Re-humanizando el proceso del parto o ¿qué voy a hacer sin ti?

Mónica Jasis Silberg

Hoy llegó a mis manos un catálogo promocional de una famosa compañía estadounidense que se especializa en vender productos educativos para profesionales de la salud y público en general. Lo peculiar de este catálogo es que sus productos son específicos acerca del periodo de embarazo-parto-postparto.

Es interesante ver que la variedad abarca desde todo tipo de ilustraciones sobre la progresión del embarazo en diferentes tamaños, hasta modelos de úteros embarazados y no embarazados, pelvis de plástico, madera o tela, senos lactantes, con quistes o sin ellos, banquitos especiales para parir sentada, cojines de relajamiento, entre otras tantas piezas a todo color. No está de más aclarar que los formatos también son diversos: hay videos, transparencias, carteles, discos compactos, *audiotapes*, paquetes de multimedia, en fin, una cuasi infinita colección de materiales de apoyo a las clases de educación del parto. Cerré mis ojos y visualicé las enormes puertas de vidrio de la sala de ginecobstetricia de uno de tantos hospitales generales con el enorme cartel que ordena:

> Prohibida la entrada a toda persona ajena a este departamento. Sólo pacientes embarazadas. Horas de visita de 4 a 6, sólo un familiar por paciente. Gracias.

En este momento, Carmen (quien no es discapacitada) es conducida en una silla de ruedas por Javier, su compañero, a través del largo corredor que se abre a otras salas. Habían soñado nueve meses juntos albergando mil preguntas que se resolverían en las próximas 10 o 15 horas, pero eso sí, siempre juntos. Al llegar al cartelón Carmen se acomoda con dificultad, se para, lo abraza y llora como si le esperara una brutal condena.

"¿Qué voy a hacer sin ti?"

"Aguanta, todo saldrá bien, yo aquí me voy a estar pendiente, hasta la hora que sea, todo saldrá bien, valor, mujer..."

Valor, la certeza del amor de Javier y la fragante salud de su cuerpo joven atraviesan la puerta que se abrirá al día siguiente tal vez, anunciando si fue "niña", "niño", si está "sanito" o si tuvo "problemas". Y la historia se repetirá tantas veces como mujeres entren a parir a la mayoría de nuestros hospitales. Las mujeres embarzadas "pacientes" entran solas a las salas de labor, despojándose no sólo de la compañía de sus seres queridos, sino también de todas sus pertenencias. De acuerdo con las normas hospitalarias aún vigentes, las pacientes deberán usar sólo una bata de hospital y permanecer en sus camas durante todo el trabajo de parto. Por supuesto, en ayunas y "canalizadas" con sus respectivos sueros glucosados al cinco por ciento, los cuales están suspendidos de un porta-suero de metal, a un lado de sus camas. Y así pasarán 6, 8, 15 horas "aguantando los dolores", escuchando los lamentos o alien-

tos de otras parturientas y alguna palabra solidaria de alguna enfermera en turno.

La realidad que acabo de describir no difiere de la que existía hace más de treinta años, cuando a mí me tocó nacer en un hospital público. Entonces, quiere decir esto que el famoso "avance científico en el campo de la ginecobstetricia en los últimos treinta años (con instrumentos ya populares como ultrasonidos, *scanners*, análisis de material genético) en la práctica no ha modificado la dinámica del nacimiento a nivel institucional. Es interesante ver que, a pesar de que nacen menos niños que hace treinta años —pues con el éxito de los programas de planificación familiar, hoy el índice de hijos por mujer es de 3.3— las principales causas de muerte en el primer año de vida siguen siendo en México las "afecciones del periodo perinatal".[1]

Por ahí de los años cincuenta también en otros países (no sólo los desarrollados) los nacimientos se daban en condiciones similares a las de México y, hoy por hoy, nos encontramos con que gracias al desarrollo de la educación prenatal, en muchos países del mundo el nacimiento se da en un contexto más natural, de fundamental apoyo a la mujer que da a luz.

La educación para el nacimiento fue primeramente introducida al mundo occi-



dental por el obstetra francés Ferdinand Lamaze, quien regresó de Rusia en 1948, donde aprendió el método de "control del dolor a partir del reforzamiento positivo", utilizado por los doctores Platonov, Nicolaiev y Velvosky. Al mismo tiempo, el médico inglés Dick Read incorporaba técnicas de relajación y respiración durante el trabajo de parto para poder romper el ciclo miedo-dolor-tensión, el cual era considerado por él como la causa principal del dolor del parto. La educación para el nacimiento comenzó siendo un "curso" de varias sesiones, donde las mujeres embarazadas "entendían" el proceso anatómico y fisiológico del embarazo y parto, así como ejercicios respiratorios, relajamiento y medidas higiénico-dietéticas. En la actualidad ya es una disciplina paramédica. Existen diferentes escuelas, como la del doctor uruguayo Caldeyro Barcia, quien fue pionero en introducir el método en América Latina, o la del Dr. Bradley (estadounidense), quien enfatiza el rol del compañero como *coach* (entrenador) de la mujer durante la labor, o la de Sheila Kitzinger, sustentada sobre la teoría de la apertura de canales psico-sexuales durante la labor y el parto.

De acuerdo con la definición de la educación para el nacimiento, ésta es "un proceso dinámico en donde los futuros padres aprenden acerca de aspectos emocionales y físicos del embarazo, parto y maternidad/paternidad temprana, así como habilidades de apoyo y manejo del trabajo de parto".[2] Este proceso de aprendizaje se da en general en pareja. A lo largo de estos años de desarrollo de la disciplina y con

base en destacados trabajos científicos y experiencias de campo, diferentes asociaciones nacionales e internacionales[3] asumen que el éxito de un trabajo de parto —o sea que el tiempo de labor sea corto, que el parto no se complique y que el producto (bebé) nazca bien— dependerá en gran medida de los siguientes principios:

- Que la mujer se sienta emocionalmente apoyada durante todo el periodo de labor.
- Que no esté tensa.
- Que tenga libertad de movimiento.
- Que cambie de posiciones físicas por lo menos cada media hora.
- Que se mantenga bien hidratada y con niveles normales de azúcar en la sangre.

Por citar unos ejemplos, hace poco tuve la oportunidad de visitar varios centros obstétricos en California, donde, al entrevistar a integrantes de los equipos de salud, se me hizo saber que hace veinte años el costo de los servicios obstétricos y perinatales en ese estado americano era muy elevado para el gobierno. Las parteras no tenían certificados para atender los partos y el personal de enfermería se dedicaba, entre muchas otras tareas, a "asistir" a las parturientas durante la labor. La incidencia de operaciones cesáreas y de bebés prematuros o con problemas al nacer eran altas, especialmente en hospitales que atienden a poblaciones de bajos recursos socioeconómicos. En el Hospital Municipal "Highland" de la ciudad de Oakland, que atiende población de raza negra, la tasa de cesáreas llegaba a ser, a finales de los años setenta, de 28 por cada cien partos. Lo mismo ocurría en el hospital general de la ciudad de San Francisco, el cual atiende principalmente población migrante de Latinoamérica. Actualmente, con la ayuda de la educación de las parejas durante el embarazo como parte de programas integrales de salud prenatal, y partiendo de los principios señalados anteriormente, se ha logrado reducir, entre otras cosas, el índice de intervenciones quirúrgicas en hospitales de California. Para el primer hospital mencionado, la tasa de cesáreas para 1993 fue de 14.5 por cien partos y para el de San Francisco, de doce por ciento.[4]

En México, mientras la tasa aceptada es de veinte cesáreas por cada cien partos, el rango real existente es amplio. Es frecuente encontrar tasas de 25 a 30 por ciento en los hospitales generales.

Me comentaban los profesionales entrevistados que, en general, las mujeres que llegan "preparadas" al parto, tienen trabajos de parto más cortos y los bebés nacen con menos problemas que en el pasado. En hospitales públicos de los países donde se desarrolla la disciplina de educación para el nacimiento, han permitido la implementación de programas costo-beneficios para el sistema de salud, así como para las usuarias. Lo anterior se basa principalmente en que se logra una racionalización de recursos humanos, se requieren menos recursos materiales y menos días de uso de hospital por parto. Algunos ejemplos de estos sistemas públicos son el holandés, el canadiense, el inglés, el cubano, el danés, entre otros. En América Latina actualmente existen modelos de atención donde la educación para el nacimiento está incorporada, pero generalmente a nivel del sector privado, dirigidos a población con recursos socioeconómicos altos.

Para las parejas que comparten el proceso de procreación-embarazo-parto la experiencia fortalece la unión familiar.

Pero ahora, cabe preguntarnos: si la educación para el nacimiento conlleva tantas ventajas, ¿por qué no se ha desarrollado como parte de los programas institucionales de nuestro país? Hace dos años un grupo de médicos y paramédicos intentamos aproximarnos a la problemática de aceptación, por parte del personal médico, del modelo centrado en la integración de

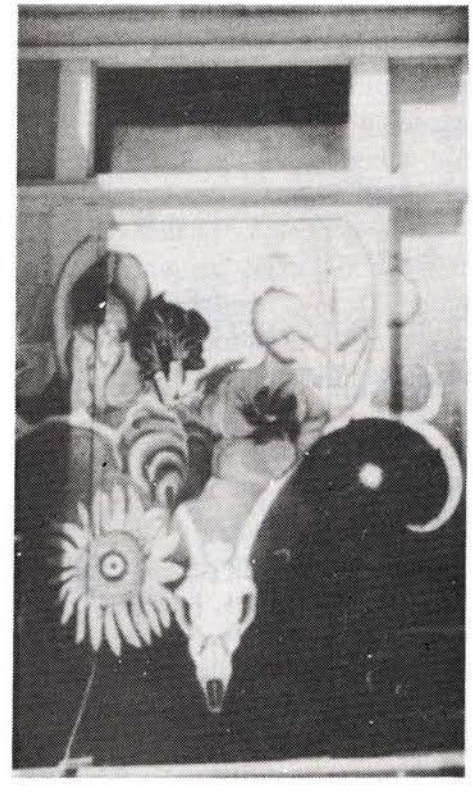
la familia en la atención del parto (lo que en inglés se da en llamar "family centered maternity care") en Baja California Sur.

Casi cien colegas médicos y paramédicos asistimos a la brillante exposición de los fundadores del Instituto Nacional de Perinatología, los doctores Eduardo Jurado, y Carlos Vargas y la educadora en psicoprofilaxis perinatal Guadalupe Trueba, quienes actualmente desarrollan el programa CIMIGEN, pionero en este tipo de filosofía en nuestro país. En esa oportunidad, estos destacados maestros intentaron el diálogo con colegas médicos con respecto a la viabilidad de un modelo más humano de atención del parto. En este modelo, la mujer escoge la posición que más le acomode para dar a luz, ya sea en cuclillas, acostada, sentada o como naturalmente el cuerpo le mande, y está acompañada durante todo el proceso por su compañero, familiar o amistades.

Las principales razones que mis colegas alegaron para no cambiar el modelo vigente desde hace más de cuarenta años fueron las siguientes:

- No se puede aceptar que la mujer tenga libertad de movimiento durante el trabajo de parto, porque la "paciente" debe estar canalizada (con suero glucosado) dado los requerimientos calóricos e hídricos que requiere durante el trabajo de parto.
- No se puede permitir el paso al marido o familiar que apoye emocionalmente a la parturienta, pues estas personas generalmente no saben "comportarse" dentro de una sala de hospital.
- En general, las salas de expulsión son muy pequeñas y una persona más que asista a la embarazada crearía problemas de incomodidad para los "responsables" de resolver la situación médica del alumbramiento, es decir, los médicos.
- Si se permite que la parturienta adopte otra posición para dar a luz que no sea la de litotomía, donde la paciente está acostada sobre su espalda y con las piernas sobre las piernerras de la mesa de expulsión, sería muy "incómodo" para el obstetra realizar las intervenciones "necesarias".

Cada una de las razones aludidas han sido claramente debatidas por trabajos científicos realizados en los últimos quince años, donde se concluye que sólo son válidas en el marco de una atención altamente medicalizada. A continuación, responderemos a cada una de estas razones, de acuerdo con los hallazgos científicos más recientes. La respuesta a la primera razón es técnicamente muy sencilla: en lugar de "enganchar" a la mujer en labor a un sostén con suero glucosado, podemos mantenerle una vía permeable, esto es, colocarle el tubo de canalización cerrado, sin conectarlo a la botella de suero. Está comprobado que, si durante esas 6, 8 o 10 horas la paciente se mantiene tomando líquidos claros e incluso alimentos livianos y desgrasados (como frutas, yoghurt, pan, galletas y jugos), se mantendrá con buenos niveles de glucosa en la sangre y bien hidratada.[5] De esta manera, la mujer podrá "trabajar" su periodo de



labor en movimiento, hecho que destaca como la clave para el acortamiento del periodo de labor.[6]

La segunda razón argüida por los colegas médicos se antoja, por un lado, desconocedora de nuestras tradiciones culturales ya que, como parte del rito del nacimiento en la mayoría de las culturas mesoamericanas, la mujer estaba acompañada durante el trabajo de parto muchas veces por sus madres, comadres o por la propia pareja. Por otro lado, vale la pena citar algunos de los tantos trabajos serios que se han escrito al respecto, como el de Crowe, *et. al.*,[7] el de Hedstrom,[8] Pérez,[9] quienes nos muestran la importancia que significa para la mujer la presencia del apoyo emocional durante la labor y el éxito del parto. Es más, los doctores Kenell y Klaus[10] han documentado el efecto de esto en la morbilidad materno-infantil en hospitales norteamericanos.

Mi experiencia personal, así como la de las parteras con las que tuve oportunidad de platicar en California, y de varias educadoras del nacimiento en Estados Unidos, Canadá y México, me han dejado saber que durante el periodo de labor, parto y postparto no hay mejor "ayuda" para la mujer que su propio ser querido.

Actualmente, en las maternidades que visité hay relativamente pocas restricciones con respecto a la presencia de apoyos para la parturienta; al contrario, está permitida su participación para promover el confort de la mujer y así facilitar el trabajo de parto a nivel emocional, físico, biológico y social. Las mujeres entran a la sala de labor caminando, acompañadas de las personas que ellas consideran su apoyo y permanecen con sus atuendos y pertenencias (amuletos, libros, *cassetes* de relajamiento, bolsas de agua caliente, o cualquier implemento que les reafirmen el confort y la seguridad). Tienen libertad de movimiento, pueden tomar baños si así lo necesitan, tomar líquidos claros (jugos, tés) y, eso sí, concentrarse activamente para manejar las contracciones sin tensión, dejando al útero trabajar naturalmente.

La tercera y cuarta razones de los médicos (que aluden a la "falta de espacio" de las salas de expulsión y a la utilidad de la posición de litotomía) encierran la clave del modelo médico de búsqueda de control sobre el parto y nacimiento. Una vez más podemos aludir a las tradicionales maneras de "parir" a través de nuestras culturas o a trabajos bien fundamentados que comprueban que si la mujer escoge una posición cómoda para parir (no exactamente el permanecer acostada), el resultado será benéfico para ella y el bebé.[11] Incluso, que es mucho más cómodo el parto en "cama" que en "mesa de expulsión"[12] y, por lo tanto, si existiera la voluntad por parte del sistema médico, se podrían realizar modificaciones logísticas no-complejas para adecuar las salas de expulsión diseñadas "a la antigua", para permitir nacimientos más acordes con las necesidades físicas y emocionales de la mujer.

En esto último considero que está la clave de mi cuestionamiento al actual modelo de atención: ¿el rol del médico viene a ser el de un "facilitador" del proceso de labor y parto para la mujer, o es la propia paciente la que deberá "facilitarle las cosas" al médico en turno para que realice adecuadamente "su trabajo"? Más aún, ¿quién es "responsable" de que el proceso de embarazo-labor-parto-postparto llegue a buen fin?

Comprendo solidariamente la preocupación de los colegas médicos por "atender" con excelencia técnica cada uno de los "casos" de mujeres que dan a luz. Sin embargo, como mujer y madre considero que éste es un papel demasiado ambicioso por parte de la disciplina médica y que le quita responsabilidad y autonomía a las mujeres sobre un proceso que es único para cada "caso". Pero, para no pecar de subjetiva, vale la pena citar a Susana Genaro, quien define

claramente las dimensiones de la experiencia del parto: "La experiencia del nacimiento es un evento único [...] Sin embargo, el tiempo que una mujer dura en el parto tiene un efecto muy posterior a la experiencia física misma. El nacimiento moldea para siempre los pensamientos de la mujer sobre ella misma y puede afectar las relaciones con otros miembros de la familia. Es claramente mucho más que un evento que ocurre durante un día en la vida de la mujer, es una experiencia que tiene el potencial de afectar la salud social y mental de las mujeres y sus familias. El parto debe ser llevado a cabo en una forma que vaya más allá de asegurar la salud biológica".[13]

Entonces, ¿es justo que los médicos nos sintamos con toda la responsabilidad de la resolución del parto y tratemos de adecuar las condiciones para que nuestro trabajo se facilite? ¿También nos sentiremos responsables de las consecuencias que tendrá el proceso de parto en el futuro de la vida de las mujeres y sus familias? Quisiera dejar estas preguntas abiertas a la reflexión de mis colegas médicos(as).

En cuanto a lo que a las mujeres nos toca, vale la pena cuestionarnos sobre ¿cuánto tiempo más debemos aceptar que nuestra salud reproductiva sea conocimiento, decisión y responsabilidad de otros?

A nivel del sistema de salud, con el programa Hospital Amigo de la Madre y del Niño (CIMIGEN), basado en la lactancia materna y el alojamiento conjunto, se abrió el camino para re-humanizar el proceso de embarazo-parto y postparto en México. El proyecto CIMIGEN lleva un paso más adelante con la filosofía de este proceso, centrada en el apoyo al nacimiento por parte de la familia. Poco a poco iremos viendo cambios de este tipo en todas las instituciones. Y lo más probable es que en el próximo parto Javier participe junto con Carmen y vivencien ambos una de las mejores experiencias de su vida.♦

Notas

[1] INEGI: *Estados Unidos Mexicanos, X Censo Nacional de Población y Vivienda*, México, 1992.

[2] Nichols, Francine and Sharron Smith. *Humenick; Chidbith Education: Practice, Research and Theory*. W. B. Saunders, editor, 1988.

[3] ICEA. *Childbirth Educator Workshop*. Reading Packet, Irvine, Ca. 1994.

[4] Entrevista con Erisíka Razak, jefa de parteras del Hospital Highland, Oakland, Ca., enero de 1994. Entrevista con Maddy Peckenham, jefa de enfermeras, Departamento de Ginecobstetricia, Hospital General de San Francisco, San Fco., Ca., enero 1994.

[5] Referencias bien documentadas al respecto se encuentran en los Position Papers de ICEA (International Childbirth Education Association). También en esta área destacan los trabajos de Penny Simkin, Sheila Kitzinger, N. Sammuels y Francine Nichols.

[6] *Ibidem*.

[7] Crowe, K. and C. von Baeyer. "Predictors of a positive childbirth experience", en: *Birth*, volumen 16, número 2, pp. 59-63, 1989.

[8] Hedstrom, L. and N. Newton: "Touch in Labor: A comparision of cultures and eras", en: *Birth*. volumen 13, número 3, p. 181, 1986.

[9] Pérez, P. "The emotional work of pregnacy", en: *International Journal of Childbirth Education*, volumen 3, número 3, pp. 30-31, 1988.

[10] Kennell, J. M., Klaus, S., Mc Greath, *et. al.* "Continuous emotional support during labor in the U. S. hospital. A randomized controlled study", en: *JAMA*, 265, número 17, pp. 2197-2201, 1991.
—Klaus, M., Kennell, S., Robertson, *et. al.*: "Effects of social suport during parturation on maternal and infant morbidity", en: *BMJ* 2933, pp. 585-587.

[11] Ver Caldeyro Barcia, 1979 y Roberts, 1980, entre otros.

[12] Sammuels, M. and N. Sammuels. *The well Pregnacy Book*. Summit Books. New York, 1988.

[13] Genaro, Susana. "The Childbirth Experience", en: *Humenick; Childbirth... op. cit.*, p. 53.

[14] Simkin, Penny, A. Keppler and J. Whaley. *Pregnacy, Childbirth and the Newborn*, 1991.

[15] Caldeyro Barcia, R. "The influence of maternal position on time of spontaneous rupture of membranes, progress of labor and fetal head compression", en: *Birth and the Family Journal*, volumen 6, número 1, pp. 7-16, 1979.

[16] Roberts, J. "Alternative positions for Childbirth" en: *Journal of Nurse-Midwifery*, volumen 25, números 4-5, 1980.