

POSICION DE LA MADRE EN EL TRABAJO DE PARTO

(Prof. Pedro de la Fuente)

Muchas gracias Sr. Presidente, en primer lugar buenas tardes, en segundo lugar agradecer el Comité Organizador y de una forma muy especial al Prof. Herráiz la amabilidad que ha tenido invitándome y a continuación voy a exponerles la experiencia que tenemos en el 12 de Octubre sobre una posición durante el periodo de dilatación además de la posición que, pudiéramos decir clásica de la mujer, en decúbito supino o lateral.

Como saben ustedes las posiciones que se han adoptado o que ha adoptado la mujer a lo largo de la humanidad durante el trabajo de parto y sobre todo durante el expulsivo, han sido múltiples, yo les señalo aquí algunas de las mas relevantes desde el punto de vista histórico, esto corresponde a un bajo relieve prehistórico en el cual se ve un parto y se ve como una mujer intenta ayudar a la parturienta, esto es el parto de Japón clásico, este corresponde al parto en algunas zonas de la amazonia. Ya llegamos al Renacimiento con un parto en que la mujer está sentada y la mujer que la ayuda también sentada enfrente de ella y hay una segunda mujer que la ayuda también sujetándola por las axilas. Y esto son posiciones del parto más modernas y que tiene sus adictos. Posiblemente todas las posiciones del parto tiene su lado bueno y su lado malo, tienen sus adictos y la gente que a veces le hacen una critica feroz, yo estoy seguro de que todas son buenas y prueba de ello es que estamos aquí, es decir, desde la prehistoria hasta nuestros días el ser humano no solo ha sobrevivido, sino que se ha multiplicado de una forma exponencial lo cual quiere decir que hay muchas cosas que han permitido esta situación una de ellas ha adoptado la posición para parir que era compatible con su vida y la de su hijo. Como ustedes saben, yo me voy a referir a la posición durante el periodo de dilatación, de todos conocido y por eso solo les indico aquí como muchas mujeres en trabajo de parto si están en decúbito supino tiene una dinámica uterina que no es la ideal ni mucho menos y son mas frecuentes las incoordinaciones aunque sean como esta de primer grado y en muchas ocasiones no es necesario recurrir a la oxitocina, basta que la mujer se ponga en decúbito lateral para que la dinámica se regularice y aparezca una dinámica absolutamente normal. Yo me voy a referir a la posición del parto, durante el trabajo de parto de la mujer deambulando Hace ya muchos en años, demasiado años, en 1980 cuando se abrió el Dpto. de Obstetricia y Ginecología del 12 de Octubre nos planteamos todos los que fuimos allí como hacer el parto en un Dpto. que en aquel entonces, hace 25 años, era nuevo y adoptamos una filosofía que creo que es importante por que ha prendido no solo en España sino fuera de España y es intentar humanizar el parto en el medio hospitalario, humanizarle sin descuidar las ventajas, y hallazgos y adelantos que tiene la medicina hoy en día, entonces hablábamos del parto seguro, el parto sin riesgo necesitábamos combinar algo de lo que pasa en el parto domiciliario donde la mujer esta rodeada del ambiente del calor afectivo de toda la familia, incluso de los vecinos y por otro lado no renunciar a la tecnología que le da seguridad a la madre y al hijo, y entre las muchas medidas que adoptamos la de que la mujer deambulara.

No seria justo que yo no recordase aquí al prof. Caldeyro Barcia que fue el que básicamente nos inspiro y nos inspiro porque afortunadamente yo tuve la suerte de ser su amigo su discípulo; estuve mucho tiempo y muchas veces en Montevideo, y aprendí mucho de este hombre que realmente fue un hombre genial y el cual hizo muchísimo por la medicina perinatal, es uno de los padres de la medicina perinatal y posiblemente no fue premio Nóbel porque era latinoamericano y la ciencia en Latinoamérica no tiene el prestigio que tiene la ciencia de los países nórdicos por ejemplo. Fue así como para rendirle una especie de

homenaje de agradecimiento nosotros organizamos en 1983 un simposium que le denominamos " El parto humanizado en el medio hospitalario" y allí tratamos varias cosas, una de ellas es la influencia que tenía la deambulaci3n e incluso si la deambulaci3n se hacia en presencia del marido , decir que muchos de ustedes saben aquel equipo fue el primero que permiti3, diría que oblig3 al marido y si no a un familiar a estar acompa1ando a la mujer durante el parto. Afortunadamente la presencia del marido durante el parto luego se ha extendido como una mancha de aceite e incluso en algunas unidades lo hizo obligatorio. Nosotros inspirados en la escuela de Montevideo hicimos dos tipos de trabajo para mostrar la bondad o no bondad de la deambulaci3n en el periodo de dilataci3n y como ven ustedes invitábamos a las mujeres a que paseasen por el pasillo de las dilataciones que es muy largo con su marido, en estas dos fotos que una corresponde a 1983 y otra a antes de ayer, la única diferencia que se observa es que los maridos no llevan bata porque se estima que no es imprescindible aunque sería discutible. Hicimos dos tipos de trabajo uno que es un trabajo prospectivo y otro retrospectivo,. El trabajo prospectivo lo planteamos de la siguiente manera: con el fin de evitar la variable que supone que ninguna mujer ninguna embarazada ninguna parturienta es igual , incluso una misma parturienta su comportamiento es distinto en partos diferentes para obviar esa variable cogimos a mujeres a las cuales, previo consentimiento, les indicábamos que estuvieran en decúbito durante cierto tiempo del trabajo de parto y luego la invitábamos a deambular y con el fin de tener el dato objetivo de su dinámica uterina y de la FC fetal pues utilizábamos la telemetría que le permite a la mujer andar sin tener la servidumbre de estar atada al monitor, de esta forma valorábamos que sucedía cuando deambulaban, que sucedía cuando estaba en decúbito y así repetíamos por periodos de media hora. Los resultados fueron los siguientes:

En cuanto a la intensidad de las contracciones, vean como evolucionaron en decúbito y deambulando y vean en el resumen como la intensidad aumentó en el 9% disminuyó en el 14% y no cambi3 en el 76% es decir, conclusión, la intensidad de la mujer deambulando y no cambiando otras variable que pueden influir sobre la dinámica uterina prácticamente no había grandes cambios. En cuanto a los otros parámetros de la actividad uterina vean como en cuanto a la frecuencia de las contracciones expresada como el numero de contracciones por 10 minutos en decúbito eran menor la frecuencia que deambulando y esta diferencia es estadísticamente significativa, igual sucedía con la actividad uterina global medida en unidades Montevideo , sucedía lo mismo, es decir la actividad uterina en decúbito era ligeramente inferior a la que se obtenía deambulando la mujer y estas diferencias son significativas. Esto es un estudio científico para publicar que tiene un dise1o muy bueno y lo copiamos o lo hicimos casi a la vez con el Dr. Méndez Bauer y los resultados eran muy parecidos pero en realidad los clínicos y ustedes son clínicos también lo que queremos son resultados globales y lo que hicimos fue hacer un estudio no randomizado y retrospectivo que sucedía globalmente en las mujeres que habían deambulado en e periodo de dilataci3n respecto a las que no lo habían hecho y tomamos a mujeres que habían hecho la dilataci3n deambulando por un periodo no menor de dos horas y los resultados son los siguientes :

En cuanto a la duraci3n, esto son frecuencias acumuladas, en azul tienen las mujeres que deambularon y en rojo las mujeres que durante toda la dilataci3n estuvieron encamadas y como ven esta curva de frecuencias acumuladas quiere decir que a las cuatro horas y media casi el 80% de las mujeres que deambulaban habían parido mientras que en ese mismo tiempo de las otras solo habían parido el 50%., es decir el periodo de dilataci3n en este grupo de mujeres que como ven son 106 en el grupo de primíparas y 157 en el de múltiparas

deambulando se acorto estadísticamente el periodo de dilatación y esto no solo era en las primíparas sino en las múltiparas que es lo que se indica aquí el tiempo medio en las primíparas cuando deambulaban y el tiempo medio en minutos que duró la dilatación cuando las mujeres estaban encamadas y con las múltiparas sucedía exactamente lo mismo y estas diferencias por supuesto son significativas, hay diferencias de casi dos horas.

En cuanto a la calidad de la dinámica uterina encontramos algo parecido cuando utilizamos las mismas mujeres poniéndolas en decúbito lateral o deambulando y observen como las alteraciones de la dinámica uterina globalmente eran menos frecuentes cuando la mujer deambulaba que cuando la mujer estaba en decúbito, bien fuese en decúbito supino o lateral, y estas alteraciones de la dinámica uterina globales eran diferentes en los dos grupos de mujeres tanto las alteraciones cuantitativas como las cualitativas, las cuantitativas se refieren a la intensidad y frecuencia y la actividad en unidades Montevideo y las cualitativas se refieren a las incoordinaciones hipodinamias hiperdinamias e hipertoniás. Otro aspecto que valoramos fue la necesidad de utilizar oxitocina y pudimos comprobar como las mujeres que deambulaban, entre todas las mujeres que estaban encamadas en decúbito el 53% se les administró oxitocina mientras que si deambulaban solamente el 26% lo necesitaron y esta diferencias no se debe al azar sino que son significativas. Algo parecido en cuanto a la dosis máxima que había que administrar a las mujeres, si la mujer deambulaba la dosis total que había que administrar a las mujeres no solo había que administrar oxitocina en menos casos sino que la dosis que requerían era menor. En cuanto a la repercusión que tiene que la mujer ande sobre los trazados de registro fetal vemos que la aparición de Dip I fueron más frecuentes en las mujeres que deambulaban que en las mujeres que estaban en la cama posiblemente la explicación de este hecho es que cuando la mujer deambula, por efecto de la gravedad la cabeza fetal apoya el cuello o el canal del parto, la pelvis y posiblemente aumenta la presión intracraneal etiología de la mayoría de los Dip I y como saben estos Dip I cuando tiene esta causa no tiene ningún grado de repercusión sobre el grado de bienestar fetal en cambio los dips umbilicales como ven aquí no es estadísticamente significativa. Conclusión: las diferencias que hay en las modificaciones de la FCF cuando la mujer deambula, la única que fue significativa fue la incidencia de DIP I y esto es algo que también estudiamos la duración del expulsivo en función de que la mujer hubiese deambulado durante el periodo de dilatación o en función a que estuviese encamada, como ven, el expulsivo cuando la mujer había hecho la dilación en decúbito duraba la media dieciocho minutos y medio y deambulando duraba 13,5 minutos. Explicar eso no es fácil, posiblemente hay dos factores que se han de resaltar, paradójicamente, 1. la mujer cuando deambula esta menos cansada, le duele un poco menos cuando deambula, tolera mejor el dolor y el dolor es mas llevadera y esto hace que la mujer se relaje este mas tranquila mas equilibrada y por otro lado, posiblemente la insinuación de la cabeza en la pelvis es mas precoz y profunda de tal forma que el expulsivo lo empiece estando la altura de la presentación un poco mas baja. Como quiera que sea el hecho es este, que estadísticamente el expulsivo dura menos en las mujeres que por lo menos han estado dos horas deambulando y también estudiamos la incidencia de partos vaginales instrumentales, aquí si que es evidente que la incidencia de partos instrumentales vaginales fórceps o espátulas que es lo que nosotros hacemos allí fue mucho menos frecuente en las mujeres que hicieron la deambulación caminando que la de aquellas que la hicieron adoptando la posición de decúbito. En cuanto a las cesáreas no hubo diferencias estadísticas significativas porque en aquel entonces nosotros hacíamos un porcentaje de cesáreas entonces muy bajo el 5-6% y claro esta, cuando la incidencia del fenómeno que uno estudia es muy baja

necesita números muy grandes para llegar a una conclusión de si influye o no y es la razón por la que no presento la incidencia de cesáreas.

El deambular no es que sea muy bueno o muy malo, en nuestra experiencia creemos que es bueno en muchas mujeres, y en otras mujeres las alteraciones de la dinámica, la evolución del parto no se influye de forma favorable pero lo que sí es evidente es que es una opción que todos debemos conocer que existe y que a algunas mujeres les puede solucionar su problema, como también es una opción, aunque no la panacea, esta otra forma de dilatación con la mujer encamada, sus bombas de perfusión, monitorización, control de T/A Yo no digo que este bien o mal sino que es una opción que puede ser muy beneficiosa para muchas mujeres que evidentemente no para todas.

Para terminar quiero hacerles una reflexión: hace quince días estuve en Tegucigalpa y había una exposición de pintura de gente relacionada con la salud materno-fetal y había este cuadro bastante naif pero bastante expresivo, vean como el feto esta coronando, ya ha salido la cabeza y esta como pidiendo auxilio, como pidiendo socorro y efectivamente, los profesionales cuando hablamos de la posición de la anestesia, de la oxitocina, de la episiotomía si o no,.... muchas mujeres tienen la formación suficiente para elegir y elegir con conocimiento de causa, pero otras muchas no y en el hospital que he visto allí, había una mujer muy guapa que decía con la cadencia y el lenguaje que ellos utilizan: "mire yo vengo a parir aquí lo mejor posible, pero por favor ayúdennos a mi y a mi hijo" y así es como termino yo mi charla: hay muchas formas de hacer la obstetricia, todas las formas posiblemente tienen mucho de bueno y poco de malo pero lo que piden las mujeres no es que nos empeñemos en que hay que hacer episiotomía, en que hay que hacer epidural sino que las ayudemos a ellas y a sus hijos.