



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/155.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E “Impacto social del conocimiento” - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **La epidural y la libertad de movimiento en el proceso de dilatación y parto**

*Autores* Natalia Benayas Pérez, Rocío González Segura, Elisa Hernández Llorente, Sofía Irene Valladolid Benayas

*Centro/institución* Hospital Torrecárdenas

*Ciudad/país* Almería, España

*Dirección e-mail* Glucosita\_nbp@hotmail.com

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

El avance de la medicina y la antigua morbimortalidad materna en los partos hizo que se institucionalizaran los partos y que se realizasen intervenciones médicas sin disponer de la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia. La alta tasa de natalidad y ahora las nuevas tendencias a denunciar al profesional sanitario hacen además que se cree la medicina defensiva, la cual limita toda actitud más naturalista hacia la puramente médica.

En la actualidad con los nuevos métodos de monitorización fetal, las perfusiones oxitócicas<sup>1</sup> el aumento del uso de la epidural y las técnicas rutinarias han degenerado en que la mayoría de las mujeres en España permanecen tumbadas desde su llegada al hospital por lo que el deambular durante la dilatación o adoptar posiciones diferentes al decúbito se ven mermados, así mismo las mujeres están continuamente monitoreadas en sus constantes vitales lo cual limita a sí mismo la movilidad aún más. El progreso de la obstetricia como de la cultura en general, no es uniforme ni simultáneo en todas partes del mundo; en un mismo momento se encuentran obstetricias que por su grado de evolución corresponden a períodos diferentes.

Ahora surgen diferentes iniciativas para equilibrar a la situación y organizaciones como el parto es nuestro o las diferentes asociaciones de matronas o de mujeres están reivindicando la autoridad de la mujer frente a su propio parto, con el fin de mejorar la vivencia y el autocontrol del propio cuerpo durante el parto además de empoderar a las mujeres para decidir sobre la evolución de su dilatación el uso de diferentes técnicas obstétricas o incluso la elaboración de su propio libro de partos. “Con especial hincapié

en la garantía de elección, libre e informada, de la mujer en relación con su maternidad, su parto y la crianza de su bebé, en especial la lactancia materna precoz”.<sup>2</sup> Todo esto queda fijado en el Real Decreto 101/1995<sup>3</sup>, el que se determinan los derechos de los padres y los niños/as en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento y por “Atención Hospitalaria al Parto. Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias”<sup>4</sup> que recoge recomendaciones sobre derechos y seguridad del paciente, criterios organizativos de la maternidad hospitalaria también emite recomendaciones sobre el consentimiento informado, la información sobre la libre elección de postura en el parto y la analgesia epidural. Como marco establecido por la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS,<sup>5</sup> impulsada por el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) y aprobada en 2007.

### **Objetivos del estudio**

Conocer si las mujeres pueden realmente decidir sobre la libertad de movimientos durante la dilatación y dilucidar si pueden solicitar libremente la epidural. Averiguar si se informa a las mujeres sobre sus derechos sobre el parto.

### **Metodología**

Revisión bibliográfica y búsqueda de artículos en la base de datos MEDLINE, Cuiden, PubMed, Cochrane Plus, Scielo, sobre estudios realizados en los últimos años, publicados en los cinco últimos años con los siguientes límites: humanos, mujeres, idiomas español e inglés Core clinical journals, Nursing journals, Bioethics, Cancer, Complementary Medicine, History of Medicine, Space Life Sciences, Systematic Reviews, MEDLINE, PubMed Central, Adult: 19-44 years.

### **Resultados**

Con el fin de seguir las iniciativas citadas una de las obligaciones es ofrecer a las gestantes sin factores de riesgo o con bajo riesgo, una asistencia al parto de forma natural, con la mínima intervención posible, garantizando la vigilancia materno-fetal necesaria para evitar riesgos no deseados y respetando en todo momento el derecho a la autonomía, información e intimidad de la mujer y su pareja. Respecto a todo esto la novedad médica impulso a la sociedad a pensar que “parir con dolor no tenía ningún sentido si lo podías evitar”, pero las nuevas corrientes asumen que técnicas alternativas y menos a invasivas pudiesen ser más válidas y menos riesgosas que la epidural y por eso se empiezan a usar otras técnicas como la acupunturas o los tens.<sup>6,7</sup> Este hecho ha colocado a la epidural, como técnica electiva que es, en el centro del debate y arma arrojadiza de ambos lados.

Aun así la técnica analgésica más comúnmente utilizada es la epidural. Consiste en la administración de anestésicos locales y/o analgésicos potentes (opioides) a nivel del espacio epidural lumbar, hasta obtener un bloqueo sensitivo, no motor, de las raíces encargadas de transmitir el dolor durante las dos fases del parto<sup>8</sup>.

Tiene efectos sobre la dilatación cervical como efecto antiespasmódico y sobre las contracciones uterinas produciendo el aumento de las necesidades de oxitócicos hay estudios que refieren que corrige distocias dinámicas. Sobre el periodo de expulsivo lo prolonga un 50%, sobre todo si hay bloqueo perineal precoz y bloqueo motor. Mejora tolerancia del feto (acidosis fetal) a la duración de este período (3h vs 2h). Pero sin

embargo causa hipotonía músculos del periné y pérdida del reflejo de pujo. En el alumbramiento facilita la contracción del útero y reduce las pérdidas hemáticas.<sup>9</sup>

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología opina que “el dolor de parto constituye en sí una clara indicación para el empleo de técnicas peridurales en la gestante, más allá de cualquier consideración de tipo médico”<sup>10</sup> Aunque teniendo en cuenta que la base principal de estudio es el parto en movimiento la técnica de epidural elegida sería aquella que permite la bipedestación a la usuaria y esa elección depende más de posibles factores de riesgo, y de la recomendación del anestesista concreto más que de la decisión de la madre.

## **Discusión**

La dualidad entre matronas y ginecólogos en la asistencia al parto choca en las diferentes concepciones del parto, uno lo sugiere como algo que potencialmente puede necesitar algún tipo de instrumentación, por lo que eligen la postura de litotomía frente a las nuevas corrientes que están educando a las matronas en la libre elección de movimiento<sup>11</sup>.

Se ha extendido el uso de la analgesia neuroaxial, una técnica muy eficaz no exenta de riesgos, que obliga a una mayor vigilancia y dificulta la movilidad y la percepción de la sensación de pujo, por lo que relega a las mujeres a un papel más pasivo. Sin embargo, la implementación de otros métodos de alivio del dolor de reconocida eficacia y seguridad y que interfieren menos con la fisiología del parto y el protagonismo de las mujeres, ha sido escasa.<sup>12</sup> Las mujeres con analgesia neuroaxial combinada intradural-epidural suministrada por ellas mismas alcanzan mayor grado de satisfacción con el alivio y control del dolor que las que reciben continuo apoyo por la matrona más otras formas de analgesia. La satisfacción global con la experiencia del parto y nacimiento es alta y similar en mujeres de ambos grupos<sup>13</sup>.

## **Conclusiones**

Se ha sugerido que las posiciones verticales y la deambulación podrían acortar la duración de la primera fase del parto y que la libertad de movimientos permite adoptar posiciones que alivian el dolor<sup>14</sup>.

Obtener recursos y útiles para el día del parto aumenta la satisfacción y la sensación de bienestar en el binomio padres-neonato, así mismo aumenta el grado de comprensión en cuanto al proceso, y mejora el modo en que los profesionales se dirigen a la usuaria. Esto sirve de poco sin una buena educación maternal para conocer y experimentar posiciones y movimientos que podrá más tarde utilizar el día del parto y entender el sentido de cada posición y cada movimiento en las diferentes etapas del parto<sup>15</sup>, por eso es imprescindible una buena educación maternal llevada a cabo desde centros de salud, que posibilite la llegada de cada mujer a su propio parto información para decidir de manera consciente sobre su evolución.

Respecto a la epidural, hay que diferenciar entre analgesia que es la abolición del dolor y anestesia que es la abolición de toda sensibilidad. La analgesia se usa en el parto y la anestesia en la cesárea. La decisión sobre el tipo de anestesia no es única de la madre.

Es una técnica para la cual es indispensable haber firmado y leído el consentimiento informado.

En epidural ambulante<sup>16</sup>, el anestesista inyecta una pequeña cantidad de una potente anestesia en el líquido cefalorraquídeo, por debajo de la médula espinal y uno de los argumentos utilizados en contra de la epidural ambulante es que las mujeres pueden no

ser capaces de sentir sus piernas de manera adecuada y que por ello podrían caerse o lastimarse. La incidencia de prurito es mayor a la de la epidural convencional debido a la administración de opiáceos. Aunque esta afección resulta molesta, normalmente es bien tolerada por la mujer.

## **Bibliografía**

1. Odent M, El Nacimiento en la Era del Plástico. Santa Cruz de Tenerife: Ob Stare 2011.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. Presentación y memoria de actividad. Madrid 2006-2012
3. Consejería de Salud. LAN 1995\153 Legislación (Disposición vigente), Decreto 101/1995, de 18 abril, BO. Junta de Andalucía, núm. 72/1995 [pág. 4553] (17 mayo 1995).
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria, estándares y recomendaciones informes, estudios e investigación. Madrid 2009
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud SANIDAD. Madrid 2007
6. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Número 4, Update Software Ltd. Oxford 2006.
7. Carroll D, Moore RA, Tramèr MR, McQuay HJ. Transcutaneous electrical nerve stimulation does not relieve labour pain: updated systematic review. Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynecology; Sept:195-205. 1997
8. Vázquez Soto MC. Analgesia epidural en el parto y otras medidas de apoyo. Ed: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria 2012.
9. Tsen LC. What's new and novel in obstetric anesthesia? Contributions from the 2003 scientific literature. Inter J Obstet Anesth, 14 126-146. 2005
10. ACOG Committee Opinion: Committee on Obstetrics: Maternal and Fetal Medicine: Pain relief during labor. Int J Gynecol Obstet; 42:73. 1993
11. Calais-Germain B. Anatomía para el movimiento. El periné femenino y el parto. Elementos de anatomía y bases de ejercicios. 6ª ed. Barcelona: La Liebre de Marzo; 2008.
12. Oliveras Farrús J, Limia Ascáriz G: Anestesia y reanimación en operatoria obstétrica. En Carrera JM: Tratado de Obstetricia Dexeus. III. Tratado y Atlas de Operatoria Obstetrica., cap16.pp431- 463, Salvat, Barcelona 1978.
13. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, Guías de práctica clínica en el SNS. 2010
14. Pelayo Delgado I, de la Fuente JL. Guía práctica en ginecología en Atención Primaria. Ed: Glosa SEGO; Barcelona: 2009.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Educación para la maternidad. Tomo1. Madrid: Instituto nacional de salud, Secretaría general; 1995.
16. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia: "Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia". Anesthesiology; 106:843-63. 2007