

Evidencias en la atención de un parto consiente y respetado.

Sergio Cuervo Vergara
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Universidad de Antioquia.
Ginecólogo y Obstetra Clínica San Juan de Dios la Ceja

Introducción.

La gestación y el nacimiento son quizás los momentos más trascendentales en la existencia de una mujer, son el principio y el punto de partida de la vida y es por ello que se convierten en procesos cruciales que afectan el resto de la existencia del ser humano. Estas situaciones representan para todas nuestras madres un reto, no solamente fisiológico, si no también psicológico, emocional y espiritual, siendo estos tres últimos extensivos tanto al padre como a la familia y a la comunidad que se vinculan a la mujer gestante. Por eso se cree firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se provean al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para nuestras sociedades futuras.

El parto consiente y respetado incorpora al ser humano en su esencia corporal y mental, integrando los aspectos espirituales, emocionales, culturales y comportamentales a la vivencia fisiológica del nacimiento. Este tipo de atención no tiene con el abordaje científico de la obstetricia moderna ni con el uso de la tecnología disponible, pero sí busca optimizar su manejo y añadir aspectos que son muy importantes en el transcurrir del ser humano.

Evidencias de las intervenciones médicas durante la atención de un parto normal.

La literatura ya nos ha mostrado desde hace varios años los pros y los contras de las diferentes intervenciones que se han venido utilizando durante el trabajo de parto y el nacimiento, muchas de las cuales se están haciendo de una forma rutinaria sin tener en cuenta que cada proceso es individual y requiere cuidados diferentes.

Veamos algunas de las acciones más controvertidas; unas se han limitado y otras se han promovido sin evidenciar ningún beneficio para la madre durante el proceso fisiológico del parto y por el contrario podría, en algunas de ellas, ocasionar algún tipo de riesgos innecesarios.

Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.

Una de las primeras acciones que se deberían evitar es la separación de la madre de su apoyo emocional; en muchos lugares no se permite el acceso de un acompañante elegido por ella, pudiendo ser este un familiar y/o una Doula (asistente sin titulación oficial que proporciona apoyo físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto). Esto hace que las mujeres se sientan solas en medio de personas extrañas, lo cual puede ocasionar en muchas de ellas miedos e inseguridades que van a inhibir un buen trabajo de parto espontáneo.

Históricamente las mujeres han sido asistidas y apoyadas por otras mujeres durante el parto y el nacimiento. El apoyo durante el parto puede implicar apoyo emocional, medidas de confort, información y promoción. Estos pueden mejorar los procesos del trabajo de parto fisiológico, así como promover en las mujeres sentimientos de control y seguridad, pudiendo reducir la necesidad de intervenciones obstétricas. En una revisión sistemática que incluyó 23 ensayos de 16 países, con más de 15.000 mujeres en el cual se evaluó el apoyo continuo prestado ya sea por el personal del hospital, doulas o por compañeros de la elección de la mujer como su esposo, pareja, madre o un amigo, se encontró que las mujeres que recibieron apoyo continuo durante el parto tenían más probabilidades de dar a luz de manera espontánea, RR 1.08 (IC 95% 1.04 - 1.12), tenían menos

requerimientos de usar medicamentos para el dolor, RR 0.90 (IC 95% 0.84 - 0.97), tenía trabajos de parto más cortos, 0.58 h (IC 95% -0.86, -0.30) y reportaban unos niveles menores de insatisfacción con respecto a su experiencia de la maternidad, RR 0.69 (IC 95% 0.59 - 0.79). Además, los bebes de las madres que recibieron apoyo continuo tenían menos probabilidades de tener puntajes menores de Apgar a los 5 minutos, RR 0.70 (IC 95% 0.50 - 0.96), no se identificaron efectos adversos con permitir el acompañamiento a la madre durante todo su trabajo de parto y parto. Se concluye entonces que todas las mujeres deberían contar con un apoyo continuo durante su trabajo de parto y parto.

La vía oral durante el trabajo de parto

El trabajo de parto puede ser considerado como una sesión prolongada de ejercicio; el esfuerzo físico causado por las contracciones continuas de los músculos del útero da como resultado que las mujeres durante este periodo tengan un gasto energético alto y un requerimiento importante de líquidos, por lo tanto se debe tratar de evitar el déficit energético y la deshidratación para llevar a feliz término el trabajo de parto y el nacimiento.

En muchos centros de atención obstétrica aún se restringe la vía oral durante el trabajo de parto; esto se da en respuesta al trabajo de Mendelson (realizado en la década de 1940), en el cual se informó que durante la anestesia general se presentó un aumento del riesgo de que los contenidos del estómago entren en los pulmones, situación muy peligrosa y potencialmente mortal. En las últimas décadas la anestesia obstétrica ha cambiado considerablemente; ahora existen mejores técnicas de anestesia general y un uso mayor de la anestesia regional. No se ha visto que el ayuno en las mujeres gestantes sea una garantía de que tengan el estómago vacío o que tenga una menor acidez, además se ha evidenciado que la falta del equilibrio nutricional puede estar asociado a trabajos de parto más prolongados y más dolorosos, por lo tanto se han llevado a cabo nuevas investigaciones para mirar si se justifica o no realizar estas restricciones en mujeres con gestaciones de bajo riesgo. Cochrane tiene una revisión sistemática que incluyó cinco estudios con 3,130 mujeres. En los resultados de la revisión no se identificaron efectos nocivos al dar alimentos o líquidos durante el trabajo de parto en las mujeres con bajo riesgo de necesitar anestesia y no se presentó

ningún episodio de bronco aspiración. No se encontraron estudios que evaluaran a las mujeres con mayor riesgo de necesitar algún tipo de anestesia. Se concluye entonces que las mujeres de bajo riesgo deberían tener la libertad de comer y beber durante el trabajo de parto si así ellas lo desean.

Posición y libertad de movimientos

La posición de la mujer durante el trabajo de parto tiene una importancia cultural importante; en sociedades que no están influenciadas por la cultura occidental, las mujeres avanzan en una posición vertical y cambian a otras posiciones según su necesidad. Desde la década de 1960, estudios clínicos sobre la posición vertical durante el trabajo de parto evaluaron los beneficios de esta para la mujer y el feto; a partir de 1990, quizás debido a la necesidad de reducir las intervenciones innecesarias y centrarse en las necesidades de las mujeres en lugar de la conveniencia de los prestadores de salud, los estudios comenzaron a evaluar las percepciones del dolor de las mujeres en las distintas posiciones durante el trabajo de parto, con muy buenos resultados a favor de la verticalidad.

La revisión de Cochrane sobre la movilidad materna y la posición durante el primer estadio del trabajo de parto incluyó 25 estudios con 5.218 mujeres, la mayoría de ellas de bajo riesgo; se demostró que la primera etapa del trabajo de parto es de aproximadamente una hora y 20 minutos más corta para las mujeres que se encontraban en posición vertical o caminando, en comparación con las mujeres que se encontraban acostadas, MD -1.36 (IC 95% -2.22, -0.51). Este es un resultado clínicamente significativo para las mujeres, ya que la prolongación del trabajo de parto puede ser un proceso abrumador y agotador que en ocasiones conducirá a una mayor necesidad de intervenciones médicas. Fuera de la disminución en la duración del trabajo de parto, también se encontraron otros resultados importantes y beneficiosos para las mujeres que permanecían en posiciones verticales y con libertad de movimiento e incluyen una reducción en el riesgo de parto por cesárea, RR 0.71 (IC 95% 0.54 - 0.91), un menor requerimiento de epidural analgésica, RR 0.81 (IC 95% 0.66 - 0.99), y menos bebés ingresados en la unidad de cuidados neonatales, RR 0.20 (IC 95% 0.04 - 0.89).

Durante el segundo estadio las mujeres deben ser alentadas a dar a luz en posiciones cómodas, que son por lo general verticales. En las culturas tradicionales, las mujeres naturalmente dan a luz en posición vertical, de rodillas, de pie o en cuclillas. En las sociedades occidentales, los médicos han influenciado a las mujeres a dar a luz de forma horizontal, en muchas ocasiones con las piernas elevadas en estribos.

Para evaluar la posición durante el segundo estadio del trabajo de parto (expulsivo) tenemos dos revisiones, una en mujeres sin epidural analgésica y la otra en mujeres con epidural analgésica. La primera incluyó a 7.280 mujeres en 22 estudios. No se evidenció una reducción estadísticamente significativa en la duración del expulsivo cuando se compararon las pacientes que tenían el parto en posiciones verticales versus las pacientes que lo tenían acostadas sobre sus espaldas, MD -3.71 min (IC 95% -8.78, 1.37), pero sí se encontró que tenían menos probabilidades de un parto asistido con vacuum o fórceps, RR 0.78 (IC 95% 0.68 - 0.90); también tenían una menor probabilidad de que se les realizara una episiotomía, RR 0.79 (IC 95% 0.70 - 0.90) pero se encontró que estas pacientes tenían mayor riesgo de sangrado, RR 1.65 (IC 95% 1.32 - 2.60).

La segunda revisión sistemática incluyó cinco ensayos controlados aleatorizados con 879 mujeres que habían sido sometidas a técnicas epidurales de bajas dosis que permitían aún la movilidad de la mujer. Evaluados los resultados de esta revisión no se muestran resultados concluyentes con respecto a la posición vertical o acostada en las pacientes sometidas a epidural.

Con base en los hallazgos de los estudios se recomienda que siempre que sea posible, las mujeres deberán ser alentadas y apoyadas para deambular y usar las posiciones verticales de su elección durante la primera etapa del trabajo de parto, ya que estas mejoran tanto su evolución como los resultados materno-fetales.

Con respecto a la segunda etapa del trabajo de parto los resultados presentados no son completamente concluyentes y se requiere más investigación para definir cuál es la mejor posición en el momento del expulsivo, por el momento a las mujeres se les debe permitir tomar la decisión acerca de las posiciones de parto que ellas desean asumir durante el nacimiento de sus bebés.

Monitorización fetal.

El seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) es el método más comúnmente utilizado para el control de bienestar del bebé. Las dos formas más ampliamente usadas de la vigilancia de la FCF son el escuchar los latidos del corazón a intervalos de tiempo determinados con una campana de Pinard, un estetoscopio o un dispositivo de ultrasonido Doppler de mano; a estos se les conocen como la auscultación fetal intermitente. La segunda forma se realiza con un aparato que reproduce en una pantalla o en una hoja impresa la frecuencia cardíaca del bebé y las contracciones de la madre, llamada cardiocografía (CTG), que se puede realizar durante un periodo de aproximadamente 20 a 30 minutos, generalmente al ingreso de la madre en trabajo de parto. También se puede realizar una CTG de forma continua que nos proporciona un registro completo de todo el trabajo de parto, pero tiene el inconveniente de impedir que las mujeres se muevan durante el trabajo de parto, haciendo que tengan dificultades para cambiar de posición libremente o caminar; podría implicar que algunos recursos tienden a concentrarse en las necesidades de interpretar constantemente la CTG y no las necesidades de la mujer que se encuentra de parto.

La revisión sistemática de 4 grandes estudios controlados aleatorios con más de 13000 mujeres de bajo riesgo en trabajo de parto, comparó la CTG realizada en la admisión con la auscultación fetal intermitente (cada 15 – 30 minutos antes, durante y después de una contracción). Encontraron que las mujeres asignadas CTG tenían una tendencia mayor a terminar en cesárea que las mujeres asignadas a la auscultación intermitente, RR 1.20 (IC 95% 1.00 - 1.44). No se presentaron diferencias en el número de partos vaginales instrumentados o en el número de muertes perinatales. La CTG de admisión se asoció con un aumento significativo en el uso de monitoreo fetal electrónico continuo (con un electrodo colocado en el cuero cabelludo del bebé), RR 1.30 (IC 95% 1.14 - 1.48) y el muestreo de sangre fetal en cuero cabelludo, RR 1.28 (IC 95% 1.13 - 1.45). No hubo diferencias en otros resultados la como la ruptura artificial de membranas, el aumento en el tiempo del trabajo de parto o el uso de la epidural analgésica. Las conclusiones de esta revisión apoyan las recomendaciones que la CTG de admisión no debería ser utilizada en las mujeres de bajo riesgo. Las mujeres deben ser informadas que la CTG de admisión probablemente se asocie con un aumento

en la incidencia de cesárea, sin tener evidencia de beneficios materno fetales.

Cuando se compara la monitorización CTG continua versus la auscultación intermitente, no se encuentran diferencias en el número de muertes perinatales, RR 0.86 (IC 95% 0.59 - 1.23), pero la monitorización continua se asoció con un aumento significativo en la tasa de cesáreas, RR 1.63 (IC 95% 1.29 - 2.07) y partos vaginales instrumentados, RR 1.15 (IC 95% 1.01 - 1.33). Con respecto a las convulsiones neonatales (aunque eran poco frecuentes, aproximadamente uno de cada 500 nacimientos), se encontró que fueron significativamente menores cuando se utilizó la CTG continua, RR 0.50 (IC 95% 0.31 – 0.80), sin encontrar diferencias en la incidencia de la parálisis cerebral, RR 1.75 (IC 95% 0.85 - 3.63).

Ruptura de membranas

El objetivo de romper las membranas, también conocida como amniotomía, es acelerar y fortalecer las contracciones y así acortar la duración del trabajo de parto. Con la ruptura de las membranas se liberan sustancias químicas y hormonas que estimulan las contracciones. La amniotomía ha sido una práctica habitual en los últimos años en muchos países de todo el mundo. En algunos centros se recomienda y se realiza de forma rutinaria en todas las mujeres, y en otros se practica sólo en mujeres con trabajos de parto prolongados. Con la ruptura de las membranas existe un riesgo mínimo, pero potencialmente importante, asociado a problemas del cordón umbilical o de la frecuencia cardíaca fetal. 15 estudios, en el que participaron 5583 mujeres, evaluaron el uso de la amniotomía de rutina en todos los trabajos de parto de comienzo espontáneo. La evidencia no mostró acortamiento de la duración de la primera etapa del parto ni de incremento en las tasas de cesáreas, tampoco encontró diferencias con respecto al compromiso neonatal, ni con respecto a los niveles de satisfacción materna.

Por lo tanto se recomienda que la amniotomía no sea realizada de forma rutinaria como parte del cuidado estándar de un trabajo de parto espontáneo.

Los desgarros vaginales y perineales pueden ocurrir al momento del parto: los más frecuentes se presentan en el momento en que la cabeza del bebé pasa a través del introito vaginal, sobre todo si el bebé desciende rápidamente. Los desgarros vaginales pueden afectar la piel perineal o extenderse a los músculos, el esfínter anal y hasta la mucosa intestinal. El médico puede decidir hacer una incisión quirúrgica en el perineo, episiotomía, con el fin de hacer que el nacimiento del bebé sea más fácil y evitar desgarros graves que pueden ser difíciles de reparar. Algunas instituciones y profesionales tienen una política de episiotomía de rutina, lo cual no es una práctica completamente recomendable. Se hizo una revisión sistemática de 8 ensayos controlados aleatorizados con 5540 mujeres en las que se comparó la episiotomía restrictiva (según sea necesario) versus la episiotomía de rutina para determinar los posibles beneficios y los daños para la madre y el bebé. De todas las mujeres asignadas al azar al grupo de episiotomía de rutina, al 75.1% en realidad se les lograba realizar, mientras que con una política de episiotomía restrictiva se les realizaba a sólo el 28.4%. La episiotomía restrictiva muestra una serie de ventajas en comparación con el uso de la episiotomía de rutina. Las mujeres presentaron menos trauma perineal severo, RR 0.67 (IC 95% 0.49 - 0.91), menos trauma perineal posterior, RR 0.88 (IC 95% 0.84 - 0.92), menos complicaciones en de sutura, RR 0.71 (IC 95% 0.61 - 0.81), menos complicaciones en la cicatrización a los siete días, RR 0.69 (IC 95% 0.56 - 0.85) y no se encontraron diferencias en la aparición de dolor, incontinencia urinaria, dispareunia o trauma vaginal grave después del parto. Si se encontró una desventaja en el grupo de episiotomía restrictiva, en la cual las mujeres presentaron más trauma en la parte perineal anterior (labios, uretra, etc).

Pinzamiento del cordón umbilical

En el momento del nacimiento, el bebé está todavía unido a la madre a través del cordón umbilical, recibiendo aún el paso de sangre desde la placenta; se ha pensado que el pinzamiento precoz del cordón umbilical reduce el riesgo de sangrado después del parto y se consideró como parte del manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto. 15 ensayos aleatorizados que incluyeron un total de 3.911 mujeres con sus bebés, no mostró diferencias significativas

en las tasas de hemorragia posparto cuando se realizaba el pinzamiento tardío del cordón umbilical (entre uno y tres minutos), en comparación con las que se les realizaba el pinzamiento precoz. Sin embargo, se evidenciaron ventajas importantes del pinzamiento tardío del cordón umbilical en recién nacidos a término sanos, tales como mayor peso al nacer, mayor concentración de hemoglobina y aumento de las reservas de hierro durante los primeros seis meses después del nacimiento; esto tiene que ser equilibrado contra un pequeño riesgo adicional de ictericia en los recién nacidos.

Otras recomendaciones generales.

- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto. Al igual que se deben incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso y asertivo de información entre los miembros del equipo de salud y las embarazadas y sus familias.
- Se recomienda un índice local menor de un 15% de cesáreas; se sabe que algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas.
- No hay pruebas que justifiquen que después de una cesárea previa se realice una nueva cesárea; debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre en un lugar donde sea posible la realización de una intervención quirúrgica de emergencia.
- No se recomienda aplicar de forma rutinaria infusiones de oxitocina de refuerzo en pacientes con trabajo de parto espontáneo y con buena dinámica uterina.
- No está indicado rasurar el vello pubiano ni administrar un enema antes del parto.
- El recién nacido debe permanecer con la madre, siempre que las condiciones médicas materno fetales así lo permitan. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.
- Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

- Debe fomentarse una atención obstétrica respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

Conclusión.

Realizar intervenciones de forma rutinaria y sistemática a todas las mujeres que entran en trabajo de parto, sin tener en cuenta las condiciones maternas y fetales individuales y sin tener en cuenta las indicaciones de cada intervención, puede llevar a riesgos y desenlaces no deseados, más que los beneficios que aparentemente podrían ofrecer.

Referencias

- 1- Declaración de Ceará entorno a la humanización, Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto. 2002. Fortaleza, Brasil.
- 2- Colciencias, Ministerio de salud y protección social. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013 - Guías No. 11-15.
- 3- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7.
- 4- Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6.
- 5- Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8.
- 6- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10.
- 7- Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8.
- 8- Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7.
- 9- Lavender T, Hart A, SmythRMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7.
- 10- Smyth RMD, Aldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1.
- 11- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3.
- 12- Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2.
- 13- Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1.
- 14- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5.

- 15- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1.
- 16- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7.
- 17- Peña-Martí GE, Comunián-Carrasco G. Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4.

Aspectos prácticos de la ecografía obstétrica por trimestres.

Edgar Augusto Arenas Marín
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Docente Departamento de Medicina Fetal y Perinatología
Universidad de Antioquia
Fellow y Diploma en Medicina Fetal. The King's College Hospital y
the Fetal Medicine Foundation. Londres
Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Universitario
San Vicente Fundación Medellín y Centros Especializados Rionegro
Unidad de Medicina Fetal. Clínica del Prado. Ecoprado. Medellín

Introducción

El ultrasonido se ha convertido en una poderosa e imprescindible herramienta en el control prenatal, sin embargo, la carencia de protocolos de atención prenatal, la desinformación y la resistencia a aceptar y acatar los avances en medicina fetal, ha perpetuado la vieja costumbre de solicitar en forma indiscriminada estudios ecográficos sin objetivos claros, en edades gestacionales inadecuadas, en el nivel inapropiado y a veces con equipos deficientes u obsoletos.

Esta práctica ha y permitido y fortalecido la proliferación de las conocidas “clínicas de garaje”, en donde se realizan estudios empaquetados en tarifas ridículas que favorecen los intereses de los “dueños” de los pacientes (EPS) o el lucrativo negocio de la ecografía particular que atrae mediante “cartas en 3 D” a incautos pacientes, en las que lo que prima no es propiamente la calidad del estudio.