

ATENCIÓN AL PERIODO EXPULSIVO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA S.E.G.O

(Prof. M. Albi)

Buenos días a todos, en primer lugar agradecer al comité organizador su amable invitación para participar en este seminario.

Después de todo lo que hemos oído hablar esta mañana a mi me toca ser algo así como la voz de la sociedad de ginecólogos españoles respecto a la asistencia en el periodo expulsivo.

Antes de hablar de lo que dice la SEGO, quería recordar el concepto de sistema sanitario que probablemente sea lo que nos haga o permita establecer diferencias entre una y otra forma de asistir al parto.

El sistema sanitario es el modelo que adopta una sociedad para proteger la salud de sus miembros y pensando cómo es el sistema sanitario en cuanto a la asistencia al parto, por lo menos en Madrid o por lo menos en lo relacionado con la SEGO, eso es lo que la sociedad nos demanda a los profesionales que prestamos la asistencia al parto.

La sociedad no acepta un resultado desfavorable del proceso del parto, es más, los resultados desfavorables serán imputados como mala asistencia sanitaria. Y además, existe una corriente creciente y no exenta de razón, que pretende que todo lo relacionado con el parto es fisiológico y se acusa o se nos acusa, de un elevado intervencionismo y/o de una excesiva medicalización en la asistencia al parto.

Si eso es lo que dice la sociedad ¿que dice el sistema sanitario, el modelo de asistencia sanitaria que nosotros estamos acostumbrados a ejercer, a utilizar?

Lo primero de todo, en donde opino que habría que hacer más hincapié, es en el respeto al derecho de autonomía de la mujer a la hora de dar a luz, que ella, libre y responsablemente, elija la forma en que quiere dar a luz, los sistemas, los equipos de vigilancia, las atenciones, los lugares, las posiciones etc. , pero la mujer debe estar implicada en esa toma de decisiones y para eso hay una parte primera que es el derecho a la información, el derecho que tiene a disponer de sus historia clínica, o de los datos que existan en la historia clínica para que ella, con esa información y a través de un consentimiento informado elija, la libre elección de tener el parto en la forma y manera a que ella quiera. Mientras eso no se consiga, mientras esa información no la tengan, mientras esa capacidad de autonomía no la tengan las mujeres la elección o la forma de trabajar tendrá que ser algo consensuado a través de unos protocolos que nos facilita la SEGO para que nos sirvan de guía en la actuación.

Si esto es lo que deberían hacer las mujeres ¿que deberían hacer los profesionales?

Yo creo que con esto se resume:

que nuestra práctica esté basada en las evidencias, deberíamos disponer de protocolos y guías clínicas a la hora de atender el parto, ser capaces de evaluar de forma crítica las nuevas tecnologías, los nuevos avances en la asistencia al parto y tener presente ese adjetivo de "humanización" del parto, aunque el término no sea de mi gusto porque entiendo que somos humanos y actuamos como tal en nuestra asistencia a otros humanos, por lo cual me inclino a hablar de un parto natural, o un parto más fisiológico, aunque la fisiología a veces está errada o actúa erradamente ; al respecto la OMS indica que en el 30% de partos existe alguna complicación y además, como decíamos al principio, que esa complicación la resolvamos los profesionales de forma adecuada es una obligación. La sociedad no entiende o le cuesta

entender, un resultado desfavorable en la atención al parto y en esa línea empezamos a repasar lo que dice la SEGO en cuanto a la asistencia al parto:

-Debe realizarse en un centro asistencial. Nuestro sistema sanitario no permite aconsejar la atención domiciliaria del parto, no se pronuncia al respecto de si es bueno o es malo, esto es lo que dice nuestra sociedad, porque nuestro sistema sanitario, el dinero que esta sociedad invierte en sanidad, no permite aconsejar la asistencia domiciliaria.

-La responsabilidad del parto es de un especialista en obstetricia y ginecología y la asistencia al parto debe configurarse en un equipo de trabajo donde participen auxiliares, enfermeras, matronas, administrativos, técnicos, personal de apoyo y ginecólogos, donde exista un espíritu de comunicación, cooperación y dialogo entre todos.

-El parto se considera una urgencia de alta prioridad y así hay que estar preparados, no es posible predecir posibles eventualidades y emergencias y hay que estar preparados para poder actuar de forma urgente en absolutamente todos los partos.

-Considera prioritario disponer al ingreso de la gestante de toda la documentación generada por la mujer durante el embarazo y garantizar que exista una continuación prorrogada durante el parto, que no esté influido el por cambios de turnos, por cambios de personal o por interrupciones por culpa del personal profesional que atiende el parto.

-La SEGO hace hincapié en recordar los aspectos de la humanización de la asistencia al parto:

-Aboga hacia una atención personalizada.

-La mujer para dar a luz debe tener con ella un acompañante, una persona de confianza en todo momento.

-Habla ya de no separar el espacio físico de la dilatación con el espacio físico del expulsivo, menciona habitaciones -paritorio.

-Nos recuerda la necesidad de apoyo emocional y humano.

-Nos recuerda la necesidad de información constante a la mujer para que ella misma pueda tomar sus decisiones de forma libre en relación a lo antes comentado de la autonomía de la mujer que tan importante considero en la asistencia al parto.

La SEGO recomienda:

-Que todos los fetos han de ser monitorizados,

-Que el 100% de las mujeres puedan acceder a la epidural.

-Que la infraestructura esté organizada para que al menos no transcurran más de 30 minutos desde que se indica un a cesárea hasta que se produzca la extracción del feto.

-Que los datos del parto queden registrados, documentados y además que se puedan almacenar de tal forma que nos permita revisar nuestros resultados, mejorar y seguir estudiando.

-Hace hincapié en que uno de los procesos que más habría que revisar sería el porcentaje de cesáreas.

En esa línea de humanización, el proyecto del hospital de Alorcón ateniéndose a las directrices de la SEGO, contando con las posibilidades que ofrecen los recursos del sistema sanitario y buscando esa autonomía de la mujer, estamos llevando a cabo un proceso de humanización del parto, del parto natural intentando crear un ambiente, un entorno natural

para la madre cambiando la infraestructura de las habitaciones, convirtiéndolas en más domésticas, más parecidas a un entorno agradable.

Vamos a favorecer que la dilatación y el expulsivo se hagan en la misma habitación siempre acompañadas de una persona de confianza, vamos a seguir ofreciendo analgesia epidural al 100% de las mujeres pero nos inclinamos hacia una analgesia sin bloqueo motor, eso va a favorecer la posibilidad de deambular o por lo menos, de adoptar la postura que ella quiera durante la dilatación y el control del bienestar fetal con la monitorización se podrá hacer con equipos de telemetría que garanticen una mayor intimidad y libertad a la mujer que le permitan moverse aún con su analgesia epidural.

Seguiremos capturando la información, registrándola y almacenándola para que nos sirva de base para elaborar nuestras guías y para seguir estudiando y mejorando y ese estudio lo haremos reevaluando nuestros datos, optimando nuestros procesos basados en la medicina de la evidencia y abiertos hacia las nuevas tecnologías como sería la pulsioximetría, la electrocardiografía fetal intraparto.

Una vez revisado ese plan de la mujer voy a comentar el protocolo número 3 de los protocolos asistenciales de la SEGO, este protocolo es del año 2003 que repite un poco lo que ya hemos comentado:

-El parto debe tener lugar en un centro asistencial con acreditación por parte del sistema sanitario.

-El responsable de la asistencia al parto es un médico especialista en obstetricia y ginecología que debe tener presencia física en el centro.

-El parto será atendido por un médico especialista, por un médico residente bajo tutela o por una matrona.

-La mujer debe permanecer en el lugar donde vaya a producirse el expulsivo, alumbramiento y posparto inmediato, se considera ese equipamiento como parte del equipamiento que debe tener el espacio físico para la asistencia al periodo expulsivo.

-En esa línea he traído este artículo de la Cochrane que comparaba la asistencia al parto de forma convencional con la asistencia a parto intrahospitalaria pero un local más parecido a un domicilio. Los trabajos que resume esta revisión de la Cochrane incluyen hasta 8600 gestantes, de forma variable entre unos trabajos y otros, entre el 29 y 67% de los casos precisaron cambio desde esa actuación de vigilancia al parto tipo "casa" a una vigilancia convencional. El grupo de la Cochrane concluye en que existen beneficios modestos en esa atención "home live", hay una mayor tendencia hacia un parto vaginal espontáneo, hay una mayor satisfacción para la mujer que también se expresa en la lactancia materna prolongada; ese tipo "home-live" sería sin uso de episiotomía y por lo tanto habría mayor posibilidad de desgarros de poco grado y aunque el último dato no es significativo consignan que hay una mayor tendencia a la mortalidad perinatal, como ven, el intervalo de confianza incluye el 1 y ese resultado no es significativo pero existe esa tendencia y así lo refiere el grupo de la Cochrane.

-En cuanto a la asistencia al expulsivo, la SEGO en el momento actual recomienda la postura de litotomía o semi-fowler, con la cabeza algo levantada, esos cuidados elementales o habituales y aconseja el control de la frecuencia cardíaca fetal y de la dinámica uterina durante el periodo expulsivo.

También he querido revisar lo que dice la Cochrane respecto a la posición de la mujer en el segundo estadio del parto en mujeres sin anestesia epidural; resulta costosa realizar esta revisión porque la metodología de recogida de datos de los diferentes trabajos que revisan, hasta incluir 5700 mujeres, es muy diversa y comparan la posición vertical con la supina, todos esos resultados son a favor de la posición vertical respecto a la supina y apuntan también, la

posibilidad de una mayor pérdida hemática por encima de 500ml. Las mujeres con expulsivo en posición vertical tendrán menos sensaciones de dolor intenso, menos patrones anómalos en el registro cardiotocográfico, tendrán menos riesgo de padecer una episiotomía y por lo tanto, el grupo de la Cochrane indica la conveniencia de la posición vertical, pero fundamentalmente reconoce que la mujer debiera tener el segundo estadio del parto en la postura que a ella le resultara mas confortable, otra vez más, surge el derecho de autonomía de la mujer, la libre elección que sólo la puede ejercer si tiene adecuada información para ello.

-En cuanto a la asistencia al expulsivo la SEGO reconoce que los tiempos de expulsivo han cambiado y ya no hay tiempos rígidos para esperar a que el expulsivo termine, que hay que valorar fundamentalmente el descenso de la presentación más que el tiempo que emplea la mujer en el expulsivo, da una orientación general en cuanto a las mujeres con o sin epidural pero los tiempos han dejado de tener interés.

-Contraindica la utilización sistemática del Kristeller, aconsejándolo exclusivamente para favorecer el desprendimiento de la cabeza fetal.

-La SEGO no propugna la episiotomía sistemática e incluso cuestiona la episiotomía profiláctica y al final concluye, como hemos dicho, en que se considera una indicación absolutamente restringida únicamente en condiciones individuales y casos concretos.

-La SEGO recomienda el contacto piel con piel entre la madre y su hijo de forma inmediata tras el nacimiento, recomienda la valoración del equilibrio ácido base en sangre de cordón, la valoración del Test de Apgar y por último, el proceso de identificación neonatal debe ponerse en marcha en el mismo paritorio.

-En cuanto a la Monitorización fetal intraparto, la SEGO lo recoge en su protocolo numero 9 de los Procedimientos y hace mención a los datos de una revisión de la Cochrane en la que compara partos con monitorización continua frente a partos con monitorización intermitente en los partos de bajo riesgo y de alto riesgo y concluye en que la monitorización continua aumenta el riesgo de cesárea de parto instrumental, no disminuye la mortalidad y si existe un mayor riesgo de convulsión neonatal en los casos que se controlan con auscultación intermitente.

Otra vez más dice el grupo de la Cochrane que debe ser la mujer con información adecuada y respetando su derecho de autonomía, la que elija la forma de control del feto durante el parto. Para que podamos cumplir con los protocolos de la SEGO y hacer auscultación intermitente, monitorización intermitente o ventanas, deben darse estas dos condiciones: que el ratio matrona-gestante sea de uno a uno, cosa probablemente no cumplible dentro del sistema sanitario actual y que se registre cada 10-30 minutos durante el periodo de dilatación y entre 5-15 minutos en el periodo expulsivo abarcando como mínimo un periodo entre dos contracciones, mejor utilizar doppler que un estetoscopio de Pinard y se cuestiona si es necesario tener un registro cardiotocográfico previo normal, o no, en relación con que el ritmo silente pudiera pasar desapercibido. Recuerda la sociedad que la existencia de una auscultación anormal requiere monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal. Y esto seria solo para mujeres de bajo riesgo y estos son los factores que incluyen la SEGO como factores de riesgo referidos al periodo expulsivo:

Inducción

Estimulación

A. Epidural

Todos estos serian factores de riesgo para no poder optar al grupo de monitorización intermitente.