

LA CARTA DE MADRID: un compromiso público con la mujer y su familia.

Ponente: Dña. Rosa María Plata Quintanilla

Matrona, Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” (Cantabria)

(DIAP.1)

Quiero expresar al comienzo de mis palabras mi profundo y sincero agradecimiento a la Asociación Española de Matronas por haber delegado en mi persona la presentación de este documento que hará historia, solidario y comprometido en el que, por amor de la coherencia y responsabilidad personal y profesional, en nuestro rol asistentes al parto, renovamos el compromiso de hacer de la vida profesión y de la profesión vida y así conseguir saber, hacer y ser lo mejor para quienes en ese momento y circunstancia más trascendente de la vida, la del nacimiento, necesitan de nuestro apoyo y ayuda profesional: la mujer y su familia.

¿Cómo se gesta la carta de Madrid?

Hace poco más de un año, (DIAP.2) el entusiasmo y el compromiso ético del Dr. Hugo Sabatino, obstetra miembro del grupo de parto alternativo de la Universidad de Campinas (Brasil) del de el Dr. Herráiz, jefe de obstetricia del Hospital Clínico “ S. Carlos “ de Madrid y del de M^a Ángeles Rodríguez, Presidenta de la Asociación Española de Matronas , con el apoyo institucional de la Universidad Complutense de Madrid, les llevó a perfilar un foro de encuentro de los profesionales implicados en la asistencia al parto, conscientes y preocupados ante la creciente deshumanización del mismo , y seguros de que los derechos de la mujer y su hijo que nace no pueden ser sometidos bajo el camuflaje de un mayor control y prevención de las complicaciones del parto .

Y lo primero que admitimos haciendo honor a la verdad cuando hablamos del parto, (DIAP.3) es la creciente tecnificación que sufre, lo que conduce a una deshumanización traducida en términos prácticos en el desplazamiento progresivo que ha experimentado la mujer y su pareja de su lugar protagonista en el parto para centrar la atención del mismo en los profesionales y las tecnologías médicas .

En un mundo en el que el nacimiento ha perdido la naturalidad necesitamos, por encima de todo generar un sentido de normalidad y de equilibrio, potenciando nuestra determinación para presentar batalla a esta directriz tan aciaga, a la vez de convencernos de la fuerza del colectivo para generar este cambio.

Por ello, los convocantes creyeron que necesitábamos una acción global para desafiar y cambiar la situación (DIAP.4) de manera que no sigamos permitiendo que el proceso más íntimo y humano pierda ese carácter y lo convirtamos en un resultado de producción.

La fuerza de este foro (DIAP. 5) radica en el compromiso público del grupo de profesionales cuya iniciativa es valorar la participación de la mujer en su proceso y ofrecer buenas prácticas en el proceso del nacimiento e intentando dar a este propósito una dimensión que trascienda.

Una idea fue el común denominador: comunicar la necesidad de cambiar, educarnos y educar y propiciar y fortalecer la participación de la mujer en el proceso de su maternidad.

Entendieron preciso, a la vista de la atención del parto en la actualidad, que había que generar una corriente cambiante que se articule con otros intentos por adoptar posiciones similares de respeto y buena práctica unidos en un esfuerzo colectivo. Los derechos de la maternidad deben ser reclamados y afirmados al unísono por usuarios y profesionales para que los gobiernos se hagan eco de la necesidad de cambio y también se comprometan con él.

Fue resolutivo la conjunción en este foro de profesionales destacados en otras disciplinas distintas a la obstetricia conformando un ponderado equipo multidisciplinar ineludible para una adecuada la atención al parto, junto con obstetras pertenecientes a la élite de la obstetricia de Brasil, Argentina y de este país, y con matronas, que si bien es cierto, nuestro status profesional hoy no se ve como el de ellos gratificado y reconocido, sin embargo, merecedoras de reconocimiento por una labor profesional, perseverante y fructífera que no puede ser ignorada; como nota destacable respecto al binomio matronas-obstetras, señalo con orgullo que fue una participación igualitaria, desde la independencia jerárquica, con la única prerrogativa: la del conocimiento del proceso del parto, sobre ese puntal unos y otros enunciarnos diferentes puntos de vista, que en ningún momento condujeron a tocar los extremos como en el vaivén del péndulo y se estableció un sentimiento colectivo de convergir en una práctica que nos dirija hacia la evitación de un modelo asistencial “curativo” médico, imperante en la actualidad, (DIAP.6) aplicando los conocimientos y la práctica que en nuestro caso, como en tantos otros, parte en buena medida de lo que la naturaleza nos muestra y nos enseña y que tantas veces está alejado o es contrario a nuestra contribución profesional.

No debíamos olvidar (DIAP.7) que la humanización en la atención al parto y la naturalización del parto son dos piezas de un puzzle que se ensamblan y son imprescindibles para completar una imagen perfecta. Descartada de la mente de los profesionales convocados quedaba ignorar el avance científico y plegarse a la dependencia de lo que la selección natural nos brinde, sino haciendo uso de nuestra racionalidad asumir que el rol de la naturaleza no es contrario al avance de la ciencia.

Realmente se estableció un foro de crítica y autocrítica, desde la humildad y el respeto a las personas y las ideas que buscamos la racionalidad y la eficiencia en los cuidados del parto.

La concepción de este foro yo la he visto (DIAP.8) como la de ser un collage del cambio en la atención al parto buscando generar una conciencia colectiva, y he utilizado este símil porque partiendo de la base de que la obstetricia no es una ciencia exacta ni compacta, pensé que un collage de ideas fuera la mejor manera de representar todas las posibilidades vertientes de la asistencia; (DIAP.9) como la propia técnica artística así denominada, también nosotros cortamos, pegamos, tomando de aquí y de allá para unir realidades procedentes de contextos distintos, hemos hecho una unión, superposición en algunos casos y siempre relación de ideas diferentes que tienen como soporte la idea de una maternidad respetada y segura y ese objetivo es el que aflora a la superficie de nuestra obra: la mejora en la atención a la maternidad.

El foro se denominó Nuevas perspectivas del parto de bajo riesgo haciendo un abordaje del tema con base en la evidencia y fundamentando la iniciativa del cambio en la buena praxis. (DIAP 10).

A petición de los participantes y como parte del plan de difusión de esta reunión a instancias de los organizadores del evento, se ha elaborado un CD recopilatorio de todas las exposiciones orales y gráficas gracias a la autorización de los ponentes para su divulgación y la tarea encomiable de la Asociación Española de Matronas por compilar y dar forma, con sumo esmero y gran esfuerzo, a todo el material cuya presentación os mostraré inicialmente para pasar seguidamente a hacer un recorrido por las

intervenciones entorno a las cuales se ha elaborado un documento, repito- histórico para la asistencia al parto en este país que es la Carta de Madrid (Flash)

El foro se estructuró en cuatro mesas: La primera de ellas fue PERSPECTIVAS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD DE LA PAREJA y fue el (DIAP.11) Dr. Hugo Sabatino, el encargado de iniciarla con

la ponencia titulada “Historias de las formas de nacer” en la que exponía una revisión del ciclo histórico del nacer a través de 6500 años demostrando que la verticalidad fue (DIAP.12) una forma de parir mayoritariamente mantenida durante miles de años hasta que paulatinamente fue substituida a medida que se introdujo la utilización de instrumentos obstétricos, coincidente con el acceso de los médicos al parto ,y la especialización de esta asistencia convirtiéndose en disciplina médica, la obstetricia y en obstetras, los nuevos asistentes.

Los estudios consultados y la experiencia del Dr. Hugo Sabatino abogan por rescatar la verticalidad en le parto.

Una ponencia novedosa e interesante fue (DIAP.13) la pronunciada por el Dr. Néstor Suárez, psiquiatra argentino que nos habló de Resiliencia en el parto, (DIAP.14) esa condición humana que da a las personas la capacidad de sobreponerse a la adversidades, construir sobre ellas y proyectarse en el futuro.

(DIAP.15) Transmitir estas convicciones durante la atención prenatal hace que la mujer esté mejor dispuesta para en el momento del parto establecer una relación de vínculo y apego grande con su hijo ; en su exposición el profesor reconoce explícitamente la labor de las matronas potenciando la resiliencia de las embarazadas, acaso sin conocer muchas de nosotras la formulación científica de la citada teoría pero si como expertas empíricas de la misma fruto de nuestra proximidad con la mujer que nos permite conocerla y descubrir todas las implicaciones psicológicas que la maternidad impronta en ella; además de demostrar con cifras, la idoneidad de la matrona en la asistencia a la maternidad apuntando cómo aquellos países con más bajas tasas de mortalidad de América Latina son las que mantienen la profesión de matrona con sus escuelas abiertas

(DIAP.16) La Dra. Silvia Cordeiro Psicóloga brasileña nos habló de la importancia de los aspectos psicológicos en el proceso reproductivo, afirmaba que en el cambio en las formas de nacimiento que culminó en la transferencia del proceso del nacimiento al espacio hospitalario se dejaron de lado aspectos importantes del proceso como los aspectos afectivos y socioculturales que innegablemente están presentes e influyen (DIAP.17) ese momento importante del inicio de la vida y cómo también, producto de ese modelo de atención “médico” la mujer es tratada como paciente ,los sentimientos de las mujeres son considerados menos importantes que su seguridad y la de sus bebé y estos sentimientos que han pasado a ser considerados como falta de preparación psicológica para el trabajo se han transformado en justificación médica para intervenciones muchas veces innecesarias.

El tratamiento de el fenómeno del embarazo y parto no sólo como un fenómeno central o fisiológico sino como una experiencia socialmente construida permite ampliar la comprensión de las parejas durante el proceso y por tanto su implicación.

(DIAP.18) Crear un puerperio con sensación de bienestar para padres e hijos fue la propuesta de Raquel Castro , Matrona del Hospital Clínico de S. Carlos quien a través de la elaboración de un programa de apoyo en el puerperio hospitalario intentan favorecer la adquisición de conocimientos y técnicas necesarias en esta etapa para establecer acciones de auto-cuidado y por tanto, adquirir responsabilidades en el mantenimiento de la salud individual y colectiva con una unificación de criterios entre los profesionales que atienden a la pareja mediante esta guía de consenso , aportando los cuidados necesarios en esta etapa para el RN, la madre y el fomento de la lactancia materna .Los autores e

este trabajo aseveran que la educación maternal es un proceso continuo durante el embarazo, parto y puerperio y no debiera haber ningún vacío asistencial por el hecho de cambiar de nivel asistencial, en consecuencia, en el hospital se deben reforzar los conocimientos adquiridos en la preparación maternal o aportarlos a quienes carezcan de ellos a la vez que en A.P deben conocer los problemas no resueltos en el hospital que necesitan seguimiento post-alta.

El presidente de la SEGO, D. José Bajo Arenas, (DIAP.19) hizo una revisión de la asistencia prenatal desde el punto de vista de la Sociedad Obstétrica Española, asumiendo que dentro de las competencias de la matrona como las del ginecólogo o las del médico de familia están las de controlar un embarazo normal. Destaca la importancia en este seguimiento de la captación precoz para el adecuado control del proceso.

Asume que en estos momentos la obstetricia es una fuente importante de demandas lo que nos ha llevado a hacer una medicina defensiva en correspondencia a la presión social y judicial y para asegurar la buena praxis de nuestros controles antenatales y, a la vez, salvaguardar la responsabilidad profesional incide sobre la necesidad inexcusable de elaborar una completa historia clínica, aplicar los protocolos que la SEGO ha emitido sobre el control del embarazo normal y ofrecer a los usuarios la mejor información sobre las técnicas necesarias para el control de su embarazo que éstos aceptarán rubricando los consentimientos informados que a tal efecto ha elaborado la sociedad obstétrica española.

La segunda mesa se tituló PERSPECTIVAS EN EL TRABAJO DE PARTO y su primer ponente (DIAP.20), Dr. Pedro de la Fuente, Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital "12 de Octubre", en su ponencia "Posición de la madre en el trabajo de parto" hizo una reflexión sobre la humanización del parto en el medio hospitalario matizando que en esta humanización no se pueden descuidar las ventajas, hallazgos y adelantos de la medicina de hoy, que el parto seguro, el parto sin riesgo, es aquél en el que se combina algo de lo que pasa en el parto domiciliario donde las mujeres están rodeadas del ambiente y el calor afectivo y por otra parte no renunciar a la tecnología que le da seguridad a la madre y el hijo.(DIAP. 21)

Partiendo de la experiencia pionera del Hospital "12 de Octubre" que fue el primero en implementar el programa de acompañamiento en el parto y deambulación mediante telemetría, presentó los resultados de estudios que avalan esta propuesta.

Hoy en día en nuestras prácticas de asistencia al parto hospitalario la utilización de la técnica de la analgesia epidural se ha convertido en un arma indispensable para combatir el dolor y sobre la técnica y desde el punto de vista del anestesiólogo (DIAP.22) el Dr. Santé, anestesista del Clínico de Madrid nos decía que el dolor de parto es potencialmente malo porque produce una serie de cambios fisiológicos endocrinológicos neuroendocrinos que indican que el dolor produce unas alteraciones y una serie de perjuicios tanto en la madre como en el feto, y por tanto la analgesia epidural es beneficiosa porque disminuye en lo posible ese dolor.

Afirma que la analgesia epidural es la opción analgésica ideal para el parto porque reúne las características de ofrecer un rápido inicio de efecto, una alta eficacia, una fácil realización, un mínimo número de efectos secundarios y no tiene limitación en el tiempo.

La siguiente ponente (DIAP.23) Almudena González Casado, Matrona del Hospital de Alcorcón iniciaba su exposición con una pregunta que daba título a la misma ¿ Que no se debería hacer en la asistencia al parto de bajo riesgo?

Partiendo de la base de que el parto en España es fundamentalmente hospitalario, se evidencia el hecho innegable que en la mayoría de casos se haya convertido en un proceso excesivamente medicalizado, a lo que han contribuido factores sociales, técnica y avances médicos y factores légalés. (DIAP.24)

Hizo un repaso a las prácticas habituales que seguimos en nuestra asistencia al parto en España y que en base a la evidencia, según los dictados de la OMS, los estudios de la Cochrane parte de ellas deben ser abandonadas potenciando otras que son favorecedoras de la dinámica del parto, contribuyen al confort de la mujer y su pareja, respetando el proceso fisiológico sin menoscabo de la seguridad en el desarrollo del parto.

Mi participación en este foro se tradujo en la intervención titulada (DIAP.25) “La evidencia científica y la protección al parto conducen a la excelencia”, cuyo punto de partida es que la calidad de los servicios de salud es un derecho esencial de los ciudadanos, y desde la bioética (DIAP.26) hice un análisis desvelando los efectos perjudiciales de la tecno-medicalización en la asistencia al parto: iatrogenia, costos, morbilidad, concepción equívoca de los profesionales que justificamos las irrupciones en el proceso normal, la falta de implicación de los usuarios en su proceso, la imposibilidad de análisis de los servicios de salud por parte de profesionales ajenos a la gestión y los propios usuarios

La protocolización del sistema y nuestra instrucción basada en una obstetricia conductista nos han hecho no saber separar los partos normales de los que no lo son actuando de la misma manera lo que produce una injerencia en el proceso fisiológico., a la vista de lo cual la OMS (DIAP.27) nos propone los “10 principios de cuidados perinatales” en los que se conjugan una forma de cuidados multidisciplinario cuyo centro es la familia sociológica y culturalmente sensible, junto con la práctica basada en la evidencia, el uso de la tecnología apropiada y un punto de vista no medicalizado, puntualizando además, lo mismo que la ICM y la FIGO (DIAP.28) la competencia e idoneidad de la matrona en el cuidado del parto normal

Mi hilo conductor fue el de crear una nueva conciencia profesional en la asistencia al parto que nos conduzca a generar una nueva conciencia social, tomando como directrices del cambio del modelo de atención al embarazo y parto que nos conducirán a un nivel de excelencia (DIAP.29) crear un modelo de atención basado en la mujer como unidad biopsicosocial, afirmando el concepto de mujer embarazada como sana, y del embarazo y parto como proceso fisiológico, potenciando una actitud de la embarazada en la que asuma y comparta las responsabilidades, y se interese por informarse y educarse y de la parturienta que mantenga un rol activo acompañada de su familia.

Los recursos de los que dispone España y su situación dentro de los niveles de salud mundial nos asegura la posibilidad de aspirar a metas mejores, nuestra opción y nuestro deber, acorde con nuestro compromiso ético explícito con nuestro ejercicio profesional y la mujer y por extensión con la sociedad, es conseguir la excelencia en nuestros cuidados en la atención en el proceso del nacimiento.

La atención del parto en el siglo XXI (DIAP.30) corrió a cargo del Dr. Herráiz, jefe de Obstetricia del Hospital Clínico “S. Carlos” quien hizo una exposición en la que conjugaba el parto científico, parto hospitalario en el que están disponibles todos los recursos científicos que, utilizados con mesura y rigor, en España según los protocolos de la SEGO, ayudan a proporcionar seguridad a la madre y el feto con el aspecto humanizado de que se le puede rodear al proceso dentro de una institución sanitaria para lo cual entiende necesario articular una unidad de partos funcional y operativa en la que se pueda ofrecer a la parturienta un espacio propio en el que garantizar un ambiente íntimo, discreto y cómodo en salas que él denominaba DIPAP, favoreciendo la deambulacion de la mujer, el acompañamiento familiar, ofreciendo otras alternativas de

parto distintas a la tradicional y garantizando en caso de complicaciones un diagnóstico rápido y fiable y una resolución urgente del problema para evitar el compromiso del feto y la madre

La segunda jornada del seminario dio comienzo con la mesa PERSPECTIVAS EN EL EXPULSIVO, iniciada con la intervención (DIAP.31) del Dr. Sabatino y su ponencia “La posición en el parto” en la que hizo un análisis de los beneficios y riesgos de la utilización de posiciones diferentes en el periodo expulsivo basado en la revisión Cochrane (2001) de la que se deducían de la p. vertical varias posibles ventajas (Diap.32) Al unísono con esta revisión, presentó los resultados de su grupo de trabajo de la Universidad Estatal de Campinas durante los años 1980-2002 en los que indicaba (DIAP.33) los factores que justificaban el parto en posición vertical (cuclillas) Su conclusión era que el parto en posición vertical reporta más ventajas que desventajas, sería una alternativa adecuada para la asistencia al parto por sus beneficios.

De El ambiente del parto-nacimiento (DIAP.34) nos habla la Dra. Livia Martins Carneiro y destaco de sus palabras la afirmación de que la primera consecuencia negativa de la hospitalización fue el sentimiento de soledad de la mujer y su aportación de resultados de actuales estudios (DIAP..35) que demuestran la preferencia de la parturienta por un acompañante que preste un soporte continuo con una presencia efectiva y las evidencias constatadas sobre mas de 4150 mujeres afirman este beneficio aún cuando son realizados por personas sin vínculo profesional con las mujeres, un profesional, pero las conforta con el contacto físico y la estimula y anima con sus palabras , lo que reporta sustanciales beneficios.

Así mismo los datos estadísticos que arrojan estudios comparados entre partos hospitalarios y domiciliarios como refrendan la seguridad de esta opción del siempre y cuando se trate de partos de no riesgo, planificados, con asistencia profesional y soporte adecuado.

(DIAP.36) La Dra. incide en la necesidad de cambiar la atmósfera ambiental haciendo modificaciones estructurales y estéticas del lugar de parto, y a la vez del comportamiento de los profesionales con una presencia cercana efectiva y eficaz que despierte la confianza de la mujer en su capacidad de dar a luz.

El Dr. Enrique Lebrero, (DIAP.37) obstetra de la Maternidad “Acuario”, con su exposición titulada “ Parto consciente y nacimiento sin violencia” manifiesta la necesidad de recuperar el parto natural para lo cual hace un planteamiento conciso y preciso de objetivos :

Potenciar la fisiología del parto y nacimiento
Reducir el intervencionismo medico
Promover el protagonismo y la responsabilidad de la mujer

Como forma de lograr los objetivos propuestos enumera los siguientes puntos de actuación:

-Conocimiento actual de la fisiología del parto, se debiera hablar de ecología del parto, del respeto y la potenciación de los elementos que confluyen y hacen posible una experiencia fisiológica, como son la respuesta fisiológica corporal, su tiempo de evolución particular, el ambiente propicio para ello, las personas que la acompañan o la vivencia del dolor

-Dotación en las maternidades de medios físicos que potencien y no perturben la fisiología el parto: Crear un ambiente doméstico, cálido y acogedor, con luz indirecta, ambiente caldeado, música agradable, bañera, que permita la adopción de posturas libremente,

silla de partos, y fuera de ese entorno, previendo una intervención urgente , la disponibilidad de un quirófano obstétrico.

-El cambio de actitudes de los profesionales ante un acto fisiológico como es el parto:

Recordad y así actuar desde la certeza de que el parto no es una enfermedad ni un acto medico quirúrgico y lo mejor que podemos hacer es respetar y potenciar esa fisiología desde un discreto segundo plano, transmitiendo seguridad y confianza, potenciando la autonomía de la mujer , y alejando de nuestros actos la prisa para poder respetar el ritmo propio de cada parto, aprendiendo a utilizar actos terapéuticos , baño, masaje, respiración.....que potencien la fisiología del parto-

Protocolos de actuación de parto natural Aplicar los protocolos desarrolladas por la OMS en el informe del 99 para aquellas gestantes sin patología previa o actual que podrían acceder al desarrollo de un parto espontáneo.

Continuamos la andadura del seminario con la intervención (DIAP.38) del Dr.Marcos Leite, obstetra brasileño quien disertó sobre la trascendencia de la episiotomía y los desgarros, anteponiendo el objetivo de lograr mantener la integridad perineal, ya que estima que la protección inadecuada o la falta de protección puede causar daño a corto, medio y largo plazo y el dolor perineal puede resultar negativo para el establecimiento de la maternidad,

No se trató el tema desde la restricción de la realización de la episiotomía y cual seria la técnica más adecuada, abordaje cada vez más cuestionado por las evidencias científicas actuales, (DIAP. 39) sino además desde los cuidados previos, durante el embarazo para lograr este propósito:

Abogó en base a revisiones científicas por el masaje perineal durante el embarazo a partir de la 34 semana de gestación, pero no en el parto, por su efecto protector contra el trauma perineal, por el grado de aceptación por parte de las mujeres que se traduce en su grado de satisfacción, en que repetirían la técnica en otros embarazos y por ende lo recomendarían a otras embarazadas.

Y también por la promoción de los ejercicios para protección del perineo durante el embarazo porque las conclusiones científicas apuntan a que las mujeres que practicaron ejercicios regularmente en el embarazo, en el post parto presentaron buenos resultados a este respecto.

El siguiente participante , (DIAP.40) Dr. Manuel Albi fue el encargado de exponer la postura de la SEGO con respecto a la asistencia al periodo expulsivo, que es actualmente la guía de actuación dentro del sistema sanitario español en tanto el derecho de autonomía de la mujer no sea plenamente ejercido por esta. El sistema (DIAP.41) sanitario para la asistencia indica como premisas:

- Práctica clínica basada en la evidencia
- Evaluación crítica de nuevas tecnologías
- Humanización del parto con base científica

Protocolos (DIAP.42) y guías clínicas, siendo que en este país, la SEGO, enuncia su protocolo de actuación para la asistencia al parto y es el referente (DIAP.43) para toda actuación obstétrica al respecto.

Bajo el título TEMAS DE ACTUALIDAD se tituló a la última mesa del foro y la primera intervención de la misma, a cargo del Dr. Usandizaga llevó por título lo que el definió como pregunta provocativa (DIAP.44) ¿Han aumentado las cesáreas en las gestantes de bajo riesgo?

Un sí franco y rotundo fue su contestación de experto y honesto obstetra y nos ofreció una explicación clara de su por qué. (DIAP.45) (DIAP.46)

Los profesionales de la obstetricia saben bien que asisten a dos pacientes y respecto a la autonomía, uno de ellos realmente no puede manifestar sus deseos de si quiere nacer o no por cesárea. No hay evidencia hoy por hoy de que la cesárea sea más segura que el parto vaginal, ciertamente los riesgos de las cesáreas están muy disminuidos y creo que estamos convencidos de que si existen no debemos dudar de practicar la cesárea pero no parece lícito recurrir a ella sin una indicación contrariando de una forma clara las leyes de la fisiología. (DIAP.47) Por otro parte si hacemos una cesárea sin indicación es cierto que hemos dicho que los riesgos son pocos, al menos los grandes, pero si surge un problema ¿como vamos a justificar tal incidencia? Y por ultimo diría que lo importante hoy en día es que haya una correcta información que tiene que ser veraz, prudente y paciente, solo esto servirá para aclarar las dudas, es un envite que tenemos por delante los profesionales y realmente es una nueva obligación que tiene en este momento los obstetras y matronas porque en el futuro va a ser muy importante dar verdadera información a las pacientes que cada día la piden mas. (Diap.48)

Es evidente que la naturalización de la asistencia al parto pasa por involucrar a los neonatólogos que, en cierta medida se han acostumbrado también a desconfiar de los procesos naturales asimilando la idea de RN nacido como un enfermo más. Muchas veces esa desconfianza es el producto de las actuaciones del obstetra que con sus intervenciones genera la necesidad de tratar al RN y en este sentido (DIAP.49) el Dr. Adriano Marqués, neonatólogo brasileño, lanzaba al foro la idea de su exposición (DIAP.50).

Realizar una asistencia de calidad y humanizada tanto a la madre como al RN nos solo a los de bajo riesgo y saludables como a los patológico que ya se encuentran en condiciones estables de salud haciendo un cuestionamiento acerca de la asistencia protocolizada actual del RN normal.

El Dr. Moro, (DIAP.51) neonatólogo del Hospital Clínico "S. Carlos" y desde el fundamento de que no se disponen de evidencias suficientes para afirmar que los programas de alta precoz, o mejor denominados a su criterio, altas apropiadas o idóneas para ajustarse más a la tendencia a la humanización de la atención neonatal, sean superiores, surgieron como alternativa a la medicalización del parto, aunque luego se le sumaron otros factores como presiones asistenciales e incluso y muy determinante, los economicistas, tiene algunos inconvenientes (DIAP.52) como las implicaciones en la lactancia materna, con la ictericia neonatal, con la rehospitalización, con los programas de asistencia domiciliaria y fundamentalmente con los programas de screening.

La intervención del Sr. D. Fernando de Vicente, (DIAP.53) abogado, no estuvo en relación con las demandas jurídicas de las que desgraciadamente y con mayor frecuencia somos potencialmente objeto los profesionales sanitarios en este foro, nos expuso, a la vista de la implicación que el desempeño de las profesiones sanitarias tiene en relación con ordenamiento jurídico el cambio que la legislación española y concretamente en lo que se refiere a presiones sanitarias centrando el tema en las matronas, que ha sufrido recientemente al promulgarse nuevas leyes al respecto (DIAP.54) como las de Cohesión y Calidad, Ley de Ordenación Sanitaria, Estatuto Marco y Ley de Autonomía del paciente lo que genera una nueva situación profesional con nuevos retos en el desempeño y desarrollo profesional y de los agentes de responsabilidad.

(DIAP.55) El Dr. Vidart, disertó sobre “El futuro de la asistencia obstétrica y derechos de la mujer” tomando como base la afirmación de que se ha restado naturalidad al parto por el planteamiento tecnológico de la gestación y el parto y que se reclama un cambio en la asistencia al mismo para hacerlo más humano no es menos cierto que estamos ante un vacío legislativo específico con relación al parto ya que no obliga al personal sanitario a realizar determinadas intervenciones y tampoco existe garantía de que prevalezca la decisión de la madre porque la ley de autonomía no tiene un soporte legislativo específico . Ante esta perspectiva y en tanto no se complete la legislación específica, sería correcto atenerse a las (DIAP.56) (DIAP.57) recomendaciones actuales en este sentido como son las emitidas en 1996, por el Grupo de Trabajo Técnico de la O.M.S., en el informe titulado: “cuidados en el parto normal: una guía práctica”. que supusieron junto con otras, como la declaración de Barcelona sobre los derechos de la madre y el RN, el primer paso en el debate sobre la humanización de la asistencia al parto de bajo riesgo; todo ello ha de provocar un cambio de actitud por parte de los profesionales y de la sociedad en general sin descartar la necesidad de la participación de la Administración para adaptar las infraestructuras existentes y las futuras en consonancia con las demandas.

(DIAP.58) La situación ideal de la asistencia al parto en el futuro conforme a los derechos de la mujer , debemos buscarla en el término medio procurando la máxima autonomía personal de la mujer, informándola bien y dejándola decidir, integrando medidas asistenciales más flexibles y menos rígidas, más acordes con las tendencias actuales de la sociedad.

Llegando al final del seminario, intervino (DIAP.59) Ma^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la Asociación Española de Matronas quien con la vista puesta en la mejora de la atención del parto y con el aval del profundo conocimiento de la profesión no sólo en su calidad de matrona asistencial, sino como estudiosa y amante de la historia de la profesión, infatigable luchadora por la defensa de los derechos de la misma que implícitamente conlleva los de la maternidad , frente a las administraciones y organismos competentes en materia de educación y sanidad e integrada en los grupos internacionales de matronas con el mismo objetivo, hizo un repaso de sus asistentes principales :matronas y obstetras y su relación.(DIAP.60) por cierto relación tardía , no solo a juicio de las matronas sino del imparcial de la historia , que se inició como un proceso de usurpación de la profesión por parte de los que hoy son obstetras, ayudados por la innegable soberanía de género, a pesar de lo cual las matronas han (DIAP.61)seguido desde los tiempos más remotos de la historia ejerciendo un papel socio-sanitario eficiente en términos económicos y profesionales producto de su adaptación a las demandas de la evolución social , mediante los cambios formativos cualitativos y cuantitativos habidos hasta el más reciente de 1992.

Sin embargo la insuficiencia de recursos de matronas (DIAP.62) generada por los años de carencia de formación, por el crecimiento estructural del sistema sanitario que, reconociendo las competencias profesionales de las matronas, nos otorgó nuevos campos de actuación, el incremento de cargas de trabajo derivadas de la nueva asistencia etc. pone en peligro la sostenibilidad de la profesión tanto más cuanto que el crecimiento de los obstetras está en superavit en España lo que incide en que todas nuestras funciones no podamos desarrollarlas monopolizándolas estos , a lo que se suma, en no pocas ocasiones, el equivoco de ejercer el principio de autoridad por cuestión de jerarquía y no de responsabilidad obviando las competencias específicas de las matronas que, centrando en el tema de la asistencia al parto, nos capacita, clara y expresamente para ocuparnos del proceso fisiológico con plena autonomía y el diagnóstico de lo anormal, a partir de lo cual sería el campo específico de actuación de los obstetras, a lo que habría que añadir el reconocimiento que se nos otorga a nivel mundial

desde las más altas instancias competentes en esta materia como personal costo – efectivo más idóneo para la asistencia al parto normal.

Tenemos muchos estresares gravitando sobre nosotras (DIAP.63): problemas de relaciones, la inexistencia de políticas incentivadoras dentro del sistema, la no corresponsabilidad... es la imagen de una deficiente gestión del capital humano al que nos vemos sometidas y como consecuencia de ello se producen daños en nuestra la salud que sin duda repercuten en la asistencia, datos del Informe Lucina, macroencuesta Nacional realizada entre las matronas hospitalarias españolas en el año 2004 que en breve será publicado por el interés de sus conclusiones.

Para concluir, la ponente apuesta (DIAP.64) por potenciar la voluntad de unos y otros , basándonos en la evidencia científica, en la experiencia, en la cordura y en la aceptación de nuestro compromiso ético de buscar una convergencia y armonización en la política asistencial al parto, rescatando lo que de bueno ofrece cada una de las alternativas existentes, para lograr recuperar esa parte perdida de nuestra credibilidad profesional y esa excelencia en la calidad de nuestros servicios que, es el fin de nuestra labor.

Cerrando la ronda de intervenciones fue la (DIAP.65) Dra. Ivonne Olza , psiquiatra, quien nos habló en su ponencia “Secuelas psicopatológicas de la cesárea”, de la existencia de trastornos psíquicos específicos en el posparto así como su efecto sobre el vínculo y el desarrollo emocional del lactante, sobre la propia mujer y la pareja.

Señala al hablar sobre la etiología de los trastornos psiquiátricos en el post-parto, como afirman algunos estudios, la influencia del tipo de parto y la vivencia que la madre tenga del mismo en el desencadenamiento de dicho trastorno, así como el papel crucial de los profesionales que acompañan a la mujer en el parto y la cesárea en la prevención del sufrimiento psíquico.

Quizá haya resultado un tanto denso el resumen de este simposium pero ciertamente era muy difícil resumir tanta información importante y actualizada, (DIAP.66) producto de tan numerosas intervenciones en las que se ha producido, sin olvidar la relevancia de las aportaciones de los otros ponentes, un hito en esta parcela médica de la obstetricia y es, como apunté al inicio, la participación de las matronas no restringida y no monopolizada por la autoridad presuntamente incontrastable de los obstetras, en este foro las matronas hemos podido actuar libremente demostrando y haciendo gala de que nuestros conocimientos y prácticas profesionales tienen un lugar importante en el cuidado de la maternidad y que jamás debiéramos vernos subyugadas bajo una relación de poder, sino integradas en una relación de colaboración profesional respetada con el reconocimiento de nuestras competencias y la ética de nuestra praxis, esa identidad y autonomía que todavía hoy, injustamente, es un reto para nosotras y cuyo fin primero es la calidad de la asistencia al proceso del nacimiento

(DIAP.67) Esperamos haber proporcionado referencias y posiciones valiosas para la promoción de la mejora del nacimiento con este documento que constituye una llamada a la toma de conciencia y a la cooperación tanto de los profesionales implicados en la asistencia, como de las mujeres y de la sociedad en general.

Nuestra propuesta se inscribe en el objetivo de garantizar y fortalecer una asistencia segura y digna al nacimiento, institucionalizando un discurso de derechos y obligaciones que ha de transformarse en un plan de acción cuyo centro sea la recuperación y reapropiación de la mujer de su embarazo y su parto, haciéndolas mas conscientes de las consecuencias de sus decisiones relacionadas con la maternidad , aceptando que , si

bien son parte del problema que se plantea, al mismo tiempo son parte de la solución y movilizándolas a fin de lograr un cambio de conducta, pero nuestras miras van aún más lejos porque estamos persuadidos de que todo aquello que no se asienta (DIAP.68) en el imaginario social no cala y no tiene poder de transformación; por ello , intentaremos añadir más sumandos incorporando a la sociedad a nuestra operación y eso será costoso, difícil y largo porque hay demasiados prejuicios y resistencias gravitando sobre ella, pero será el paso para acceder a plantear las necesidades y exigir soluciones a las políticas institucionales competentes que, en última instancia son las responsables de defender y promover la protección de la salud.

La concreción de todo lo expuesto se haya en la Carta de Madrid, documento que les presento a continuación y con el que doy por finalizada mi intervención. (Video)

CARTA DE MADRID

Nosotros , profesionales de salud involucrados con la asistencia al parto y nacimiento, reunidos los días 08- 09 de abril de 2005 en Madrid, preocupados por contribuir a la mejora de la asistencia al parto y nacimiento de bajo riesgo en nuestros países, estamos dispuestos a emprender acciones que contribuyan al desarrollo de prácticas adecuadas en la atención del nacimiento, de modo que se posibilite a las mujeres un parto más armonioso y seguro y a las futuras generaciones una entrada mas acogedora a la vida.

El grupo reconoce la necesidad de respetar los procesos fisiológicos y los valores culturales de cada sociedad, así como promover una asistencia multiprofesional e interdisciplinaria.

Considerando:

1. La importancia que esta discusión asume al abordar uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer y de su familia, como célula esencial de toda sociedad;
2. La importancia de basar nuestra práctica clínica en evidencias científicas, de adoptar procedimientos y prácticas comprobadas como eficaces y de restringir practicas innecesarias;
3. La importancia de rescatar el nacimiento como evento existencial y socio-cultural crítico, con profundas y amplias repercusiones personales;
4. La importancia de acrecentar la participación de la pareja en el proceso del parto y el nacimiento;
5. La importancia de asociar conocimiento técnico y científico sistematizado y comprobado en prácticas cotidianas.
- 6.

Basándonos en los principios de la bioética y en evidencias científicas, proponemos:

1. Atención centrada en la familia;
2. **Preparación integral de la pareja para el parto y lactancia materna ;**
3. Estimular la compañía de personas seleccionadas por la mujer;
4. Evitar el uso sistemático de dudosa eficacia (Enema, rasurado);
5. Adaptar los servicios para permitir la deambulación de la parturienta;
6. Flexibilizar las practicas referente a dietas durante el período de dilatación;
7. Simplificar los protocolos de monitorización;
8. Promover el uso de medios no farmacológicos para alivio del dolor;
9. Considerar la adopción de postura de elección de la mujer durante el período expulsivo;
10. Política de uso restrictivo de la Episiotomía;
11. No realización de la maniobra de Kristeller en ningún momento del periodo expulsivo;

12. Evitar ligadura precoz del cordón umbilical salvo indicaciones absolutas;
13. Garantía del contacto precoz entre madre y bebé inmediatamente al nacimiento ;
14. Garantía de la no separación de la madre y del bebé;
15. Garantía de alojamiento conjunto en el puerperio;
16. Estímulo y protección de la lactancia materna;
17. Entrenamiento continuo de todo el equipo;
18. Estimular el abordaje interdisciplinar;

Éstas propuestas están perfectamente en sintonía con los documentos elaborados con el mismo propósitos en otras reuniones similares en países de Europa, y América (Washington, Fortaleza y Trieste), con participación de destacados profesionales ligados a la salud materno -infantil.

Las personas que en este momento están involucradas en el análisis de la trascendencia del modelo de asistencia al parto (ciudadanos, médicos, enfermeras, comadronas, tocólogos, etc.) disponen de una oportunidad única para tejer la red que podrá constituirse en el más eficiente modelo de atención al parto y nacimiento creado por el ser humano.

Se dispone de informaciones sobre prácticas indígenas de atención al parto, algunas de las cuales (masajes, versiones, posición vertical) son altamente eficaces y podrían ser incorporadas a la practica diaria. Nunca se tuvo acceso a tantas informaciones sobre la fisiología del parto y del nacimiento y sobre los tipos de atenciones que son de interés para la mujer en este proceso. Las tecnologías adecuadas están a disposición para que se adopte cualquier modelo de atención. Hoy es posible aplicar la tecnología apropiada, en combinación con los aspectos humanísticos y los conceptos defendidos por el holismo. Podemos de hecho crear el mejor modelo que el mundo haya presenciado.

En Madrid, a 9 de abril de 2005

Fdo. :

Universidad Estatal de Campinas

Universidad Complutense de Madrid

Asociación Española de Matronas

