

¿QUE NO SE DEBERIA HACER EN LA ATENCION AL PARTO DE BAJO RIESGO?

(Almudena González Casado. Matrona, Hospital " Alcorcón" Madrid.)

Buenas tardes, quiero agradecer al Comité Organizador de este seminario el que me haya invitado a compartir esta tarde con vosotros y por supuesto, a todos vosotros por vuestra asistencia.

Vamos a hacer un breve resumen de los principales cuidados que llevamos a cabo en la atención al parto de bajo riesgo según la medicina basada en la evidencia y las recomendaciones de las principales asociaciones y sociedades científicas.

Para la OMS el parto normal es aquel que tiene un comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37- 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño, se encuentran en buenas condiciones

Para poder revisar los cuidados que habitualmente realizamos en un parto normal tenemos que comenzar por definir qué entendemos por parto normal. Los criterios para definirlo son muy variados y generalmente se basan en índices de riesgo. Según nos dice la OMS en "Cuidados en el parto normal: una guía práctica" Ginebra 1996, se define como parto normal: "Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

Sin embargo, como el parto y alumbramiento de muchas gestantes catalogadas como de alto riesgo tienen un curso normal, pueden ser candidatas a todos los cuidados que vamos a comentar.

Para la SEGO cuando el parto ocurre entre las semanas 37 de amenorrea a 42 con una duración temporal adecuada un recién nacido que pesa 25000grms.y presenta buena vitalidad sin incidencias en el alumbramiento ni en el estado materno podemos decir que estamos frente a un parto normal

En la actualidad la situación del parto en España es fundamentalmente hospitalario, esto ha hecho que el parto de bajo riesgo haya pasado de ser un proceso fisiológico normal a convertirse en un proceso excesivamente medicalizado. A ello han contribuido múltiples factores:

- Sociales (demanda de a. epidural, exigencia garantía mínimos riesgos para la madre y el recién nacido...).
- Técnica y avances médicos (mayor control del bienestar fetal intraparto a través de nuevos métodos de control fetal como la pulsioximetría o el electrocardiograma fetal,)
- Legales.

La OMS nos recuerda que el bienestar físico y emocional de la mujer deberían valorarse a lo largo de toda la dilatación y el parto, especialmente atendiendo al dolor y a la necesidad de apoyo sin olvidar que el respeto a la intimidad forma parte de esa valoración **.Se debe de respetar la elección de acompañante por parte de la mujer así como evitar la presencia de personas innecesarias.**

La SEGO en su plan de atención a la mujer también nos dice que la atención al parto será lo más personalizada posible si las condiciones clínicas lo permiten, se respetara la elección de la mujer y también nos recomienda que el proceso del parto tenga lugar en habitaciones que puedan mantener cierta intimidad, independencia y comodidad.

ACOMPANAMIENTO DE LA GESTANTE.

Históricamente las mujeres han sido acompañadas por mujeres durante la dilatación y el parto. Sin embargo en las últimas décadas el apoyo continuo en los hospitales ha dejado de ser una rutina para convertirse en una excepción. La preocupación existente por la deshumanización del parto hace que nos planteemos el valor que tiene la presencia del acompañante que la mujer elija durante el parto. Según la medicina basada en la evidencia las mujeres con apoyo intraparto continuo tienen menos probabilidad de requerir analgesia farmacológica, menos partos instrumentales y menor insatisfacción con la experiencia del nacimiento. Por ello todas las mujeres deberían de disponer de apoyo durante el parto.

Así mismo la SEGO nos dice que hay que asegurar el acompañamiento de la parturienta durante la dilatación y el parto por parte de una persona de su confianza.

ENEMA Y RASURADO.

La utilización de enemas durante el parto depende fundamentalmente de las preferencias del personal que lo asiste y de los recursos disponibles. Sin embargo a la mujer causan molestias a las mujeres e incrementan los costes del parto

Según los estudios actuales que valoran tanto tasas de infección materna como infecciones neonatales y la dehiscencia de episiotomías los resultados que han obtenido han sido los siguientes; según la revisión de la biblioteca Cochrane no hay diferencias en las tasas de infección puerperal ni en los recién nacidos y según nos recomienda la OMS no afecta a la duración del parto ni a la infección de las episiotomías, por tanto solamente debiera utilizarse en aquellos casos en que la mujer lo demanda. No hay pruebas suficientes para evaluar el uso rutinario de enemas durante el parto.

El rasurado pélvico es un procedimiento que se realiza antes del nacimiento para disminuir el riesgo de infección si hay un desgarro perineal o se realiza una episiotomía. Sin embargo no existen pruebas suficientes para recomendarlo. A la mujer le produce molestias y no reduce el riesgo de infección.

AMNIOTOMIA PRECOZ

La amniotomía precoz se ha utilizado como un componente del manejo activo del parto. Es un método eficaz para disminuir el tiempo de dilatación, pero según los resultados revisados en la medicina basada en la evidencia se asocia con dosis menores de oxitocina y acorta el tiempo de dilatación, sin embargo no se han establecido efectos adversos sobre el feto pero hay una tendencia aunque no estadísticamente significativa del aumento de cesáreas por distress fetal. Hay un menor porcentaje de mujeres que refieren dolor y no hay estudios sobre la satisfacción de la madre. Por todo ello solo debería utilizarse en aquellos casos en que el proceso de parto estuviera siendo demasiado lento.

MONITORIZACIÓN FETAL CONTINUA FRENTE A LA AUSCULTACIÓN INTERMITENTE.

La monitorización fetal continua se aceptó rápidamente en la práctica clínica desde su introducción en 1960 utilizándose en la actualidad en casi 3 de cada 4 partos monitorizados en EE.UU. Sin embargo su eficacia no pudo ser demostrada debido a la ausencia de interpretación Standard, al desacuerdo en las intervenciones y a la incapacidad para demostrar la fiabilidad y validez de la técnica.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos acordó que aunque toda mujer de parto requería algún tipo de control fetal la elección de la técnica, es decir la (monitorización continua o auscultación intermitente) estaba basada en una gran variedad de factores y se deberían de dejar al juicio clínico del médico individualizando cada caso. Expertos americanos y canadienses aconsejaron no utilizar rutinariamente la monitorización continua en partos de bajo riesgo y no encontraron pruebas suficientemente sólidas para aconsejar o no su uso **rutinario** en los partos de alto riesgo. Por todo ello se iniciaron estudios para valorar los beneficios y los inconvenientes de esta prueba. Según la revisión de la Biblioteca Cochrane, excepto la tasa de convulsiones neonatales, el uso de la monitorización continua no tiene impacto ni en la mortalidad ni en la morbilidad neonatal. El beneficio de la disminución de las convulsiones neonatales aunque es consistente, su impacto a largo plazo está menos claro. Hay estudios que dicen que los efectos a largo plazo de estas convulsiones han sido mínimos. La complicación más seria de la monitorización fetal continua es el aumento de cesáreas y partos instrumentales.

Esta revisión concluye afirmando que La monitorización fetal continua se introdujo ampliamente en la práctica clínica antes de tener pruebas de su eficacia y seguridad para la valoración del estado fetal. Los beneficios una vez reclamados por la monitorización fetal continua son claramente más modestos de lo que se creyó inicialmente aunque parece que son prioritarios para evitar las convulsiones neonatales aunque como ya hemos dicho el pronóstico de dichas convulsiones a largo plazo parece ser menos serio de lo que antes se creía. Por todo ello la postura del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de dejar la decisión al médico y a la mujer parece ser prudente. Queda mucho por aprender sobre el periodo intraparto y sus repercusiones a largo plazo en el feto. Los estudios futuros deberían centrarse en cuestiones clínicas específicas como: ¿qué grupos se podrían beneficiar de la vigilancia intensiva intraparto? ¿Cuáles son los elementos esenciales de esta técnica? o ¿cuál es el seguimiento a largo plazo de los niños incluidos en los estudios ya realizados?

Por su parte OMS nos dice que la interpretación del trazado del RCTG es complicada ya que con frecuencia es interpretada de manera diferente por distintos profesionales e incluso por el mismo observador en diferentes momentos. La sensibilidad del método es alta para detectar el distress fetal pero la especificidad es baja, es decir, hay una alta tasa de falsos positivos que implican intervenciones necesarias. **Su uso generalizado provoca una tendencia a centrar la atención, tanto del profesional como de la pareja, en la información que nos proporciona el monitor y no en la mujer.** La tasa de cesáreas y partos instrumentales es mayor en el grupo de monitorización fetal continua sin que hay pruebas de que las intervenciones realizadas en este grupo tengan beneficios sustanciales para los recién nacidos. El único resultado que mejora es la disminución de las convulsiones neonatales aunque a largo plazo la tasa de alteraciones neurológicas graves es similar en ambos grupos. El método de elección sería por tanto, la auscultación intermitente incluso en los países industrializados donde la monitorización continua es más accesible para toda la población y siempre habrá que individualizar los casos.

Según los protocolos de la asociación de obstetras y ginecólogos canadienses el método de elección en el control fetal del parto de bajo riesgo es la auscultación fetal intermitente.

INGESTA DE LÍQUIDOS.

La restricción de comida y líquidos en mujeres de parto es una tradición obstétrica muy arraigada debido fundamentalmente a motivos históricos relacionados con los riesgos de regurgitación gástrica y aspiración pulmonar durante la analgesia general identificados por Mendelson en 1946. Con las técnicas anestésicas actuales es una complicación muy rara pero potencialmente grave. Independientemente de si la mujer ha estado en dieta absoluta o no hay que tomar medidas entre las que destacamos el uso de anestesia regional en vez de general a pesar de que no se ha demostrado la eficacia de la restricción de comida y líquidos en el parto la dieta absoluta sigue persistiendo como práctica rutinaria.

Para la mayoría de las mujeres el no ingerir comida en el parto no es un problema. Sin embargo la mayoría sienten la necesidad "desesperada" de beber. La evidencia actual sugiere que las comidas sólidas y semisólidas se deberían evitar una vez que la mujer está de parto franco o necesita analgesia, aunque hay estudios que también esto lo ponen en duda. La práctica adecuada sería permitir ingerir una pequeña cantidad de bebidas isotónicas que no aumentarían el volumen gástrico y que estuviesen controladas por el personal que atiende el parto.

Sociedades como la Asociación de Anestésistas Obstétricos del Reino Unido (Obstetric Anaesthesia Association (U.K.)), la OMS, o la asociación de ginecólogos y obstetras canadienses ACOG se ponen de acuerdo al decirnos que no hay que tener o mantener políticas rígidas sobre la ingesta de líquidos de las mujeres durante el parto de bajo riesgo y que al menos puedan beber pequeñas cantidades de líquidos isotónicos controlados por el personal que atiende el parto se les debieran permitir.

En cuanto a la ingesta de alimentos sólidos os aporoto datos de diferentes publicaciones y veis que por ejemplo en el año 2001 había un 37,6% de centros que permitían la ingesta oral; en Australia se hizo un estudio en el año 2000 y de 109 maternidades el 60,5% comió o bebió durante el parto y en Gran Bretaña durante un congreso anual de anestésistas obstétricos se publicó una encuesta en la que constaba que el 30% de los centros permitían comer o beber y la situación en EEUU era del 18% de instituciones que mantenían el ayuno, 74% líquidos claros restringidos, 8% líquidos sin restricción y no había ningún centro que no permitiese ni comer ni beber.

POSICIÓN MATERNA DURANTE LA DILATACIÓN Y EL EXPULSIVO.

Desde hace siglos ha existido la controversia sobre si la posición de pie incluyendo aquí la de (sentada, en cuclillas, sillas y camas de partos....) o el decúbito supino tiene ventajas sobre el parto.

Aunque los resultados de los estudios realizados tienen que de interpretarse con cuidado, debido a que la calidad de los mismos es variable, según la revisión realizada por la medicina basada en la evidencia la posición levantada o lateral comparada con el decúbito supino reduce la duración del expulsivo, disminuye la tasa de episiotomías, aumenta los desgarros de

segundo grado, aumenta la pérdida de sangre > 500 ml. hay menor porcentaje de RCTG patológicos y las mujeres refieren menos dolor por todo ello a las mujeres se les debería recomendar parir en la posición que les resulte más cómoda informándoles previamente sobre las diferentes posiciones posibles.

En un estudio que se realizó en Holanda en el año 2004 se valoraron los factores que influían en que la mujer escogiera una u otra postura y estos fueron los resultados

(El consejo de las matronas es el factor más importante que influye sobre la elección de la posición materna. La posición con la que las mujeres están más familiarizadas en la cultura occidental es la supina pero aceptan muy bien la información sobre otras posiciones. El estudio concluye diciendo que las matronas tienen un papel importante para extender la variedad de posiciones posibles y deberían ayudar a las mujeres a encontrar la posición más adecuada para ellas dándoles consejos durante el embarazo y el parto.

la OMS en su guía de cuidados peri natales nos dice que

- Las formas de cuidado que deberían ser abandonadas son:
 1. Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto.
 2. la posición supina rutinaria durante el expulsivo
 3. Las camas de parto tradicionales para los partos normales.

Por otro lado nos recomienda que para la atención intraparto :

1. Estimular la deambulación.
2. Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.

POSICIÓN MATERNA CON A.E.

En los últimos años se han realizado estudios sobre el efecto de la postura en mujeres con analgesia epidural durante el parto ya que la analgesia epidural dificulta en gran medida la movilidad de la mujer durante el mismo. La mayoría de ellos coinciden en que la deambulación con analgesia epidural no modifica ni la duración ni el tipo de parto pero se asocia con la administración de dosis menores de oxitocina y de analgésicos y con una mayor satisfacción materna .

TIPOS DE PUJO.

Ha sido una práctica habitual para las mujeres seguir instrucciones específicas de la matrona o del obstetra sobre los pujos durante el expulsivo sin permitirle seguir sus instintos naturales. El retener aire durante largos periodos de tiempo largos es comúnmente usado en los pujos dirigidos aunque diferentes publicaciones han demostrado que pueden producir un descenso anómalo de la presentación por rigidez de los músculos pélvicos. También pueden comprometer el bienestar fetal reduciendo la presión arterial y la oxigenación materna. La retención de aire es contraria a los pujos espontáneos e involuntarios.

La actuación fisiológica (17) es esperar hasta que la mujer sienta sensación de pujo para comenzar a pujar. Se han hecho estudios comparando el inicio del pujo en mujeres con analgesia epidural. Como el reflejo de pujo está abolido cuando la mujer tiene analgesia epidural se puede esperar a pujar incluso hasta que el vertex esté en el introito. Este procedimiento se ha comparado con el pujo desde la dilatación completa. El retrasar el pujo no

tiene efectos negativos sobre los resultados neonatales. En cambio el pujo precoz hay una tasa mayor de fórceps. Aunque este estudio es en mujeres con a.e. coincide con la experiencia clínica de las matronas que retrasan el pujo hasta que aparece espontáneamente este reflejo. Esta práctica es más fácil para la mujer y acorta el expulsivo.

EPISIOTOMÍA RUTINARIA

La episiotomía se realiza para evitar desgarros perineales severos pero su realización rutinaria ha sido cuestionada. La práctica de la episiotomía restrictiva parece tener más beneficios que la episiotomía rutinaria: hay menos lesiones perineales posteriores, cicatrizan más fácilmente y hay menos complicaciones. No hay diferencias respecto a la incontinencia urinaria, dolor, dispareunia y desgarros severos.

No existen pruebas de que tenga un efecto "protector" para el recién nacido. La OMS también recomienda su uso restrictivo considerando esta práctica dentro del grupo D (prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente).

La Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada considera que la episiotomía rutinaria no es necesaria en el parto.

Las tasas de episiotomía varían ampliamente según los países, las instituciones y los individuos debido a las diferentes actitudes y formación. Según el "National Center for Health Statistics" el porcentaje de episiotomías en EEUU ha ido disminuyendo como veis en el año 1985 fue (61.1%), y en el 1998 (39,3%). En Canadá sucedió lo mismo, disminuyeron del 66.8% en 1981 al 37.7 % en 1994. En un estudio retrospectivo realizado en el Thomas Jefferson University Hospital se ha producido una disminución drástica y muy significativa estadísticamente en la tasa total de episiotomías desde 1983 al 2000 puesto que desciende la tasa del 69.6% al 19.4%.

Sin embargo según estudio realizado por el National Center for Health Statistics "a pesar de la disminución drástica del uso de la episiotomía durante las dos últimas décadas continua siendo el procedimiento quirúrgico más frecuente realizado en mujeres en EEUU".

CONTACTO PRECOZ MADRE-HIJO Y PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.

El contacto precoz piel-piel implica colocar al recién nacido sano desnudo sobre el pecho-ventre de la madre nada más nacer. Este contacto facilita la interacción de la madre y de su hijo. La separación rutinaria de los recién nacidos de sus madres en los partos hospitalarios es un fenómeno cultural exclusivo del mundo occidental y que podría asociarse con efectos adversos entre los que encontraríamos el fracaso de la lactancia materna. Según la revisión de la medicina basada en la evidencia el contacto piel-piel parece tener algunos beneficios clínicos especialmente considerando los resultados de la lactancia materna y no tienen efectos adversos ni a largo ni a corto plazo. Es necesario seguir investigando.

Las recomendaciones actuales tanto de la OMS como de UNICEF sobre el inicio de la lactancia materna quedan recogidas en la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños que en su paso 4 dice: "Ayudar a la madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto".

Se ha comprobado que si se coloca al recién nacido a término nada más nacer en contacto piel piel con su madre se estrechan los lazos afectivos entre madre e hijo, aumenta la confianza de la madre en el cuidado de su hijo, se preserva la energía y se acelera la adaptación metabólica del recién nacido. Por ello el contacto piel -piel también forma parte de los 10 principios de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, está incluido en la Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido, y en la recomendaciones de mínimos estándares de

la Sociedad Española de Neonatología, así mismo la SEGO también nos recomienda que se facilite el contacto físico de la madre con el RN justo tras el parto.

Como veis algunos de los cuidados que hemos visto, al menos tenemos que pensar si tenemos que modificarlos y si me permitís para terminar me gustaría deciros que para que la experiencia del parto sea satisfactoria deberíamos combinar las ventajas, que las tiene del parto hospitalario con la humanización del mismo para ello necesitamos volver a personalizar la atención al parto , devolverle a la mujer su protagonismo, coordinar la actuación de todos los profesionales y por supuesto, revisar nuestros protocolos según la medicina basada en la evidencia