

Práctica #1 Para un Parto Saludable: Deja Que El Trabajo de Parto Comience Por Sí Solo

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

EXTRACTO

Como las tasas de cesárea han aumentado a casi un tercio de todos los nacimientos en los Estados Unidos, la investigación actual y las organizaciones profesionales han identificado a: "dejar que el trabajo comience por sí mismo", como una de las estrategias más importantes para reducir el índice de cesáreas primarias. Al menos igualmente importante, dejar al trabajo de parto iniciar por sí mismo es compatible con la fisiología normal, impide la prematuridad iatrogénica, y evita la cascada de intervenciones causadas por la inducción del parto. Este artículo es una revisión basada en la evidencia actualizada de las "Prácticas de Cuidado que Promueven el Parto Normal, de Lamaze International - Práctica de Cuidados # 1: Deja que el Trabajo de Parto Comience por sí Solo

Publicada en el *Journal of Perinatal Education*, 16(3), 2007.

The Journal of Perinatal Education, 23(4)

Palabras clave: deja que el trabajo de parto comience por sí solo, inducción del parto, preparación hormonal para el parto.

Se puede argumentar que la forma más poderosa en la que podemos apoyar la fisiología normal del parto y el nacimiento es dejar que el trabajo de parto comience por sí solo. Virtualmente cada definición, instrucción del consenso sobre el parto normal comienza con "inicio espontáneo del trabajo de parto" (ver Tabla 1).

Sin embargo, en una reciente encuesta de las mujeres estadounidenses que dieron a luz en un período de un año entre julio de 2011 y junio de 2012, menos de la mitad de las mujeres encuestadas permitió que su trabajo de parto iniciara por sí mismo (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, y Herrlich, 2013). Los índices de cesáreas han aumentado en los Estados Unidos de alrededor del 23% en 1990 a casi el 33% en 2013 (Hamilton, Martin, Osterman, y Curtin, 2014). Con el índice de parto vaginal después de (PVDC) en sólo el 10% (Osterman y Martin, 2014), la mayoría de las mujeres con cesáreas anteriores pasan a tener partos por cesárea programada repetida en embarazos posteriores. Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) también informan que la tasa de inducción se ha más que duplicado desde menos del 10% en 1990 a casi el 23% en 2012 (Martin, Hamilton, Osterman, Curtin, y Mathews, 2013). Una preocupación problemática de los educadores del parto y otros profesionales del nacimiento es que la encuesta también reveló que las mujeres estadounidenses no tienen información precisa sobre la cual tomar decisiones informadas. Casi el 60% de las mujeres encuestadas cree *erróneamente* que la macrosomía es un indicador adecuado para la inducción del trabajo de parto, y casi el 30% de las mujeres pensó *erróneamente* que la inducción disminuye el riesgo de cesárea.

En este artículo se revisará la importancia de permitir al trabajo de parto comenzar espontáneamente para un parto seguro y saludable, y los riesgos asociados con la inducción del parto.

Apoyando la fisiología normal

La razón más convincente para dejar que el trabajo de parto comience por sí solo puede ser permitir que las hormonas del nacimiento regulen el parto, el nacimiento, la lactancia materna y el apego, tal como la naturaleza lo pide. La mayoría de los educadores del parto y otros profesionales de nacimiento están familiarizados con el importante papel que las cuatro hormonas principales –oxitocina, enforfinas, catecolaminas, y prolactina— juegan en la regulación del parto y el nacimiento, la lactancia materna, y el apego. Sin embargo, un importante nuevo informe de la doctora Sarah Buckley (ahora en prensa) también detalla las funciones críticas que estas cuatro hormonas juegan en la *preparación* de la madre y el bebé para el trabajo de parto y el nacimiento.

TABLA 1

Definiciones del Parto Normal

<p>Parteras Americanas <i>(Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth, A Joint Consensus Statement, Por ACNM, MANA, & NACPM, 2012)</i></p>	<p>El parto fisiológico normal está caracterizado por el comienzo espontáneo y la progresión del trabajo de parto.</p>
<p>Obstetras Canadienses, enfermeras de obstetricia, parteras, médicos familiares, y médicos rurales <i>(Joint Policy Statement on Normal Childbirth, 2008)</i></p>	<p>Un parto normal es espontáneo para comenzar.</p>
<p>Obstetras, parteras, y educadores para el parto ingleses <i>(Making Normal Birth a Reality, 2007)</i></p>	<p>El grupo del “nacimiento normal” incluye a mujeres cuyo trabajo de parto comienza espontáneamente.</p>
<p>World Health Organization (WHO) <i>Organización Mundial de la Salud (Care in Normal Birth – A Practical Guide, 1996.)</i></p>	<p>Nosotros definimos al parto normal como: espontáneo para comenzar.</p>

La oxitocina

Tanto los niveles sanguíneos de oxitocina como el número de receptores de oxitocina a través del cuerpo de la madre aumentan a medida que avanza el embarazo. Sin embargo, los aumentos repentinos finales en la oxitocina y en los receptores de oxitocina pueden no ocurrir hasta los últimos días antes del inicio espontáneo del trabajo de parto (Buckley, en prensa). Dejar que el trabajo de parto comience por su cuenta con el número óptimo de receptores de oxitocina y niveles óptimos de oxitocina natural a bordo, aumenta la probabilidad de que el parto progrese con éxito y que la lactancia materna y el apego comiencen de la mejor manera posible.

En estudios en animales, hay una oleada de oxitocina materna en las 24 horas alrededor del tiempo del trabajo de parto espontáneo (Ceanga, Spataru, y Zagrean, 2010). Este aumento de oxitocina se cree que se transfiere al cerebro fetal a través de la placenta y la barrera sangre-cerebro inmadura del feto. La oxitocina reduce los requerimientos de oxígeno en el cerebro del feto, lo que proporciona un efecto neuroprotector para el cerebro del feto durante el trabajo de parto. Los estudios en animales también indican que la administración de altos niveles de oxitocina sintética reducen este efecto neuroprotector y pueden aumentar la vulnerabilidad fetal a niveles bajos de oxígeno. El aumento de la vulnerabilidad a la hipoxia con la administración de oxitocina sintética puede ser una pieza del rompecabezas en la explicación de la asociación entre la inducción del parto y el aumento de los casos de parálisis cerebral reportados en Noruega (Elkamil, et al., 2011) y la asociación entre la inducción del parto y el autismo reportado en Carolina del Norte (Gregory, Anthopolos, Osgood, Grotegut, y Miranda, 2013).

La cantidad reducida de oxitocina natural y la reducción del número de receptores de oxitocina en las mujeres que no permiten que el embarazo proceda hasta que comience el parto espontáneo, además del efecto de receptores de oxitocina sobrecargados causado por la administración de oxitocina sintética, puede ayudar a explicar la creciente incidencia de hemorragia postparto en mujeres con inducción o con aceleración por oxitocina sintética (Belghiti, et al., 2011; Grotegut, et al., 2011; Rooks, 2009).

Las endorfinas

Al igual que la oxitocina y los receptores de oxitocina, los niveles de endorfinas y el número de receptores de endorfinas también aumentan gradualmente durante el embarazo. La investigación ha demostrado que las mujeres que hacen ejercicio

regularmente tienen mayores niveles de endorfinas cuando se inicia su trabajo de parto y reportan menos dolor en el trabajo de parto que las mujeres que no hacen ejercicio regularmente (Varrassi, Bazzano, y Edwards, 1989). Dejar que el trabajo de parto comience por sí mismo y hacer ejercicio con regularidad durante todo el embarazo permitirá que las mujeres comiencen el trabajo de parto con niveles óptimos de endorfinas.

Las catecolaminas

Las catecolaminas fetales también aumentan unos días antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. Las catecolaminas juegan un papel crítico preparando a los pulmones del feto para la respiración de aire inmediatamente después del nacimiento mediante la reducción de la cantidad de líquido en los pulmones (Jain, 2006; Jain y Eaton, 2006). Los recién nacidos que no tienen esta ventaja debido a una cesárea programada o a la inducción del trabajo de parto están en mayor riesgo de problemas respiratorios al nacer y de ingresar en la sala de terapia intensiva neonatal (Buckley, en prensa).

La prolactina

En su informe, *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care* -Fisiología Hormonal del Embarazo: Evidencia e implicaciones para Mujeres, Bebés y Cuidados de Maternidad (en prensa), el Dr. Buckley describe estudios que muestran que los niveles de prolactina, como los de la oxitocina y las endorfinas, aumentan durante todo el embarazo, con fuertes incrementos al término. En estudios con animales, hay un gran aumento de receptores de prolactina días antes del inicio de trabajo de parto espontáneo. No sólo es la prolactina crítica en el establecimiento de la lactancia materna, sino que también se cree que la prolactina a finales de la gestación juega un papel para ayudar a los pulmones del feto a madurar y para ayudar al bebé a regular su temperatura después del nacimiento.

Resumen de la Importancia de Permitir que el Parto Comience por Sí Solo en la Fisiología del Parto

Con los niveles de endorfinas aumentando gradualmente durante todo el embarazo y los niveles de oxitocina, catecolaminas, y prolactina aumentando marcadamente alrededor de la aparición espontánea del trabajo de parto, es evidente que esperar que el trabajo de parto comencé por sí solo resultará en que la madre y el feto tengan niveles ideales de estas hormonas críticas para el nacimiento. Con niveles óptimos de las hormonas del nacimiento, el bebé está fisiológicamente preparado para la vida extrauterina, es más probable que el trabajo de parto progrese bien, la lactancia materna sea más fácil y más exitosa, y que se refuerce el apego.

¿Cuáles Son los Riesgos o Daños de No Dejar al Trabajo de Parto Iniciar por Sí Solo?

Los tres riesgos más importantes de no dejar que el trabajo de parto comience por sí solo son: interferir con las hormonas que regulan el embarazo, el parto, el nacimiento, la lactancia materna y el apego (discutido anteriormente); la prematuridad iatrogénica; y el inicio de la cascada de intervenciones.

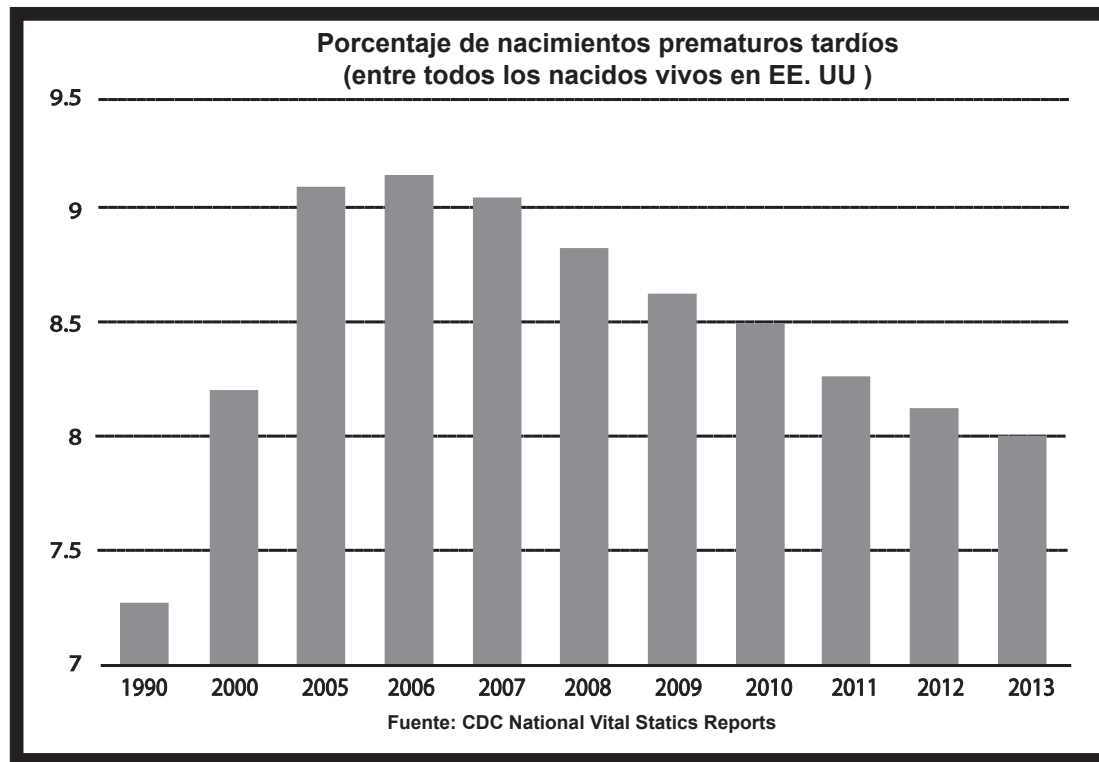
La Prematuridad Iatrogénica

En un análisis del dramático aumento en el porcentaje de nacimientos prematuros en el embarazo tardío entre 1990 y 2006 en los Estados Unidos, los epidemiólogos para el Centro Nacional de Estadísticas de Salud declararon que, «los estudios sugieren que el incremento en el uso de la inducción del trabajo de parto, y la cesárea en la semana 34 -36 han influido en el repunte de la tasa de nacimientos prematuros durante el embarazo tardío» (Martin, Kirmeyer, Osterman, y Shepherd, 2009, págs. 5-6). Como las evidencias aumentaron sobre los mayores riesgos a los bebés nacidos prematuros pretérmino tardío, (Tomashek, Shapiro-Mendoza, Davidoff, y Petrini, 2007) la Comisión Conjunta en 2010 pidió a los hospitales informar voluntariamente el número de partos electivos antes de las 39 semanas como una de las medidas de calidad perinatal. La buena noticia es que desde el año 2006, el porcentaje de nacimientos prematuros tardíos ha disminuido lentamente cada año (ver Figura 1). En 2013, la tasa fue del 8%, mejor que la tasa de 9.15% de 2006, pero aún así superior a la tasa del 7.3% de 1990. Al 1 de enero de 2014, la medida de la calidad perinatal de la Comisión Conjunta para informar de nacimientos electivos antes de las 39 semanas es requerida en todos los hospitales con 1,100 nacimientos o más por año. Muchos hospitales han prohibido todos los partos electivos antes de las 39 semanas.

Hay dos razones por las que los bebés cuyos nacimientos están programados de antemano pueden nacer demasiado pronto. Una de las razones es que las fechas probables de parto no son exactas. Engle (2006) encontró que los métodos prenatales para estimar la edad gestacional tienen un margen de error de + 2 semanas. Las guías actuales reportan un margen constante del 8% de error para establecer la edad gestacional mediante ecografía o ultrasonido. Esto se calcula contra el número de días de gestación de modo que a las 8 semanas, el margen de error es de + 5 días; a las 18 semanas, el margen de error es de 10 días; y en la semana 28, el margen de error aumenta a casi 16 días (Hunter, 2009). Si la fecha probable de parto se calcula incorrectamente y el parto está programado antes de tiempo, es posible que el bebé nazca prematuro tardío o antes de término.

Muchas mujeres embarazadas en los Estados Unidos no entienden lo importante que es para los bebés nacer a término completo. En la encuesta *Escuchar a las Madres III*, se pidió a las madres identificar la semana más temprana en la que es seguro para un bebé nacer, siempre que no haya complicaciones que requieran un parto prematuro. Sólo el 21% de las madres eligió la respuesta correcta de 39 semanas o más tarde. Treinta y cinco por ciento de las mujeres eligió 37 a 38 semanas, mientras que el 44% optó por 34 a 36 semanas o menos.

Figura 1



Riesgos para los recién nacidos prematuros tardíos

En una revisión de la literatura en 2010, los investigadores encontraron que los bebés nacidos «prematuros tardíos» (entre las 34 y 37 semanas) se encuentran en mayor riesgo de dificultad respiratoria, apnea, inestabilidad térmica, hipoglucemia, ictericia y dificultad para la alimentación materna (Loftin, et al., 2010). Una estadística preocupante es que un bebé nacido prematuro tardío tiene tres veces más probabilidades de morir durante el primer año de vida que un recién nacido a término completo (Mathews y MacDorman, 2013). Además del aumento de la morbilidad y la mortalidad, hay pruebas de que los bebés nacidos prematuros tardíos tienen un mayor riesgo de retrasos del desarrollo y problemas en la escuela. Los investigadores en Florida observaron efectos a largo plazo de los nacimientos prematuros tardíos y encontraron que incluso los prematuros tardíos sanos comparados con recién nacidos a término sanos están en mayor riesgo de retraso en el desarrollo y de problemas relacionados con la escuela a través de los primeros 5 años de vida (Morse, Zheng, Tang, y Roth, 2009).

Riesgos para los Bebés a Término Temprano

Incluso los bebés que nacen unas pocas semanas antes corren un mayor riesgo de aumento de mortalidad y morbilidad. Investigadores de los CDC encontraron que los bebés nacidos a término temprano (37-38 semanas) tienen tasas de mortalidad dos tercios mayores que los nacidos de una gestación de 39-41 semanas (Mathews y MacDorman, 2013). De acuerdo con el ACOG, los bebés nacidos de 37 a 38 semanas de gestación tienen un mayor riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria, uso de ventilador, neumonía, insuficiencia respiratoria, admisión a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, hipoglucemia, puntuación de Apgar a los 5 minutos menor de 7, y mortalidad neonatal (ACOG, 2013c).

Además de estimar la fecha de parto de forma incorrecta, la otra razón por la que la programación del nacimiento del bebé antes de tiempo puede resultar en un bebé que nace “demasiado pronto” es que parece que hay una amplia variación en la duración de la gestación humana. En un estudio de cohorte prospectivo publicado en *Human Reproduction* en 2013, los investigadores siguieron a 221 mujeres sanas sin problemas de fertilidad quienes suspendieron la anticoncepción para quedar embarazadas (Jukic, Baird, Weinberg, McConnaughey, & Wilcox, 2013). Las mujeres llevaron un diario y recogieron muestras de la primera orina de la mañana todos los días durante 6 meses, o hasta la octava semana pasado sus último período menstrual si concibieron. Los investigadores midieron los niveles de hormonas en las muestras de orina para determinar la fecha exacta de la ovulación. Hubo 130 concepciones durante el estudio que dieron lugar a nacimientos vivos únicos. Después de las exclusiones, incluyendo los partos prematuros, los investigadores encontraron que la gestación basada en la ovulación varió de 247 a 284 días -un lapso de 37 días o más de 5 semanas. Utilizando el método tradicional de poner fecha a los embarazos a partir del último ciclo menstrual, los embarazos duraron desde poco más de 37 semanas a un poco más de 42 semanas y media. Aunque los investigadores advirtieron que los resultados pueden no ser generalizables a poblaciones más diversas, se recomienda dar a una mujer embarazada una serie de fechas probables de parto en lugar de sólo un día específico.

Muchos científicos creen ahora que es el bebé quien inicia el proceso del trabajo de parto. Cuando todos los órganos del bebé están completamente maduros y el bebé está listo para la vida fuera del útero, el bebé libera una pequeña cantidad de una proteína que inicia el trabajo de parto en la madre (Condon, Pancharatnam, Fausto, y Mendelson, 2004). Esto no sucede hasta que el crecimiento y la maduración críticos han tenido lugar en el cerebro y los pulmones del bebé durante las últimas semanas y días del embarazo.

Por lo tanto, en la mayoría de los casos, la mejor manera de saber que el bebé está completamente maduro es esperar a que el bebé inicie el proceso del trabajo de parto. Con una posible variación natural de 5 semanas en el tiempo de gestación normal, algunos bebés pueden estar totalmente maduros a las 38 semanas y listos para la vida fuera del útero, mientras que otros necesitan un par de semanas más para tener plena madurez a las 40 o incluso 42 semanas.

Iniciando la Cascada de Intervenciones

Existen riesgos asociados con la mayoría de métodos de inducción del parto, y la inducción rutinaria requiere de intervenciones médicas adicionales.

Los investigadores suizos recientemente compararon los resultados obstétricos y neonatales en las inducciones electivas y las médicamente indicadas del trabajo de parto hechas a término (Baud, Rouiller, Hohlfeld, Tolsá, y Vial, 2013). Ambos grupos se compararon también con mujeres con inicio de trabajo de parto espontáneo. No encontraron diferencias significativas en los resultados entre los grupos de inducción electiva y la médicamente indicada. En comparación con las mujeres con inicio de parto espontáneo, las mujeres que fueron inducidas a término estuvieron en mayor riesgo de cesárea, parto instrumental, hemorragia postparto de más de 500 ml., y hospitalización materna prolongada (más de 6 días). Los bebés de las madres que fueron inducidas estuvieron en mayor riesgo de pH arterial del cordón umbilical inferior a 7.1, de ingreso en la Sala de Terapia Intensiva Neonatal, y de hospitalización prolongada en la UCIN (más de 7 días).

El trabajo de parto es a menudo inducido mediante la administración de oxitocina sintética (IV) intravenosa (conocida como Pitocina en los Estados Unidos y Canadá). La oxitocina IV es uno de los 10 medicamentos específicos nombrados en la lista de «Alerta alta» por el *Institute for Safe Medication Practices* (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos [ISMP], 2012). De acuerdo con el ISMP, los medicamentos de «Alta alerta» son medicamentos que llevan un mayor riesgo de causar un daño significativo a los pacientes cuando se utilizan erróneamente. De hecho, aproximadamente la mitad de todas las demandas judiciales obstétricas pagadas se basan en alegatos del mal uso de la oxitocina (Rooks, 2009).

En la Reunión Anual Clínica 2013 del ACOG, el Dr. Michael Tsimis presentó un análisis retrospectivo de los partos que fueron ya sea inducidos o acelerados con oxitocina. El estudio incluyó a más de 3,000 mujeres que dieron a luz a recién nacidos a término entre 2009 y 2011 en el Hospital Beth Israel de la ciudad de Nueva York. Los investigadores encontraron que la inducción y la aceleración con oxitocina fueron un factor de riesgo independiente para bebés nacidos a término para admisión inesperada a Terapia Intensiva con duración de más de 24 horas. La aceleración con oxitocina también se correlacionó con el Apgar de menos de 7 a los 5 minutos. Un comunicado de prensa del ACOG (2013 d) señala: «El análisis sugiere que el uso de oxitocina puede no ser tan seguro como antes se pensaba y que las indicaciones apropiadas para su uso deberían ser documentadas para un estudio más exhaustivo.»

Cuando se induce el parto con la oxitocina IV se requieren líquidos intravenosos. Debido a que existe un mayor riesgo de taquisistolia uterina y morbilidad neonatal con la administración de oxitocina, el monitoreo fetal continuo (MFE) es también necesario. La combinación de líquidos por vía intravenosa y el MFE continuo limita la capacidad de la parturienta para moverse y cambiar de posiciones y para elegir medidas de confort. Las contracciones generadas por oxitocina pueden alcanzar su punto máximo más rápido y duran más que las contracciones naturales, lo que aumenta la probabilidad de que la madre en trabajo de parto solicite analgesia epidural para alivio del dolor. Con la anestesia epidural hay un aumento

de riesgos por la necesidad de cateterismo urinario y de parto instrumental. Las epidurales están también asociadas con el desarrollo de fiebre materna durante el parto, lo que puede conducir a la separación de la madre y el bebé después del nacimiento y exámenes y administración de antibióticos para el bebé. (Greenwall, et al, 2012;. Leighton y Halpern, 2002; Lieberman y O'Donoghue, 2002; Wassen, et al, 2014.; Wilson, MacArthur, y Shennan, 2009).

Aunque existe cierta controversia acerca de la asociación de la inducción del trabajo de parto con el riesgo de cesárea, numerosos estudios han llegado a la conclusión de que la inducción aumenta el riesgo de cesárea para madres primerizas (Burgos, et al, 2012;. Dunne, Da Silva, Schmidt , y Natale, 2009; Ehrental, Jiang, y Strobino, 2010; Levine, Hirshberg, y Srinivas, 2013; y Rattigan, Atkinson, y Baum, 2013). En su boletín de 2009 sobre prácticas de inducción del trabajo de parto el ACOG (2009) aconseja a los obstetras que “las mujeres nulíparas sometidas a inducción del trabajo de parto y que tienen un cuello uterino desfavorable deben ser informadas del riesgo dos veces mayor de una cesárea” (p. 389).

Normas de Organizaciones Profesionales

La Comisión Conjunta, que acredita a los hospitales en los Estados Unidos, ahora requiere que todos los hospitales con más de 1,100 nacimientos por año, informen el número de partos electivos antes de las 39 semanas, con el objetivo de eliminar este tipo de nacimientos.

Casi todas las organizaciones profesionales de los proveedores de salud, tanto en los Estados Unidos como en todo el mundo, ahora recomiendan la inducción del trabajo de parto sólo por razones médicas. En febrero de 2014, el ACOG y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM) emitieron una declaración de consenso en la que decían que generalmente las inducciones deben ser realizadas únicamente por indicaciones médicas antes de las 41 semanas.

¿Cuándo debe inducirse el trabajo de parto?

De acuerdo con el ACOG, los siguientes son ejemplos de indicaciones médicas para nacimientos pretérmino o principios de término:

- Preeclampsia, eclampsia, hipertensión gestacional o hipertensión crónica complicada
- Oligohidramnios
- Parto por cesárea clásica previa o miomectomía previa
- Placenta previa o placenta accreta
- Gestaciones múltiples
- Restricción del crecimiento fetal
- Diabetes preexistente con enfermedad vascular
- Diabetes pregestacional y gestacional - mal controlada
- Desprendimiento de placenta
- Corioamnionitis
- Ruptura prematura de membranas
- Colestasis del embarazo
- Aloinmunización del embarazo con efectos fetales conocidos o sospechosos
- Malformaciones congénitas fetales

En el mismo dictamen del comité en el que el ACOG (2013b) publicó la lista anterior, el ACOG también dice, «Por el contrario, la sospecha de macrosomía, la diabetes gestacional bien controlada, y la madurez pulmonar documentada sin ninguna otra indicación, son ejemplos de condiciones que no son indicaciones para un parto temprano a término.» Sin embargo, casi el 60% de las mujeres de la encuesta *Listening to Mothers III* -Escuchando a las madres III- cree que la macrosomía es una razón apropiada para la inducción. Educadores del parto escuchan casi todos los días que las mujeres están programando inducciones porque el bebé parece ser «demasiado grande.»

Existe controversia acerca de si el oligohidramnios por sí mismo, sin otros síntomas de compromiso fetal, es una indicación apropiada para la inducción del parto. Los expertos no están de acuerdo sobre el mejor método de medición del líquido amniótico; y no están de acuerdo sobre qué cantidad de líquido amniótico es demasiado poca. Según la Dra. Maria Munn (2011), que revisó la literatura sobre oligohidramnios en *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* –Clínicas de Obstetricia y Ginecología de Norte América-, «La importancia del oligohidramnios es poco clara en poblaciones de alto riesgo y especialmente en las de bajo riesgo, y puede conducir a intervenciones que aumenten la morbilidad y mortalidad, especialmente en la madre »(p. 391).

¿Cuándo Inducir por Embarazos Postérmino?

Aunque algunos profesionales de la salud recomiendan la inducción rutinaria de término posterior a las 41 semanas, el peso de la evidencia y el consenso profesional apoyan la inducción rutinaria postérmino a las 42 semanas.

En un boletín de 2014 sobre prácticas, ACOG (2014) revisó la literatura e hizo las siguientes recomendaciones:

Se recomienda la inducción del trabajo de parto después de 42 0/7 semanas y por 42 6/7 semanas de gestación, dada la evidencia de un aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal. (Basándose en evidencia científica buena y consistente [Nivel A]), y
La inducción del parto entre 41 0/7 y 42 0/7 semanas de gestación puede ser considerada. (Basándose en evidencia científica limitada o inconsistente [Nivel B].)

Aunque los investigadores que escribieron la revisión Cochrane de 2012 sobre la inducción postérmino (Gulmezoglu, Crowther, Middleton, y Heatley, 2012) indican que la inducción rutinaria a las 41 semanas está asociada a un menor número de muertes perinatales que el manejo en el embarazo, reconocen que el riesgo absoluto de muerte es pequeño y animan a los proveedores de salud a permitir que las mujeres puedan tomar decisiones informadas.

Una política de inducción del trabajo de parto [en general, a las 41 semanas completas] en comparación con el manejo del embarazo se asocia con un menor número de muertes perinatales y menos cesáreas ... Sin embargo, el riesgo absoluto de muerte perinatal es pequeño. Las mujeres deben ser asesoradas de manera adecuada con el fin de hacer una elección informada entre la inducción programada por un embarazo prolongado o un monitoreo sin inducción (o inducción retrasada). (P. 2)

Aunque la actual revisión de Cochrane sobre la inducción a término o más adelante se publicó en 2012, los revisores no utilizaron ningún estudio publicado posterior a 2007 en su análisis. En 2009, los investigadores suecos también publicaron una revisión sistemática mirando a la inducción del parto versus el manejo del embarazo para embarazos postérmino (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, y Bergh, 2009, pp. 12, 15). Trece de los estudios incluidos en la revisión Cochrane también se incluyeron en la revisión de Suecia. Pero los colaboradores suecos excluyen algunos estudios adicionales incluidos por Cochrane por razones predeterminadas. Los revisores suecos llegaron a una conclusión diferente, indicando:

“Nuestros resultados difieren de esa opinión [Cochrane] debido a los diferentes criterios de selección para los ensayos incluidos. . . Estas exclusiones cumplen nuestros criterios de exclusión determinados de antemano para esta revisión sistemática.”

En conclusión, el presente meta-análisis no demostró que exista una diferencia significativa en la mortalidad perinatal cuando se compara una estrategia de inducción electiva con una de manejo del embarazo. (Pp. 12, 15)

Los autores del prestigioso libro de texto médico *Obstetricia de Williams* están de acuerdo con la revisión sistemática de Suecia en lugar de la actual revisión Cochrane. Ellos dicen:

... consideramos que los embarazos de 41 semanas sin otras complicaciones son normales. Por lo tanto, no se practican intervenciones únicamente basadas en la edad del feto hasta las 42 semanas completas. (Pp. 839-840)

La Asociación Mundial de Medicina Perinatal también está de acuerdo con la revisión sistemática de Suecia (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, y Bergh, 2009) en sus normas para el manejo del embarazo postérmino (Mandrizzato, et al, 2010, p 111):

No hay evidencia concluyente de que esta política [inducción rutinaria antes de las 42 semanas] mejore los resultados fetales, maternos y neonatales en comparación con el manejo expectante o parto natural... parecería oportuno dejar que las mujeres tomen una decisión informada sobre qué manejo desean tener. (Mandrizzato et al, 2010, p. 111)

Goer y Romano (2012) en su excelente análisis de la atención de maternidad basada en la evidencia, *Cuidados Óptimos en el Parto*, dicen también, “Hay que abstenerse de inducciones electivas antes de las 42 semanas completas” (p. 157).

¿Qué Pasa si una Mujer Tiene que Programar el Parto por Razones Médicas?

Hay momentos en que es mejor para un bebé nacer que permanecer en el interior del útero. En tales casos, permitir al embarazo continuar tanto tiempo como sea posible ayudará a aumentar los niveles de las hormonas del nacimiento y el número de receptores. Si se requirieron fluidos IV y MFE continuo durante el parto, preguntar si es posible sentarse o pararse al lado de la cama para dar a la mujer en trabajo de parto más posiciones con las que pueda manejarse. Si la telemetría está disponible, la parturienta puede caminar y cambiar posiciones, llevando el porta IV con ella. Tener una doula para proporcionar apoyo y aliento a tanto a la parturienta como a su compañero de parto mejorará el progreso y la comodidad. Por último, la colocación piel a piel del bebé en el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento y dejar al bebé allí hasta que la primera alimentación se logre o *incluso en el caso de cesárea*, aumentará sustancialmente los niveles de oxitocina, endorfinas y prolactina. Mantener a la madre y al bebé juntos después del nacimiento con el contacto piel a piel y lactancia materna frecuente, ayudarán a compensar la interferencia de la oxitocina sintética y otras intervenciones médicas y aumentar los niveles de las hormonas críticas del nacimiento para promover la lactancia materna exitosa y el apego.

¿Qué Puede Hacer la Educación para el Parto para Alentar a las Mujeres a Dejar que el Trabajo de Parto Inicie por Sí Solo?

Hace varios años, los médicos y los educadores del parto en un hospital grande del medio oeste discutían sobre quién era responsable del reciente aumento en el número de inducciones. Los médicos dijeron: «Nuestras pacientes están exigiendo ser inducidas. Estamos simplemente dándoles lo que quieren.» Los educadores del parto replicaron, «Las estudiantes en nuestras clases nos dicen que son los médicos quienes están sugiriendo la inducción» (comunicación personal). Para ayudar a resolver el argumento, los médicos ayudaron a financiar un estudio aleatorio y controlado para ver si la educación del parto podría reducir el número de inducciones. En primer lugar, los investigadores analizaron los índices de inducción en las mujeres que asistieron a las clases de parto en el hospital versus las mujeres que no asistieron a clases. Los índices de inducción fueron similares en ambos grupos. Luego, los investigadores crearon una presentación especial de 45 minutos sobre los riesgos de la inducción del parto, titulada, «¿Es la inducción del parto adecuada para ti?» Después de varios meses de ofrecer clases de educación para el parto con la presentación añadida, los investigadores de nuevo observaron los índices de inducción entre las que asistieron a las clases y las que no lo hicieron. Esta vez, las que asistieron a las clases estuvieron significativamente menos propensas a tener sus partos inducidos (Simpson, Newman, y Chirino, 2010a, 2010b).

Educadores del parto y doulas que se reúnen con sus clientes antes del parto pueden animar a las estudiantes a pensar en un rango para sus fechas probables de parto, en lugar de un día específico. Ellos pueden compartir la información de los consumidores a partir del informe (2014), *Fisiología hormonal de la maternidad: Evidencia e implicaciones para las mujeres, bebés y maternidad* del Dr. Buckley (en prensa), para que las familias en embarazo entiendan la importancia de tener niveles óptimos de las hormonas del nacimiento «a bordo» para el parto y el nacimiento, la lactancia materna y el apego. Ellos pueden enseñar acerca de la importancia del crecimiento y desarrollo que tiene lugar en el cerebro y los pulmones del bebé en las últimas semanas y días del embarazo. (El cartel de *The March of Dimes* que ilustra el crecimiento del cerebro en las últimas semanas del embarazo es un recurso valioso.) Pueden presentar información sobre los riesgos de no dejar que el trabajo comience por sí solo, citando a organizaciones profesionales como el ACOG que recomienda en contra de las inducciones electivas. Lo más importante es que pueden compartir historias e imágenes positivas del embarazo, parto, nacimiento y lactancia materna para que las mujeres embarazadas confíen en que sus cuerpos conocen la fecha perfecta para el nacimiento de su bebé y tengan confianza en la capacidad innata de su propio cuerpo para dar a luz.

¿Qué Pueden Hacer Otros Profesionales del Nacimiento para Alentar a las Mujeres a Dejar que el Trabajo de Parto Inicie Por Sí Solo?

Los proveedores de salud pueden cumplir con las normas actuales de la profesión no sugiriendo la inducción del parto a menos de que existan indicaciones médicas. En el ensayo controlado aleatorio citado anteriormente (Simpson et al., 2010a, 2010b), el 75% de las mujeres que completaron el estudio y tuvieron una inducción electiva indicaron que el médico sugirió la opción, en comparación con sólo el 25% que indicaron que pidieron al médico realizar una inducción electiva.

La enfermeras de trabajo de parto pueden participar en los comités que establecen las normas para la inducción adecuada del trabajo de parto. Para aquellas mujeres embarazadas que requieren inducción por razones médicas, las enfermeras pueden apoyar y promover medidas de comodidad que promuevan el progreso del trabajo de parto y el flujo de hormonas del nacimiento tales como, el contacto inmediato ininterrumpido piel a piel para la madre y el bebé saludables hasta que la primera alimentación sea lograda.

¿Qué Pueden Hacer Las Familias que Esperan Bebé?

La mujer embarazada puede elegir al médico y la ubicación para el parto que apoyen y promuevan permitir al parto comenzar por sí solo. Ella y su equipo de apoyo pueden crear un plan para el parto basado en las seis prácticas para un

nacimiento saludable de Lamaze International.

Conclusión

La evidencia actual apoya abrumadoramente la sabiduría de permitir que el trabajo de parto comience por sí solo para las mujeres y sus bebés saludables. Con las organizaciones profesionales, tales como el ACOG promoviendo activamente el parto vaginal y desalentando las inducciones electivas, los educadores del parto y otros en la comunidad del nacimiento tienen un nuevo apoyo para ayudar a las mujeres que desean planear y lograr dejar que el trabajo de parto comience por sí solo.

Referencias

- American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National Association of Certified Professional Midwives. (2012). *Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement by ACNM, MANA, and NACPM*. Obtenido el 4/1/14 from <http://mana.org/pdfs/Physiological-Birth-Consensus-Statement.pdf>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). ACOG practice bulletin #107: Induction of labor. *Obstetrics & Gynecology*, 114(2, part 1), 386-397.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013a). *ACOG committee opinion # 579: Definition of term pregnancy*. Retrieved March 31, 2014 from www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Definition_of_Term_Pregnancy
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013b). *ACOG committee opinion # 561: Nonmedically indicated early-term deliveries*. Obtenido Marzo 1, 2014 de www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Nonmedically_Indicated_Early-Term_Deliveries.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013c, May 7). News release. *Study finds adverse effects of pitocin in newborns*. Retrieved April 2, 2014, from www.acog.org/About_ACOG/News_Room/News_Releases/2013/Study_Finds_Adverse_Effects_of_Pitocin_in_Newborns.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Practice bulletin #146: Management of late-term and postterm pregnancies. *Obstetrics and Gynecology*, 124(2, part 1), 390-396.
- American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine. (2014). *Obstetric care consensus: Safe prevention of the primary cesarean delivery*. Retrieved from www.acog.org/Resources_And_Publications/Obstetric_Care_Consensus_Series/Safe_Prevention_of_the_Primary_Cesarean_Delivery
- Baud, D., Rouiller, S., Hohlfeld, P., Tolsa, J.F., & Vial, Y. (2013). Adverse obstetrical and neonatal outcomes in elective and medically indicated inductions of labor at term. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine*, 26(16), 1595-1601.
- Belghiti, J., Kayem, G., Dupont, C., Rudigoz, R-C., Bouvier-Colle, M-H., & Deneux-Tharaux, C. (2011). Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open* 2011;1:e000514. doi:10.1136/bmjopen-2011-000514.
- Buckley, S. (in press). *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care*. New York, NY: Childbirth Connection.
- Burgos, J., et al. (2012). Induction at 41 weeks increases the risk of caesarean section in a hospital with a low rate of caesarean sections. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine*, 25(9), 1716-18.
- Ceanga, M., Spataru, A. & Zagrean, A.M. (2010). Oxytocin is neuroprotective against oxygen-glucose deprivation and reoxygenation in immature hippocampal cultures. *Neuroscience Letters*, 477(1), 15-8.
- Condon, J. C., Pancharatnam, J., Faust, J. M., & Mendelson, C. R. (2004). Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(14), 4978-4983.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J. & Spong, C.Y. (2010). *William's obstetrics*. New York, NY: McGraw Medical.
- Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to mothers III: pregnancy and childbirth*. New York, NY: Childbirth Connection.
- Dunne, C., Da Silva, O., Schmidt, G. and Natale, R. (2009). Outcomes of elective labour induction and elective caesarean section in low-risk pregnancies between 37 and 41 weeks' gestation. *Journal of Obstetrics & Gynecology Canada*, 31(12), 1124-30.
- Ehrenthal, B.B., Jiang, X., & Strobino, D.M. (2010). Labor induction and the risk of a cesarean delivery among nulliparous women at term. *Obstetrics & Gynecology*, 116(1), 35-42.

- Elkamil, A. I., Anderson, G.L., Salvesen, K.A., Skranes, J., Irgens, L.M. & Vik, T. (2011). Induction of labor and cerebral palsy: a population-based study in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 90(1), 83-91.
- Engle, W.A. (2006). A recommendation for the definition of "late-preterm" (near-term) and the birth weight Gestational age classification system. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 2-7.
- Goer, H., & Romano, A. (2012). *Optimal care in childbirth: The case of a physiologic approach*. Seattle, WA: Classic Day.
- Greenwell, E.A., Wyshak, G., Ringer, S.A., Johnson, L.C., Rivkin, M.J. & Lieberman, E. (2012). Intrapartum temperature elevation, epidural use, and adverse outcome in term infants. *Pediatrics*, 129(2): e477-54.
- Gregory, S.G., Anthopoulos, R., Osgood, C.E., Grotegut, C.A. & Miranda, M.L. (2013). Association of Autism with induced or augmented childbirth in North Carolina birth record (1990-1998) and education research (1997-2007) databases. *JAMA Pediatrics*, 167(10), 959-66.
- Grotegut, C.A., Paglia, M.J., Johnson, L.N.C., Thames, B. & James, A.H. (2011). Oxytocin exposure during labor among women with postpartum hemorrhage secondary to uterine atony. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 204(1), 56 e1-6.
- Gulmezoglu, A.M., Crowther, C.A., Middleton, P. & Heatley, E. (2012). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, issue 6.
- Hamilton, B.E., Martin, J.A., Osterman, M.J.K., & Curtin, S.C. (2014). Births: Preliminary data for 2013. *National Vital Statistics Reports*, 63(2).
- Hunter, L.A. (2009). Issues in pregnancy dating: Revisiting the evidence. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(3), 184-190.
- Institute for Safe Medication Practices. (2012). *ASMP's list of High Alert Medications*. Retrieved 4/2/14 from www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf.
- Jain, L. (2006). Implications of labor on neonatal outcomes. In *NIH State-of-the-Science Conference: Cesarean delivery on maternal request*. Retrieved March 31, 2014 from <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanabstracts.pdf>.
- Jain, L. & Eaton, D.C. (2006). Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 34-43.
- Jukic, A.M., Baird, D.D., Weinberg, C.R., McConnaughey, D.R., & Wilcox, A.J. (2013). Length of human pregnancy and contributors to its natural variation. *Human Reproduction*, 28(10), 2848-55.
- Leighton, B.L. & Halpern, S. H. (2002). The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5, supplement), S69-S77.
- Levine, L.D., Hirshberg, A., & Srinivas, S.K. (2013, Dec 9). Term induction of labor and risk of cesarean delivery by parity. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine*. [Epub ahead of print].
- Lieberman E. & O'Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5, supplement), S31-S68.
- Loftin, R.W., Habli, M., Snyder, C.C., Cormier, C.M., Lewis, D. F., & DeFranco, E.A. (2010). Late preterm birth. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 39(1) 10-19.
- Mandruzzato, G., Alfirevic, Z., Chervenak, F., Gruenebaum, A., Heimstad, R., Thilaganathan, B. (2010). Guidelines for the management of postterm pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, 38(2), 111-119.
- Martin, J.A., Hamilton, B.E., Osterman, M.J.K., Curtin, S.C. & Mathews, T.J. (2013). Births: Final data for 2012. *National Vital Statistics Reports*, 62 (9).
- Martin, J.A., Kirmeyer, S., Osterman, M. & Shepherd, R.A. (2009). *NCHS data brief #24: Born a bit too early: Recent trends in late preterm births*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Mathews, T.J. & MacDorman, M.F. (2013). *Infant mortality statistics from the 2010 period linked birth/infant death data set*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. Retrieved 3/31/14 from www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr62/nvsr62_08.pdf.
- Morse, S.B., Zheng, H., Tang, Y. & Roth, J. (2009). Early school-age outcomes of later preterm infants. *Pediatrics*, 123(4), e622-9.
- Munn, M.B. (2011). Management of oligohydramnios in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics*

- of North America, 38(2), 387-395.
- National Childbirth Trust (NCT), Royal College of Midwives (RCM), and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2007). Making normal birth a reality – Consensus statement from the Maternity Care Working Party. Retrieved 4/1/14 from www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploadedfiles/JointStatementNormalBirth2007.pdf.
- Osterman, M.J.K. & Martin, J.A. (2014). Primary cesarean delivery rates, by state: Results from the revised birth certificate, 2006-2012. *National Vital Statistics Reports*, 63 (1).
- Rattigan, M.I., Atkinson, A.L., & Baum, J.D. (2013). Delivery route following elective induction of labor at term: analysis of 807 patients. *Journal of Clinical Medical Research*, 5(4), 305-8.
- Rooks, J. (2009). Oxytocin as a “High Alert Medication”: A multilayered challenge to the status quo. *Birth*, 36(4), 345-358.
- Simpson, K. R., Newman, G., & Chirino, O.R. (2010a). Patient education to reduce elective inductions. *The American Journal of Maternal/Child Nursing (MCN)*, 35(4), 188-194.
- Simpson, K. R., Newman, G., & Chirino, O.R. (2010b). Patients’ perspectives on the role of prepared childbirth education in decision making regarding elective labor induction. *Journal of Perinatal Education*, 19(30), 21-32.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, the association of Women’s Health, Obstetric and neonatal Nurses of Canada, the Canadian Association of Midwives, the College of Family Physicians of Canada, and the Society of Rural Physicians of Canada. (2008). *Joint policy statement on normal childbirth*. Retrieved April 1, 2014 from www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/JointPolicyStatementonNormalChildbirth.pdf.
- Tomashek, K.M., Shapiro-Mendoza, C.K., Davidoff, M.J., & Petrini, J.R. (2007). Differences in mortality between latepreterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 450-56.
- Varrassi, G., Bazzano, C., & Edwards, W.T. (1989). Effects of physical activity on maternal beta-endorphin levels and perception of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(3), 707-12.
- Wassen, M.M., Winkens, B., Dorssers, E.M, Marcus, M.A., Moonen, R.M. & Roumen, F.J. (2014) Neonatal sepsis is mediated by maternal fever in labour epidural analgesia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2014 June 17; 1-5. [Epub head of print]
- Wennerholm, U-B., Hagberg, H., Brorsson, B. & Bergh, C. (2009). Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: Is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88(1), 6-17.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth – A practical guide*. Retrieved 4/1/14 from www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/.

BIOGRAFÍA DE LA AUTORA

Debby Amis es co-autora de *Prepared Childbirth – Parto Preparado -The Family Way*, *Prepared Childbirth – The Educator’s Guide –La Guía del Educador*, y *The Lamaze Toolkit*. También es co-directora del Programa The Family Way Lamaze Childbirth Educator Program. Ella y su esposo viven cerca de sus nietos en Houston, Texas.

La Correspondencia con relación a este artículo deberá dirigirse a:

Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE. E-mail: amis@thefamilyway.com