

Institutul **Lamaze**

pentru **Naștere Normală**

Practici de Îngrijire care Promovează Nașterea Normală

NR. 4: FĂRĂ INTERVENȚII DE RUTINĂ

O femeie gravidă de la cursul Lamaze întâlnește educatorul prenatal „La televizor arată că majoritatea femeilor în travaliu sunt în pat. Ele sunt conectate la mașini, cum este cea care monitorizează inima bebelușului. Nu este nașterea mai sănătoasă cu tehnologia din ziua de astăzi?”



Photo © 2003 Robbyn Osten - www.firstbreath.net

Dezvolatarea îngrijirii medicale a făcut nașterea mai sigură, în special pentru femeile cu sarcini având risc crescut sau pentru bebelușii prematuri. Intervențiile obstetrice cum ar fi liniile intravenoase (IV), monitorizarea electronică fetală (MEF), augmentarea (grăbirea nașterii) și anestezia epidurală sunt rutină în multe dintre spitale. Totuși, cercetările nu au indicat că aceste intervenții îmbunătățesc rezultatele nașterii pentru toate femeile. De fapt, cercetările sugerează că dacă nu există o indicație medicală clară (un motiv) pentru o intervenție, interferarea cu procesul natural al travaliului și nașterii este puțin probabil să fie benefică, putând fi chiar dăunătoare. Intervențiile pot fi simple, cum ar fi separarea mamelor și a nou-născuților după naștere, sau complexe, cum ar fi utilizarea monitorizării electronice fetale continue pentru un travaliu normal.

Restricții de Mâncare și Băutură

Restricționarea lichidelor și alimentelor în timpul travaliului este o tradiție obstetrică larg răspândită. A început cu aproximativ 50 de ani în urmă, atunci când femeile nășteau sub anestezie generală, fără protecția căilor respiratorii. Tradiția este bazată pe considerația că reducerea rapidă a conținutului stomacal va face ca posibilitatea apariției aspirației gastrice (intrarea conținutului stomacului în plămâni), în cazul în care o femeie vomită în timpul anesteziei generale, să fie mult redusă. Totuși, tehnicile de anestezie s-au îmbunătățit considerabil în ultimii 50 de ani. Anestezia generală este rară în obstetrica modernă; aspirația este rară în anestezia modernă; nici o perioadă de accelerare nu garantează un stomac gol; și lichidele clare părăsesc stomacul aproape imediat. Din aceste motive, mulți furnizori de servicii de sănătate nu mai restricționează mâncatul și băutul în timpul travaliului normal.

Societatea Americană a Anesteziștilor (SAA) și Colegiul American de Obstetrică și Ginecologie (CAOG) recomandă ca femeile cu travalii fără risc să consume lichide clare în timpul travaliului.^{1,2} Moașele recomandă frecvent consumul snacksurilor și al fluidelor care oferă energie pentru un travaliu lung. Societatea Obstetricienilor și Ginecologilor din Canada declară că „o femeie în travaliu activ ar trebui să primească o dietă lichidă și ușoară”.³ Grupul de Sarcină și Naștere Cochrane, o sursă de informații bazate pe evidențe respectată la nivel

mondial, recomandă utilizarea unei diete sărace în grăsimi și cu puține reziduuri pentru travaliu.⁴ Anestezistii conduc studii despre siguranța alimentării în travaliu.⁵ Tradiția restricționării mâncatului și băutului în timpul travaliului s-a schimbat pe măsură ce au apărut cercetări și descoperiri noi.

Utilizarea Fluidelor Intravenoase

Terapia intravenoasă a fost folosită de rutină pentru a preveni deshidratarea femeilor restricționate să mănânce și să bea și pentru a oferi acces rapid la venă în caz de urgență. Totuși, necesitatea IV la toate femeile aflate în travaliu a fost pusă la îndoială.⁶ Urgențele cu amenințarea vieții sunt foarte rare la femeile cu travalii fără risc; IV nu oferă nutriție sau energie asemănătoare cu cea oferită de hrană și fluide; unele femei găsesc IV ca fiind dureroasă și stresantă; și IV face ca femeile să găsească dificilă schimbarea pozițiilor și mișcarea liberă de jur împrejur. Conform Grupului pentru Sarcină și Naștere Cochrane, utilizarea de rutină a IV nu pare să fie benefică.⁴

Dacă travaliul vă este indus sau grăbit, dacă aveți o epidurală, sau dacă nu puteți să beți și să mâncați, atunci veți avea nevoie de o IV.

Monitorizarea Electronică Fetală Continuă

Bătăile cordului fetal pot fi monitorizate fie prin auscultație (ascultând cu un aparat Doppler sau cu un stetoscop) fie prin monitorizare electronică fetală. MEF poate fi făcută continuu (constant) sau intermitent (din când în când). Un exemplu de monitorizare electronică intermitentă este atunci când monitorul este lăsat pe femeia în travaliu timp de 20 minute în fiecare oră, și scos restul de 40 minute. În timp ce monitorul este scos, femeia în travaliu este



liberă să se miște și să folosească măsuri de confort de tipul, băii în cadă sau a dușului. MEF Continuă restricționează abilitatea unei femei de a se mișca și de a schimba pozițiile, de obicei acest lucru însemnând că femeia stă în pat. Accesul ei la o varietate mare de măsuri de confort, cum ar fi utilizarea dușului, căzii, a mingiei de travaliu, poate fi restricționată.

Recomandările pentru monitorizarea prin auscultație depinde dacă femeia este considerat ca având un travaliu cu sau fără risc. Pentru travaliile fără risc, experții recomandă ca asistenta să asculte bătăile cordului fetal la fiecare 30 minute în timpul travaliului activ (faza în care cervixul se deschide până la 10 cm) și la fiecare 15 minute în timpul stadiului al doilea (când femeia împinge). Pentru travaliile cu risc crescut, asistenta trebuie să asculte bătăile cordului fetal la fiecare 15 minute în timpul travaliului activ și la fiecare

5 minute în timpul celui de-al doilea stadiu.^{7,8}

Conform Colegiului American de Obstetrică și Ginecologie (CAOG) și Asociației pentru Sănătatea Femeii, Obstetrică și Asistente Neo-natologie (ASFOAN), femeile sănătoase care nu au complicații pot fi monitorizate fie prin auscultație intermitentă, fie prin MEF.^{7,8} Studiile care au comparat auscultația cu MEF au dezvăluit că nu există nici o diferență în ceea ce privește rezultatele pentru bebeluș. Totuși, mamele cu MEF au mai multe nașteri

cezariene.⁴ CAOG sugerează utilizarea auscultației în locul MEF ca modalitate de reducere a ratei cezarienei.

Discutați cu medicul vostru curant despre utilizarea auscultației și a MEF intermitente în locul MEF continue. Totuși, dacă aveți complicații medicale, dacă travaliul vă este indus sau grăbit artificial, dacă aveți o epidurală, sau dacă există o problemă în timpul travaliului, veți avea nevoie de MEF continuă.

Grăbirea travaliului: Ruperea Artificială a Membranelor și Augmentarea Travaliului

Limitarea travaliului în timp pare să sune promițător, dar intervenirea în ritmul și durata travaliului fără o indicație medicală este puțin probabil să fie benefic.⁴ Fiecare travaliu este unic și este influențat de un număr de factori, inclusiv mărimea și poziția bebelușului, abilitatea gravidei de a se mișca liber, încrederea pe care ea o simte și suportul pe care îl primește în travaliu. Ruperea pugii de apă (ruperea membranelor) poate scurta travaliul, dar există o serie de repercusiuni.⁴ Punga de apă care înconjoară bebelușul îl protejează de infecții și de presiune pe măsură ce se mișcă înspre canalul de naștere. Cercetările sugerează că atunci când membranele sunt rupte timpuriu în timpul travaliului, rata de operații cezariene crește.¹⁰ Din cauza faptului că ruperea prelungită a membranelor este asociată cu un risc crescut de infecție atât pentru mamă cât și pentru făt, timpul începe să se scurgă într-un mod cât se poate de realist odată ce membranele s-au rupt. Dacă travaliul nu progresează, un medic curant poate sugera utilizarea oxitocinei artificiale (Pitocina) pentru a accelera travaliul. În travaliul normal, oxitocina este eliberată de creier. Atunci când oxitocina este eliberată în cantitate mare, sunt eliberate și endorfinele. Endorfinele, hormoni de anihilare a durerii naturali, ajută femeia să facă față travaliului, reducând percepția durerii. Pitocina, oxitocină artificială, furnizată prin perfuzie IV, nu ajunge la creier; de aceea, nu declanșează eliberarea endorfinelor.

Pitocina schimbă travaliul și în alte moduri. Conracțiile femeilor care au primit Pitocină sunt mai puternice, mai lungi, și adesea mai dureroase. Dacă Pitocina a fost oferită, femeile au nevoie de alte intervenții, de tipul perfuziei IV sau MEF continue. Atunci când au primit Pitocină, femeile sunt, de obicei, restricționate la pat, fără confortul mișcării libere sau utilizării băii calde sau a dușului. Conracții mai puternice, pierderea endorfinelor și inabilitatea de a utiliza măsurile de confort cresc probabilitatea ca femeile să aibă nevoie de analgezie epidurală.

Conform Grupului pentru Sarcină și Naștere Cochrane, „Permițând femeii să se miște de jur împrejur și să mănânce și să bea după cum dorește poate fi cel puțin la fel de eficient și cu siguranță mai plăcut pentru un număr considerabil de femei care se presupune că ar avea nevoie de augmentare.”⁴ Cercetările sugerează că amniotomia (ruperea membranelor) și augmentarea cu Pitocină ar trebui să fie rezervată pentru femeile care au cu adevărat o progresie anormală a travaliului. Nici una dintre ele nu ar trebui să fie folosită pe principii de rutină.

Analgezia Epidurală

Cele mai multe femei se tem de durerea travaliului și a nașterii și sunt nerăbdătoare să utilizeze medicația împotriva durerii, în special atunci când medicația este atât de eficientă ca epidurala în ceea ce privește ameliorarea durerii. În unele spitale mai multe de 90% dintre femei beneficiază de analgezie epidurală în timpul travaliului. 60% dintre femeile dintr-un

sondaj realizat în Statele Unite au raportat că au făcut epidurală. Totuși, 26% până la 41% dintre aceste femei nu cunoșteau efectele secundare ale epiduralelor.¹¹

Cu o epidurală, din cauza relaxării mușchilor pelvieni, poate dura mai mult până când bebelușul se va roti și va coborâ prin canalul de naștere. Absența durerii poate interfera cu eliberarea naturală de oxitocină și poate duce la nevoia de a stimula travaliul cu Pitocină. Deoarece medicația epidurală poate determina o scădere a tensiunii arteriale, utilizarea fluidelor IV atât înainte cât și după epidurală este recomandată. Pentru medicamentele utilizate în epidurale pot scădea tensiunea arterială a mamei, ritmul bătăilor cordului fetal trebuie monitorizat continuu cu MEF. Unele femei cu epidurale nu simt nevoia să urineze, și de aceea poate fi necesară instalarea unui cateter vezical pentru a goli vezica urinară.

Schimbările în fiziologia travaliului și nașterii și intervențiile necesare pentru a asigura siguranța mamei și a copilului în timpul unei epidurale, pregătesc terenul pentru un număr de posibile efecte nedorite. Studiile au indicat faptul că epiduralele sunt asociate cu o rată scăzută de nașteri spontane vaginale, o rată crescută de nașteri instrumentale (vacuum sau forceps), și travalii mai lungi, în special pentru femeile aflate la prima naștere. Studiile au indicat deasemenea că femeile cu epidurale au rate crescute de febră în timpul travaliului. Ca rezultat, bebelușii lor pot avea nevoie să fie testați și tratați de posibile infecții, ceea ce duce la separarea lor de mame.¹² Dovezile demonstrează că utilizarea epiduralelor, în special la mamele aflate la prima naștere, poate crește rata de operații cezariene.¹³

Este normal să cântăriți cu atenție riscurile și beneficiile epiduralelor înainte de a lua o decizie personală. Fiecare travaliu este unic. Dacă travaliul tău este deosebit de lung și tu ești foarte obosită, utilizarea epiduralei poate oferi o pauză benefică. Pot fi și indicații medicale pentru epidurale – de exemplu, dacă este nevoie de o operație cezariană. Dacă ești foarte activă pe durata travaliului, și ești liberă să te miști și găsești confort într-o varietate de moduri, este mai puțin probabil să ai nevoie de epidurală, să ai nevoie să fie instalată în timpuriu în travaliu, sau să ai nevoie de atât de multe medicamente. Utilizând o doză mică de medicament pentru epidurală, care este folosit mai târziu în timpul travaliului, și permițându-i să se epuizeze înainte de a împinge, poți reduce rata efectelor nedorite.

Recomandări de la Lamaze International

Lamaze International recomandă să evitați restricțiile cu privire la mâncare și lichide, și să discutați cu medicul vostru despre utilizarea perfuziilor IV, MEF continue, ruperea artificială a membranelor, augmentarea travaliului și epidurale pentru ca ele să vă fie administrate numai dacă există o indicație medicală. Lamaze International vă încurajează să aveți încredere în abilitatea voastră de a naște fără intervenții de rutină, și să alegeți un medic și un spital care utilizează intervențiile numai dacă sunt medical necesare.

Bibliografie

1. American Society of Anesthesiologists Task Force. (1999). Practice guidelines for reoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: Application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*, 90(3), 896–905.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). ACOG practice bulletin: Obstetric analgesia and anesthesia. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 177–191.

3. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). (1998). Healthy beginnings: Guidelines for care during pregnancy and childbirth. Retrieved from http://www.sogc.medical.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/library_e.shtml#obstetrics
4. Enkin, M., Kierse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.
5. Kubli, M., Scrutton, M.J., Seed, P.T., & O'Sullivan, G. (2002). An evaluation of isotonic "sports drinks" during labor. *Anesthesia & Analgesia*, 94(2), 404–408.
6. Begum, M. (1999). In B. Sengupta et al. (Eds.), *Obstetrics for Postgraduates and Practitioners*. New Delhi: BI Churchill Livingstone.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (1995). Fetal heart rate patterns: Monitoring, interpretation, and management. *ACOG Technical Bulletin* (No. 207). Washington, DC: ACOG.
8. Feinstein, N.F., Sprague, A., & Trépanier, M.J. (2000). *Fetal heart rate auscultation*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: ACOG.
10. Fraser, W., Turcot, L., Krauss, I., & Brisson-Carrol, G. (2003). Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* (Issue 2). Oxford: Update Software.
11. Declerq, E., Sakala, C., Corry, M., et al. (2002). Listening to mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association.
12. Lieberman, E., & O'Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *Supplement to American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5): S31–S68.
13. Howell, C.J. (2003). Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labor. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* (Issue 3). Oxford: Update Software.

Realizat de către Lamaze International Consiliul de Educație

Autori Principali:

Judy Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE

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

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

Contributors and Reviewers:

Diana Chiaverini, RN, MEd, LCCE,
FACCE

Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE
Caroline Donahue, RN, MA, LCCE,

FACCE

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

© 2003 Lamaze International. "Lamaze" este o marcă înregistrată de Lamaze International, Inc. documentul poate fi copiat și distribuit atâta timp cât atribuirea lui la Lamaze International este inclusă. Pentru mai multe informații despre Lamaze International, vizitați Web site-ul nostru la <http://www.lamaze.org> sau sunați la (800) 368-4404 sau (202) 367-1128.