

Prácticas de Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural

#1: El Trabajo de Parto Inicia por Si Solo

Una mujer embarazada en una clase de Lamaze comenta con el grupo “El doctor dice que mi bebé está muy grande. A mi vecina le indujeron el trabajo de parto por que pensaban que su bebé también estaba muy grande, ¿Creen que deba pedir una inducción?”



Photo © 2003 Robyn Osten - www.firstbreath.net

Alrededor de los Estados Unidos y en muchos otros países, se escuchan declaraciones similares a ésta en las clases de educación para el parto. La inducción del trabajo de parto (el inicio artificial del trabajo de parto) es uno de los asuntos mas controversiales en el cuidado de la maternidad en la actualidad. En muchos hospitales, el trabajo de parto es inducido por razones médicas solamente, y siguiendo pautas muy estrictas. Por el contrario en otros hospitales las mujeres tienen inducciones electivas - aquellas que son hechas por conveniencia mas que por razones médicas. ¿Existen problemas con la inducción? ¿Cuáles son los beneficios de permitir que el trabajo de parto inicie por si mismo?

Plan de la naturaleza para el nacimiento
Durante las últimas semanas del embarazo, ambos la madre y el bebe se preparan para el nacimiento. Para la madre primeriza, frecuentemente el bebe desciende dentro de la pelvis alrededor de 14 días antes del nacimiento. El cervix se mueve hacia delante y gradualmente comienza a suavizarse. En un periodo que puede ser de pocos días a pocas semanas, la madre puede o no sentir contracciones irregulares, que ayudan al cervix gradualmente a adelgazarse y tal vez hasta dilatarse algunos centímetros.

Durante la última parte del embarazo, los pulmones del bebe se maduran y él mismo forma una capa protectora de grasa, que lo hace tomar la característica rechoncha típica de un recién nacido.

Muchos investigadores creen que cuando un bebe está listo para la vida fuera del útero de su madre, su cuerpo libera una pequeña cantidad de una hormona que manda una señal a las hormonas maternas para iniciar el trabajo de parto. En la mayoría de los casos, solo cuando ambos están listos el cuerpo de la madre y el del bebe, las poderosas hormonas maternas comienzan con el proceso del trabajo de parto.

Como se Induce el Trabajo de Parto

Comúnmente, el trabajo de parto es inducido en el hospital por medio de la administración de oxitocina a través de una vía intravenosa.

Algunas veces se utilizan anticipadamente a la oxitocina agentes para madurar y suavizar el cerviz preparándolo para el trabajo de parto.

Razones Médicas para la Inducción

Existen algunas indicaciones médicas apropiadas para inducir el trabajo de parto. De acuerdo al Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), el trabajo de parto debe ser inducido solamente cuando el riesgo para el bebé sea mayor si permanece dentro del útero de la madre que por un nacimiento prematuro.

Esto es verdad cuando la bolsa de aguas alrededor del bebe se rompe y el trabajo de parto no inicia; cuando el embarazo ha alcanzado las 42 semanas, cuando la madre sufre de presión alta; cuando la madre sufre de algún problema de salud, tal como la diabetes, problemas en pulmones que pudieran dañar a su bebe o cuando la

madre tiene una infección en el útero.

Sospechar que el bebe es grande o muy grande no es una razón médica para la inducción. En un artículo de prensa liberado en noviembre del 2002, ACOG reportó que la inducción del trabajo de parto por macrosomía (bebe grande) casi duplicó la tasa de cesáreas sin ninguna mejoría en los resultados perinatales (la salud del bebe).

Esta declaración fue basada en un estudio publicado en *Obstetrics & Gynecology* (Obstetricia & Ginecología). Algunos estudios anteriores muestran que la inducción por macrosomía eleva en vez de disminuir, los índices de cesáreas sin mejorar la salud del bebe. En la publicación profesional *Evaluation of Cesarean Delivery* (Evaluación del nacimiento por cesárea), publicado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), los autores se expresan en contra de la inducción para bebes grandes en una mujer saludable, concluyendo que “La indicación para el trabajo de parto por sospecha de macrosomía (bebe grande) no mejora los resultados, causa gastos de recursos considerables y puede elevar el índice de cesáreas.



Photo © Digital Vision® Ltd.

Inducción por Conveniencia

Algunas veces la inducción es considerada conveniente para la gente involucrada. Los hospitales pueden poner personal extra de enfermería durante los turnos cuando las inducciones son programadas, los médicos pueden programar los partos para los días y horarios que mas les convengan; y los padres pueden hacer arreglos en el trabajo y planear los viajes de los familiares de acuerdo a la fecha programada para la inducción.

Sin embargo, la inducción electiva no es conveniente cuando los retrasos rutinarios del hospital posponen la hora indicada para el inicio de la inducción.

No es conveniente cuando la inducción no funciona y la mujer es regresada a casa para intentarlo otro día. Y seguramente no es conveniente cuando ésta lleva a un nacimiento por cesárea y la nueva mamá deberá recuperarse de una cirugía mayor abdominal en vez de un parto natural.

Desventajas de la Inducción

Existe evidencia creciente de que la inducción del trabajo de parto no está exenta de riesgos.

Prematurez

Uno de los problemas de inducir el trabajo de parto es que las fechas probables de parto no son exactas. Si hay un error de 2 semanas al calcular la fecha probable de parto, una mujer que está programada para inducción en la semana 38 podría tener tan solo 36 semanas de embarazo. El Dr. Michael Kramer de la Universidad de Montreal y sus colegas examinaron 4.5 millones de nacimientos en los Estados Unidos y Canadá durante los 1990's. En un estudio publicado en *The Journal of the American Medical Association* (Diario de la Asociación Americana de Médicos) en agosto del 2000, los investigadores concluyeron que los bebes nacidos tan solo unas semanas mas temprano – de 34 a 36 semanas- eran 3 veces mas propensos a morir en su primer año de vida que aquellos bebes nacidos a término. “Los obstetras pueden percibir la inducción como libre de riesgos y por esto no evaluar adecuadamente los riesgos y los beneficios”, dijo mas tarde el Dr. Kramer en una entrevista.

Complicaciones y Nacimientos por Cesárea

Investigadores en la Universidad de Texas South Western Medical Center en Dallas, Texas, también echaron un vistazo a los resultados del embarazo por semanas de gestación. Después de examinar mas de 56,000 resultados de embarazos en las 40, 41 y 42 semanas de gestación, el Dr. James Alexander y sus compañeros de investigación concluyeron que “La inducción rutinaria del trabajo de parto a las 41 semanas de gestación suele incrementar las complicaciones en el trabajo de parto y el nacimiento por cesarea sin ninguna mejoría significativa en los resultados neonatales”.

Los investigadores de Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, una fuente de información mundialmente respetada, respecto a los cuidados y atención basados en evidencia, estuvieron de acuerdo con esta conclusión.

Con referencia a embarazos postérmino ellos declaran “Una política de inducción rutinaria a las 40-41 semanas

de gestación en un embarazo normal no puede ser justificada, esto demostrado por pruebas controladas..... Una vez que la duración del embarazo ha logrado certeramente completar las 41 semanas, a aquellas mujeres que elijan ser inducidas, se les deberá ofrecer el mejor método de inducción disponible.”

Incremento en la Necesidad de Intervenciones

En adición al incremento en el riesgo de moderada prematuridad y nacimientos por cesárea, la inducción del trabajo de parto por lo regular crea la necesidad de intervenciones médicas adicionales. En muchos casos, si una madre es inducida, necesitará una canalización intravenosa (IV) y monitoreo electrónico del ritmo cardiaco fetal continuo.

En muchos lugares se requerirá que la mujer permanezca en cama o muy cerca de ella. Como resultado la mujer será incapaz de colaborar en el progreso de su trabajo de parto, caminando libremente o cambiando de posiciones en respuesta a sus contracciones de trabajo de parto. La madre será incapaz de tomar ventaja de un reconfortante baño de tina o un regaderazo para aliviar el dolor de sus contracciones.

Las contracciones inducidas artificialmente usualmente llegan a la cúspide más rápidamente y permanecen intensas por periodos mas largos, que las contracciones naturales, incrementando la necesidad de uso de medicamentos para aliviar el dolor en la madre.

Desventajas Psicológicas

El trabajo de parto inducido, especialmente cuando no está indicado médicamente puede dar un mensaje muy poderoso a la madre, de que su cuerpo no esta funcionando adecuadamente- de que necesita ayuda para iniciar su trabajo de parto.

Este mensaje junto con el necesario incremento de intervenciones médicas, puede disminuir la confianza de la madre en su habilidad para dar a luz.

Preocupación de ACOG sobre el aumento en los índices de la Inducción

En junio del 2002 en un artículo de prensa, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) atribuyo el dramático incremento de inducciones en parte a la presión de los pacientes, conveniencia de los médicos, la disponibilidad muy difundida de agentes para la maduración del cerviz y las preocupaciones sobre posibles demandas.

En un comentario de una publicación de *Obstetrics & Gynecology* (Obstetricia y Ginecología) en junio del 2002, los autores recomiendan cautela respecto a la inducción (electiva) hasta que las pruebas clínicas puedan validar el uso mas liberal de la inducción del trabajo de parto.

Recomendaciones de Lamaze International

Lamaze International te recomienda que no elijas la inducción, ni estés de acuerdo en ser inducida a menos que exista una razón médica real.

Un bebe “grande” o “muy grande,” no es una razón médica para realizar una inducción en una mujer que no es diabética. El permitir que tu cuerpo entre en trabajo de parto espontáneamente es casi siempre, la mejor forma de saber que tu bebe está listo para nacer. Interferir o remplazar las hormonas naturales que orquestan el trabajo de parto, parto, lactancia y apego materno, podría tener consecuencias que aun no podemos comprender. Sentir la experiencia de las contracciones naturales producidas por la oxitocina de tu propio cuerpo, incrementan tu libertad para responder a ellas moviéndote libremente, cambiando de posiciones y utilizando a voluntad la tina o la regadera. El trabajar durante el trabajo de parto y dar a luz sin intervenciones médicas innecesarias, incrementan la posibilidad de que tendrás memorias mas positivas para toda la vida de tu experiencia de parto y disminuye la posibilidad de complicaciones para ambos, tu y tu bebé.

References

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2000). *Planning your pregnancy and birth*. Washington, DC: ACOG.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). *ACOG news release: Cesarean delivery more likely with labor induction of a large baby*. For release November 1, 2002. Washington, DC: ACOG. Retrieved from <http://www.acog.org>
3. Sanchez-Ramos, L., Bernstein, S., & Kaunitz, A.M. (2002). Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 100(5), 997–1002.
4. Horrigan, T.J. (2001). Physicians who induce for fetal macrosomia do not reduce cesarean delivery rates. *Journal of Perinatology*, 21(2), 93–95.

5. Leaphart, W.L., Meyer, M.C., & Capeless, E.L. (1997). Labor induction with a prenatal diagnosis of fetal macrosomia. *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 6(2), 99–102.
6. Combs, C.A., Singh, N.B., & Khoury, J.C. (1993). Elective induction versus spontaneous labor after sonographic diagnosis of fetal macrosomia. *Obstetrics & Gynecology*, 81(4), 492–496.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: ACOG.
8. Kramer, M.S., Demissie, K., Platt, R.W., Sauve, R., & Liston, R. (2000). The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA*, 284(7), 843–849.
9. Alexander, J.M., McIntire, D.D., & Leveno, K.J. (2000). Forty weeks and beyond: Pregnancy outcomes by week of gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 96(2), 291–294.
10. Enkin, M., Keirse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). Post-term pregnancy. In *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). *ACOG news release Commentary—Nonmedical indications help fuel rise in induction rate*. For release June 30, 2002. Washington, DC: ACOG. Retrieved from <http://www.acog.org>
12. Rayburn, W.F., & Zhang, J. (2002). Rising rates of labor induction: Present concerns and future strategies. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 164–167.

Desarrollado por el Consejo de Educación de Lamaze International

Autora Principal:
Debby Amis, RN;BSN;CD(DONA),
LCCE,FACCE

Colaboradores y Revisión:
Elena Carrillo de Reyes,
CD(DONA),LCCE,FACCE
Diana Chaverini, RN,Med,LCCE,FACCE
Jeannette Crenshaw, RN,MSN,IBCLC,LCCE,
FACCE
Joyce Di Franco, RN,BSN,LCCE,FACCE
Caroline Donahue, RN,MA,LCCE,FACCE
Jeanne Green, MT,CD(DONA),LCCE,FACCE
Judith Lothian,RN,PhD,LCCE,FACCE
Michele Ondeck,RN;Med,IBCLC,CD(DONA),
LCCE,FACCE
Teri Shilling,MS,IBCLC,CD(DONA),LCCE,
FACCE
Sandra Steffes, RN,MS,LCCE,FACCE