

Hidratación durante el trabajo de parto

Patricia Vico Arias, Elena Ruiz Garrido, José Iglesias Moya
Servicio Andaluz de Salud (SAS) (Granada, España)

Correspondencia: patriciavico90@gmail.com (Patricia Vico Arias)

Introducción

Una buena hidratación mejora el rendimiento físico, por tanto, durante el parto debe contribuir a un mejor progreso del mismo. El ayuno y restricción de líquidos de la mujer durante el trabajo de parto, sigue siendo una práctica habitual en nuestro entorno, pudiendo generar deshidratación y malestar en la mujer. Existe falta de consenso sobre el manejo óptimo de la hidratación intraparto, lo cual, lleva a prácticas que perduran en el tiempo pero sin base científica. En muchas ocasiones, las mujeres son sometidas a líquidos por vía endovenosa sin control de la cantidad ni del tipo de solución administrada.¹ Es por ello, que nos replanteamos la necesidad de revisar la administración de líquidos durante el trabajo de parto, valorando a su vez, tipo y cantidad de solución administrada, vía preferente de administración y los beneficios que tiene la correcta hidratación intraparto.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en Bases de datos: Cochrane, Scielo, Pubmed, google académico y Gerion (herramienta de búsqueda del SAS).

Criterios de inclusión: revisión sistemática, artículo original, año posterior a 2007, idiomas: español, inglés.

Criterios de exclusión: artículos de opinión, no tener acceso a documento completo, resumen no relevante.

Al aplicar los criterios anteriormente mencionados y tras lectura del resumen, se seleccionaron 11 artículos que fueron analizados en su versión completa. Tras lectura crítica, se seleccionan 7 documentos, entre ellos, GPC, artículos de revisión y ECA.

Los descriptores utilizados fueron: ayuno, sueroterapia, líquidos, hidratación y parto.

Resultados

Tras la lectura de los textos seleccionados, observamos que existe controversia y falta de evidencia respecto a la cantidad y tipo de sueros a administrar durante el parto.

Según Brencio et al., una infusión de líquidos rápida puede generar hiponatremia sintomática en la mujer, por lo que es importante el control de la infusión de líquidos.² En cuanto al tipo de solución a utilizar, se detectó que las glucemias mater-

nas y fetales se elevan con todas ellas, siendo mayor el incremento con las que presentan glucosa y menor cuando se administra solución fisiológica. En general, ninguna solución presenta efectos adversos cuando se administran en el trabajo normal de parto, pero sí debería seguir evaluándose el uso de glucosa durante largos periodos, pues existe posibilidad de hipoglucemias neonatales en las primeras horas de vida. También es importante un control de líquidos exhaustivo en mujeres con factores de riesgo, como las diabéticas.¹ Brencio et al., concluyen que el uso de solución fisiológica, es la que presenta menor riesgo de complicaciones, tanto en la madre como en el feto.² Según la revisión sistemática Cochrane, los líquidos adicionales por vía intravenosa reducen la duración del trabajo de parto. Se detectó menor tasa de partos prolongados y cesáreas cuando se administró solución salina normal o ringer lactato en un ritmo de 250 mL/hora en comparación con 125 mL/hora. Ahora bien, la evidencia de esta revisión no es lo suficientemente sólida como para recomendar la hidratación intravenosa frente a la oral. Se sugiere mayor número de ensayos para valorar si la correcta hidratación oral también reflejaría un acortamiento del expulsivo. No se detectaron diferencias en el número de partos instrumentales ni mayor número de ingresos de recién nacidos con el aumento de volumen intravenoso.³ Según Shrivastava et al., asocian la administración de glucosa intravenosa a un acortamiento de la segunda etapa del parto cuando se compara con solución salina normal, sin diferencias significativas en resultados maternos y fetales.⁴ En otras revisiones, apuestan por la administración de glucosa al 5% al relacionarla con reducción de acidemia del cordón umbilical e hipercapnia.

La mayor parte de las GPC, apuestan por la ingesta de líquidos claros durante el parto, pues la ingesta no influye sobre tipo de parto, duración, empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del recién nacido.^{6,7} En la literatura revisada, no se ha encontrado evidencia científica que justifique el ayuno en las mujeres de parto por el riesgo de aspiración de contenido gástrico. La restricción de comida y bebida se relaciona a complicaciones como la deshidratación y cetosis.⁸ En cambio, una correcta ingesta de líquido se relaciona con un mayor confort y satisfacción materna, sin incremento de las complicaciones maternas.⁶ Incluso, se puede permitir que las mujeres, cuyo parto está evolucionando de forma normal y no tiene factores de riesgo, ingieran comidas livianas si lo necesitan. No hay datos para poder evaluar la eficacia de tener canaliza-

da una vía intravenosa durante el parto. Sin embargo, se aconseja tener una vía canalizada y salinizada, como medida preventiva, ya que, pueden surgir complicaciones o situaciones en la que fuera preciso el tratamiento intravenoso.⁷

Según la revisión Cochrane, se debe seguir investigando si las pacientes que beben libremente aún necesitan líquidos intravenosos, y se debe valorar urgentemente la política de restricción de la ingesta oral.³

Discusión

La hidratación intravenosa sigue presente en la mayor parte de las mujeres en trabajo de parto, y se ha observado que no existe acuerdo en volumen y tipo de solución a administrar. No se debe olvidar que la hidratación intravenosa descontrolada puede tener repercusiones negativas como hiponatremia, y que debemos tener en cuenta las características y factores de riesgo de la paciente al elegir la solución a administrar. En las GPC actuales no se existe consenso sobre el protocolo a seguir en terapia de hidratación intravenosa, pues no determinan ni el volumen ni el tipo de solución a administrar. En la actualidad, se ha visto que los líquidos intravenosos más utilizados son solución fisiológica, ringer lactato o glucosa al 5-10%, sin tener claro cuál es la más beneficiosa. Algunos autores, reflejan que se debe administrar glucosa 5% para evitar acidosis y por haberse observado un acortamiento de la segunda parte del parto, pero se necesita un mayor número de estudio con calidad científica. Otros, en cambio, observaron el acortamiento

del parto con suero fisiológico y ringer lactato, siendo la velocidad de infusión la que modificó la duración del parto.

Ahora bien, todas las GPC apuestan por la ingesta oral como primera elección en el trabajo de parto normal. La literatura revisada apuesta por ella, por ser segura y mejorar la satisfacción de la mujer.

Conclusiones

En la actualidad, la hidratación intravenosa intraparto es la más utilizada en el entorno hospitalario, a pesar de no ofrecer ventajas frente a la oral. Es importante que los profesionales se actualicen con el fin de promover la ingesta de agua y comidas livianas en las mujeres de parto, pues no se han observado efectos negativos ni en la madre ni en el recién nacido. La restricción de líquidos se está practicando sin tener base teórica que sustente dicha recomendación, disminuyendo así la satisfacción de la mujer y coartando la libertad de movimiento.

Por tanto, sería importante, protocolizar las circunstancias en la que es necesario canalizar una vía y administrar líquidos a través de ella, así como fijar los volúmenes, velocidad de infusión y tipo de fluidos a administrar. En las circunstancias en las que el parto progresa adecuadamente y no tenga factores de riesgo, se deberá favorecer la ingesta de líquidos. Para que esto sea una realidad se debe seguir haciendo ensayos de calidad y concienciar a las distintas categorías de profesionales sanitarios, como anestelistas, de los beneficios de la hidratación oral respecto a hidratación intravenosa.

Bibliografía

- 1.Félix Santamaría C, Armenteros B. Hidratación materna intraparto. Servicio Obs. Gin. Hosp Univ Virgen de las Nieves. Granada. 2016. Disponible en:
- 2.http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_resident/es/2016/clase2016_hidratacion_materna_intraparto.pdf [acceso: 08/06/2018]
- 3.Brencio Perdomo O, Gutiérrez Sucre P, De Vita Marquina S, Benítez – Guerra G. Evaluación de las soluciones hidroelectrolíticas utilizadas en inducción y conducción del trabajo de parto. Rev Fac Med, 2007; 30(1):55-60. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692007000100009 [acceso: 08/06/2018]
- 4.Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 18 (6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23780639> [acceso: 08/06/2018]
- 5.Shrivastava VK, Garite TJ, Jenkins SM, Saul L, Rumney P, Preslicka C, Chan K. A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. Am J Obstet Gynecol. 2009; (4):379. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19217592> [acceso: 08/06/2018]
- 6.Jamal A, Choobak N, Tabassomi F. Intrapartum maternal glucose infusion and fetal acid-base status. Int J Gynaecol Obstet. 2007; 97(3):187-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17368645> [acceso: 08/06/2018]
- 7.Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2010.
- 8.SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Asistencia al parto. Documentos de consenso. 2007.
- 9.Caravaca E, Martínez M, Casajoana M, Lorente I. Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. «Revisión de la evidencia científica». Matronas Prof. 2009; 10(1):10-13. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol10n1pag10-13.pdf> [acceso: 08/06/2018]