

ASISTENCIA AL EMBARAZO PARTO Y PUERERIO

¿Conflicto de intereses?

Ponente: Dr. Manuel Albi González

Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital "Fundación Alcorcón" (Madrid).

Después de las preceptivas y sinceras felicitaciones a ambas organizaciones y mi agradecimiento por haberme invitado a este evento, sí que tengo que decir que, a priori, el tema del que se me ha encargado hablar, estoy seguro que no apetece a nadie y por añadidura, si bien nunca es de mi agrado sustituir a nadie, mucho menos al Dr. Bajo del que aseguro, sin lugar a la duda, lo haría mucho mejor, y añado más cosas: si ya es complicado hablar de lo que hacemos los médicos en una reunión de matronas, haciendo un cálculo de mis posibilidades en este marco, añadiría que puede resultar hasta "temerario" porque puedo salir muy malparado y para colmo ¡estoy en mi tierra!.

Me lo han puesto difícil y poco "apetitoso", a pesar de lo cual y sin pasar de puntillas, intentaré expresar lo que yo siento al respecto y he pretendido trasladar a la práctica en el hospital de Alcorcón desde que dirijo su área de obstetricia.

Mi primera convicción es que no debiera haber ni conflictos ni intereses.

A modo de introducción revisaremos el concepto de sistema sanitario, la ponencia anterior ponía de manifiesto una situación asistencial probablemente discutible, probablemente necesaria de poner en marcha o no, pero lo cierto es que en este momento no es la realidad que vivimos y esto es el modelo sanitario, el modelo de salud pública en el que trabajamos la mayoría de nosotros y el modelo de salud que deseamos siga mejorando, pero que siga siendo de salud pública, de salud para todos.

El Sistema sanitario es la forma en que una comunidad, en este caso la española, ha concebido para proteger la salud de los miembros de esta sociedad. En este caso en concreto, cómo hemos de proteger la salud de las mujeres y la salud de las mujeres embarazadas, sin olvidar que el ámbito de actuación de las matronas va más allá de la asistencia al embarazo y al parto.

¿Qué es lo que nosotros debemos ofrecer a las mujeres en nuestro modelo sanitario y dentro de un modelo de salud pública?

En mi opinión, creo que nuestro primer e inexcusable compromiso es el respeto a su autonomía, respeto a la libre elección de la mujer para que sea capaz de elegir, con la información que le aportemos, entre la dar a luz en un gran hospital, una casa de partos o cualquiera de las formas posibles a su disposición.

Nuestro segundo compromiso será posibilitar que las mujeres se impliquen en la toma de decisiones a fin de que sean ellas mismas quienes decidan en base a su derecho de autonomía cuyo ejercicio real sólo será posible si recibe de los profesionales encargados de su asistencia toda la información, hecho éste que, juzgo, no representa una complicación o conflicto sino bien al contrario, reflejar todas nuestras actuaciones en la historia clínica supone una protección frente a nuestras actuaciones a la vez que favorece la toma de decisiones de la mujer de lo que quedará constancia a través del consentimiento informado que ella suscriba.

Y si esto es lo que queremos para las mujeres ¿a qué aspiramos nosotros, los profesionales de la salud de las mujeres?

Queremos cada vez más una práctica basada en el conocimiento, la práctica basada en lo que nos contaron los que nos precedieron, la práctica basada en nuestra experiencia personal, aquello que hemos aprendido por osmosis viendo lo que hacía el de al lado, todo ello es algo del siglo XX que no se debe permitir en el siglo XXI. La práctica de hoy en día debe estar basada en la evidencia, preferentemente en la mejor evidencia posible, trabajar en base a la medicina de la evidencia ya reflejada en protocolos y guías clínicas escritas, accesibles para todos en cualquier momento. A la vez hay que ser capaces de ir introduciendo nuevas tecnologías, nuevas investigaciones, nuevos avances en nuestra práctica pero siempre haciendo uso de una conciencia crítica sobre las nuevas tecnologías y las nuevas actuaciones.

Favorecer la tendencia hacia la humanización del parto dentro del contexto del parto de bajo riesgo recordando que no todos los embarazos y partos son fisiológicos, contrariando a una fuerte corriente que afirma lo contrario y que además de no ser cierta tal afirmación se está convirtiendo en un arma arrojada contra los profesionales; es muy frecuente hablar con una persona ajena a nuestro ambiente y que opine con rotundidad que un embarazo y un parto siempre tienen que salir bien y que si salen mal, el “fallo” será imputable a los que lo asisten. Sólo los que lo vivimos en la práctica profesional o a través del estudio científico asociamos que un parto está ligado a un incremento de hasta 10 veces el riesgo de mortalidad de la mujer..

Dentro de este contexto se ponen de manifiesto dos cosas que luchan contra el conflicto y luchan contra los intereses : la primera de todas es que nuestro interés no es el interés de los ginecólogos, ni de los médicos de atención primaria, ni de las matronas, sino el de la mujer embarazada, este es el eje sobre el que debe girar toda nuestra actividad y ahí los intereses personales, de grupo, de sociedad, se quedan en una segunda fila, además que nuestro modelo de trabajo tiene que estar basado en el conocimiento, en el estudio en la investigación y eso además facilita la toma de decisiones haciendo que nos sintamos respaldados en función a los mejores datos encontrados en la literatura científica y a ser posible, basados también en la evidencia. El facilitar la toma de decisiones sirve a la vez para resolver los conflictos cuando se planteen, simplemente centrando nuestro interés en la mujer y trabajando con base en el conocimiento resolvemos nuestros conflictos y nos olvidamos de nuestros propios intereses. Añado que el sistema sanitario español elaboró el llamado Plan de Atención Integral a la Mujer que nos indicaba fácilmente lo que teníamos que hacer proporcionándonos un modelo a seguir en el que se describen perfectamente definidas, por lo tanto sólo habremos de añadir nuestro conocimiento y el deseo de ponerlo en marcha.

Sería muy largo y un tanto inútil leer todo el contenido del Plan de Atención a la embarazada pero sí mencionaré, en el embarazo de bajo riesgo, una actuación inicial

que perfectamente y expresamente define quien-es son los encargados de realizarla, la matrona y el medico de familia, aunque en la realidad no siempre lo hace la matrona, al menos en el entorno en el que yo me muevo de mi área.

La segunda actuación, el seguimiento de la embarazada de bajo riesgo, compete a matrona., medico de familia y ginecólogo especialista porque hay unas partes del control del embarazo que, al menos en España, no así en otros países, siguen en manos de los ginecólogos como diagnostico prenatal, ecografías.....

La preparación al parto o también denominada Psicoprofilaxis obstétrica es una responsabilidad de atención primaria y esa si que no la hace nadie mas que la matrona.

En cuanto a la asistencia al parto lo que dice el sistema sanitario español al respecto es que debemos garantizarle el acompañamiento, la analgesia, la asistencia al parto y RN, la asistencia al puerperio inicial, responsabilidad primera de la matrona y después del ginecólogo

El control de puerperio al alta hospitalaria, vuelve a recaer en atención primaria centrado en la figura de la matrona y en el medico de atención primaria.

Después de revisar todas estas acciones del plan de atención integral a la mujer se me ocurre otra cosa importante: si la primera era centrar nuestro interés en la mujer y la segunda basar nuestra practica en el conocimiento y la investigación, la tercera será disponer de un modelo de trabajo en equipo (matronas, ginecólogos, auxiliares de enfermería, celadores, médicos y técnicos de laboratorio, ecografistas, médicos de atención primaria,..... tanta gente entre la que no cabe descartar que se genere un conflicto pero que de ser así o incluso mejor, para evitarlos, por el bien de todos siempre hay que seguir todos los mismos pasos:

1º-centrar nuestro interés en la mujer.

2º-revisar el conocimiento científico que, aunque no siempre da una solución al 100% si es un valioso indicativo de la dirección a seguir,

3º- reunir el equipo de trabajo y consensuar para facilitar la toma de decisiones y resolver los existentes o potenciales conflictos.

El último paso del plan de Atención integral a la Mujer nos permite que en cada área, en cada centro, cada zona asistencial, ese plan integral, esa forma de controlar el embarazo, parto y puerperio se adapte a unos protocolos y guías de actuación propias basadas en las necesidades de cada uno de los centros, en las características particulares de cada uno de ellos y en los modelos de actuación de cada uno de los centros, responsabilidad ésta de los profesionales que van a centrar su actuación en la salud de la mujer: médicos de atención primaria, matronas y ginecólogos.

Opino que es de vital importancia consensuar las actuaciones no ya en la teoría, sino en la práctica dentro del contexto en el que se desarrolla nuestra actividad profesional con los medios disponibles, con el tipo de población a la que se atiende, con la dispersión de cada zona, diferenciando si estamos en un hospital primario o tenemos una unidad de diagnóstico prenatal, UVI de atención pediátrica, UVI de adultos.....etc, eso es lo que habrá que definir, todos los modelos son adaptables a las características del área sanitaria, sin olvidar que a las mujeres hay que ofrecerles la realidad no la probabilidad, repito: es imprescindible ofrecer toda la información a la mujer para que esta pueda ejercer su derecho de autonomía y ejercer su derecho a la libre elección en el periodo de su embarazo.

La conclusión a esta exposición es:

PARA QUE NO HAYA CONFLICTOS, PARA QUE NUESTROS INTERESES QUEDEN EN UNA SEGUNDA LINEA, HAY QUE BUSCAR UN MODELO CENTRADO EN LA MUJER, BASADO EN EL CONOCIMIENTO, DIRIGIDO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y CON PROTOCOLOS ADAPTADOS A CADA UNA DE LAS AREAS DE TRABAJO.