



# QUE LOS ÁRBOLES NO TE IMPIDAN VER EL BOSQUE: LA NECESIDAD DE HUMANIZAR EL NACIMIENTO

Marsden G. Wagner

## Introducción

Tras mis recientes visitas a España, Chile, Argentina y Méjico he podido observar que las cifras a las que se hacen referencia en este artículo se dan en los países de habla hispana. Precisamente estos países se sitúan entre aquéllos con las tasas más elevadas de intervenciones obstétricas innecesarias, invasivas y peligrosas. Y esta situación va en crescendo, ya que vemos a los obstetras luchando por mantener el control completo de los servicios de maternidad, intentando marginar a las comadronas y privando a las mujeres y sus familias de su derecho a elegir el tipo de experiencia de nacimiento que consideran más apropiada para ellas en cada momento. Por estas razones me siento especialmente feliz de que OB STARE publique este artículo en español. Así, OB STARE se suma a la promoción de literatura sobre maternidad en español, por lo que considero que se trata de una publicación que debe de ser leída y promocionada en los países de habla hispana del mundo entero.

## ¿Por qué se ha medicalizado el proceso del nacimiento?

El único enfoque que tienen en consideración los médicos es el denominado «caso único», también conocido como prueba anecdótica. Un acercamiento de este tipo nos lleva a un modelo de escenario en el que no se aplican determinados datos poblacionales conocidos en la práctica. El rechazo de este enfoque viene dado porque tal o cual elemento del «¿qué pasaría si?» no funciona con un paciente individual. No podríamos encontrar un mejor ejemplo para este caso que la planificación extrahospitalaria del nacimiento. Muchos médicos e instituciones siguen creyendo en el peligro de un parto planificado fuera del hospital, en una casa de partos o en casa, rechazando la abrumadora evidencia de que un parto extrahospitalario es seguro para mujeres de bajo riesgo. La respuesta médica a esta evidencia es: «Pero, ¿qué ocurre si?» Como la mayoría de los médicos no ha asistido nunca un parto fuera del hospital, su pregunta «¿y qué ocurre si?» contiene falsos supuestos.

Primer supuesto falso: *durante el parto, las cosas ocurren rápido.* El caso es que, excepto en raras ocasiones, durante el trabajo de parto y el nacimiento las cosas ocurren muy lentamente, y las situaciones de verdadera emergencia en las que los segundos cuentan se presentan muy raramente. Además, como veremos más adelante, la comadrona de la casa de partos o la que atiende el parto en casa puede atender esta urgencia.

Segundo supuesto falso: *cuando aparece*

*una complicación, la comadrona extrahospitalaria no puede hacer nada.*

Parece que el problema sólo lo puede resolver alguien que nunca ha visto a una comadrona atendiendo un parto fuera del hospital. Una comadrona formada adecuadamente tiene la capacidad de pronosticar una posible complicación, por lo que desde el principio puede prever lo que va a ocurrir. Hay que tener en cuenta que en este caso la comadrona ofrece una atención personalizada, lo contrario de lo que ocurre en el hospital, en donde las enfermeras o comadronas ven a las mujeres de parto de las que son responsables a ratos. Si surge una complicación, excepto en muy contadas ocasiones, la comadrona extrahospitalaria puede actuar igual que se haría en el hospital, incluyendo el dar oxígeno, etc. Por ejemplo, en caso de una distocia de hombros, no hay nada que se pueda hacer en el hospital (excepto ciertas maniobras a la mujer y el bebé) que no pueda realizar una comadrona fuera de él. La literatura médica ha publicado que la maniobra actual más eficaz para tratar la distocia de hombros es la *Gaskin maneuver*, cuyo nombre se debe a la comadrona que primero la describió después de un parto en casa (1)

Tercer supuesto falso: *en el hospital se puede actuar con mayor rapidez.* Lo cierto es que en la mayor parte de la atención privada, el médico de la mujer ni siquiera está en el hospital durante la mayor parte del trabajo de parto, sino que lo llaman en caso de alguna complicación. El «tiempo de traslado» del médico es igual que el «tiempo de traslado» de una mujer

que se encuentra en una casa de partos o en su propia casa. En los partos hospitalarios, una vez que se ha decidido hacer una cesárea, se tarda un promedio de 30 minutos hasta que todo está listo: localización del anestesista, etc. Un estudio realizado en 117 casos de partos hospitalarios en los que hizo falta una cesárea urgente por sufrimiento fetal muestra que en el 52% de los casos la incisión no se hizo hasta pasados los 30 minutos después de haber tomado la decisión (2) Estos 30 minutos son los que tardan en llegar al hospital tanto el médico [localizado] como la mujer de parto [que se encuentra en su casa o en una casa de partos] Por ello es importante que se mantenga una buena relación entre el personal hospitalario y las comadronas que trabajan fuera, para que cuando una comadrona llame al hospital informando del traslado, el hospital no pierda tiempo y tenga todo listo para cuando llegue la mujer de parto. Éstas son las razones por las que el «caso único», la «prueba anecdótica» de «¿qué pasaría si?» utilizado por los médicos para hacer que la gente y los políticos rechacen el parto fuera del hospital no se sostienen de ninguna manera.

## Soluciones

La necesidad de que los médicos amplíen su horizonte en torno a la atención materna no es un problema nuevo. En un libro médico de 1668, ya se decía: «Los médicos que nunca han visto un parto en casa y aún así se oponen a él se parecen a esos geógrafos que se dedican a describir países que nunca han visto» Debemos hacer que los médicos se

planteen si la atención materna está humanizada con el fin de obtener una norma fisiológica que sustituya a la pretensión de tener que medir todas sus actuaciones. El plan de estudios de obstetricia en Filipinas incluye una determinada cantidad de partos en casa que los médicos deben atender. Todos los programas de estudios deberían incluir un plan de atención de partos extrahospitalarios, tanto en casas de partos como en partos en casa. Las comadronas y enfermeras obstétricas que se están formando necesitan tener la misma experiencia.

Ya que los hospitales han pasado a ser territorio médico y las mujeres han perdido el control de su propia atención en este ambiente hospitalario, una importante estrategia para humanizar el nacimiento es sacar los partos fuera del hospital. Siempre ha habido y siempre habrá mujeres en todos sitios que elijan un parto en casa y siempre habrá una comadrona que las asista. Hoy día, como resultado de décadas de propaganda sobre cuán peligroso es un parto y cuán seguro es un parto en el hospital –todo ello dicho por médicos que le tienen miedo a los partos y necesitan la seguridad de los hospitales– hay muchas mujeres que han caído en la trampa de pensar que el parto en casa es peligroso. Es increíble que los colegios profesionales obstétricos de muchos países superindustrializados como EE.UU. continúen con la misma póliza de seguro del parto en casa que la que se dictó en 1970. En esa época, las investigaciones sobre parto en casa no hacían distinción entre los partos previstos como extrahospitalarios de los partos extrahospitalarios repentinos, los cuales contaban con datos de una mayor

mortalidad debido a casos de bebés nacidos en un taxi, etc. Luego, los expertos separaron los partos planificados como extrahospitalarios y probaron que los índices de mortalidad perinatal eran tan o más bajos que los de los partos de bajo riesgo en el hospital. Hoy contamos con una vasta documentación científica que confirma estos datos, incluyendo datos de partos en casa atendidos por enfermeras-comadronas (3) y por comadronas (4-6)\*

En 1997 se publicó un meta-análisis que pudo demostrar definitivamente la seguridad del parto en casa, incluyendo una completa red bibliográfica al respecto (7)

Así, podemos decir que lo que destaca del parto en casa no es la seguridad [que ya está probada], sino la libertad y la familiaridad. Para más del 80% de las mujeres que no han tenido ninguna complicación durante el embarazo, el parto en casa previsto como tal es una opción completamente segura. Cualquier médico, hospital o institución médica que se oponga a la opción de parto en casa para la mujer de bajo riesgo está negando los derechos humanos fundamentales con información sin ninguna base científica y limitando la libertad de la mujer de elegir el lugar en el que desea parir. El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos más importantes de la vida de una familia, y cuando la familia elige un parto en casa, esto es sagrado y se debe hacer honor a esta decisión.

El nacimiento es una cuestión política, y esto es defendido por aquéllos que abogan por un nacimiento humanizado, lo que constituye una estrategia fundamental que va a permitirnos vivir como seres políticamente activos. Partiendo de las instancias gubernamentales, los políticos

toman decisiones cruciales que afectan a la maternidad y a los programas educativos. Es por ello que debemos participar de lleno en el trabajo por la humanización del nacimiento; aquellas personas que abogan por un nacimiento humanizado deben advertir a los políticos y a aquéllos que diseñan tales programas políticos acerca de la utilización del recurso del miedo como táctica y su aplicación en temas de seguridad en el nacimiento con la única finalidad de proclamar que el nacimiento humanizado es peligroso. Para ello no aportan ni una sola muestra que sirva como prueba para contrastar ese tipo de argumentos, limitándose a difundir opiniones tales como que la atención de las comadronas es menos segura que la de los médicos o que el nacimiento fuera de un recinto hospitalario es menos seguro que dentro del hospital. Este tipo de tácticas son comunes entre algunos de los elementos más reaccionarios del *establishment* médico y personal de enfermería.

Otra de las tácticas que se utiliza para provocar miedo por parte de muchos obstetras es decir que el traslado de una mujer que estaba de parto en su casa a un centro hospitalario es un disparate. Y la respuesta a esta crítica es “por supuesto”. Una comadrona extrahospitalaria competente sólo trasladará al hospital aquellos casos que representen un serio problema y que requieran de una intervención quirúrgica de la que no se disponga en la casa. De ahí que la única experiencia de parto extrahospitalario que tienen los obstetras que nunca han atendido un parto en casa (en algunos lugares prácticamente ningún obstetra ha atendido un parto en casa) se refiere a los traslados a un centro

Marsden Grigg Wagner nació en San Francisco. En 1955 se doctoró por la Escuela de Medicina de la Universidad de California, y en 1962 obtuvo el postgrado en Epidemiología perinatal y Reproducción por la misma universidad. Entre su experiencia profesional destacan seis años como profesor de Pediatría y Salud Pública en la Universidad de California, tres años como co-director de Salud Materno-Infantil en el Departamento de Salud Pública del Estado de California, seis años como director del Centro de Investigación del Servicio de Salud de la Universidad de Copenhague y quince años como Delegado de Salud Materno-Infantil de la OMS para Europa. Actualmente, trabaja como asesor privado. Además, ha pronunciado discursos sobre salud ante el Congreso de EE.UU., el Parlamento británico, la Asamblea Nacional francesa, el Parlamento italiano y el Parlamento danés. Viaja por todo el mundo hablando de la correcta utilización de la tecnología en el nacimiento y defendiendo el papel de la comadrona para obtener mejores resultados. Tanto sus artículos científicos como libros han sido publicados en más de diez idiomas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bruner, J.: All-four maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J. Reprod. Med.* 1998; 43: 439-443
- (2) Chauhan, S, y Roach, H.: Cesarean section for suspected fetal distress: does the decision-incision time make a difference? *J. Reprod. Med.* 1997; 42: 347-352
- (3) Murphy, P y Fullerton, J.: Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. *Obstet. Gynecol.* 1998; 52: 310-317
- (4) Durand, A.M.: The safety of homebirth: the farm study. *Am. J. Public Health* 1992; 82: 450-453
- (5) Scharamm, W.: Neonatal mortality in Missouri home births. *Am. J. Public Health* 1987; 77: 930-935
- (6) Hinds, M.: Neonatal outcome in planned vs. unplanned out-of-hospital births in Kentucky. *J. Am. Med. Assoc.* 1985; 253: 1578-1582
- (7) Olsen, O.: Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth* 1997; 24: 4-16

hospitalario, que siempre revisten algún problema. Así, erróneamente, estos obstetras relacionan estos casos con todos los partos extrahospitalarios. Ésta es la razón por la que los médicos necesitan, de primera mano, experimentar lo que es un parto fuera del hospital. Estas incitaciones al miedo están provocadas por los intentos de algunos médicos (y algunas veces, enfermeras) de preservar la atención a la maternidad como un territorio suyo. Con frecuencia, los médicos intentan atosigar a los políticos con su lenguaje

técnico, sólo entendible por los médicos, y que implica que el que escucha simplemente debe “creerme, soy el médico” Tanto los políticos como los agentes de seguros deberían insistir en pedirles a aquéllos que hacen estas declaraciones provocando el miedo: “Por favor, muéstreme los datos científicos que prueban lo que usted está diciendo” También sería una buena idea que los políticos les preguntaran a estas mismas personas cuántos partos extrahospitalarios han atendido.

**\* Nota editorial**

*En EE.UU. existen varias posibilidades para acceder a los estudios de comadrona y, a su vez, distintas certificaciones. Dos de ellas son:*

*- Enfermera-comadrona: persona que ha recibido formación en dos disciplinas: la enfermería y la partería. Esta titulación es expedida por la Escuela Americana de Enfermeras-Comadronas.*

*- Comadrona: persona que ha recibido formación en la disciplina de la partería. Esta titulación es expedida por la Escuela Americana de Enfermeras-Comadronas.*

*Este artículo forma parte de un completo trabajo publicado por el Dr. Marsden G. Wagner en el International Journal of Gynecology & Obstetrics 75 (2001) S25-S37*

## LA ATENCIÓN AL PARTO CREA ADICCIÓN

La atención al parto para mí va más allá de ser una opción profesional o laboral por varias razones:

La mujer tiene libertad de elección y opta: *nos elige, confía, sintoniza, comparte.*

Estos sentimientos son básicos para tomar su decisión. Si el acercamiento no se produce: no acepta, renuncia. Yo tengo libertad de elección y opto por aceptar la asistencia: *confío, sintonizo, comparto.* De lo contrario, no acepto el compromiso, renuncio. Hacemos un trato entre iguales, sin jerarquías.

«Actualmente el nacimiento es anulado como experiencia personal activa, y la mujer pasa de persona activa a paciente pasiva, de sujeto que siente a objeto anestésico (...) Si uno no siente que el niño siente, puede concluir que es una ilusión sentir que sí lo hace. Si uno siente que percibe los sentimientos del bebé concluirá que aquéllos que no los perciben sufren de una pérdida de sensibilidad

(R. Laing)»

Pactamos compartir la responsabilidad.

La mujer opta conscientemente, deliberadamente, tras buscar información, por un parto normal, natural, en un entorno familiar, con la compañía deseada. De la misma manera opta por confiar, sintonizar, permitir a su cuerpo desarrollar esta envidiable función que es dar la vida. Pide a su cuerpo y a su hijo/a que le permitan vivir y sentir plenamente cómo surge la vida de sus entrañas.

Sin paliativos, sin anestésicos, sin sucedáneos. Sabe que pueden surgir dificultades y necesitar la asistencia del equipo médico de un hospital. Sabe que puede surgir la necesidad de una anestesia epidural, de oxitócicos, de una cesárea... pero quiere darse la oportunidad de parir contando con su cuerpo y con el de su criatura.

Confía en la esencia de la vida que nos anima y en la posibilidad de recurrir a la ayuda médica.

Cree que el mismo instinto que genera y cuida la vida que permitió la concepción y la génesis de un nuevo ser le permitirá dar a luz. Siente que al igual que la respiración, la digestión y la temperatura se autorregulan, también lo harán el parto y el nacimiento. Sabe que esta confianza innata que tiene en ella la tiene también en su criatura, generando confianza, autoestima y seguridad. Evitando dependencias y debilidades.

Desea para ella el respeto que desea para su hijo/a, y viceversa, desea para su hijo/

a el mismo respeto que desea para ella. Sabe que la anestesia dificulta su colaboración en el parto, y no quiere aumentar la posibilidad de que su hijo/a deba ser extraído/a con instrumentos: fórceps o ventosa. Vive pidiendo y ofreciendo respeto y consideración. Y nos contagia. Acepta la oportunidad que le da tener el germen de la vida en su vientre para ahondar en los sentimientos de amor a la humanidad que trascienden su propio/a hijo/a. Y nos contagia. Profundiza los deseos de paz, de respeto, de justicia y de solidaridad entre los hombres y de armonía con el universo. Y nos contagia. Despierta y acrecienta el amor y el dolor, difíciles de separar cuanto más grande es el corazón.

«Un nuevo tipo de prisión para las mujeres: la prisión de la no conciencia, de las sensaciones amortiguadas, de la amnesia, de la pasividad total que puede hacernos perder contacto no sólo con las sensaciones dolorosas, sino con nosotras mismas

(A. Rich)»

En torno al parto y al nacimiento aflora lo mejor de cada persona. Si esta circunstancia estuviera presente sería más difícil declarar guerras y repartir malos tratos.

Montserrat Catalán. Casa de Naixements MIGJORN. Barcelona

Fotografía: Casa de Nacimientos MIGJORN

