

FUTURO DE LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA Y DERECHOS DE LA MUJER.

Autores:

Dr. D. José Antonio Vidart Aragón. Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Dr. D. Antonio Hernández Sánchez. Facultativo Especialista de Área del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y Profesor Asociado de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Los resultados de la Medicina Perinatal han mejorado sustancialmente en las últimas dos décadas, de forma que el derecho a la vida de la embarazada y del recién nacido está casi totalmente garantizado en el momento actual gracias a los grandes avances conseguidos: tecnológicos, mejor entendimiento de la fisiología materno-fetal, Medicina Basada en la Evidencia, ensayos clínicos multicéntricos y algunos procedimientos terapéuticos específicos, como la administración prenatal de esteroides y la introducción del surfactante pulmonar.

Sin embargo, a pesar de estos avances, o quizá en parte, como consecuencia de ellos, algunos sectores de la sociedad opinan que éstos han convertido muchos alumbramientos en un acto médico y tecnológico, restándoles naturalidad. Alegando el incremento de prácticas como la cesárea, la episiotomía, la aplicación sistemática de la tecnología avanzada o la falta de alternativas al parto tecnificado del hospital, estos sectores reclaman cambios en la asistencia que se proporciona en el parto para hacerlo más humano.

Es cierto que la morbimortalidad perinatal han descendido significativamente en las últimas décadas. La mortalidad perinatal lo ha hecho en un 35 %. Hace 50 años fallecían 35 de cada 1.000 recién nacidos y hoy se producen 6 muertes por cada 1.000 nacidos. La mortalidad materna también es muy inferior, con cifras alrededor del 1-2 ‰ partos, siendo estas cifras aún mejores si se tiene en cuenta el aumento de gestaciones de riesgo elevado en los último año (técnicas de reproducción asistida, amenaza de múltiples factores de riesgo, retraso en la edad del primer y sucesivos embarazos, etc.).

Los avances de la Medicina Perinatal han aportado mayor seguridad, además de ofrecer la posibilidad de tener hijos a personas para las que era imposible. Se realizan muchas pruebas analíticas y técnicas, así como ecografías que informan del estado del feto, y la monitorización fetal durante el parto informa sobre el bienestar fetal, reduciendo el riesgo de lesiones fetales graves (hace 25 años, una cuarta parte de los recién nacidos que sufrían subnormalidad se debía a problemas de origen obstétrico; hoy en día, esta cifra ronda el 5 %).

Todo ello se ha traducido en un planteamiento más tecnológico de la gestación y del parto. En general, toda intervención médica durante el parto es la respuesta a un riesgo concreto, de forma que es esta actitud la que aporta seguridad. No obstante, también hay datos que sugieren que en ocasiones se interviene demasiado en partos que podrían desarrollarse por sí solos sin complicaciones.

Una de las consecuencias es el incremento en la tasa de cesáreas. Las razones que pueden justificar esta tecnificación de la asistencia obstétrica, y por tanto, su “deshumanización” pueden encontrarse en muchos aspectos: la llamada “Medicina defensiva”, el incremento de los embarazos de riesgo elevado, la falta de infraestructura necesaria en centros sanitarios privados, la exigencia de la sociedad en general de tener hijos completamente sanos, etc. El Profesor Cabero, en una entrevista publicada en La Vanguardia afirma que “detrás de las cifras hay razones y no simples intereses, como ciertos sectores de la sociedad se empeñan en afirmar”. También añade que “aunque todo es susceptible de mejora, a su juicio, nunca ha habido tan pocas complicaciones ni tan baja mortalidad en los partos. ¿No significa esto una mejor Obstetricia?”.

Sin embargo, para otros expertos, la situación dista mucho de ser la ideal. Para Vivian Mangiaterra, Consejera de Salud Maternoinfantil de la O.M.S. , “se deben limitar al máximo las intervenciones médicas en los partos sin complicaciones para madre e hijo”. También hay quien piensa que los avances técnicos han aportado inconvenientes, siendo el principal la pérdida de protagonismo de la mujer. En muchos centros sanitarios las normas preestablecidas en la atención al parto hacen que la opinión de la madre cuente mas bien poco. Algo parecido ocurre con la práctica de la episiotomía, la postura materna para alumbrar, el rasurado de los genitales, etc. El único aspecto en el que la gestante puede decidir es en la aplicación o no de anestesia epidural.

Todas estas cuestiones motivan a ciertas parejas a buscar una forma distinta de dar a luz a su hijo, aunque las opciones son escasas, como nacer en el propio hogar. Para muchos obstetras, se trata de un imprudente regreso al pasado. El sistema sanitario público solo ofrece un modelo, el que marcan los protocolos hospitalarios. Sin embargo, en

otros países de nuestro entorno (Inglaterra, Holanda, Suecia) la mujer puede elegir entre diversos tipos de parto, siendo estas alternativas reales y seguras.

Como vemos, el tema es muy controvertido, con opiniones contrapuestas y razones de peso en ambas líneas de pensamiento.

No existe una legislación específica respecto a la atención del parto que obligue al personal sanitario a realizar determinadas intervenciones, ni tampoco que garantice a la madre el derecho a decidir que prácticas desea que se realicen y cuales no. No obstante, voy a analizar las recomendaciones actuales en este sentido.

En 1996, el Grupo de Trabajo Técnico de la O.M.S., compuesto por expertos en Perinatología de cada una de las regiones de ésta, publicó un informe titulado: “cuidados en el parto normal: una guía práctica”. En su introducción se plantea que “... este informe se dirige al cuidado del parto normal sin relación con el lugar o nivel en el que se efectúa. Las recomendaciones que se hacen de aquellas intervenciones que son o deberían ser utilizadas en el proceso del parto normal no son específicos para ninguna región o país”.

La definición de parto normal para este grupo tiene en cuenta el nivel de riesgo durante el embarazo y parto, de forma que “la evaluación del riesgo no es una medida única sino un procedimiento continuo durante el embarazo y parto, pudiendo hacerse evidentes en cualquier momento complicaciones que justifiquen el traslado de la mujer a un nivel superior de cuidado”.

El objetivo del cuidado durante el parto normal es “asegurar la salud de la madre y su hijo con el menor nivel posible de intervención compatible con la seguridad de ambos. Esta aproximación implica que en un parto normal debe existir una razón válida para interferir en el proceso natural”.

El informe afirma que la matrona, tal como se define por la O.M.S. y la F.I.G.O., “parece ser el miembro más apropiado y coste-efectivo para tomar a su cargo el cuidado”.

del embarazo y parto normales, incluyendo la evaluación del riesgo y el reconocimiento de complicaciones”.

Con respecto al lugar del parto, el informe indica: “una mujer debe dar a luz en un lugar que ella sienta seguro, y en el nivel más periférico en el que un cuidado adecuado sea posible y seguro. Para un embarazo de bajo riesgo, éste puede ser su hogar, una pequeña maternidad, un centro perinatal o la maternidad de un gran hospital, pero debe ser un lugar donde toda la atención y el cuidado estén dirigidos a sus necesidades y seguridad y tan cercano a su hogar y a su propia cultura como sea posible”.

La importancia del apoyo durante el trabajo de parto también es reconocida, y el informe señala: “...una mujer en trabajo de parto debe ser acompañada por la persona con la que se sienta cómoda y en la que confíe: su pareja, su mejor amiga, una matrona, etc.” Más aún, el parto normal, siempre que sea de bajo riesgo, “no necesita otra intervención que aliento, apoyo y un poco de cuidado cariñoso”.

Asimismo, el informe clasifica las prácticas de uso común en el parto en cuatro categorías, en función de su utilidad, efectividad e inocuidad:

CATEGORÍA A
Prácticas que se han demostrado útiles y deben ser utilizadas
Un plan personal hecho con la mujer y su familia durante el embarazo en el que se determine quien efectuará el parto y donde.
Evaluación del riesgo durante el cuidado prenatal, reevaluándolo en cada control, en la primera atención al parto y durante el mismo.
Control del bienestar, tanto físico como emocional, de la mujer durante el parto y al finalizar éste.
Ofrecer líquidos orales durante el parto.
Respetar la elección informada de la mujer sobre el lugar del nacimiento.
Proveer un cuidado en el nivel más periférico donde el parto sea posible y seguro y donde la mujer se sienta segura y confiada.
Respetar el derecho de la mujer a la privacidad en el lugar del parto.
Brindar apoyo empático durante el parto y nacimiento.
Respetar la elección de la mujer sobre quién la acompañará en el parto.
Dar a las mujeres tantas explicaciones e información como ellas deseen.
Utilizar métodos de alivio del dolor durante el parto no invasivos y no farmacológicos, tales como masajes y técnicas de relajación.

Monitorización fetal por auscultación intermitente.

Uso único de material desechable y esterilización apropiada de los materiales reutilizables durante el parto.

Uso de guantes en el examen vaginal, en el manejo del recién nacido y en la manipulación de la placenta.

Libertad para la mujer de movimiento y adopción de la postura que prefiera durante el parto.

Alentar la posición no supina en el parto.

Evaluación cuidadosa del progreso del parto, por ejemplo, empleando el partograma de la OMS.

Administración de oxitocina profiláctica en el expulsivo en mujeres con riesgo de hemorragia postparto o con una pequeña pérdida.

Esterilidad en el corte del cordón umbilical.

Prevenir la hipotermia del recién nacido.

Contacto precoz piel a piel entre la madre y su recién nacido.

Apoyar la lactancia natural durante la primera hora de postparto conforme a las recomendaciones de la OMS.

Examen rutinario de la placenta y membranas.

Como puede comprobarse, muchas de las intervenciones recomendadas no se emplean con asiduidad o no se emplean en absoluto, y algunas chocan frontalmente con las prácticas habituales llevadas a cabo en la asistencia al parto en un centro hospitalario de la red pública.

CATEGORÍA B

Prácticas que son claramente dañinas o inefectivas y que deben ser eliminadas

Uso rutinario de enemas.

Uso rutinario del rasurado púbico.

Uso rutinario de las vías intravenosas durante el parto.

Uso rutinario de la posición supina durante el parto.

Examen rectal.

Uso de la pelvimetría radiológica.

Administración de oxitócicos en cualquier momento antes del expulsivo, de tal modo que sus efectos no puedan ser controlados.

Uso rutinario de la posición de litotomía con o sin "colgar" las piernas durante el parto.

Pujos prolongados (maniobra de Valsalva) durante el segundo periodo del parto.

Masajear y estirar el periné durante el segundo periodo del parto.

Uso de ergometrina en el tercer periodo del parto para prevenir o controlar una hemorragia.

Lavado rutinario del útero después del expulsivo.

Revisión rutinaria del útero después del expulsivo.

Alguna de estas prácticas no son empleadas en la actualidad, pero otras se aplican casi de forma sistemática.

CATEGORÍA C

Prácticas para las que existen evidencias insuficientes como para emitir una recomendación definitiva y que deben ser empleadas con precaución mientras investigaciones futuras clarifican su uso

Métodos no farmacológicos de alivio del dolor, tales como hierbas, inmersión en agua y estimulación nerviosa.

Amniotomía precoz rutinaria en el primer periodo del parto.

Presión sobre el fondo del útero durante el parto.

Maniobras relacionadas con la protección del periné y el manejo de la cabeza fetal.

Manipulación activa del feto en elk expulsivo.

Oxitocina rutinaria, tracción controlada del cordón o una combinación de las mismas durante el periodo expulsivo.

Clampaje precoz del cordón umbilical.

Al igual que ocurría con el apartado anterior, algunas prácticas no se emplean, otras se utilizan en determinadas circunstancias y otras se aplican de forma sistemática.

El informe no supone una norma de obligado cumplimiento, pero establece una serie de medidas encaminadas a cambiar nuestra visión de la atención al parto de bajo riesgo tal y como lo entendemos en la actualidad. Este informe originó una gran controversia en múltiples foros científicos, además de constituir el primer paso en el debate sobre la “humanización” de la asistencia al parto de bajo riesgo.

CATEGORÍA D

Prácticas que se utilizan frecuentemente en forma inapropiada

Restricción de alimentos y líquidos durante el parto.

Control del dolor por agentes sistémicos.

Control del dolor mediante anestesia epidural.

Monitorización fetal electrónica.

Utilización de máscaras y batas estériles durante el parto.

Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente cuando son realizados por más de una persona.

Utilización de la oxitocina.

Movilización rutinaria de la mujer en trabajo de parto a una habitación diferente en el comienzo del segundo periodo.

Sondaje vesical.

Alentar a la mujer a empujar en dilatación completa antes de que la mujer sienta la necesidad de hacerlo ella misma.

Mantenerse rígido en considerar normal una duración fija para el segundo periodo del parto, si las condiciones materno-fetales son buenas y el trabajo de parto progresa.

Parto instrumental.

Uso liberal rutinario de la episiotomía.
Exploración manual del útero después del parto.

En otro orden de cosas, el 24 de septiembre de 2001 se produjo, con motivo del “5th WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE” celebrado en Barcelona, auspiciada por la WORLD ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE junto con otras sociedades nacionales e internacionales de Medicina Perinatal, Obstetricia, Pediatría y Neonatología y con la colaboración de Academias, Asociaciones, Fundaciones, Institutos, Centros y Organizaciones humanitarias, una solemne declaración institucional que se conoce, desde entonces, como DECLARACIÓN DE BARCELONA sobre los DERECHOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO.

El objetivo de esta declaración es lograr que en el siglo XXI el proceso reproductivo humano tenga lugar, en cualquier parte del mundo, en condiciones de bienestar físico, mental y social tanto para la madre como para su hijo, superando los brutales desequilibrios actuales.

En consecuencia, los miembros de la World Association of Perinatal Medicine, conjuntamente con las instituciones citadas exhortan a las organizaciones políticas y sanitarias supranacionales, a los gobiernos de todos los países del mundo, a los legisladores de los Parlamentos democráticos, y a las organizaciones no gubernamentales, así como a todas las instituciones públicas o privadas cuya razón de ser sea el cuidado de la salud reproductiva de la Humanidad a que tengan en cuenta, respeten, fomenten y hagan realidad los siguientes Derechos de la Madre y del Recién Nacido:

1. La maternidad debe ser de LIBRE elección. Toda mujer tiene el derecho de decidir libremente sobre el momento más adecuado para tener sus hijos, el espacio intergenésico y cuántos hijos quiere tener. El uso de métodos anticonceptivos eficaces debe ser accesible a todas las mujeres.

2. Todas las mujeres tienen el derecho a que, en cualquier país del mundo, los gobiernos les garanticen una maternidad sin riesgo. Esta garantía se ha de traducir en asignaciones presupuestarias en los países en vías de desarrollo y, en el caso de los países desarrollados, en priorizar la maternidad sin riesgo dentro de sus programas de cooperación. Las embarazadas inmigrantes tienen derecho a ser atendidas en igualdad de condiciones que las del país de recepción o asilo.

3. Toda mujer tiene derecho a no sufrir discriminación, ni penalización, ni marginación social, a causa de una interrupción voluntaria de su embarazo. La práctica del aborto debe ser realizada en condiciones sanitarias adecuadas. Las mujeres tienen derecho a un acceso fácil a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de un aborto.

4. Toda mujer tiene derecho a que el embarazo no suponga un alto riesgo para su salud. Los servicios sanitarios de atención al embarazo deben ser de calidad y tener los recursos necesarios para una correcta atención. Los Ministerios de Sanidad deben establecer normas bien definidas acerca de la tecnología apropiada para un parto seguro para la madre y el recién nacido. Los países deben trabajar conjuntamente en la investigación para evaluar las diferentes tecnologías en la atención al parto.

5. Toda mujer tiene derecho a no ser marginada durante o a causa de un embarazo. El acceso y la continuidad al mundo laboral debe garantizarse a toda mujer sin que suponga una discriminación a causa de un embarazo. El derecho a la maternidad debe ser protegido por las leyes laborales de los gobiernos, de manera que no es admisible menoscabar ni anular la igualdad de oportunidades por razón de su estado.

6. Toda mujer tiene derecho a un Sistema de Salud adecuado y a medidas de protección durante su embarazo. El conocimiento y el acceso a los avances tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, es un derecho de todas las mujeres. La atención obstétrica no tiene fronteras. El cuidado obstétrico debe tener en cuenta el respeto a la diversidad de culturas y creencias.

7. La mujer tiene derecho a recibir una adecuada educación e información sobre salud reproductiva, embarazo, parto, lactancia materna y cuidados neonatales. Por tanto, los servicios de salud deberán promover la asistencia de la mujer embarazada, y si es posible de su pareja, a cursos de preparación, como una parte integrante de la atención prenatal.

8. Toda mujer tiene derecho a una nutrición adecuada durante el embarazo. La alimentación de la mujer debe permitir recibir todos los nutrientes necesarios tanto para un correcto crecimiento del niño como para su propia salud.

9. El derecho a la maternidad no puede ser limitado en base a la estructura social. Tanto las familias monoparentales como las biparentales tienen los mismos derechos frente a una maternidad.

10. Toda mujer asalariada tiene derecho no sólo a un adecuado cuidado sanitario, sino también a los preceptivos permisos laborales por maternidad sin menoscabo de su salario, ni riesgo de perder su empleo. La madre lactante tiene derecho a amamantar a su hijo durante la jornada laboral.

11. Toda madre tiene derecho a compartir la responsabilidad tanto de las decisiones como del trabajo reproductivo con el padre. El padre tiene derecho y el deber de ejercer su responsabilidad y a no ser marginado en el proceso de reproducción. Toda mujer tiene derecho a no ser violentada ni coaccionada por su pareja en función de su maternidad. Las decisiones reproductivas, en el seno de una pareja, son un derecho que debe ser ejercido con equidad y corresponsabilidad entre hombre y mujer.

12. Toda mujer tiene derecho a escoger libremente la forma de lactancia, sin perjuicios sociales o culturales. Sin embargo, toda mujer debe ser informada de los beneficios de la lactancia materna y animada a iniciarla inmediatamente después del parto.

13. Toda mujer tiene derecho a participar en los procesos de decisión (diagnósticos y/o terapéuticos) que le afecten, tanto a ella como a su hijo, respetando siempre el principio de autonomía.

14. Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir información sobre los procedimientos de diagnóstico prenatal disponibles en cada medio, y su decisión respecto a los mismos debe ser libre e informada.

15. Las mujeres que dan a luz en una determinada institución tienen derecho a decidir sobre la vestimenta (propia y del recién nacido), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes para cada persona. Toda mujer tiene derecho a un acceso ilimitado a su hijo mientras se encuentre en el centro hospitalario.

16. Las mujeres embarazadas con drogadicciones, SIDA u otros problemas médicos o sociales que auspicien marginación, tienen derecho a ayuda y a programas específicos.

17. Toda mujer tiene derecho a su intimidad, y los profesionales tienen el deber de respetar su derecho de confidencialidad.

18. Los profesionales de la salud no debemos aceptar la falta de recursos como una excusa para no avanzar en el cumplimiento de los derechos de salud reproductiva de las mujeres y, en general, de las sociedades.

Según afirmó el doctor Carrera, "informar a la opinión pública, despertar conciencias, movilizar a los profesionales de la salud y concitar respuestas efectivas por parte de los Gobiernos e Instituciones Internacionales" constituyen los objetivos principales de la Declaración de Barcelona de los Derechos de la Madre y del Recién Nacido. El objetivo primordial de dicho documento, prosigue el doctor Carrera, es conseguir que en el siglo XXI el proceso reproductivo humano tenga lugar, superando los brutales desequilibrios actuales, en condiciones de libertad y bienestar.

Como vemos, esta declaración tiene como finalidad fundamental intentar equilibrar las enormes diferencias en Salud Reproductiva que existen en diferentes regiones del mundo, y no hace referencia alguna a derechos específicos de la mujer con respecto a las características que debe reunir la atención específica al parto.

Es probable que algunos apartados del mencionado informe de la O.M.S., al igual que de la Declaración de Barcelona, hayan sido utilizados por determinados sectores, con cierto grado de manipulación, para reclamar la instauración del llamado "parto natural". El Profesor Bajo Arenas, presidente de la S.E.G.O., en una editorial publicada en la revista "Toko-Ginecología Práctica" de Septiembre-Octubre de 2004, afirma: "...alentados por los resultados y en la falsa creencia que todo lo concerniente al parto es fisiológico, desde determinados sectores, bastante politizados por cierto, se nos reclama un parto natural en

los domicilios y se nos acusa de tecnicismo y de someter a la parturienta a un abusivo control, tratándola como a una paciente o enferma, atestándola de cables e imponiendo la posición horizontal...”.

Es evidente que existe cierta inquietud en la sociedad acerca de la deshumanización y tecnificación de la asistencia al parto en los centros sanitarios de nuestro sistema de salud, y que esta inquietud en muchas ocasiones, es razonable, sin caer en posturas radicales. Las sociedades científicas (S.E.G.O., F.I.G.O., etc) tampoco se cierran a medidas asistenciales más flexibles y menos rígidas, más acordes con las tendencias actuales de la sociedad.

La situación ideal de la asistencia al parto en el futuro conforme a los derechos de la mujer debemos buscarla en el término medio. En primer lugar, centrar nuestros esfuerzos en intentar mejorar las cifras de morbilidad materno-fetal en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Por otro lado, frente al parto doméstico, en familia, e incluso entre amigos, lógicamente hay muchas mujeres (por ahora, la mayoría) que se sienten más seguras en el hospital, aunque desearían algunos cambios que humanizasen la actuación frente al nacimiento de un hijo, permitiendo una vía intermedia entre el parto natural y el llamado “parto de bata blanca”. Algunos expertos, como hemos podido comprobar a lo largo de este curso, ya llevan a la práctica su deseo de unir tecnología e infraestructura hospitalaria con el protagonismo de la mujer, ya que ningún profesional, así como tampoco ninguna pareja con sentido común renunciaría a los avances que han permitido llegar a la Medicina Perinatal a los niveles de desarrollo que ha alcanzado. La clave podría estar en ser flexibles, procurando la máxima autonomía personal de la mujer, informándola bien y dejándola decidir. Pequeños detalles que pueden ser irrelevantes desde el punto de vista médico, como dar la oportunidad de coger al recién nacido desde el mismo momento en que sale del vientre materno, la presencia del padre en el parto o darle el privilegio de cortar el cordón, pueden convertir el hecho de nacer en una experiencia mucho más humana.

Este cambio de actitud que se va aproximando poco a poco no solo va a depender de su progresiva aceptación por parte de los profesionales sanitarios, como he reflejado

antes, sino de la sociedad en general. Hay que tener en cuenta que ésta no suele aceptar ningún resultado desfavorable, ni durante el embarazo y, mucho menos en el parto, soliendo hacer caer la responsabilidad en una mala asistencia al mismo, como afirma el Profesor Bajo, al igual que nuestra Judicatura. Además, es imprescindible la complicidad y participación necesaria de la Administración, para adaptar las infraestructuras hospitalarias existentes, y mucho más, las futuras a estas demandas.