

Es hora de rectificar los errores del pasado y adoptar un enfoque centrado en la mujer para el progreso laboral

Maeve A O'Connell

Colin Martin

Hannah Dahlen

Abstracto

En este artículo, los autores analizan un enfoque centrado en la mujer para el progreso del parto utilizando la conciencia de las variaciones fisiológicas que existen en el parto y destacan las recomendaciones actuales de la OMS para el progreso del parto. Hay un llamado a la acción para proteger el bienestar emocional y psicológico de las mujeres. Esto se puede hacer mediante el consentimiento informado y valorando CÓMO nos comunicamos con las mujeres como algo tan importante como QUÉ sucede durante el proceso de parto. Por lo tanto, las parteras y obstetras deben tener conciencia de la comunicación respetuosa en la atención intraparto y ser conscientes del lenguaje utilizado. Es necesario priorizar el apoyo a la elección y el control y el empoderamiento de la autonomía de las mujeres. Por lo tanto, la maternidad debe asumir la propiedad y la responsabilidad de los efectos de los errores del pasado y avanzar hacia una atención centrada en la mujer.

Palabras clave trabajo; progreso laboral; duración del trabajo de parto; medicalización; cuidado materno respetuoso

Nota editorial

Este equipo de autores respondió a un artículo anterior de esta revista que describía y promovía un grupo de intervenciones en el trabajo de parto conocidas como "gestión activa" (O'Riordan N, Robson M, McAuliffe FM. Management of pobre progreso en el trabajo. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2021;31(12):342e350). Parecía justo permitirles presentar una visión muy diferente del progreso laboral a las recomendadas por la 'gestión activa' que, en sí misma, también tiene algunas diferencias clave con las recomendaciones actuales del NICE.

Maeve A O'Connell PhD FFMRCISc MSc BSc RM RGN, Profesora adjunta de Partería, Fatima College of Health Sciences, Abu Dhabi, EAU. Conflictos de intereses: ninguno declarado.

Colin R Martin RN BSc MSc MBA PhD YCAP FHEA CPsychol CSci AFBPsS, Profesor de Psicobiología Clínica y Psiconeuroinmunología Aplicada, Universidad de Suffolk, Reino Unido. Conflictos de intereses: ninguno declarado.

Hannah G Dahlen RN RM BN (Hons) MCommN Grad Cert PhD en Farmacología, Profesora de Partería, Decana Asociada de Investigación e HDR, Líder de Disciplina de Partería, Escuela de Enfermería y Partería, Universidad de Western Sydney, Australia. Conflictos de intereses: ninguno declarado.

Introducción

El trabajo de parto y el nacimiento son un proceso antiguo y finamente armonizado que implica una compleja interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y sociológicos. Si bien el advenimiento de la medicina moderna ha aportado mayor seguridad, opciones y control para las mujeres en lo que respecta a la reproducción, también ha sido responsable de prácticas dañinas y deshumanizantes que a menudo no se han basado en evidencia de alto nivel. El predominio de la medicina sobre la partería también ha significado que a menudo se pierda el equilibrio entre las habilidades únicas y las contribuciones inherentes a las dos disciplinas, lo que perjudica a las mujeres.

Para la mayoría de las mujeres, dar a luz en un hospital es ahora la norma y esto implica navegar por sistemas de maternidad complejos y fragmentados que pueden no optimizar la autonomía y la fisiología materna cuando se trata de dar a luz. En un mundo donde el miedo al parto y al trauma del nacimiento está aumentando, es esencial que actuemos ahora, y esta acción debe ser informada por las mujeres. El consentimiento es un derecho humano fundamental y, si bien la mayoría de las mujeres desean, y son conscientes de su derecho, a una atención de maternidad respetuosa, informada, basada en evidencia y libre de coerción, hay muchos informes de que esto no se está cumpliendo.

La política de maternidad en el Reino Unido establece objetivos claros para una atención segura y personalizada. Los términos elección, personalización y control se utilizan en las políticas, pero pueden parecer simbólicos en sistemas que aplican 'paquetes' y 'paquetes de atención' de manera estandarizada y no siempre respaldados por el mejor nivel de evidencia. El uso generalizado de la gestión activa del trabajo de parto y los partogramas es un ejemplo de ello cuando se trata del progreso del trabajo de parto. La verdadera personalización de la atención es una asociación genuina con confianza mutua que explica las preferencias de las mujeres basadas en la elección y el control. Se requiere consentimiento informado antes de que un profesional de la salud realice cualquier intervención. Ver [Cuadro 1](#).

La reciente publicación del informe Ockendon en el Reino Unido ha expuesto el hecho de que muchas mujeres no son escuchadas y se sienten ignoradas o silenciadas cuando plantean preocupaciones sobre las prácticas y actitudes de los médicos, a menudo durante muchos años. La pandemia de COVID ha agravado estos problemas: algunas mujeres informaron dificultades para "navegar el sistema" y "prepararse y adaptarse a la incertidumbre" a medida que las políticas cambiaron rápidamente, se restringió el trabajo del personal de apoyo y se eliminaron las opciones.

Incluso antes de la pandemia, muchas mujeres describieron haber sido traumatizadas cuando no fueron escuchadas y sentirse deshumanizadas durante el parto; como resultado, se les "hacía" y se sentían violadas. Esto está llevando cada vez más a las mujeres a evitar por completo la atención de maternidad convencional. Por tanto, existe una discordia entre las experiencias de las mujeres durante el parto y las percepciones de la atención brindada por obstetras y parteras. Un aspecto de la atención que es particularmente desafiante y que merece discusión debido a su contribución a los informes de traumatismos en el parto y violencia obstétrica, es la identificación, respuesta y discusión sobre el progreso en el parto. En este artículo exploraremos las variaciones fisiológicas naturales que existen y resaltaremos la necesidad de trabajar con las mujeres para tomar decisiones personalizadas sobre su cuidado.

Atención a la mujer en trabajo de parto

El alcance de la práctica de una partera implica promover y apoyar el parto normal, detectar complicaciones y acceder

Siete principios del consentimiento informado

La guía del Consejo Médico General (GMC 2020) sobre el consentimiento establece siete principios de consentimiento informado.

Principio 1 Todas las personas tienen derecho a participar en la de- decisiones sobre su tratamiento y atención y, si pueden, recibir apoyo para tomar decisiones informadas.

Principio 2 La toma de decisiones es un proceso continuo centrado en un diálogo significativo: el intercambio de información relevante específica para cada paciente individual.

Principio 3 Todas las personas tienen derecho a ser escuchadas y a recibir la información que necesitan para tomar una decisión y el tiempo y el apoyo que necesitan para comprenderla.

Principio 4 Los médicos deben tratar de descubrir qué es lo que les importa a los pacientes para poder compartir información relevante sobre los beneficios y daños de las opciones propuestas y las alternativas razonables, incluida la opción de no tomar ninguna medida.

Principio 5 Los médicos deben partir de la presunción de que todos los pacientes adultos tienen capacidad para tomar decisiones sobre su tratamiento y atención. Sólo se puede considerar que una persona carece de capacidad para tomar una decisión específica en un momento determinado, y sólo después de una evaluación de conformidad con los requisitos legales.

Principio 6 La elección del tratamiento o atención para las personas que carecen de capacidad debe ser beneficiosa para ellas en general, y las decisiones deben tomarse en consulta con quienes están cerca de ellas o las defienden.

Principio 7 Las personas cuyo derecho a dar consentimiento se ve afectado por la ley deben recibir apoyo para participar en el proceso de toma de decisiones y, si es posible, ejercer sus opciones.

En algunos casos, en particular los exámenes, se consideraría razonable confiar en el consentimiento no verbal del paciente. Exámenes

son necesarios para el diagnóstico y es razonable creer que un paciente que acude a consulta quiere ser diagnosticado.

Sin embargo, incluso para procedimientos de rutina usted debe:

• explicar lo que va a hacer y por qué • dejar claro que el paciente puede decir que no y detenerse inmediatamente si lo hace • estar alerta ante cualquier señal de que pueda estar confundido o descontento con lo que usted está haciendo.

Tomado de: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/decision-making-and-consent/the-seven-principles-of-decision-making-and-consent> .

Caja 1

atención médica cuando sea necesario. El reconocimiento del lento progreso durante el trabajo de parto marca el punto en el que las parteras consultan con sus colegas obstétricos y las derivan si es necesario. Una cultura colaborativa de respeto es clave para la seguridad y la calidad de la atención, garantizando que la mujer tenga el control. Esto es particularmente para las mujeres que pasan de un estado de bajo a un alto riesgo o de un lugar geográfico a otro. Sin embargo, en lugar de ser colegiados y armoniosos, esto puede ser el comienzo de una cascada de intervenciones. Para las mujeres que reciben modelos de atención dirigidos por parteras o que buscan un parto fuera del hospital, esto puede significar que hay un desvío inesperado de su atención.

camino en una dirección que no esperaban. Iniciar a una mujer en la vía de aumento, realizar una amniotomía y comenzar con sintocinón intravenoso no es una decisión que deba tomarse a la ligera ni prescribirse de forma rutinaria.

Esta decisión debe tomarse con la mujer, discutirse y realizarse únicamente con su consentimiento informado. Proporcionar buenas explicaciones durante el trabajo de parto y obtener el consentimiento informado son estrategias esenciales para reducir el trauma y el miedo y son recomendadas por el Consejo Médico General (GMC), además de descubrir qué es importante para la paciente. Abogamos por una discusión sensible en torno a este diagnóstico, una conciencia de que la forma en que nos comunicamos con la mujer puede causar un trauma en el parto y un compromiso colectivo para proteger el bienestar emocional de las mujeres durante este tiempo de formación.

Los estancamientos fisiológicos en el parto son reales, por lo que debemos darles tiempo a las mujeres

Cuando en 2018 se publicaron las recomendaciones de la OMS: Atención intraparto para una experiencia de parto positiva, hubo dos cambios notables: 1) incorporar las estrategias para una "experiencia de parto positiva" en el título y las recomendaciones (atención de maternidad respetuosa; comunicación efectiva; compañía). -enfermedad durante el trabajo de parto y el nacimiento, y continuidad de la atención); y 2) un virtual vuelco del conocimiento establecido desde hace mucho tiempo sobre el progreso del trabajo durante la primera etapa.

A partir de la década de 1950, con Friedman, seguido de Philpott y Castle, Studd y finalmente O'Driscoll y colegas, la evaluación cervical de rutina y el trazado del progreso lineal del trabajo de parto en el partograma se afianzaron en la medicina moderna. Cuando Frigoletto llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio en la década de 1990 que demostraba que el manejo activo del parto por parte de O'Driscoll y sus colegas no reducía las tasas de cesáreas como se postulaba, la nueva era del parto controlado había llegado para quedarse. Todo esto condujo a cambios significativos en la práctica clínica y la gestión del parto.

Lo que alguna vez se consideró una variación fisiológica ahora se considera cada vez más patológico. Compare esto con un libro de texto de partería del Reino Unido de principios del siglo XX que aconsejaba a las parteras realizar muchos exámenes abdominales, señalando que probablemente también era necesario realizar más de un examen vaginal si el trabajo de parto era generalmente largo (definido como 24 horas o más). más) o sólo una o dos veces durante el parto.

Friedman marcó un punto de inflexión en la historia de la obstetricia que permaneció como conocimiento establecido hasta que investigaciones más recientes revelaron las fallas en esta forma fija y lineal de abordar el parto. Friedman se propuso describir científicamente el curso del parto, aunque sus métodos habrían recibido fuertes críticas según los estándares científicos actuales. Lo que Friedman y otros parecieron ignorar fueron las mesetas fisiológicas que ocurren durante el parto y las condiciones no fisiológicas bajo las cuales examinaron el progreso del mismo. Si observamos el popular libro de texto de partería Myles, entre las ediciones de 1958 y 1975, la duración del trabajo de parto para las primíparas se redujo de 15 a 12 horas y para las múltiparas de 10 a 7 horas. Myles atribuye la diferencia al mayor uso del aumento de la mano de obra en el Reino Unido en la década de 1970. En otras palabras, cuando cometemos errores en nuestra comprensión de cómo responden los cuerpos de las mujeres durante el parto, los representamos como verdad y los establecemos como una nueva realidad que a su vez se convierte en verdad porque

ahora lo he hecho así. Nuestra revisión sistemática Cochrane publicada recientemente sobre exámenes vaginales de rutina durante el trabajo de parto encontró poca evidencia de alto nivel que respalde el beneficio. Se ha prestado poca atención a las experiencias de las mujeres en lo que respecta al parto. evaluación.

El primer desafío científico al enfoque de Friedman sobre el progreso del parto se produjo en publicaciones que examinaban lo que sucede en los partos en casa, donde las mujeres no son perturbadas durante el parto. Los investigadores informaron de varios estancamientos en la dilatación durante la primera etapa, por lo que el trabajo de parto se reanudó sin necesidad de intervención adicional.

En 2017, una revisión sistemática sobre los patrones cervicales durante el trabajo de parto espontáneo concluyó: "Una expectativa de un umbral mínimo de dilatación cervical de 1 cm/hora durante la primera etapa del trabajo de parto no es realista para la mayoría de las mujeres nulíparas y que han tenido hijos sanos. Nuestros hallazgos ponen en duda la aplicación universal de estándares clínicos que se basan conceptualmente en una expectativa de progreso lineal del parto en todas las mujeres". Esto ha llevado a la OMS a recomendar que "el umbral de tasa de dilatación cervical de 1 cm/hora durante la primera etapa activa (como se muestra en la línea de alerta del partograma) es inexacto para identificar a las mujeres en riesgo de resultados adversos en el parto y, por lo tanto, no se recomienda para este propósito" y el trazado del parto "debe comenzar a partir de una dilatación cervical de 5 cm, lo que significa el inicio de la primera etapa activa del parto para la mayoría de las mujeres".

Discutir opciones para la toma de decisiones en el parto: el idioma importa en la atención de maternidad

El papel del lenguaje en la provisión de atención de alta calidad, enfocada individualmente y personalizada se ha vuelto cada vez más reconocido como crítico para optimizar la relación entre médicos y consumidores. CÓMO nos comunicamos es tan importante como QUÉ hacemos en el proceso de nacimiento, ya que puede tener un impacto duradero. Esto ha sido reconocido en la maternidad en la más reciente actualización de las Directrices Intrapartum NICE, que exigen una buena comunicación intraparto y el respeto de la autonomía de las mujeres.

Hay términos de uso común sobre los que vale la pena reflexionar en términos de uso y posible valencia negativa, por ejemplo, "mujer trabajadora". Además, el uso del lenguaje en términos de la toma de decisiones clínicas en el trabajo de parto puede ser fundamental para influir en dicha toma de decisiones. Por ejemplo, si se utiliza predominantemente nomenclatura médica, se enfatiza la posibilidad de que el proceso de toma de decisiones siga un camino más orientado a la medicina, en lugar de centrado en la mujer, en igualdad de condiciones. Es una buena práctica utilizar frases que no sean demasiado dramáticas ni provoquen ansiedad, como "sufrimiento fetal", que podría expresarse como "cambios en el patrón cardíaco del bebé" o "rotura de membranas" que podría ser "liberar aguas".

El lenguaje es comunicación y es esencial que dicha comunicación se entregue de manera adecuada y se base en la mejor evidencia disponible. Esto lleva a otro nivel en el que el idioma importa: la prestación profesional de servicios que redunden en el mejor interés de las mujeres mismas y de sus intereses.

les ofrece opciones y opciones.

Conclusión y Recomendaciones

Los obstetras y las parteras deben comprometerse colectivamente a proteger el bienestar emocional de las mujeres mientras brindan atención en la primera etapa del parto. Es necesario priorizar la atención respetuosa y centrada en la mujer y la conciencia y el respeto por el papel de la partera en el apoyo a las mujeres para optimizar los procesos fisiológicos del parto. La forma en que nos comunicamos con las mujeres es primordial para mantener su bienestar mental en el período perinatal. Esto incluye no sólo el lenguaje que utilizamos, sino también cómo las mujeres participan en la toma de decisiones sobre los procesos de parto. Reconocer los errores que hemos cometido al patologizar el progreso laboral en el pasado es esencial junto con un compromiso genuino con una atención basada en evidencia y centrada en la mujer en el futuro.

A

OTRAS LECTURAS

Dahlen H, Kumar-Hazard B, Chiarella M. Cómo COVID-19 destaca una pandemia en curso de negligencia y opresión en lo que respecta a los derechos reproductivos de las mujeres. *J Ley Med* 2020; 27: 812e28.

Dahlen HG, Downe S, Duff M, Gyte G. Examen vaginal durante Trabajo de parto normal: ¿examen de rutina o intervención de rutina? *Int J Parto* 2013; 3: 142e52.

Daviss BE, Johnson KC, Gaskin IM. La curva MANA que describe mesetas en el trabajo de parto utilizando la base de datos MANA. En: *Trabajo presentado en el 26º congreso trienal de la confederación internacional de parteras*, Viena, Austria, 2002.

Frigoletto FD, Lieberman E, Lang JM, et al. Un ensayo clínico de manejo del parto. *N Engl J Med* 1995; 333: 745e50.

Mobbs N, Williams C, Weeks A. Humanizar el nacimiento: ¿importa el lenguaje que utilizamos? 2018. Opinión de BMJ , <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/02/08/humanising-birth-does-the-language-we-use-matter/> (consultado el 15 de junio de 2022).

Moncrieff G, Gyte GML, Dahlen HG, et al. Examen vaginal de rutina ciones en comparación con otros métodos para evaluar el progreso del trabajo de parto para mejorar los resultados para las mujeres y los bebés a término. *Sistema de base de datos Cochrane Rev* 2022; 2022: CD010088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>.

Níquel B, Barratt A, Copp T, et al. Las palabras sí importan: una revisión sistemática de cómo la diferente terminología para la misma afección influye en las preferencias de gestión. *Abierto BMJ* 2017; 7: e014129. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014129>.

O'Driscoll K, Stronge JM, Minogue M. Gestión activa del trabajo. *Br Med J* 1973; 3: 135e7.

Oladojo OT, Díaz V, Bonet M, et al. Patrones de dilatación cervical de mujeres de "bajo riesgo" con trabajo de parto espontáneo y resultados perinatales normales: una revisión sistemática. *BJOG*, 2017. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14930>.

Sanjari S, Chaman R, Salehin S, Goli S, Keramat A. Actualización sobre la Prevalencia global del miedo severo al parto en mujeres embarazadas de bajo riesgo : una revisión sistemática y metanálisis, 2021.

Thornton JG, Dahlen HG. El paquete de atención para lesiones obstétricas del esfínter anal (OASI) del Reino Unido: una revisión crítica. *Partería* 2020; 90. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102801>.

OMS. Recomendaciones de la OMS: cuidados intraparto para un niño positivo-experiencia de nacimiento. Ginebra: OMS, 2018.