoglobina que está transportando oxígeno, saturación de oxígeno en sangre, por tanto la variable de la que primariamente depende el daño de los tejidos esta siendo monitorizada, por este motivo la prueba se esta convirtiendo en una técnica extendida sin olvidar las ventajas que supone una evaluación instantánea ,continua, segura y no invasiva .

En la actualidad es una técnica experimental no es una técnica para reducir el numero de cesáreas, permite conocer el estado fetal igual o mejor que el ph , permite conocer el estado fetal mejor que la cardiotocografía aunque de momento tiene que ir asociada a ella.

En cuanto al electrocardiograma fetal se intentó introducir en España hace tres años pero no tuvo éxito por varias razones:

Su costo, muy elevado, y en segundo lugar, porque es difícil de interpretar, además sus detractores apuntan como desventaja del método el que los hallazgos de valores alterados en el segmento ST no son predictivos sino expresión de alteraciones importantes existentes ya en el feto por la presencia de hipoxia y acidosis fetal, por el contrario, la cardiotocografía predice estos hechos.

A pesar de lo expuesto en contra del método la Cochrane es muy favorable a la utilización este método afirma_ que existen menos RN con acidosis metabólica severas al nacimiento, disminuye el número de tomas en calota fetal y menor numero de intervenciones en el parto. Y además advierte la necesidad de personal muy adiestrado para utilizar el STAN a lo que se le suma el costo elevadísimo de los equipos; la forma en que se ha desarrollado y estudiado esta técnica ha sido ejemplar a diferencia de la cardiotocografía fetal y su uso debe restringirse a los casos de gestantes con patrones cardiotociográficos no tranquilizadores.

La mayor incidencia en su uso se circunscribe a los países nórdicos.

Salas DIPAP

Sostengo que el parto tiene que ser científico , utilizando con mesura todos los recursos para control del feto, y eso no se opone a que sea humanizado, dicha conjunción debe ser nuestra máxima aspiración a la oferta que ofrezcamos a las parturientas de nuestros hospitales.

En este apartado me voy a referir al entorno físico en el que se desarrolle el proceso completo del parto y el puerperio inmediato al que he denominado sala DIPAP(Sala de de dilatación-parto-puerperio) .

Opino que estas salas tienen que estar dotadas de unas características especiales:

Deben ser amplias, confortables, individuales, tranquilas, con acceso independiente. A la gestante se le debe ofrecer la posibilidad de deambulación ,cosa que obedecerá al espacio que ofrezca la sala y la disponibilidad de transductores inalámbricos , posibilidad de parto en inmersión incluso en esas salas si fuese posible , instalar camas multifuncionales aptas para realizar in situ una técnica de analgesia epidural, una toma de ph..... e idóneas para que se desarrollen las tres fases del parto sobre ellas.

Además estas salas tienen que complementarse con cuna, cuna térmica, toma de oxígeno, toma de vacío, lavabo pequeño cuarto de baño y sillones para los familiares, monitores con pulsioximetro y control materno de la T/A, la monitorización debe estar centralizada.

La dotación de personal de estas unidades tiene que estar compuesta por medico, matronas, perinatólogos anestesistas, quirofanistas y auxiliares, lo que se traduce en un alto costo pero es una aspiración normal dentro del sistema de salud del nivel español. En la imagen plasmó gráficamente la disposición del área de partos que, a mi juicio, he creído ideal

Por ultimo vamos a ver otros aspectos a tener en cuenta para prestar una asistencia adecuada en los años venideros:

- Aportará la gestante consentimiento informado para epidural y cesárea electiva (si es un caso difícil presentar en sesión clínica)
- Los partos que se presuponen complicados se realizarán en quirófano y estos estarán junto a las salas DIPAP.
- En caso de cesárea urgente la extracción fetal no debe superar los 15 minutos y siempre comandada por el staff de mayor rango
- Cuando se realice una cesárea se debe pedir la opinión de otro compañero
- En caso de no poder valorar adecuadamente la pérdida del bienestar fetal finalizar por la vía mas adecuada
- En algunas ocasiones el “derecho de autonomía” de la paciente puede cambiar la actitud obstétrica a seguir.

Estas ideas que he expuesto son la expresión que, desde mi punto de vista como obstetra, pueden hacer que el parto del siglo XXI sea a la vez científico y enmarcado en un contexto humanizado, conjugando seguridad y bienestar a la gestante, su hijo y su entorno familiar.

