

OTRAS ALTERNATIVAS A LA ATENCIÓN DEL PARTO

(Dr. Enrique Lebrero)

Buenos días, en primer lugar agradecer la invitación a este foro, yo creo que es un pequeño-gran hito en el largo camino que tenemos para modificar la asistencia al parto y nacimiento en nuestro país, porque considero que el debate es bueno.

Mi exposición se titula "**Parto consciente y nacimiento sin violencia**" porque tengo el convencimiento que en demasiadas ocasiones, producto de esta obsesión de controlar el parto, olvidamos que lo importante del mismo es el nacimiento del bebé: la mujer es la que para pero el niño es el que nace. La mujer es un medio pero el fin de esa experiencia, es el nacimiento del bebé.

El colectivo de salud "Acuario" nace en la Comunidad Valenciana a finales de los años 70 impulsado por el ginecólogo Pedro Enguíx, con actividades de planificación familiar. En los años siguientes, la demanda de algunas mujeres de ser acompañadas en sus partos domiciliarios, nos hace construir una casa de partos para atender a estas mujeres, dispersas geográficamente; con un ambiente doméstico equiparable al de sus domicilios pero mejor acondicionada y rodeada de naturaleza.

Fue la primera casa de partos, llamada "La Paridera" y que todavía mantenemos. Está ubicada en el pueblo de Beniarbeig, en la comarca de la Marina Alta, a mitad de camino entre Alicante y Valencia. En los años posteriores también hemos tenido diversas casas de partos en la ciudad de Valencia y durante quince años hemos asistido partos tanto en los domicilios como en nuestras casas de partos de Valencia y Beniarbeig.

Desde hace 10 años asistimos los partos en el Hospital-Maternidad de Beniarbeig que con esfuerzo construimos, y seguimos atendiendo partos en casa en la comarca donde se ubica la maternidad y también en la ciudad de Valencia.

Nuestra larga experiencia, y más aun desde que trabajamos en la Maternidad que tiene autonomía quirúrgica, nos ha hecho profundizar en una evidencia, y es que el parto natural hace mas seguro el parto hospitalario. Ya no se trata del eterno debate de si el parto en casa es más o menos seguro. Creo que el debate es si recuperar o no el parto natural, que no es simplemente que una mujer dé a luz por la vagina. Y qué es para nosotros el parto natural. Ahí es donde quisiera plantear las bases del debate.

Recuperar el parto natural plantea unos objetivos claros y concisos, pero su desarrollo requiere la interrelación de los mismos de una manera absoluta, de nada vale cumplir unos pero no otros, por parecernos menos importantes.

Los objetivos son:

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

Los puntos importantes sobre lo que actuar para conseguirlos son:

- . Conocimiento actual de la fisiología del parto.
- . La dotación en el hospital de los medios físicos que potencien y no perturben la fisiología del parto.

- . El cambio de actitudes de los profesionales ante un acto fisiológico como es el parto
- . Los protocolos de actuación del parto natural.

Respecto a la fisiología del parto natural, deberíamos hablar de la ecología del parto, es decir, el respeto y la potenciación de los elementos que confluyen y hacen posible la experiencia fisiológica del parto, 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.

El parto y el nacimiento son actos de la esfera sexual, por tanto necesitan la intimidad y el respeto a los ritmos fisiológicos de la persona, en este caso los de la mujer. Estos ritmos vienen determinados por las mismas hormonas que la sexualidad: la oxitocina, las endorfinas, la prolactina y la adrenalina.

La intimidad necesita de pautas claras y actitudes concretas; la mujer de parto no debe sentirse observada ni manipulada, debe controlar el espacio físico donde se encuentra y ser dueña del entorno psíquico y emocional. Estar acompañada de personas queridas, pocas y con discreción. El espacio de dilatación y parto debe tener un ambiente doméstico cercano, con claros signos de intimidad, poca luz, poco ruido....

La mujer de parto debe tener libertad de deambulación y de posturas que le pida el cuerpo, o de expresiones emocionales: llorar, cantar...un estado de gran intimidad es fundamental para que la mujer acceda a un cambio de estado de conciencia que potencie sus instintos mamíferos.

La libertad absoluta de posturas durante la dilatación se hace fundamental para el buen desarrollo del parto.

La discreción de los profesionales durante el trabajo de parto es básica para la consecución de esta intimidad, la intervención profesional debe ser mínima y adaptándose a la situación de la mujer sin demasiada intervención hablada.

Todos estos elementos que potencian la intimidad, buscan desactivar el neo-córtex y dejar trabajar al cerebro medio o cerebro mamífero.

La estimulación del cerebro mamífero consigue dos objetivos complementarios: la optimización de la respuesta hormonal, la oxitocina y el resto de las hormonas; y el adormecimiento y la analgesia a través de las endorfinas.

Si repasamos los efectos de las hormonas que actúan durante el parto podemos entender mejor la fisiología del mismo y la necesidad de un ambiente propicio que potencie la expresión del cerebro mamífero.

En primer lugar la **oxitocina**. Un gran pico de secreción se produce en el preludio del amor y en el orgasmo, tanto femenino como masculino; las contracciones uterinas de la oxitocina facilitan la fecundación. Por supuesto, produce las contracciones uterinas en el embarazo y en el parto, pero también se produce un pico hormonal de oxitocina en la hora inmediata del parto, en el inicio del vínculo con el hijo y esto es fundamental. La secreción o la inyección de oxitocina promueven actos de comportamiento maternal como una mayor ocupación de las crías o mecer a los hijos. Esto se produce incluso en seres vírgenes y se produce en animales sociales, tanto en machos como en hembras. A la oxitocina se le considera la hormona del altruismo, del olvido de uno mismo, es significativo que la oxitocina deprima la memoria; esta hormona también aumenta antes y durante la toma de la lactancia.

La **prolactina** básicamente la consideramos como exclusivamente dedicada a producir la leche materna, pero sepan que una secreción alta de la prolactina empuja al animal a hacer el nido, a encalar la casa cuando la mujer sentía que se iba a poner de parto....; la prolactina

genera estados agresivos en ciertas circunstancias en las madres lactantes como forma de defender a las crías e inhibe la libido en ambos sexos. La prolactina engendra estados de sumisión, de subordinación y de cierta ansiedad. La prolactina con estas acciones, lo que orienta es a la hormona del amor, la oxitocina, hacia el cuidado y atención del bebé. La mujer lactante está muy sensualizada por la oxitocina pero dirige esos efectos hacia su objeto amoroso que en ese momento es el bebé y eso, los hombres, hay veces que no lo entienden.

En cuanto a la **adrenalina**, diremos que es la hormona del estrés, del alerta, la hormona del huir o luchar. Los miedos y la sensación de vergüenza estimulan la producción de adrenalina. Sabemos que aumenta la T/A de manera significativa. Durante el trabajo de parto, altos niveles de adrenalina endurecen el cervix retrasando la dilatación y haciéndola más dolorosa. A la adrenalina se la considera responsable de disdinamias uterinas y de distocias de parto. A su vez, existe un pico fisiológico de adrenalina secretada en el expulsivo que favorece el reflejo de expulsión fetal y el posterior inicio del vínculo. Por muy cansada y abandonada que esté una mujer, en cuanto sale el bebé no tiene que hacer ningún esfuerzo para notar un "subidon" que es de la adrenalina, no tiene que hacer ningún voluntarismo frente a la satisfacción de tener a su hijo en brazos.

Respecto a las **endorfinas** comentaremos que son sustancias analgésicas y de placer liberadas por el cerebro en determinadas circunstancias, especialmente en situaciones que producen dolor. Están muy aumentadas en el parto pero varían mucho según el estado físico, psíquico y emocional de la mujer. Su secreción se favorece con un ambiente de parto tranquilizador, confiado y con escasos estímulos sensoriales, pocas luces, pocos ruidos, pocas conversaciones..... También el bebé se encontrará impregnado de grandes dosis de endorfinas que le facilitan la vivencia de su parto y esto, con mucha frecuencia, lo olvidamos cuando pensamos en la epidural de esa manera obsesiva. Con la epidural la mujer no produce endorfinas porque no las necesita y el bebé, por tanto, pasa el parto sin ellas. Las endorfinas son un eslabón importante para el vínculo materno-filial, las endorfinas también provocan la liberación de prolactina.

En cuanto al **dolor en el parto**, es la gran obsesión de nuestra sociedad, sobre todo de la sociedad médica, pero el dolor de parto tiene una peculiaridad sensorial que solo las mujeres pueden entender. El dolor de las contracciones de parto es el único dolor que produce el cuerpo que indica que todo va bien, que la fisiología funciona. En general, cualquier dolor, tanto femenino como masculino, indica que algo va mal, que hay que atender a esa zona del cuerpo porque emite una alerta. En cambio, el dolor del parto es lo contrario, la comadrona más feliz del mundo es la que ve que la mujer tiene buenas contracciones en intensidad, duración y frecuencia porque eso significa que ese parto va bien, y curiosamente, este dolor es producido por la hormona del amor, la oxitocina.

Así se podría definir el parto como el *sadomasoquismo fisiológico* que llega hasta la extenuación, hasta el éxtasis, toda una expresión de la intimidad más profunda. Pero hay que saber aceptar esas sensaciones que no son frecuentes y que desde luego un hombre nunca tendrá.

La incapacidad médica de reconocer el dolor del parto como algo positivo y necesario, es el pretexto para impedir su libre expresión y para manipular el parto.

El agua en el parto.-

El agua caliente es un elemento sencillo y eficaz que permite que los sistemas hormonal y nervioso favorezcan los procesos de parto y que se desarrolle con menos dolor y en menos tiempo. El uso apropiado del agua a partir de 5-6 cms. de dilatación, en condiciones de

intimidad, de relax y oscuridad, produce efectos espectaculares en el desarrollo y vivencia del parto. Esto se produce por la inhibición de la secreción de adrenalina que endurece el cervix. Pero el agua también libera endorfinas y oxitocina, facilitando ambas la dilatación cervical. En el baño de agua caliente se ablandan los músculos y se relaja el colágeno de los tendones, disminuye en gran medida el dolor, notando gran diferencia en los llamados “partos de riñones”. En muchas ocasiones, la mujer siente deseos de salir del agua y tras un cambio súbito de energía que la despierta, la madre tiene ganas de empujar, éste es el reflejo de expulsión fetal producido por una súbita liberación de adrenalina. También el bebé puede nacer en el agua.

El nacimiento del bebé y la gestación extrauterina.-

En el momento de nacer el bebé hay que mantener un ambiente favorable que recuerde al paraíso maternal que acaba de abandonar, evitándole traumas y sufrimientos inútiles. Viene de la oscuridad, del calor, del tacto continuo, de un cúmulo de sonidos filtrados; intentemos respetar al máximo estos parámetros con luces indirectas, ambiente caldeado, pocas voces y pocos ruidos, pero sobre todo, no separemos al bebé de la madre en ningún momento. Sobre el pecho de su madre encuentra la incubadora perfecta y mientras la madre lo masajea y él vuelve a sentir los límites de su cuerpo, el cordón umbilical sigue latiendo, oxigenando el cuerpo del bebé y su cerebro, oxigenándose sin necesidad urgente de respirar y así entrar en su propia respiración progresivamente, sin prisas, sin ansiedad, sin angustia de muerte y cuando el cordón se colapsa y ya es un conducto muerto, sin prisa, siempre sin prisa, se puede cortar.

Esta comprobada la relación entre la respiración y la vivencia de las emociones, y la importancia que tiene la primera respiración de la vida con el perfil respiratorio básico. El nuevo cordón umbilical entre el bebé y su madre va a ser el pecho materno, el vínculo primordial pasa por la lactancia materna y debe iniciarse en la primera hora de vida pues de ello parece depender el futuro de su lactancia y el nivel básico de seguridad del niño en el mundo. Este vínculo es el inicio de lo que la ciencia ha llamado “*imprinting*” la huella arquetípica, indeleble que va forjándose de él mismo a través de la madre y ésta es la actividad de incubadora humana que la madre realiza con el bebé.

Los espacios físicos de la maternidad.-

La mayoría de las habitaciones y espacios de las maternidades deberían tener un ambiente poco clínico, amable, de “hotel con encanto”, espacios comunes de reunión para las madres y bebés donde compartir experiencias y recibir charlas de ayuda sobre lactancia y puericultura.

Habría una sección más clínica y hospitalaria pero será minoritaria. Y cualquier Maternidad debe hacer el esfuerzo por poner en práctica el decálogo sobre lactancia materna que impulsa la UNICEF a través de la denominación “Hospital Amigo de los Niños”.

Cambiar el entorno del paritorio.-

Entender que la mujer de parto debe permanecer en el mismo lugar de la fase intensa de la dilatación hasta el nacimiento y la primera mamada. El paritorio es el lugar para dilatar y parir, y si el expulsivo requiriese alguna intervención médica, se trasladaría a un paritorio con mesa obstétrica.

¿Cuáles son a nuestro entender las características básicas de un espacio de parto que potencie esa fisiología del parto?

Una habitación con ambiente doméstico, de colores calidos y muebles no metálicos, una cama baja, una mecedora, unas sillas cómodas. Con luz indirecta de intensidad variable, música suave, con un ambiente caldeado a 22 grados, y un monitor fetal o Sonicaid, es suficiente.

Nosotros defendemos mucho que los partos, aparte de las posiciones en cuclillas y verticales, sobre todo, las mujeres tienen que estar con los pies en la tierra, tienen que sentirse bien sólidas y arraigadas, entonces eligen cualquier postura que en ese momento les pida el cuerpo

Y si lo permitiera la dirección del centro hospitalario, porque lo entiende, instalar una bañera de agua caliente en una pequeña habitación contigua al paritorio. No se necesita más para acompañar a la mujer en su parto y en el nacimiento de su hijo, ni menos, porque el resto se encuentra al otro lado de la puerta, incluso el quirófano por si se necesita.

Cambio de actitud de los profesionales.-

Ante un parto fisiológico los profesionales debemos recordar y creernos que no es una enfermedad ni un acto médico-quirúrgico y lo mejor que podemos hacer es respetar y potenciar su fisiología. Nuestra posición debe ser de un discreto segundo plano, transmitiendo seguridad y confianza y potenciando su autonomía, recordar que en un parto nunca debe haber prisa, cada mujer tiene su ritmo en el parto igual que cada persona tiene su ritmo en la sexualidad. Los profesionales debemos saber manejar situaciones y elementos para potenciar la fisiología del parto.

Los futuros profesionales deberán saber usar el baño caliente terapéutico en su momento adecuado, sugerir un cambio de postura a la mujer que le favorezca, ayudar a afrontar a la madre la sensación de soledad y miedo a la muerte. El masaje adecuado, la palabra precisa, acompañar en la respiración relajante, estos y muchos otros son los actos terapéuticos imprescindibles para poder recuperar el sentido del acto de parir y de nacer.

Dos ejemplos para demostrar este cambio de actitud. En resumen, porque de ello se ha hablado en estas jornadas bastante, respecto a la **monitorización fetal continua**, recuerdo que la revista Lancet, en Diciembre del 87 presentó un estudio multicéntrico de decenas de miles de partos en los que comparaba los grupos de mujeres con monitorización continua o con una escucha intermitente de los latidos fetales y la conclusión global es la que ya se ha dicho, que el único efecto significativo del uso de la monitorización fetal continua en partos normales, es que aumentaba el número de cesáreas y fórceps sin mejorar los resultados neonatales.

Respecto a la **episiotomía** hay muchísima bibliografía y toda ella resalta la importancia de su uso restrictivo. Las revisiones de Wooley (1995), Renfrew (1998) y Sampelle (1999), concluyen con la importancia del uso restrictivo de la episiotomía. Mie (1996) estudia la incidencia del entorno del parto y de las posturas del parto respecto al perineo, demostrando que en los partos naturales se obtiene un mayor número de perineos intactos y un menor número de episiotomías. Todos los estudios concluyen que la episiotomía está relacionada con mayores problemas de salud a corto y largo plazo que un desgarro controlado.

El informe de la OMS del 99 valora que un porcentaje de episiotomías en torno al 10%, es el objetivo.

Protocolos de atención al parto natural.-

Aplicando los protocolos que desarrolla la OMS en el informe del 99, todas las mujeres gestantes sin patología previa o actual importante podrían acceder al desarrollo de un parto espontáneo, natural. Es importante que los protocolos se apliquen de forma personalizada, individualizando su aplicación médica en función de la salud de la mujer y de sus exigencias

personales y culturales. En el transcurso del parto estos criterios pueden ser modificados por la aparición de alguna patología evidente o por la petición subjetiva de la mujer en función de su experiencia del parto. En cualquier caso, la atención al parto natural en un hospital permite criterios más amplios que la asistencia en el domicilio o en una casa de partos, pues el quirófano y otras técnicas médicas se encuentran muy cerca en el hospital.

Clasificación de las prácticas del parto normal de la OMS (basadas en la biblioteca Cochrane):

Categoría A. Prácticas que son claramente útiles y que se deberían promover:

- . Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto
- . Respeto a la intimidad durante el parto
- . Elección de los acompañantes
- . Monitorización intermitente
- . Libertad de posición y movimiento durante el parto
- . Estimulo a evitar la posición de decúbito supino
- . Contacto inmediato piel-piel
- . Lactancia en la primera hora de vida

Categoría B. Prácticas claramente perjudiciales y que deberían ser eliminadas

- . Uso rutinario del enema
- . Rasurado púbico
- . Infusión intravenosa de rutina
- . Cateterización venosa de rutina
- . Posición de decúbito supino en la dilatación
- . Litotomía con o sin estribos durante el parto

Categoría C. Prácticas sin una clara evidencia que debieran utilizarse con cautela.

- . Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto
- . Sección precoz del cordón umbilical
- . Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente
- . Restricción de líquidos y alimentos durante el parto
- . Control del dolor con anestesia epidural
- . Monitorización fetal continua
- . Llevar mascarillas y batas estériles durante la atención al parto
- . Estimulación oxitócica
- . Cambio rutinario de la mujer al comenzar la segunda fase del parto
- . Animar a la mujer a empujar antes de que sienta ella misma necesidad de empujar sin esperar al reflejo de expulsión fetal.
- . Uso liberal y sistemático de la episiotomía.

Necesitamos urgentemente un pacto entre los profesionales de la salud y los padres para que los nacimientos sean de otra forma y sobre todo pensando en función de los bebés y del futuro de nuestra sociedad. Con esta forma de parir estamos generando las primeras agresividades en los seres humanos y después nos sorprendemos de que nuestros chicos sean cada vez más agresivos, más violentos, menos solidarios. Ya hay suficiente información

científica para hacer reflexionar que *es desde el principio de la vida cuando se empiezan a estropear las cosas.*