

Práctica #4 Para un Parto Saludable: Evita Intervenciones a Menos de que Sean Médicamente Necesarias

Judith A. Lothian, PhD, RN, LCCE, FACCE

EXTRACTO.

La atención de maternidad en los EE.UU. es intensiva en intervenciones. El uso rutinario de fluidos por vía intravenosa, las restricciones para comer y beber, el monitoreo fetal electrónico continuo, la analgesia epidural, y la aceleración del trabajo de parto caracterizan a la mayoría de los nacimientos en los EE. UU. El uso de la episiotomía está lejos de ser restrictivo. Estas intervenciones perturban la fisiología normal del trabajo de parto y del nacimiento y restringen la capacidad de las mujeres para hacer frente al trabajo de parto. El resultado es una cascada de intervenciones que aumentan el riesgo, incluyendo el riesgo de cesárea, para las mujeres y los bebés. Este artículo es una revisión basada en la evidencia actualizada de las «Prácticas de Cuidados de Lamaze International que Promueven el Parto Normal, Práctica de Cuidados # 4: No hacer intervenciones de rutina», publicado en *The Journal of Perinatal Educación*, 16 (3), 2007.

The Journal of Perinatal Education, 23(4)

Palabras Clave: fluidos intravenosos en el trabajo de parto, restricciones para comer y beber durante el trabajo de parto, monitoreo electrónico fetal, aceleración del parto, analgesia epidural, episiotomía, cascada de intervenciones, cesárea, cuidados óptimos

La atención de maternidad en los EE.UU. es intensiva en intervenciones. Escuchar a las madres III -*Listening to Mothers III*- (Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., et al., 2013), la más reciente encuesta nacional de experiencias del embarazo, parto y posparto de las mujeres, informa que de las mujeres que dieron a luz de junio 2011 a junio 2012, el 89% experimentaron monitoreo electrónico fetal (el 66% de forma continua), el 62% recibió fluidos intravenosos, el 79% tuvo restricciones en la alimentación, y el 60% restricciones para beber en el trabajo de parto. El 67% de las mujeres que tuvieron parto vaginal tuvo anestesia epidural durante el trabajo de parto y el 31% recibió oxitocina para acelerar su trabajo de parto. Al 20% de las mujeres les rompieron sus membranas artificialmente. Al 17% de las mujeres se les hizo episiotomía, y al 31% cesárea. El alto uso de estas intervenciones refleja la filosofía de la atención de maternidad en todo el sistema de esperar que haya problemas. Hay un creciente cuerpo de investigaciones que sugieren que el uso rutinario de cada una de estas intervenciones, en lugar de disminuir el riesgo de problemas en el trabajo de parto y el nacimiento, en realidad aumenta las complicaciones tanto para las mujeres como para sus bebés.

El propósito de este artículo es revisar la literatura relacionada con la base de evidencias y los resultados asociados con las intervenciones utilizadas en forma rutinaria en el trabajo de parto y el nacimiento en los Estados Unidos. Los hallazgos conforman el caso del valor de la atención de maternidad que evita el uso de intervenciones de rutina.

Fisiología Normal del Trabajo de Parto y del Nacimiento

El proceso fisiológico del parto y el nacimiento se debe en gran parte a las hormonas, y la orquestación hormonal del proceso se interrumpe fácilmente. Buckley (2014) ofrece una revisión sistemática seminal de esta compleja interacción de las hormonas que preparan al cuerpo para el parto y luego orquestan el proceso del trabajo de parto. En las últimas semanas del embarazo el cuello del útero, bajo la influencia de cantidades crecientes de oxitocina y prolactina, se ablanda y puede comenzar a borrarse y a dilatarse. El útero se vuelve cada vez más sensible a la oxitocina. Esta preparación es esencial para que el trabajo de parto progrese de manera óptima.

Durante el parto, cantidades crecientes de oxitocina aumentan tanto la fuerza como la eficacia de las contracciones. Las contracciones cada vez más fuertes causan poco a poco más altos niveles de dolor. Mientras las mujeres hacen frente a las

contracciones cada vez más dolorosas, se liberan cantidades de oxitocina en aumento. Si el dolor se elimina (por ejemplo, con anestesia epidural), los niveles de oxitocina caen, hay menos contracciones y son menos eficaces. Con frecuencia se necesita estimular con oxitocina para mantener el trabajo de parto en movimiento. Sin embargo, si ella puede manejar las contracciones cada vez más dolorosas, las contracciones se hacen más frecuentes y más eficaces. En algún momento, cuando los niveles de oxitocina son altos, se liberan las endorfinas. Las endorfinas producen un estado intuitivo somnoliento y la percepción del dolor disminuye. Esto hace que el manejo de las contracciones sea más fácil. A las endorfinas en el trabajo de parto a veces se les llama «el narcótico de la naturaleza.» Si la mujer requiere analgesia epidural o aceleración con oxitocina, no experimenta esta liberación de endorfinas, porque la oxitocina exógena no atraviesa la barrera hematoencefálica.

Las catecolaminas, las hormonas del estrés, se liberan si la madre tiene miedo, o si no se siente segura y protegida. A principios del trabajo de parto, los altos niveles de catecolaminas pueden retrasar o incluso detener el trabajo de parto. Al final del trabajo de parto, sin embargo, hay una oleada natural de catecolaminas que facilita el nacimiento rápido del bebé, incluso en una madre cansada. Si el proceso natural fisiológico del parto y el nacimiento no se ha interrumpido, la madre y el bebé tienen grandes cantidades de oxitocina y catecolaminas circulantes en el nacimiento. El efecto es una alerta, la madre y el bebé ansiosos y listos para conocerse uno al otro con calma y comenzar la lactancia materna.

La atención óptima en el parto es la atención que facilita más que altera la fisiología normal. Hay evidencia sustancial de investigación durante cinco prácticas de nacimiento que facilitan el proceso fisiológico: dejar que el parto comience por sí mismo (por lo que la madre y el bebé están listos para el trabajo de parto), libertad de movimiento (para ayudar a las mujeres a lidiar con el dolor y para proteger el canal del parto y al bebé durante la rotación y el descenso del bebé), apoyo en el trabajo de parto (para disminuir el miedo, aumentar la relajación física y emocional, y ayudar a que tengan privacidad durante el parto), pujo y parto espontáneo en posición vertical (para facilitar la rotación y el descenso del bebé), y mantener a la madre y al bebé juntos (para facilitar la transición del bebé a la vida extrauterina, la lactancia materna y la separación de la placenta; Base de Datos de las Revisiones sistemáticas de Cochrane; Goer y Romano, 2012). Estos resultados se resumen en artículos sobre la prácticas para un nacimiento saludable por Amis (en prensa), Ondeck (en prensa), Green y Hotelling (en prensa), DiFranco y Curl (en prensa), y Crenshaw (en prensa).

Las intervenciones de rutina tienen el potencial de interferir con los procesos en todos los momentos del trabajo de parto y el nacimiento, lo que lleva a una cascada de otras intervenciones, y en última instancia, al aumento de riesgos para las madres y los bebés. Debido a esto, una atención óptima incluye evitar intervenciones de rutina a menos de que exista una indicación médica clara, la Práctica # 4 para un Parto Saludable.

Intervenciones de Rutina

Restricciones para Comer y Beber

Listening to Mothers III - Escuchando a las Madres III- reportó que al 79% de las mujeres se les restringió comer y al 60% se les restringió beber en el trabajo de parto. Las restricciones en el comer y beber en el trabajo de parto se basaron en las observaciones de Mendelson en la década de 1940. Mendelson observó que durante la anestesia general se produjo un aumento del riesgo de vómitos y aspiración del contenido del estómago hacia los pulmones, lo que llevó a una enfermedad pulmonar grave o a la muerte.

La anestesia obstétrica ha cambiado drásticamente desde la década de 1940. La anestesia general se utiliza muy poco, hay un mayor uso de la anestesia regional, y, al contrario que en el tiempo de Mendelson, las vías aéreas están protegidas durante la anestesia general, reduciendo cualquier riesgo de aspiración. También es importante saber que el estómago nunca está vacío, y el ayuno no garantiza un contenido del estómago menos ácido, por lo que restringir el consumo no logra el resultado deseado de un estómago vacío. Teniendo en cuenta estos avances, parece lógico que ya no hay necesidad de la restricción para comer y beber en el trabajo de parto. Además, el ayuno en el trabajo de parto es desagradable, hace que sea más difícil para las mujeres satisfacer las demandas del trabajo de parto, y puede causar trabajos de parto más largos y más dolorosos (Singata, Tranme y Gyte, 2013).

Singata, Tranme, y Gyte (2013) llevaron a cabo la revisión de Cochrane sobre comer y beber durante el trabajo de parto. La revisión analizó estudios de cualquier restricción de líquidos y alimentos en el trabajo de parto en comparación con la posibilidad de comer y beber. Se examinaron cinco estudios que incluyeron a 3,130 mujeres. La mayoría de los estudios habían examinado los alimentos específicos que se recomiendan, aunque un estudio dejó que las mujeres eligieran lo que deseaban comer y beber. No había ni beneficios ni daños asociados con la restricción de comer y beber durante el trabajo de parto para la mujer con un bajo riesgo de necesitar anestesia. No se identificaron estudios examinando a mujeres con alto riesgo de necesitar anestesia. Con base en los hallazgos, la recomendación de Cochrane es que las mujeres deben ser libres de comer o beber lo que quieran en el trabajo de parto. La revisión de la literatura de investigación de Goer y Romano llegó a la misma conclusión (2012).

La Organización Mundial de la Salud (1996) y el Colegio Americano de Enfermeras Parteras recomiendan a las mujeres comer y beber en el trabajo de parto. Sin embargo, a pesar de la evidencia, la Sociedad Americana de Anestesiología (2007)

y del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (1999) continúan recomendando que la ingesta oral para mujeres de bajo riesgo se limite a fluidos claros.

Fluidos intravenosos

Dawud, Dowswell, y Quenby (2013) llevaron a cabo una revisión Cochrane sobre el efecto de los fluidos intravenosos sobre la duración del trabajo de parto. Señalan como fondo que casi no hay riesgo de aspiración cuando se administra anestesia general hoy en día, y ya que no hay una clara evidencia de daños asociados con la ingesta oral durante el trabajo de parto, la práctica debe ser abandonada y en lugar de la administración rutinaria de líquidos por vía intravenosa, ésta debe ser administrada únicamente por razones clínicas o si las mujeres presentan cetosis. Señalan también el potencial de morbilidad materna y neonatal que pueda derivarse de la administración innecesaria de líquidos por vía intravenosa, incluyendo una gran pérdida de peso de bebés cuyas madres recibieron fluidos intravenosos en el trabajo de parto (Chantry, Nonnesen-Ríos, Peerson, et al., 2011). Los resultados de la revisión sistemática no proporcionan evidencia de que el uso de líquidos intravenosos afecte la duración del trabajo de parto y no proporciona evidencia para recomendar el uso rutinario de líquidos por vía intravenosa en el trabajo de parto.

La revisión de Goer y Romano incluye estudios que sugieren que los fluidos intravenosos durante el trabajo de parto pueden causar una sobrecarga sintomática de fluidos que puede disminuir la contractilidad uterina. También hay pruebas de que el fluido intravenoso que contiene glucosa, a menos de que sea administrado lentamente, puede causar hiperglucemia en la madre y el feto e hipoglucemia en el recién nacido (Goer y Romano, 2012). También hay alguna evidencia de que el edema de mama causado por exceso de líquidos en el trabajo de parto puede afectar la lactancia materna.

No hay ninguna base de evidencia para el uso rutinario de líquidos por vía intravenosa en el trabajo de parto, pero parece haber algún riesgo asociado con la práctica. A pesar de la evidencia, *Listening to Mothers III - Escuchando a las Madres III* - (Declercq, et al, 2013) informó que al 62% de las mujeres se les administraron fluidos por vía intravenosa en el trabajo de parto.

Monitoreo Electrónico Fetal

El monitoreo electrónico fetal (MEF) se introdujo en la década de 1970 y fue promocionado como una forma de disminuir la parálisis cerebral y la mortalidad perinatal. Aunque no hubo investigación para apoyar su valor, se convirtió rápidamente en un estándar de práctica. Antes de ese momento, la frecuencia cardíaca fetal se evaluaba mediante la auscultación intermitente con un estetoscopio. Hoy en día la auscultación intermitente se realiza con mayor frecuencia utilizando la ecografía con Doppler. *Escuchar a las madres III* informó que al 89% de las mujeres se les evaluó la frecuencia cardíaca fetal con monitoreo electrónico fetal, y al 66% de las mujeres se les hizo MFE continuo. Sólo al 11% de las mujeres se les monitoreó la frecuencia cardíaca fetal con auscultación intermitente. (Declercq, Sakala, Corry, et al., 2013).

Los ensayos controlados aleatorios que datan de la década de 1970 no han encontrado consistentemente ninguna diferencia en los resultados de los bebés, sino un aumento en la morbilidad materna relacionada con el aumento de cesáreas en el grupo de MEF, en comparación con el de auscultación intermitente. Más recientemente, Alfirevic, Devane, y Gyte (2013) llevaron a cabo una revisión sistemática de 13 ensayos controlados aleatorios comparando los resultados neonatales y maternos en mujeres que tuvieron MEF continuo o auscultación intermitente durante el parto. Los ensayos incluyeron a 37,715 mujeres. No hubo diferencias en la mortalidad perinatal o en los índices de parálisis cerebral, pero las mujeres que fueron monitoreadas continuamente con MEF tuvieron mayores probabilidades de tener una cesárea o un parto vaginal instrumental. Las convulsiones neonatales fueron menores en los recién nacidos expuestos a altas dosis de oxitocina en los grupos de MEF en comparación con los bebés expuestos a altas dosis de oxitocina en los grupos de auscultación intermitente.

En su opinión, Goer y Romano (2012) también identifican aumento en la probabilidad de cesárea y de parto vaginal instrumental con el uso de MFE continuo, e incapacidad para reducir la incidencia de la parálisis cerebral. Además, la revisión identificó que la tira de prueba de admisión (uso rutinario de MEF continuo por un tiempo limitado) aumenta las intervenciones sin mejorar los resultados neonatales.

El monitoreo electrónico fetal altera la fisiología normal del trabajo de parto mediante la restricción de movimiento y potencialmente interferir con el apoyo adecuado del trabajo de parto mientras el personal y los familiares miran el monitor. Sin duda, limita el acceso de las mujeres a las medidas de comodidad como duchas, bañeras y pelotas de nacimiento y en última instancia puede aumentar la posibilidad de que necesiten anestesia epidural y una mayor cascada de intervenciones.

El índice del aumento de cesáreas es probablemente debido, en parte, a los problemas con la interpretación. El ACOG y la SMFM (2014), en *Prevención Segura del Parto por Cesárea Primaria*, notaron que las desaceleraciones variables recurrentes parecen ser una respuesta fisiológica a las compresiones repetitivas del cordón umbilical, y no son patológicas. Este es un cambio notable en el pensamiento médico. El documento ofrece una discusión a profundidad de los patrones e intervenciones de la frecuencia cardíaca fetal y las intervenciones, que no sean cesárea, para hacer frente a esto clínicamente. Lo que no hacen es identificar el uso de la auscultación intermitente en lugar del MEF para mujeres de bajo riesgo como el

estándar de cuidados preferido.

Mientras tanto, hay un continuo debate en la literatura que expresa preocupación por la insuficiencia de los obstetras para abandonar el uso rutinario de la monitorización electrónica fetal. Sartwelle (2012) en la Revista de Medicina Legal tuvo esto que decir acerca del MEF:

A pesar de su ubicuidad y la aceptación en la práctica clínica obstétrica diaria, hay y siempre ha habido algunos secretos esotéricos importantes del MEF: su fundamento científico es débil; la confiabilidad entre los observadores/intra-observadores es pobre; la predicción de falso positivo del índice de sufrimiento fetal es mayor al 99%; la tasa de cesáreas con mortalidad y morbilidad se ha incrementado sustancialmente; y fracasó completamente en su promesa inicial indicada -reducir a la mitad la incidencia de la parálisis cerebral (PC), del retraso mental (RM), y de la mortalidad perinatal. Cualquier otro procedimiento médico con un pedigrí tan abismal ¡habría seguido el camino del sangrado en tiempos de los barberos medievales! (Sartwelle, 2012, p. 313)

Los obstetras siguen estando preocupados por los litigios si no se utiliza el MEF, pero Lent (1999) en la *Stanford Law Review* -Revista de Derecho de Stanford- demuestra que en lugar de proteger a los obstetras de litigios, tener el récord de MEF permanente puede aumentar el riesgo debido a problemas de interpretación. Lent además dice que la gran cantidad de literatura que apoya el uso de la auscultación intermitente en lugar del MEF debería obligar a los tribunales a por lo menos considerar la auscultación intermitente como igualmente aceptable.

El último boletín de práctica del ACOG (2009) sobre el monitoreo fetal apunta que, dado que los datos disponibles no muestran ningún beneficio del monitoreo electrónico fetal mayor al de la auscultación intermitente, cualquiera de las opciones es aceptable en pacientes sin complicaciones.

La *Association of Women's Healthy Obstetrics, and Neonatal Nursing* –Asociación de Obstetricia y Enfermería Neonatal Saludables para la Mujer (2000) recomienda la auscultación intermitente en lugar del MFE continuo para mujeres sanas sin complicaciones. A pesar de estas recomendaciones, y a pesar de la clara evidencia convincente de que el MFE no tiene beneficios claros y aumenta el riesgo para las mujeres, el MEF sigue siendo un estándar en los cuidados obstétricos.

Anestesia Epidural La anestesia epidural proporciona un excelente alivio del dolor, pero altera la fisiología del trabajo de parto en varias formas. Sin dolor, los niveles de oxitocina caen dramáticamente y las mujeres requieren oxitocina intravenosa. La oxitocina no atraviesa la barrera hematoencefálica, por lo tanto, las mujeres con anestesia epidural no consiguen la liberación de endorfinas. La relajación de los músculos de la pelvis hacen la rotación y el descenso del bebé más difíciles. Como resultado, existe un mayor riesgo para muchas complicaciones no deseadas.

Anim-Somuah, Smyth, y Jones (2011) revisaron 38 estudios controlados aleatorios con 9,658 mujeres. Treinta y tres de los estudios compararon la analgesia epidural con los opiáceos, y los 5 estudios restantes compararon la analgesia epidural con la no analgesia. La anestesia epidural alivió el dolor del trabajo de parto mejor que otros tipos de medicamentos para el dolor, pero dio lugar a un mayor uso de instrumentos para ayudar en el nacimiento. Los índices de cesárea no difirieron en general, aunque hubo más cesáreas por sufrimiento fetal en el grupo de la anestesia epidural. No hubo efectos de la anestesia epidural en el bebé poco después del nacimiento. Las mujeres que utilizaron la anestesia epidural tuvieron mayores probabilidades de tener un parto más largo (segunda etapa del trabajo de parto), necesitaron estimular sus contracciones de parto con oxitocina, experimentaron presión arterial muy baja, fueron incapaces de moverse durante un período de tiempo después del nacimiento (bloqueo motor), tuvieron problemas con la retención de líquidos, y experimentaron fiebre intra-parto.

La revisión sistemática de la investigación de Goer y Romano (2012) también encontró que la analgesia epidural disminuye la probabilidad de un parto vaginal espontáneo. Además, encontró que la administración de anestesia epidural temprana parece incrementar el riesgo de una mala posición persistente del bebé y esto podría aumentar el parto vaginal instrumental y por cesárea. La anestesia epidural también aumentó el riesgo de fiebre materna, que tiene consecuencias directas e indirectas, como la separación de la madre y el bebé, y la entrada del bebé a la sala de terapia intensiva neonatal para evaluación. La anestesia epidural también aumenta el riesgo de problemas con la lactancia temprana. «El Fentanyl parece ser el culpable» (Goer y Romano, 2012, p. 286). El retraso del pujo parece disminuir los índices del parto vaginal instrumental, aunque siguen siendo altos, y ese retraso parece no tener efecto sobre el índice de cesáreas. Estar en posición vertical en la segunda etapa del trabajo de parto puede disminuir ambos, los partos instrumentales y las cesáreas.

En muchos hospitales, las únicas opciones que tienen las mujeres para el alivio del dolor es la anestesia epidural. Una vez que se inicia una epidural, hay una cascada de intervenciones adicionales: líquidos por vía intravenosa, monitoreo electrónico fetal continuo, y restricciones de movimiento. Proporcionar una amplia variedad de opciones para manejar el dolor y tener medidas de confort, como bañera, duchas, movimiento sin restricciones, y apoyo durante el parto, ayuda a las mujeres a manejar su trabajo de parto sin necesidad de anestesia epidural. La disponibilidad y el uso de medidas no

farmacológicas de confort hacen posible retrasar la recepción de anestesia epidural hasta que el trabajo de parto esté bien establecido. El retraso de la analgesia epidural hasta el trabajo de parto activo (6 cm) disminuye el riesgo de presentaciones occipito posteriores y de fiebre por causa epidural. En base a la evidencia disponible, si se requiere anestesia epidural se recomienda solamente a bajas dosis. Estar en posición de decúbito lateral y en posición vertical probablemente disminuye el riesgo de un parto instrumental.

Aceleración o estimulación

El trabajo de parto puede llevar mucho tiempo. Las mujeres, especialmente las que ingresan en hospitales al principio del trabajo de parto, son propensas a que se les presione para progresar en el trabajo de parto rápidamente. Hasta hace poco, la definición de distocia no reflejaba una comprensión de cuánto tiempo puede tomar el trabajo de parto espontáneo. El sorprendentemente alto índice de cesáreas en los EE.UU. impulsó al Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y a la Sociedad de Medicina Materna y Fetal a hacer una revisión sistemática de la investigación en un esfuerzo por desarrollar estrategias que podrían reducir la tasa de cesárea primaria (2014). Su revisión de la investigación y las recomendaciones basadas en esos resultados tienen el potencial de disminuir la incidencia de la aceleración del trabajo de parto (y la inducción del parto) y al mismo tiempo disminuir el índice de cesáreas.

Las recomendaciones más importantes se refieren a la curva del trabajo de parto. La declaración conjunta recomienda que los datos del Consorcio sobre el trabajo de parto seguro, en lugar de las normas de Friedman, deben informar sobre el manejo del trabajo de parto. Un trabajo de parto lento pero progresivo de la primera etapa no debería ser indicación para una cesárea o para la aceleración médica. Con unas pocas excepciones, una fase latente prolongada (más de 20 horas en una madre primípara y más de 14 horas en las multiparas) no debería ser indicación de cesárea o de aceleración médica. Mientras la madre y el bebé estén bien la dilatación cervical de 6 cm debe ser el umbral para la fase activa del trabajo de parto. El arresto o detención en la fase activa se define como, las mujeres en, o más allá de los 6 cm de dilatación con rotura de membranas y que no progresan a pesar de 4 horas de actividad uterina adecuada, o por lo menos a 6 horas de la administración de oxitocina con actividad uterina inadecuada y ningún cambio cervical.

El informe también identifica la importancia del apoyo en el trabajo de parto y menciona específicamente el efecto de las doulas en los resultados del parto, incluyendo los índices de cesárea. El apoyo continuo en el trabajo de parto, incluyendo el apoyo proporcionado por las doulas, es una de las maneras más eficaces para reducir el índice de cesáreas. Los autores señalan que este recurso está probablemente subutilizado.

Es probable que sea una gota en la aceleración del trabajo de parto basada en estas normas, aunque también es probable que el cambio tome algún tiempo.

Las intervenciones médicas para aumentar un trabajo de parto lento son la amniotomía, la oxitocina, o ambos. Hay una serie de revisiones sistemáticas de ambas intervenciones.

La amniotomía ha sido una práctica habitual y en algunos hospitales se realiza de manera rutinaria en todas las mujeres. En los EE.UU., el 20% de las mujeres informan que se les hizo ruptura de membranas (Declercq, Sakala, Corry, et al., 2013), aunque ese número puede ser una subestimación, porque con frecuencia las mujeres no están conscientes de que se ha hecho la amniotomía. Hay una serie de riesgos graves, aunque raros, asociados con la amniotomía, incluyendo problemas con el cordón umbilical y la frecuencia cardíaca fetal. Además, una vez que las membranas se rompen existe un mayor riesgo de infección. La amniotomía también aumenta el riesgo de posiciones fetales occipito posteriores persistentes (Goer y Romano, 2012).

Una revisión de Cochrane (Smyth, Markham, y Dowswell, 2013) evaluó el uso de la amniotomía en todos los trabajos de parto de comienzo espontáneo. Hubo 15 estudios identificados, que incluyeron a 5,583 mujeres. La evidencia no mostró un acortamiento de la duración de la primera etapa del parto, sino un posible aumento de cesáreas. Puede haber una segunda etapa más corta en las madres primerizas. Los investigadores concluyen que la amniotomía de rutina no se recomienda como parte del cuidado y manejo estándar del trabajo de parto. La evidencia no apoya romper en forma rutinaria las membranas a las mujeres en trabajo de parto espontáneo de evolución normal, o incluso cuando se prolongan sus trabajos de parto. Goer y Romano (2012) en la revisión de la investigación también concluyen que la amniotomía temprana de rutina probablemente aumenta la probabilidad de cesárea y no debe hacerse en forma rutinaria.

Al treinta por ciento de las mujeres en los EE.UU. se les estimulan los trabajos de parto espontáneos con oxitocina exógena (Oxitocina; Declercq, Sakala, Corry, et al, 2013). La estimulación con oxitocina no está exenta de riesgos. La oxitocina altera la fisiología normal del trabajo de parto. Ya que la oxitocina no atraviesa la barrera hematoencefálica, no hay liberación de endorfinas. Las contracciones más fuertes, más duras son difíciles de manejar para la madre y ponen tensión adicional en el músculo uterino. Con el fin de manejar las contracciones muy fuertes, frecuentemente se administra analgesia epidural tan pronto como se inicia la oxitocina. La analgesia epidural interfiere en su propia forma con la fisiología del trabajo de parto y añade riesgos adicionales para la madre y el bebé.

El manejo activo del trabajo de parto incluye la ruptura de membranas y luego la administración de oxitocina para

estimular el trabajo de parto. Brown, Paranjothy, Dowswell, et al. (2008), en su revisión sistemática para evaluar el manejo activo para reducción de cesárea en mujeres de bajo riesgo, encuentra una modesta disminución en la tasa de cesáreas entre las mujeres que recibieron amniotomía y oxitocina si sus trabajos de parto se retrasaron. En una más reciente revisión de Cochrane, (Wei, Wo, Qi, Xu, et al., 2013) del manejo activo del trabajo de parto, se incluyeron 14 ensayos y 8,033 mujeres y, de nuevo, esta revisión mostró una modesta reducción en la tasa de cesáreas en comparación con el manejo expectante. Los investigadores señalan que los ensayos no proporcionaron suficientes pruebas relacionadas con los resultados de morbilidad de la madre (por ejemplo, la hiperestimulación del útero) o neonatales (por ejemplo, los problemas de la frecuencia cardíaca fetal), o la satisfacción de las mujeres con la experiencia. También señalan que el apoyo profesional continuo, el movimiento, las diferentes posiciones durante el trabajo de parto, y las prácticas de atención que pueden estimular un trabajo de parto lento, fueron limitados en ambos casos, los grupos de intervenciones y los grupos de control.

Goer y Romano (2012) identifican que la admisión al hospital al principio del trabajo de parto aumenta el riesgo latente de todas las intervenciones y en última instancia aumenta el riesgo de cesárea. El cuidado óptimo, sugieren, debe incluir alentar a las mujeres a demorar el ingreso al hospital hasta que estén en trabajo de parto activo (ahora se consideran 6 cm de dilatación). Un ambiente de apoyo va un largo camino para mover un trabajo de parto lento para que progrese. Las intervenciones no médicas como el apoyo, la deambulación, el descanso y la ingesta oral también pueden hacer que un trabajo de parto lento progrese. Hay alguna evidencia de que la estimulación de las mamas, que estimula la liberación de oxitocina, así como la deambulación, pueden resolver un progreso lento (Goer y Romano, 2012). Tiene sentido utilizar estas intervenciones simples antes de iniciar intervenciones médicas de mayor riesgo.

Episiotomía

El diecisiete por ciento de las mujeres en el estudio *Listening to Mothers III* –Escuchar a las Madres III- reportaron haber tenido una episiotomía. Si bien esto representa una reducción significativa del índice del 35% del estudio *Listening to Mothers I* –Escuchar a las Madres I- (2002), y una caída dramática en el índice de episiotomías de casi el 100% de hace 50 años, el índice es aún mayor de lo que debería de ser. Una revisión sistemática de la episiotomía en 2005 sugiere que el índice de episiotomías podría ya ser del 10% (Hartmann, Viswanathan, Palmieri, et al., 2005), y este es el porcentaje objetivo que el conjunto de la Organización Mundial de la Salud estableció en 1996.

La revisión Cochrane de la episiotomía (Carroli y Mignini, L., 2009) trató de determinar si la episiotomía debe utilizarse en forma rutinaria o si no. Ellos encontraron que el uso restrictivo de la episiotomía mostró un menor riesgo de morbilidad incluyendo traumatismo perineal severo, traumatismo perineal posterior, necesidad de suturar un traumatismo perineal, y complicaciones de cicatrización a los siete días. Ellos no informaron diferencias en la incidencia de los resultados más importantes, tales como el traumatismo vaginal y perineal severos, ni en el dolor, en la dispareunia, ni en la incontinencia urinaria. La única desventaja mostrada en el uso restrictivo de la episiotomía, fue un mayor riesgo de traumatismo perineal anterior. Llegan a la conclusión de que hay pruebas para apoyar el uso restrictivo de la episiotomía en comparación con el uso rutinario de la episiotomía.

Goer y Romano (2012) en su revisión sistemática de la episiotomía encontraron, sin embargo, que la episiotomía causa más dolor que los desgarres espontáneos, provoca más complicaciones de cicatrización que los desgarres espontáneos, y que la episiotomía no tiene ningún efecto en los resultados neonatales. Muy importante, la episiotomía no preserva el funcionamiento del suelo pélvico y de hecho puede contribuir a la incontinencia urinaria y anal.

Goer y Romano (2012) sugieren estrategias para el cuidado óptimo de acoplamiento que incluye comprometerse a prácticas y políticas que promuevan un periné intacto, así como la limitación del uso de la episiotomía solo a circunstancias extraordinarias. El cuidado óptimo en la segunda etapa incluye alentar las posiciones no supinas, cambiar de posición, bajada espontánea del bebé en respuesta al deseo de pujo, desalentar la contención prolongada de la respiración, y esperar un impulso espontáneo de pujo para mujeres con anestesia epidural antes de pujar activamente (DiFranco y Curl, 2014).

Resumen

Hay abundante evidencia de que el uso rutinario de las intervenciones documentadas aquí tiene el potencial, y a menudo lo hace, de alterar la fisiología normal del trabajo de parto, y como consecuencia, aumenta el riesgo de complicaciones. Para mantener al nacimiento lo más seguro y saludable posible, las mujeres deben comer y beber, hacer que la frecuencia cardíaca del bebé sea evaluada con auscultación intermitente, tener acceso a una amplia variedad de formas de aliviar el dolor con el fin de evitar el uso rutinario de anestesia epidural, y dar a luz en entornos en los que exista una apreciación por el tiempo que toma el trabajo de parto.

Un enfoque en las prácticas de cuidados que faciliten el proceso fisiológico normal (dejar que el trabajo de parto inicie por sí solo, movimiento y posiciones diferentes, apoyo durante el trabajo de parto, pujo espontáneo en posiciones no supinas, y mantener a la madre y al bebé juntos) y guardar las intervenciones para cuando sean médicamente indicadas,

tiene el potencial de mejorar los resultados, y hacer el trabajo de parto y el nacimiento más seguros y saludables para las madres y los bebés.

Implicaciones

Educación para el Parto

Está claro que el uso rutinario de estas intervenciones interrumpe el proceso fisiológico normal del parto y el nacimiento. También está claro que el número de intervenciones aumenta con la admisión temprana al hospital. Esto es lo que las mujeres necesitan saber:

- Comer y beber en el trabajo de parto no es peligroso y, si se desea, es benéfico. Generalmente, no hay necesidad de líneas de suero intravenosas.
- El MEF no hace al trabajo de parto más seguro para el bebé y aumenta el riesgo para la madre de tener una cesárea innecesaria.
- La anestesia epidural proporciona un excelente alivio del dolor, pero ese alivio tiene un costo. Algunos de los riesgos de la analgesia epidural pueden disminuirse retrasando el uso de epidurales.
- Rara vez es necesaria la aceleración. El trabajo de parto puede tardar, y generalmente tarda mucho tiempo. La paciencia, el movimiento y cambios de posición, un excelente apoyo durante el trabajo de parto, y comer y beber son todo lo que la mayoría de las mujeres necesita para mantener el trabajo de parto en movimiento. También ayuda permanecer en casa hasta el trabajo de parto activo (6 cm).
- La episiotomía es dañina y su uso debe restringirse.

Tener una comprensión profunda y confianza en el proceso fisiológico normal del parto y el nacimiento y la confianza en su propia capacidad de dar a luz hace que sea más fácil para una mujer dejar de lado la creencia de que la tecnología y las intervenciones de rutina hacen que el parto sea más seguro para las madres y los bebés. Proporcionar a las mujeres «los hechos», incluyendo la investigación, no suele ser suficiente para cambiar los valores y las creencias. Contarles historias es una forma poderosa para que esto suceda. Igual de importante, el educador para el parto, las enfermeras, la partera y el médico tienen que enviar un mensaje claro y coherente a las mujeres. No podemos decir a las mujeres que tienen todo lo necesario para dar a luz sin complicaciones para sólo después decirles que las intervenciones de rutina «por si acaso» logran un parto más seguro.

Elección del Proveedor de Servicios Médicos y del Lugar para el Nacimiento

Las mujeres deben investigar cuidadosamente las opciones relacionadas con el proveedor de cuidados médicos y el lugar para el nacimiento. Hay implicaciones éticas si se les oculta información, o si se lleva a las mujeres a creer que pueden tener un parto saludable y seguro en el contexto de los proveedores de servicios médicos que interfieren en forma rutinaria con el proceso normal fisiológico del trabajo de parto y el nacimiento. Un alto índice de complicaciones y de cesáreas debería levantar banderas rojas de alerta para todos nosotros de que no se está promoviendo, apoyando ni protegiendo al parto fisiológico.

Las parteras tienen más probabilidades de proporcionar una atención óptima que incluye las 6 Prácticas para un Parto Saludable, incluyendo evitar intervenciones a menos que estén clínicamente indicadas. Los ambientes de nacimiento fuera de un hospital tienen más probabilidades de proporcionar cuidados intensivos óptimos sin intervenciones innecesarias. (Goer y Romano, 2012).

Políticas Hospitalarias Basadas en la Evidencia

La atención de maternidad óptima tiene en su centro un par de sencillas prácticas, incluyendo evitar intervenciones de rutina. Las políticas del hospital deben reflejar la evidencia que identifica aquellas prácticas básicas. Si eso no puede suceder, el nacimiento tendrá que salir del hospital.

El cambio exigirá la reeducación de muchas enfermeras, médicos y administradores de hospitales. En el corazón mismo de esa educación, de hecho, lo que puede cambiar el rumbo es el conocimiento de los procesos fisiológicos normales y el conocimiento de las prácticas de atención que facilitan el proceso, incluyendo el evitar el uso rutinario de las intervenciones.

Las enfermeras y los educadores para el parto necesitan abogar por las pacientes, empoderar a las mujeres que ellos cuidan y enseñarlas a rechazar las intervenciones de rutina. En un modelo de toma de decisiones compartida a las mujeres se les proporciona información que incluye una discusión a fondo de la fisiología normal del parto y del nacimiento y luego los beneficios y riesgos de las intervenciones individuales basados en la mejor evidencia. Se discute sobre lo que es

importante para la mujer individual y luego se habla de las opciones, alternativas y desafíos. Las mujeres toman entonces una decisión informada que luego es apoyada por el proveedor de salud y el hospital. La clave para el éxito de este modelo es la comunicación extensa, abierta, y honesta (Hersh, Megregian, y Emeis, 2014). Las clases para el parto ofrecen la oportunidad de discusión y plática honesta hacia ambos lados. A las mujeres se les anima a explorar sus propios sentimientos y a hacer los planes de parto que reflejen sus preferencias. Este mismo extenso, honesto «platicarlo a fondo» tiene que suceder con su proveedor de cuidados médicos antes del nacimiento. Si no hay acuerdo, la mujer debe tener en cuenta la opción de cambiar de proveedor. La enfermera, cuando conoce a la parturienta, debe ser también capaz de tener la plática y la discusión, y de apoyar las opciones de la mujer, incluso si son contrarias a la atención habitual de la institución o si las decisiones de la mujer no son las que ella misma tomaría. Esta es una oportunidad para que las enfermeras aboguen por las mujeres y, al hacerlo, comiencen a sacudir el sistema.

Conclusión

El cuidado óptimo es el cuidado que promueve, apoya y protege los procesos fisiológicos normales del parto y el nacimiento. Se facilitan el trabajo de parto y el nacimiento seguros y saludables al evitar las intervenciones, a menos de que exista una clara indicación médica.

Referencias

- Alfirevic, Z., Devane, G. & Gyte, D. (2013). Continuous cardiocartography (CTG) as a form of continuous electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD006066. doi:10.1002/14651858.CD006066, pub2.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). (2014). *Obstetric care consensus: Safe prevention of the primary cesarean delivery*. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obstetrics and Gynecology*, 114 (3), 714.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Practice Bulletin #106, Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. *Obstetrics & Gynecology*, 114, 192-203.
- American Society for Anesthesiologists. (1999). Practice guidelines for obstetrical anesthesia: A report for the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia. *Anesthesiology*, 90 (2), 600-11.
- Amis, D. (in press). Healthy birth practice #4: Let labor start on its own. *Journal of Perinatal Education*.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D., & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 12. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3.
- Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nursing. (2008). *Fetal Heart Monitoring*. Washington, DC: AWHONN.
- Brown, H., Paranjothy, S., Dowswell, T., et al. (2008). Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.4: CD004907.
- Buckley, S. (2014). *The Hormonal Physiology of Childbearing*. New York: Childbirth Connection.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/full>
- Chantry, C., Nommsen-Rivers, L., Peerson, J., et al. (2011). Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to maternal intraprtum fluid balance. *Pediatrics*, 127 (1), 171-179.
- Crenshaw, J. (in press). Healthy birth practice #6: Keep mothers and babies together: It's best for mothers, babies and breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*.
- Dawood, F., Dowswell, T., & Quenby, S. (2013). Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD007715.pub2. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007715.pub2/full> Accessed on July 4,

2014.

- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to Mothers I: Report of the First US Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York: Maternity Center Association.
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to Mothers III: Pregnancy and Childbirth*. New York: Childbirth Connection.
- DiFranco, J., & Curl, M. (in press). Healthy birth practice #5: Birth in uprights positions, push as the body dictates. *Journal of Perinatal Education*, 23(4).
- Goer, H., & Romano, A. (2012). *Optimal Care in Childbirth: The Case for a Physiologic Approach*. Seattle, WA: Classic Day Publishing.
- Green, J., & Hotelling, B. (in press). Healthy birth practice #3: Bring a loved one, friend or doula for continuous support. *Journal of Perinatal Education*, 23(4).
- Hartmann, K.I, Viswanathan, M., Palmieri, R., et al. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 293 (17), 2141-8.
- Hersh, S., Megregian, M., & Emeis, C. (2014). Intermittent auscultation of the fetal heart rated during labor: An opportunity for shared decision making. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 59 (3), 344-49.
- Lent, M. (1999). The medical and legal risks of the electronic fetal monitor. *Stanford Law Review*. 51, 807-837.
- Ondeck, M. (in press). Healthy birth practice #2: Move, walk and change positions throughout labor. *Journal of Perinatal Education*, 23 (4).
- Sartwelle, T. (2012). Electronic fetal monitoring: A bridge too far. *Journal of Legal Medicine*. 33:313-379.
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 1. [DOI:DOI:10.1002/14651858.CD003930.pub3] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/full>
- Smyth, R., Markham, C. & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/full>.
- Wei, S., Wo, B., Qi, H., Xu, H., Luo, Z., Roy, C., & Fraser, W. (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://summaries.cochrane.org/CD006794/early-amniotomy-and-earlyoxytocin-for-delay-in-first-stage-spontaneous-labour-compared-with-routine-care>.
- World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Geneva: Author. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf Accessed on July 5, 2014.

BIOGRAFÍA DE LA AUTORA

Judith Lothian es enfermera materno-infantil y educadora para el parto. Es Presidente del Consejo de Certificación del Educador para el Parto de Lamaze y Editora Asociada del *Journal of Perinatal Education*. También es Profesora Asociada en el Colegio de Enfermería de Seton Hall University.

Correspondencia sobre este artículo deberá dirigirse a Judith A. Lothian, PhD, RN, LCCE, FACCE, 650 76 St., Brooklyn, NY 11209. E-mail: jalothian@aol.com