



Prácticas de Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural

#4 : No Realizar Intervenciones de Rutina

Una mujer embarazada pregunta en las clases de Lamaze a su educador perinatal, “ En televisión parece que la mayoría de las mujeres en trabajo de parto están en cama. Están conectadas a maquinas como las que monitorean los latidos del corazón del bebé.¿No es más seguro el parto con la tecnología que existe en la actualidad?”

Los avances en los cuidados médicos han hecho el parto más seguro, especialmente para las mujeres con embarazos de alto riesgo y para los bebés prematuros.

Las intervenciones obstétricas como el catéter intravenoso (IV) ,el monitor electrónico fetal (MEF), la conducción (acelerar el trabajo de parto) y la anestesia epidural son rutinarias en muchos hospitales. Sin embargo, las investigaciones no han demostrado que el uso rutinario de estas intervenciones mejoren los resultados del parto en todas las mujeres.

De hecho, las investigaciones sugieren que a menos de que exista una indicación médica clara para realizar una intervención, interferir con el proceso natural del trabajo de parto y el parto no es probable que sea benéfico, y que en realidad puede ser perjudicial. Las intervenciones pueden ser tan simples como la separación de las madres y sus recién nacidos inmediatamente después del nacimiento, o complejas como el uso continuo del monitor fetal para un trabajo de parto normal.

Restricciones para ingerir alimento y líquidos

Restringir los líquidos y alimentos durante el trabajo de parto es una tradición obstétrica ampliamente aceptada. Comenzó aproximadamente hace 50 años, cuando las mujeres daban a luz bajo anestesia general sin protección de sus vías aéreas. La tradición está basada en la creencia de que el ayuno reduce los contenidos del estómago y por tanto la

posibilidad de que el contenido gástrico entre a los pulmones por aspiración si una mujer vomita mientras se encuentra bajo anestesia general. Sin embargo, las técnicas de anestesia han mejorado enormemente en los últimos 50 años. La anestesia general prácticamente ha desaparecido en la obstetricia moderna; la bronco aspiración es muy raro que se presente en la anestesia moderna; ningún periodo de ayuno garantiza un estómago vacío, y los líquidos claros abandonan el estomago casi de inmediato. Por estas razones muchos proveedores de salud ya no restringen la ingesta de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto normal.

La Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) recomiendan que se den líquidos claros a las mujeres de bajo riesgo en trabajo de parto.

Las parteras recomiendan la ingesta de bocadillos ligeros y líquidos para proveer energía durante trabajos de parto muy largos. La Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá indican que “a una mujer en trabajo de parto activo se le deberá ofrecer una dieta ligera o líquida.” El Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (Grupo Cochrane del Embarazo y Parto), fuente de información reconocida mundialmente sobre cuidados basados en evidencia científica, recomienda el uso de una dieta baja en residuos (fibra) y baja en grasas durante el trabajo de parto.

Los anestesiólogos están realizando estudios sobre la



Photo © 2003 Robyn Osten - www.firstbreath.net

seguridad de consumir alimentos durante el trabajo de parto. La tradición de restringir el alimento y los líquidos durante el trabajo de parto ha ido cambiando a medida que los descubrimientos de las nuevas investigaciones y nuevas técnicas médicas van surgiendo.

Uso de Fluidos Intravenosos

La terapia intravenosa (IV) ha sido utilizada en forma rutinaria para prevenir la deshidratación en las mujeres a las que se les restringen los alimentos y líquidos y para proveer el acceso rápido a una vena en caso de una emergencia. Sin embargo el uso del suero intravenoso en todas las mujeres en trabajo de parto ha sido cuestionado. Las emergencias que amenazan la vida son muy raras en partos de bajo riesgo; las soluciones intravenosas no proporciona ni la nutrición ni la energía que ofrece la comida y los líquidos; algunas mujeres encuentran la canalización dolorosa y estresante; además que los sueros dificultan a la mujer a que cambie de posiciones y se mueva libremente. De acuerdo a Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, el uso rutinario del suero intravenoso no es probable que sea benéfico.



Si el trabajo de parto es inducido o acelerado, si se aplica anestesia epidural o si se prohíbe tomar líquidos y/o comer, la solución intravenosa será necesaria .

Monitoreo Electrónico Fetal Continuo

La frecuencia cardíaca del bebé puede ser monitoreada ya sea por auscultación (escuchando con un dopler o estetoscopio) o por monitoreo electrónico fetal (MEF).

El MEF se puede realizar continuamente o de forma intermitentemente. Un ejemplo de monitoreo electrónico intermitente es cuando el monitor se le deja a la mujer en trabajo de parto por 20 minutos cada hora y se le remueve durante los 40 minutos restantes. Mientras que el monitor está apagado la mujer tiene la libertad para moverse y utilizar técnicas de alivio y confort como la tina o la regadera. El uso del MEF continuo restringe

la habilidad de la mujer para moverse y cambiar de posición, lo que usualmente significa que la mujer permanecerá en la cama. Su acceso a una gran variedad de técnicas de confort, como el uso de la regadera, la tina o la pelota, puede verse restringida.

Las recomendaciones de monitoreo por auscultación dependen de si el trabajo de parto sea de bajo o alto riesgo. Para un trabajo de parto de bajo riesgo, los expertos recomiendan que se escuchen los latidos del bebé cada 30 minutos durante el trabajo de parto activo (la fase en la que el cervix dilata hasta 10 centímetros) y cada 15 minutos durante la segunda etapa (el periodo expulsivo en donde la mujer puja). En un trabajo de parto de alto riesgo, se deben escuchar los latidos del corazón del bebé cada 15 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante la segunda etapa.

De acuerdo al American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN), las mujeres sanas sin complicaciones pueden ser monitoreadas ya sea por auscultación o por MEF intermitentes. Los estudios que comparan la auscultación con el MEF revelan que no hay diferencia en los resultados para el bebé. Sin embargo, las madres a las que se les aplicó el MEF tuvieron mayor número de cesáreas. ACOG sugiere usar la auscultación en lugar del MEF como una forma de disminuir el índice de cesáreas.

Habla con tu médico sobre el uso de la auscultación o el MEF intermitente en vez del uso continuo del MEF. Sin embargo, si tuvieras una complicación médica, si tu trabajo de parto es inducido o acelerado artificialmente, si te aplican bloqueo epidural, o si surge algún problema durante el trabajo de parto, el monitoreo electrónico fetal continuo será necesario.

Acelerando el Trabajo de Parto: Ruptura Artificial de Membranas y Conducción

No permitir que el trabajo de parto se alargue demasiado puede sonar atractivo, pero interferir con el ritmo y la duración del trabajo de parto sin ninguna indicación médica no es lo más beneficioso. Cada trabajo de parto es único e influenciado por un número de factores, incluyendo el tamaño y la posición del bebé, la posibilidad de la mujer en trabajo de parto para moverse libremente, la confianza que la mujer siente cuando es apoyada adecuada y continuamente durante el trabajo de parto. Romper la bolsa de aguas (ruptura de membranas) puede acortar el trabajo de parto pero existen desventajas. El saco amniótico o bolsa de aguas que rodea al bebé lo protege de infecciones y de la presión mientras que se mueve a través del canal de parto. Las investigaciones sugieren que cuando las

membranas se rompen en la fase temprana del trabajo de parto, el índice de cesáreas se incrementa. La ruptura prolongada de las membranas se asocia con un alto riesgo de infecciones tanto para el bebé como para la madre, en verdad, el reloj empieza a correr una vez que la bolsa de aguas se rompe. Si el trabajo de parto no progresa, el proveedor de salud puede sugerir el uso artificial de oxitocina para acelerar el trabajo de parto.

En el trabajo de parto normal, la oxitocina es liberada por el cerebro. Cuando la oxitocina alcanza un nivel alto, las endorfinas son liberadas. Endorfinas, hormonas naturales del cuerpo que reducen el dolor, ayudan a la mujer para hacer frente al dolor del trabajo de parto. La oxitocina artificialmente administrada a través de soluciones intravenosas, no llega hasta el cerebro, por lo tanto, no causa la liberación de las hormonas reductoras del dolor, las endorfinas.

La oxitocina altera también el trabajo de parto de varias formas. Las contracciones de las mujeres a las que se les ha administrado oxitocina son más fuertes, largas y frecuentemente más dolorosas. Si se ha administrado oxitocina, la mujer necesitará otras intervenciones como el suero y el monitoreo fetal continuo. Con la oxitocina, usualmente la mujer es confinada a la cama, sin la comodidad de moverse libremente o utilizar la tina o la regadera.

Contracciones más fuertes, pérdida de endorfinas y la inhabilidad de usar medidas de alivio y confort incrementan la posibilidad de que la mujer necesite anestesia epidural.

De acuerdo a Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, “Permitir que la mujer se mueva, coma y beba líquidos como le plazca es al menos tan efectivo y ciertamente más placentero para la mayoría de las mujeres consideradas que la necesidad de una conducción. Las investigaciones sugieren que la amniotomía (ruptura artificial de las membranas) y la conducción con oxitocina, deberán ser reservadas para aquellas mujeres con un verdadero progreso anormal del trabajo de parto. No deberán ser practicadas rutinariamente.”

Anestesia Epidural

La mayoría de las mujeres tienen miedo al dolor del parto y están ansiosas de utilizar medicamentos para el dolor, especialmente cuando el medicamento es tan efectivo como el bloqueo epidural para aliviar el dolor.

En algunos hospitales a más del 90% de las mujeres se les aplica anestesia epidural durante el trabajo de parto. 60% de las mujeres en una encuesta hecha en los EE.UU. reportaron haber utilizado el bloqueo epidural.

Sin embargo entre el 26% y el 41% de estas mujeres ignoraban los efectos colaterales de esta anestesia.

Con el bloqueo epidural, los músculos de la pelvis se relajan tanto, que le puede tomar más tiempo al bebé rotar y descender a través del canal de parto. La ausencia del dolor puede interferir con la liberación natural de oxitocina y puede llevar a la necesidad de estimular el trabajo de parto con oxitocina artificial. Ya que la medicación epidural puede causar la caída de la presión arterial en la mujer en trabajo de parto, el uso de fluidos a través de sueros intravenosos antes y durante la anestesia es recomendado. Debido a que el medicamento usado durante los bloqueos epidurales puede disminuir la presión arterial materna, el uso del monitor fetal continuo es necesario.

Los cambios en la fisiología de la labor de parto y el parto, y las intervenciones requeridas para asegurar la seguridad de la madre y del bebé durante una anestesia epidural establece el escenario para un número de posibles efectos no intencionados.

Los estudios demuestran que el bloqueo epidural están asociadas con un índice más bajo de nacimientos vaginales, un índice más alto de nacimientos instrumentados (extractor al vacío y fórceps), y trabajos de parto más prolongados, particularmente para mujeres que van a tener a su primer hijo. Los estudios muestran también que a las mujeres a las que se les administró el bloqueo epidural tienen una tasa más alta de fiebre durante el trabajo de parto. Como resultado, el bebé puede necesitar análisis y tratamiento contra una posible infección, causando la separación de la madre y el bebé.

Existe evidencia de que el uso de anestésicos epidurales, especialmente para primigestas, incrementa la tasa de nacimientos por cesárea.

Tiene sentido el evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios de la anestesia epidural antes de tomar una decisión personal. Cada trabajo de parto es único. Si tu trabajo de parto es muy largo y estás muy cansada, el uso de el bloqueo epidural puede proporcionar descanso y ser beneficioso. Existen de igual forma indicaciones médicas para la aplicación de la anestesia epidural, por ejemplo, una cesárea. Si tu estas trabajando activamente en el parto, y tienes la libertad de moverte y de encontrar alivio y confort en una variedad de formas, es menos probable que necesites bloqueo epidural, que lo requieras en la fase temprana del trabajo de parto o que necesites gran cantidad de medicamento.

En caso de ser requerido, utilizar una dosis menor del

medicamento epidural, usarlo tardíamente en trabajo de parto permitiendo que se elimine antes de que se inicie el parto puede reducir la cantidad de efectos no deseados.

Recomendaciones de Lamaze International

Lamaze International recomienda que evites las restricciones para comer y beber; que platiques con tu médico sobre el uso de soluciones intravenosas, el MEF continuo, la ruptura artificial de membranas, la conducción del trabajo de parto y la anestesia epidural. Buscar que solo sean utilizados cuando exista indicación médica. Lamaze International te alienta para que tengas confianza en tu habilidad para dar a luz sin intervenciones de rutina. A elegir cuidadosamente al personal de salud que atenderá el parto así como el lugar para el nacimiento asegurándote que utilicen estas intervenciones solo en caso médicamente necesario.

References

1. American Society of Anesthesiologists Task Force. (1999). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: Application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*, 90(3), 896–905.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). ACOG practice bulletin: Obstetric analgesia and anesthesia. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 177–191.
3. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). (1998). *Healthy beginnings: Guidelines for care during pregnancy and childbirth*. Retrieved from http://www.sogc.medical.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_e.shtml#obstetrics
4. Enkin, M., Kierse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
5. Kubli, M., Scrutton, M.J., Seed, P.T., & O’Sullivan, G. (2002). An evaluation of isotonic “sports drinks” during labor. *Anesthesia & Analgesia*, 94(2), 404–408.
6. Begum, M. (1999). In B. Sengupta et al. (Eds.), *Obstetrics for Postgraduates and Practitioners*. New Delhi: BI Churchill Livingstone.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (1995). Fetal heart rate patterns: Monitoring, interpretation, and management. *ACOG Technical Bulletin* (No. 207). Washington, DC: ACOG.
8. Feinstein, N.F., Sprague, A., & Trépanier, M.J. (2000). *Fetal heart rate auscultation*. Washington, DC: Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: ACOG.
10. Fraser, W., Turcot, L., Krauss, I., & Brisson-Carrol, G. (2003). Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, 2. Oxford: Update Software.
11. Declercq, E., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., Risher, P. (2002). Listening to mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women’s Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association.
12. Lieberman, E., & O’Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *Supplement to American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5): 531–S68.
13. Howell, C.J. (2003). Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labor. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* (Issue 3). Oxford: Update Software.

Desarrollado por el Consejo de Educación de Lamaze International

Autoras Principales:

Judy Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE

Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE

Jeannette Crenshaw, RN, MSN, IBCLC, LCCE, FACCE

Colaboradores y Revisión:

Diana Chiaverini, RN, MEd, LCCE, FACCE

Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE

Caroline Donahue, RN, MA, LCCE, FACCE

Michele Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE