

Práctica #5 para un Parto Saludable: Evita Dar a Luz Acostada de Espalda y sigue el Deseo de Pujo de tu Cuerpo

Joyce T. DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE
Marilyn Curl, RNC, CNM, LCCE, FACCE

EXTRACTO

Las mujeres en los Estados Unidos todavía dan a luz acostadas de espaldas y con el pujo controlado y guiado por los doctores, restringiéndoles el deseo natural para controlar la duración y la frecuencia del pujo. Los estudios recientes no apoyan estas actividades. Hay mucha discusión sobre las investigaciones recientes y sugerencias sobre cómo mejorar la calidad de la experiencia del parto. Este artículo está actualizado basado en evidencia reciente realizada por Lamaze International, Prácticas que promueven partos normales, Práctica #5 Pujo espontáneo en posición vertical, publicado en el diario de Educación Perinatal. 16(3), 2007.

“The Journal of Perinatal Education” [El diario de Educación Perinatal], 23(4)

Palabras clave: segunda fase del trabajo de parto, confianza, apoyo durante el parto, posición, pujo con glotis abierta, pujo con glotis cerrada, pujo espontáneo, deseo de pujo, duración de la segunda fase, recomendaciones actuales del Congreso Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG), parto óptimo

Actualmente, las mujeres tienen poca experiencia con partos fisiológicos, resultado de las medidas de rutina tomadas en los hospitales. Este enfoque, nos ha dejado una generación de mujeres con recuerdos del parto afectados por el tan común uso de la anestesia general, que después fue reemplazado por el bloqueo muy utilizado actualmente. Las mujeres ya no se encuentran inconscientes durante la fase final del parto, pero casi siempre pierden la sensación que favorece y permite hacer los esfuerzos necesarios para mover al bebé a través del canal de parto y finalmente a sus brazos que esperan.

En esta época, ocurren varios asuntos y complicaciones durante la segunda fase del parto que son complejos y multifacéticos. Estudios recientes confirman que una comprensión sobre el proceso normal del parto es esencial para el manejo correcto de la segunda fase. Históricamente, las mujeres han reconocido y utilizado de manera instintiva las leyes naturales de la gravedad y seleccionado diferentes posiciones sin las restricciones que normalmente conllevan los partos con el modelo médico actual. La investigación actual, indica que la mayoría de las mujeres actualmente dan a luz acostadas sobre la espalda, con el método de pujo guiado, a pesar de que la evidencia confirma que esto trae desventajas tanto para las madres como para los bebés. Además, el uso de la anestesia epidural, aparentemente altera el proceso de la segunda etapa del parto, de tantas maneras que todavía no se comprenden del todo. Muchos hospitales, manejan políticas que dictan cuánto tiempo puede durar la segunda fase del parto, antes de que se indique una intervención quirúrgica, incluso cuando no se identifiquen riesgos en la madre o el bebé. La adquisición de información que sea a la vez imparcial y confiable sigue siendo un desafío para las mujeres que buscan tener un parto seguro y saludable, y para los médicos que las apoyan.

Posiciones para el Parto : Perspectiva Histórica

A través de la historia, ciertas imágenes han representado a mujeres dando a luz en posiciones utilizando la gravedad a su favor para facilitar que baje el bebé, una estrategia que mejora la eficiencia y reduce el cansancio de la madre. Las mujeres daban a luz estando de pie, sentadas y de cuclillas hasta que los médicos comenzaron a utilizar los fórceps en el siglo 17. (Gupta, 2012). Las mujeres que daban a luz, junto con el apoyo de miembros de la familia y parteras de la comunidad, eran muy creativas en sus soluciones y han sido representadas utilizando postes estacionarios, hamacas colgadas, taburetes de parto, y cuerdas para balancearse durante esta etapa final del parto.

Datos secuenciales recolectados por las encuestas: *Listening to Mothers Surveys* (I, II, III) indican que muy pocas mujeres en los Estados Unidos utilizan posiciones alternas durante el parto. La inmensa mayoría (68%), dan a luz acostadas en posición supina o en posición de litotomía, o semireclinadas, lo más comunmente reportado (23%) fue la posición erguida (Declercq, 2013). Menos del 10%, reportan haber dado a luz utilizando posiciones más tradicionales como acostadas de lado, de cuclillas o estando de pie. Más de tres décadas de investigación nos confirman que dar a luz acostadas trae ciertas desventajas, y no hay beneficios que se puedan demostrar para la madre o el bebé. Comparando datos recopilados en encuestas anteriores contra los resultados de versiones recientes, encontramos que el número de mujeres dando a luz en cualquier otra posición que no sea la supina, ha disminuido.

Posiciones Verticales

El estar de pie durante el parto, apoyada en las rodillas y en posición de cuclillas, favorece a que la gravedad ayude a que el bebé baje hacia la pelvis. (Johnson, 1991; Ancheta, 2011). El estar de cuclillas, aumenta el tamaño de la pelvis. Esto ayuda a que el bebé tenga más espacio para moverse y logre descender. La posición de cuclillas es la más agotadora, así que comúnmente es alternada con otras posiciones como acostada de lado, semisentada o de rodillas. Se recomienda descanso durante contracciones para mejores resultados.

Penny Simkin, la muy conocida terapeuta física y experta en partos, sugiere que puede ser de gran ayuda que otros apoyen a la madre, sujetándola debajo de los brazos para que haya el más mínimo peso posible en sus pies y piernas. Esta posición, alarga el tronco de la madre y ayuda a que ésta conserve su energía y ayuda a crear más espacio para el bebé. (Ancheta, 2011).

Aun cuando el estar de rodillas, acostarse de lado o en posición semireclinada desfavorece las ventajas asociadas con la gravedad, estas incluyen otros beneficios de relajación y la oportunidad de descansar más efectivamente entre las contracciones. Dar a luz recostada de lado, reduce el riesgo de desgarres perineales, ya que el bebé baja más despacio. (Shorten, 2002). Al igual que estando de cuclillas o de pie, las dimensiones de la pelvis pueden aumentar en la posición de cuatro puntos, (sobre manos y rodillas) que se utiliza normalmente para reducir el dolor de la espalda que puede ocurrir cuando el bebé permanece en una presentación occipital posterior de manera persistente. (Stremler, 2005).

Durante el trabajo de parto, incluida la segunda fase, las mujeres se benefician si cambian continuamente de posición, e idealmente deberían tener la libertad de cambiar de postura en cualquier momento. El uso de anestesia frecuentemente limita la habilidad que tiene la madre de cambiar de posición sin ayuda. Esto hace que dependa más de los médicos y de sus familiares. En muchos hospitales, hay políticas que requieren que las mujeres permanezcan acostadas después de ser bloqueadas para prevenir accidentes por caídas accidentales. Para lograr que el efecto de la anestesia epidural a través del catéter sea más parejo y se distribuya de mejor manera, recomiendan que la mujer permanezca acostada o semireclinada. Sin embargo, estas posiciones pueden, en algunas ocasiones, causar que el flujo de sangre al bebé se reduzca, ya que se comprimen vasos sanguíneos importantes, localizados detrás del útero. (Hanson, 2007). El movimiento libre de la madre se complica ya que tiene que permanecer con hidratación intravenosa, monitoreo constante del ritmo cardíaco fetal, y en algunos casos uso de sondas urinarias para prevenir distensión de la vejiga. Estas prácticas comunes no evitan que las madres utilicen diferentes posiciones durante el trabajo de parto y el nacimiento pero podrían no lograrlo sin la ayuda forzosa de otras personas y ello resulta más complicado e incómodo.

Optimizar Resultados

Hace más de 30 años, los investigadores comenzaron a cuestionarse la práctica del pujo dirigido que iniciaba cuando el cérvix se dilataba por completo sin tomar en consideración variantes individuales y la retroalimentación de la madre. (Caldeyro-Barcia, 1979). Desde esa época, al evaluar a madres y bebés, varios estudios han demostrado la eficacia del pujo dirigido por el paciente. (Hanson, 2007; Albers, 2006; Prins, 2011) al evaluar los resultados maternos y fetales. A pesar de estos descubrimientos, el pujo dirigido por el médico, continua siendo la norma según la segunda versión de la Encuesta «Escuchando a las Madres» (*Listening to Mothers*) (Declercq, 2006), ya que el 79% de las participantes en la encuesta reportaron que enfermeras y médicos les dirigieron sus esfuerzos de pujo durante el parto.

A las mujeres que se les anima a pujar de manera espontánea en coordinación con el deseo de pujo autopercebido, consistentemente limitan sus esfuerzos a cortos esfuerzos de 5 a 7 segundos y con frecuencia roncan, gimen o se quejan liberando aire a través de la glotis abierta. Esta práctica mejora la oxigenación a través de esfuerzos en sincronía del útero y del sistema respiratorio (Osborne, 2014). La investigación, no apoya la tan común práctica del pujo dirigido. Se ha demostrado que estresa el sistema cardiovascular de la madre, reduce el oxígeno circulante, y puede causar cambios en la frecuencia cardíaca fetal. Goer & Romano (2012) encontraron evidencia para demostrar que el pujo forzado y dirigido, tiene el potencial para aumentar la presión sobre el bebé y el cordón umbilical y en los tejidos del perineo, provocando mayores desgarres y musculatura más débil en el piso pélvico, mismos que pueden resultar en incontinencia urinaria.

Un estudio (Bloom, 2006) demuestra que el pujo dirigido hace que la segunda fase del trabajo de parto sea más corta

(en promedio 13 minutos). Pero esta no se considera una diferencia significativa. Dado el potencial de resultados adversos asociados con el pujo dirigido, esta práctica debe ser considerada cuidadosamente por los médicos que creen que una segunda etapa más corta es un objetivo benéfico.

Controversias Clínicas en el Manejo de la Segunda Fase del Parto

No se conoce todavía el tiempo ideal que debe durar la segunda fase del trabajo de parto, sin embargo, muchos estudios apoyan que se vuelvan a evaluar las creencias que nos han transmitido durante muchos años. De manera fisiológica, usualmente hay un período de tiempo después de la dilatación completa cuando las contracciones empiezan a disminuir, que permite que la madre descanse un poco, antes de que el bebé siga pasivamente descendiendo. Durante este tiempo, las mujeres reportan poca o ninguna necesidad de ayudar con pujos espontáneos para lograr bajar al bebé. Históricamente, en 1954 el Congreso Americano de Ginecólogos y Obstetras, (ACOG), recomendó que el tiempo entre la dilatación completa hasta el nacimiento sea de 2 horas, para mujeres nulíparas y de 1 hora menos para mujeres múltiparas. Un estudio reciente realizado por Cheng (2014) sugiere que la segunda fase del parto puede durar hasta 5 horas en mujeres nulíparas cuando se utiliza anestesia epidural. En febrero de 2014, la ACOG emitió una declaración conjunta con la Sociedad de Medicina Materno Fetal (SMFM) en relación con la investigación actual. En su documento llamado "Prevención Segura del Parto por Cesárea Primaria" concluyeron que: los riesgos de aumentar la duración prevista de la segunda fase del trabajo de parto, parecen ser «bajos e incrementales». En ningún momento se menciona que el cambiar de posición facilita la rotación y no se reconoce que se prefiera el pujo espontáneo en lugar del pujo dirigido prolongado. El reporte sí reconoció que la presencia continua de personal de apoyo como las "doulas" puede ser una de las herramientas más efectivas para tener mejores resultados durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Cerrando la brecha entre la Investigación y la Práctica

Las creencias conflictivas y una resistencia a la aplicación de la investigación en el ámbito clínico siguen afectando la gestión de la segunda etapa del parto. A pesar de la evidencia irrefutable de que el pujo dirigido es de poco valor y puede, en muchos casos, tener consecuencias negativas tanto en las madres como en los bebés, sigue siendo una práctica rutinaria en muchos hospitales. Las parteras en general han sido más abiertas a los cambios y sugerencias recomendados que los mismos médicos. Estos a menudo optan por seguir haciendo lo que siempre han hecho, o sea, ser renuentes al cambio para mejorar.

Las Educadoras para el Parto deben seguir enseñando a las familias sobre los beneficios que tiene acercarse al parto de una manera fisiológica, y deben de ayudarles a entender cómo el proceso se ve reforzado por un enfoque basado en la evidencia que incluye lo siguiente:

- Posiciones determinadas por la madre durante la segunda fase del trabajo de parto
- Reconocer que la duración de la segunda fase del trabajo de parto es variable y puede prolongarse sin efectos adversos
- No fomentar el pujo y retrasarlo hasta que la madre tenga un deseo natural de pujar durante el trabajo de parto
- Apoyo continuo en el trabajo de parto por miembros de la familia y profesionales de la salud

Hace casi una década, Lamaze International, recomendó que las mujeres opten por posiciones verticales de manera espontánea, en lugar del pujo dirigido. En los años siguientes, ningún estudio ha refutado este enfoque sobre el manejo de la segunda etapa del trabajo de parto. Cambiar la cultura de los partos no será fácil pero es inevitable, ya que la expectativa de los sistemas médicos es basar sus teorías en evidencias. Las prácticas de atención seguirán proporcionando un marco para un parto seguro y saludable.

Referencias

Aasheim, V., Nilsen, A.B., Lukasse, M., & Reinar, I.M. (2011). *Cochrane Database System Review*. Dec7;(12):CD006672. Doi: 10:100w/14651858. CD006672.pub2.

Albers L.A., Sedler K. D., Bedrick E.J., Teaf D. & Peralta, P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, 33(2), 94-100.

Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedrick, E.J., Teaf, D., & Peralta, P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *Journal of Midwifery Womens Health*, 50(5), 365-372.

Bloom, S., Casey, B., Schaffer, J., McIntire, D., & Leveno, K. (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(1), 10-13.

Buckley, S. J. (2002). Ecstatic birth the hormonal blueprint of labor. *Mothering Magazine*, March-April, 1-10.

Caldeyro-Barcia, R. (1979). The influence of maternal bearing down efforts during second-stage on fetal well-being. *Birth*, 6, 17-21.

Cheng, Y.W., Shaffer, B.L., Nicholson, J. M., & Caughey A. B. (2014). Second stage of labor and epidural use: a larger effect than previously suggested. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3):527-35.

Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., & Applebaum, S. (2006). *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.

Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to Mothers III Pregnancy and Birth: Report of the third national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.

Goer, H., & Romano, A. (2012). *Optimal care in childbirth the case of a physiologic approach*, Section VI. Seattle, WA: Classic Day Publishing.

Gupta, J.K., Hofmeyr, G. J., & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Data Base of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.:* CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue7, Art. No.* CD003766.

Jain, L., & Eaton, D.C. (2006). Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect on labor. *Seminars in Perinatology*, 30(1):34-43.

Janni W., Schiessl, B., Peschers, U., Huber, S., Stobl, B., Hantschmann, P., et al. (2002). The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(3), 214- 221.

Johnson, N., Johnson, V., & Gupta, J. (1991). Maternal positions during labor. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 46(7), 428-434.

Mayberry, L.J., Wood, S.H., Strange, L.B., Lee, L., Heisler, D.R., & Nielsen-Smith, K. (2000). *Second-stage management: promotion of evidence-based practice and a collaborative approach to patient care*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).

Osborne, K. &. (2014). Labor Down or Bear Down: a strategy to translate second-stage labor evidence to perinatal practice. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 28(2), 117-126.

Prins, M., Boem, J., Lucas, C., Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labor on mother and fetus: a systematic review of randomized trials. *British Journal of Obstetrics & Gynecology*, 118(6), 662-70. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x. Epub 2011 Mar.10.

Roberts, J., & Hanson, L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(3), 238-245.

Safe prevention of the primary cesarean delivery. (2014). *Obstetric Care Consensus No. 1*. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol*, 123, 693-711.

Schaffer, J., Bloom, S., Casey, B., McIntire, D., Nihira, M., & Leveno, K. (2006). A randomized trial of the effects of coached vs. un-coached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 192(5), 1692-1696.

Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002) Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29(1), 18-27.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia*. Iowa:Wiley-Blackwell.

Stremler, R., Hodnett E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J., & Willan, A.R. (2005). Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*, 32(4), 243-251.

Tuuli, M.G., Frey, H.S., Odibo, A.O., Marrcones, G.A., & Cahill, A.G. (2012). Immediate compared with delayed pushing in second stage labor: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* Sept. 120(3), 660-668.

BIOGRAFIA DE LAS AUTORAS

Joyce T. Di Franco ha sido Educadora Certificada por Lamaze durante 30 años y formadora de educadoras durante 25 años. Actualmente se encuentra retirada.

Marilyn Curl ha sido miembro de Lamaze desde 1979. Fue Presidente y miembro del “Consejo de Certificación y Presidente de Acreditación”. Actualmente es gerente interina de enfermeras en un hospital rural en el este de Washington State.

Correspondencia sobre este artículo deberá dirigirse a: Joyce Thomas Di Franco, RN, BSN, LCCE, FACCE, 6926 Maycroft Dr., Rancho Palos Verdes, CA 90275. E-mail: LittlePeg@aol.com