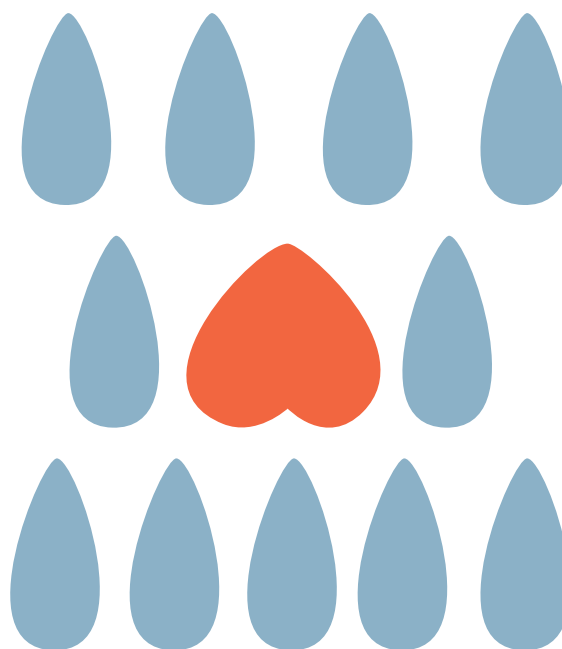


La cascada de intervenciones hace referencia al uso rutinario e indiscriminado de procedimientos médicos y sustancias farmacológicas que llevan a medicalizar un parto de manera innecesaria, encadenándose las consecuencias de una intervención con la necesidad de volver a intervenir para solucionar lo anterior, convirtiendo el nacimiento en un hecho patológico.

Este modelo de uso indiscriminado de intervenciones está superado, según la evidencia científica y las buenas prácticas aconsejadas, y la mayoría de las intervenciones realizadas de forma rutinaria son consideradas mala praxis médica y socio-sanitaria, ya que las consecuencias negativas son muchas.



Bibliografía

Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (SNS), Ministerio de Sanidad, 2007.

Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la atención al parto normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, 2010.

Guía de Asistencia del Parto en Casa. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010. La nueva revolución del nacimiento, hacia un nuevo paradigma. Isabel Fernández del Castillo. Editorial OB STARE, 2014.

Guía de la Mujer Consciente para un Parto mejor. Henci Goer. Editorial OB STARE.



T. 34 685 60 31 46
www.elpartoesnuestro.es
info@elpartoesnuestro.es

Cuando un parto normal es intervenido, se sale de la normalidad y comienza un proceso de situaciones que pueden irse complicando, siendo necesario volver a realizar nuevas intervenciones para solucionarlo, en una cascada que demasiadas veces termina en un sufrimiento fetal, o un nacimiento por fórceps, o una cesárea de urgencia, etc., con multitud de efectos secundarios tales como lesiones producidas por el instrumental, problemas respiratorios en los recién nacidos, mayor incidencia de depresión posparto o síndrome de estrés postraumático en la mujer, y un largo etcétera.

Para evitar estas situaciones no deseadas, la regla de oro es "no tocar" mientras todo sea normal. No acelerar, no "dar una ayuda", no alterar el proceso normal de parto. Te invitamos a realizar un recorrido por las distintas situaciones, aún demasiado frecuentes, que van configurando esta cascada de intervenciones.

Despersonalización del sujeto

Dejar a la mujer sin su ropa, sin libertad de movimiento y sin aquello que la identifica y la define, puede bloquear el parto.

De esta manera una mujer sana es tratada como un paciente, haciéndole sentir y comportarse como si realmente lo fuera.

Inducción del parto

Casi la mitad de los partos inducidos artificialmente terminarán en parto instrumental o cesárea. Descartando las razones injustificadas que se dan para proponer inducciones (estar en la semana 41, suposiciones no contrastadas entorno al tamaño del bebé o el líquido amniótico, etc.) estaremos mejorando significativamente los resultados de los partos.

Rotura de bolsa

Si has ingresado con contracciones pero con la bolsa intacta, no hay motivo para romperla artificialmente por rutina, exponiéndote a tí y a tu bebé a mayores probabilidades de infección.

El líquido amniótico amortigua las contracciones, siendo éstas menos dolorosas y más llevaderas para tu bebé. La bolsa se romperá naturalmente a lo largo de la dilatación o directamente en el expulsivo.

Rasurado, enema y suero.

El afeitado de la región púbica y la administración de enema no son necesarios para dar a luz.

Por el contrario, ver a una enfermera con un enema en una mano y la cuchilla en la otra puede ser suficiente para que las contracciones se paren. Son prácticas desagradables y humillantes que incomodan a la mujer, vulnerando su intimidad.

El suero se pone para evitar la deshidratación cuando se prohíbe a la mujer ingerir alimentos o beber durante todo el parto. No existe justificación para esta prohibición por lo que tampoco es necesario ponerse ninguna vía.

Oxitocina sintética: "el gotero"

El cuerpo de la mujer segrega naturalmente una hormona llamada oxitocina que es la que provoca la dilatación del cuello uterino y las contracciones en el útero que ayudan al feto a descender por el canal del parto. El uso de oxitocina sintética

(artificial) es considerado por la OMS como una intervención mayor por los riesgos que puede conllevar: contracciones más intensas y dolorosas, rotura uterina por sobreestimulación, mayor índice de cesáreas y fórceps, sufrimiento fetal agudo y distocia de hombros, entre otros.

En algunos centros sanitarios aún se administra oxitocina sintética de forma rutinaria (incluso sin el consentimiento de la mujer) para acelerar el parto. Cuando exista una indicación clara para el uso de oxitocina sintética, pide que te expliquen los motivos, los riesgos y las alternativas verbalmente o en la hoja de "consentimiento informado".

Restricción de movimientos y monitorización continua

Según la OMS, no existen pruebas de que la monitorización continua durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el parto. De hecho, ocurre justamente lo contrario: que la mujer esté atada al monitor, tumbada boca arriba y sin capacidad para moverse, generalmente alarga el parto y lo vuelve más doloroso. El control de la evolución del bebé en un parto normal y no intervenido, puede y debe hacerse de manera intermitente, de forma que se permita a la mujer caminar y tener libertad de movimientos. Esto aliviará el dolor y facilitará el descenso del bebé.

La epidural

El dolor provocado por la oxitocina sintética y la restricción a la libertad de movimientos lleva a la mayoría de las mujeres a solicitar la anestesia epidural.

Pero la epidural tiene también numerosos inconvenientes: puede provocar el estancamiento del parto, y con ello la necesidad de recurrir a otras intervenciones para dinamizarlo, la más frecuente de ellas la administración de oxitocina sintética. También puede impedir la movilidad de la mujer durante el trabajo de parto, ya que suele estar monitorizada de forma continua. Durante el expulsivo, la pérdida de sensibilidad puede hacer los pujos menos efectivos y existen más posibilidades de que se practique una episiotomía o que el parto termine siendo instrumentalizado.

Posición de litotomía: el potro

Estar tumbada e inmóvil en el momento del parto es una posición que sólo beneficia al personal médico para que pueda trabajar más cómodamente.

En posiciones más verticales es probable que el parto dure menos ya que el peso del bebé recae directamente sobre el cuello de la matriz, de forma que acelera la dilatación, provocando contracciones más eficaces. Durante el expulsivo la posición en litotomía dificulta la salida, por lo que es corriente practicar una episiotomía para que el bebé salga ante la dificultad de la posición. Según la Ley de Autonomía del Paciente, las usuarias tienen derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. La mujer puede pues, negarse a que se le administre cualquier medicamento y a ser sometida a cualquier intervención.

Es tu cuerpo, tú decides.