

Algunas reflexiones sobre los trabajos de parto en relación con el marco normativo vigente

Eje: Extensión, docencia e investigación

Autores: GENTES, Gladis, MANTARAS, Romina

Secretaría de Extensión. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.

Mail de contacto: gbgentes@hotmail.com

RESUMEN

Como profesionales de la salud abocadas a la preparación integral para la maternidad, vemos con preocupación que se realiza un doble juego con las mujeres embarazadas: por un lado se las prepara para tener un parto normal, entendiendo por éste un parto vaginal donde se respeten sus tiempos y sin prácticas invasivas y por otro lado la realidad con la que se encuentra la pareja es totalmente diferente a lo esperado: surge el apuro, las prácticas invasivas, y los hacedores genuinos de ese nacimiento, los padres, pierden todo protagonismo frente a las intervenciones médicas. Antecedentes concluyen que el incremento de tecnología ha llevado a un abuso de cesáreas sin que mejoren los resultados.

Objetivo: Conocer la modalidad de parto que experimentaron mujeres que asistieron a la preparación en una institución de la ciudad de Córdoba en el año 2009.

Material y Método: se administró una encuesta a setenta mujeres en el posparto. Los resultados fueron sometidos a un análisis cuantitativo y cualitativo.

Resultados: Sobre una muestra de 70 partos, hubo 35 cesáreas. Del total de cesáreas, 18 fueron programadas (51%) y 17 no programadas (49%). Nueve (9) de los casos incluidos como cesáreas no programadas fueron trabajos de parto *inducidos* que finalizaron en *cesáreas*. Del total de partos vaginales, 23 (66%) fueron de comienzo espontáneo y en 12 casos (34%) se aplicó inducción para iniciarlos.

Reflexiones finales: Los valores obtenidos en cuanto a cesáreas distan mucho de lo aconsejado por la OMS. Es significativa la proporción de inducciones que derivaron en partos operatorios. Esto permite inferir que en muchos casos, a partir del abuso de inducciones tempranas, se concluye en cesárea por un *acuerdo implícito* entre un profesional “apurado” y una parturienta que “no da más”.

Palabras claves: trabajo de parto / normativa vigente

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento de gran significación en la vida de las familias y de la comunidad. Con el paso del tiempo, fueron cambiando el contexto y las condiciones en que éste se produce. A principios del siglo XX, el parto se va trasladando de la casa a la institución médica con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de partos complicados (no más del 20% del total). Esto que, por un lado constituyó un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, a la vez, significó la incorporación de una gran mayoría de mujeres y recién nacidos sanos a instituciones donde la relación médico- paciente estaba signada por la *enfermedad*. Así es como las mujeres comenzaron a *internarse* para parir separadas de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, poco afectuoso y muchas veces desvalorizante con consecuencias iatrogénicas para el vínculo madre-hijo. (Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, 2004)

“El Equipo de Salud pasó a ser el eje de las decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo en todos los casos, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones excepcionales en rutinarias”... “El incremento de la tecnología (ecografías, monitoreo electrónico, anestesia peridural, etc.) ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales” (Guía para la atención del parto normal, pág.13) De esta manera, el nacimiento se asimiló a una enfermedad y las madres y sus familias se subordinaron a la autoridad del profesional médico, perdiendo el protagonismo y aceptando las reglas de las instituciones. El parto se convirtió en un proceso cada vez más rápido, mecánico, quirúrgico y aséptico.

Desde hace varias décadas, en nuestro país y en el mundo, comienzan a desarrollarse diversos movimientos para volver a transformar el nacimiento en un hecho natural con la participación de la familia. Estos cambios se fundamentan en desarrollos teóricos del Dr. Read en Inglaterra, de la Escuela Soviética, del Dr. Lamaze y Michel Odent en Francia. El énfasis en los **derechos sexuales y reproductivos** rescató algunas cuestiones que estaban ya instaladas en pueblos considerados “primitivos”. Michel Odent es uno de los autores que ha observado y analizado las prácticas ancestrales y pudo recuperarlas para realizar lo que se ha

denominado últimamente “parto humanizado”. FLASOG ¹ha asumido el compromiso de defender los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres de América Latina, entre ellos, el **derecho a una maternidad saludable y segura**.

Como marco normativo resultante de numerosos estudios basado en la evidencia, y que establece lineamientos sobre lo que es *una maternidad saludable y segura*, contamos con: los principios y recomendaciones de la OMS, la ley 25.929 y la Guía de la Atención del Parto Normal en las Maternidades Centradas en la Familia (Resolución Ministerial 647). Estos documentos apuntan a una atención personalizada del parto, con la mínima utilización de tecnología que sea necesaria, y dentro de una concepción de nacimiento humanizado. Además la recientemente sancionada y promulgada ley 26.485 para erradicar y prevenir la violencia de género, contempla como una de las formas de agresiones contra las mujeres a la **violencia obstétrica**. En su artículo 6, inciso e) reza: “**Violencia obstétrica**: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales de conformidad a la ley 25.929.” Como se observa las leyes argentinas amparan el derecho a parir libremente, respetando los tiempos de la madre y el bebé; sin embargo el texto de estas leyes es violado con frecuencia en las maternidades, hospitales públicos y clínicas privadas.

Como profesionales de la salud abocadas a la preparación integral para la maternidad, vemos con preocupación que se realiza un doble juego con las mujeres embarazadas: por un lado se las prepara para tener un parto normal, entendiendo por éste un parto vaginal donde se respeten sus tiempos y sin prácticas invasivas y por otro lado la realidad con la que se encuentra la pareja cuando llegan a la institución, es totalmente diferente a lo esperado: surge el apuro, las prácticas invasivas, y los hacedores genuinos de ese nacimiento, los padres, pierden todo protagonismo frente a las intervenciones médicas. **Es por esto que surgió la inquietud de investigar sobre la temática y realizar un sondeo sobre los tipos de partos que tuvieron un grupo de mujeres que asistieron a la preparación durante el año 2009.**

¹ Declaraciones del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG)

OBJETIVOS

- ✓ Realizar un relevamiento de los tipos de parto que experimentaron las mujeres que asistieron a un centro de preparación para la maternidad de la ciudad de Córdoba.
- ✓ Confrontar los resultados obtenidos con el marco normativo vigente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron documentos nacionales e internacionales que hacen a la atención de la mujer y del recién nacido en el parto. Ellos son: los principios de la OMS; la Resolución 647 del Ministerio de Salud de la Nación, la Ley Nacional N° 25.929.

Con respecto al trabajo de campo, la muestra estuvo compuesta por 70 mujeres que asistieron a la preparación para la maternidad entre los meses de enero y setiembre de 2009 en un centro de la ciudad de Córdoba. La mayoría de las embarazadas eran primerizas; sólo dos ya habían pasado por experiencias de parto anteriores. Es una muestra heterogénea en referencia a las instituciones donde se realizó el parto y a los profesionales que lo atendieron.

Para ello se administró una encuesta entre el 3ero y el 6to mes posparto. El instrumento recabó datos sobre el tipo de parto (cesárea o vaginal), si la cesárea fue programada o no, y si el parto vaginal fue de comienzo espontáneo o inducido. Los resultados fueron sometidos a un análisis cuantitativo y cualitativo para ser posteriormente confrontados con la documentación citada. También se tomaron en cuenta expresiones vertidas por las mujeres referidas a las intervenciones que se les realizaron durante el primer y segundo período del trabajo de parto.

RESULTADOS

Gráfico 1: Sobre una muestra de 70 partos, hubo 35 cesáreas y 35 partos vaginales. En porcentajes hace un 50 % de cada tipo de parto.

Gráfico 2: Del total de 35 cesáreas, 18 fueron programadas (51%) y 17 no programadas (49%).

Gráfico 3: Es importante consignar que nueve (9) de los casos incluidos como cesáreas no programadas (17) fueron trabajos de parto *inducidos* y que finalizaron en *cesáreas*. En porcentaje es un 52 %; lo que representa más de la mitad de las cesáreas no programadas

Entre las expresiones vertidas encontramos: *“pastilla en cuello para inducir”, “doce horas con ocitocina y no dilataba”, “no sé porque terminé en cesárea, no me cierra pero yo estaba cansada, entregada”, “llegué con 7 de dilatación, me rompieron bolsa, pasaron seis horas” “me indujeron pero no dilataba”*

Gráfico 4: Del total de 35 partos vaginales, 23 (66%) fueron de comienzo espontáneo y en 12 casos (34%) se aplicó inducción para iniciarlos.

En relación a los trabajos de parto espontáneos, los comentarios reiterados son: *“llegué a la clínica con 5 cm de dilatación, a las dos horas nació”, “desde las cinco de la mañana con contracciones, me interné a las 12,30 y, nació a las 14”, “desde la tardecita con contracciones, cada vez más seguidas, me interné a las 4 de la mañana y a las 5 nació”*

Con respecto a los inducidos, las mujeres refieren que le colocaron *“pastillas en el cuello del útero”, “goteo con ocitocina”, “me rompieron la bolsa pero no tenía contracciones”*.

En relación a los **Gráficos 3 y 4**, totalizan 21 casos donde hubo inducción, ya sea que hayan finalizado por vía baja o por cesárea. Es importante destacar las fechas en que se realizaron los partos con respecto a la consignada como *fecha probable*. Sólo en un (1) caso el parto se realizó siete días después de la fecha probable, dos (2) fueron dos días después y el resto (18) se efectuaron antes de la FPP.

REFLEXIONES FINALES

Se observa un aumento progresivo de cesáreas, como así también de las maniobras que patologizan el parto, lo que debería llevar a los profesionales de la salud a reflexionar sobre nuestras prácticas en el proceso de nacimiento de un ser humano. Los resultados de este estudio se contraponen a la normativa vigente, en la medida que la OMS recomienda no más del 10 o 15 por ciento de partos por cesárea, el respeto por los tiempos del parto natural y la menor medicalización e intervención necesaria. La cesárea en muchos casos puede salvar la vida de las mujeres y de sus hijos, siempre que sea usada correctamente y no para ahorrar las horas que lleva el trabajo de parto. Si se toman como auténticas causales de cesárea: sufrimiento fetal agudo, toxemia, placenta previa, desprendimiento normoplacentario, situación transversa y presentación podálica en primeriza, se observa que en la mayoría de los casos presentados no hubo una justificación clara de la indicación de cesárea. Lo que precipitó la intervención quirúrgica tuvo que ver con variables intervinientes como la necesidad de apurar el parto, la multiplicidad de intervenciones y medicamentos y el estado anímico de la mujer. La naturaleza necesita de sus tiempos para llevar a buen término el trabajo de parto. En una cultura de lo rápido e instantáneo, el parto rápido es visualizado como parto ideal no sólo por las instituciones de salud sino también por las mismas mujeres. La ley 25.929 en su artículo d)

establece que toda mujer tiene derecho: *“al parto natural, **respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas** y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer”*- Hay investigaciones que demuestran que la rotura de bolsa temprana por parte del profesional acortaría los tiempos del trabajo de parto: *“Estudios randomizados sugieren que la amniotomía temprana reduce entre 60 y 120 minutos la duración del trabajo de parto, con una tendencia hacia el aumento del porcentaje de cesáreas no significativa (OR. 1.25 IC. 95% 0.96-1.66). La amniotomía temprana interfiere con el tiempo fisiológico en el cual se rompen las membranas. En condiciones normales las membranas permanecen intactas hasta que la dilatación es completa, lo que ocurre en el 75% de los casos (Schwarcz 1995). No hay evidencia clínica que demuestre que la amniotomía temprana tenga alguna ventaja, por lo tanto, durante el trabajo de parto normal debe existir una razón muy válida para realizarla. En conclusión, esta práctica debe reservarse para aquellos casos que presenten un progreso anormal del trabajo de parto (Fraser W.D. 2000)”*² Es significativa la cantidad de inducciones que derivaron en cesáreas y que podríamos pensar que de no haber mediado la inducción, probablemente no hubieran sido realizadas. Es importante recordar que *“los partos prolongados, **los inducidos, los conducidos con ocitocina, los complicados por distocia, y los terminados en forma instrumental producen mayor dolor que los partos “normales”**”*.³ Esto permite inferir que a partir del abuso de inducciones tempranas, se concluye en cesárea por un *acuerdo implícito* entre un profesional “apurado” y una parturienta que “no da más”.

Dos artículos de la ley 25.929 expresan que la mujer tiene derecho a) *a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas* y c) *a ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto*. Tomando en cuenta las expresiones y comentarios realizados por las mujeres en este estudio, se infiere que la mayoría vivencia la situación de parto desde un rol pasivo, quedando en manos de la decisiones que tome el equipo de salud. Esto contrasta con el concepto de Maternidades Centradas en la Familia y con el espíritu de la ley citada.

² Citado en Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia-Dirección Nacional de Salud materno Infantil- Ministerio de Salud de la Nación-2004- Cap 1- Pág. 31

³ Op. Cit.- Cap. 2: Atención del parto normal Pág. 23.

Reafirmamos la definición que da la OMS: *“el parto normal se define como aquel de **comienzo espontáneo**, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace **en forma espontánea**, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional”* y otra cita del mismo organismo en el año 1996: *“En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el **proceso natural**”* Entonces nos preguntamos ¿Cuántos partos de los aquí referidos como vaginales se podrían considerar realmente como partos normales según la OMS? ¿Cuántas de las cesáreas realizadas se podrían haber evitado? ¿Por qué resulta tan difícil llevar a la práctica la normativa vigente sobre los nacimientos? No desconocemos las múltiples variables que atraviesan el accionar de los profesionales de la salud: los protocolos rutinarios de atención que se imponen en cada institución, el sistema de obras sociales que privilegia el aspecto mercantilista a la atención humanitaria, y las propias condiciones laborales en que los profesionales ejercen su quehacer cotidiano. Sin embargo, creemos que no explican la totalidad del problema planteado. Es de destacar que este acotado estudio se basó en los dichos de las mujeres, lo que presenta un aspecto positivo en la medida que refieren a sus saberes e impresiones subjetivas. Son mujeres que poseen un relativo nivel de conocimientos en relación al parto, de clase media, con un grado alto de escolarización (estudios secundarios completos, universitarios incompletos, universitarios completos). La limitación de este estudio está referida a que no se cuenta con información por parte de los profesionales que atendieron estos partos.

Para finalizar, creemos que las leyes y resoluciones vigentes son necesarias pero no son suficientes para lograr cambios culturales. Es importante que los profesionales de la salud podamos tener una actitud reflexiva y crítica sobre nuestras prácticas en el quehacer cotidiano; estar atentos para observar de qué manera se filtran los prejuicios y creencias, aún más teniendo en cuenta nuestro lugar de poder frente a las personas que buscan nuestra ayuda. Consideramos que hay mucho por hacer en la formación de los futuros profesionales de la salud. Como docentes de la universidad, nos comprometemos también a la revisión de los contenidos curriculares y la actualización de la bibliografía utilizada. Pero fundamentalmente propender al cambio de actitudes para que se respeten íntegramente los derechos de las mujeres y sus familias.

BIBLIOGRAFIA

- LEY NACIONAL 25.929 (2004) *Derechos de los padres y de la persona recién nacida*
- LEY 26.485 (2009) *Prevención de la violencia de género*
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2004) *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2005) *Preparación integral para la maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios*.
- OMS: *Diez principios para el cuidado del embarazo y el parto normal*.
- PRONSATO, Jorge (2000) *“Tecnologías apropiadas vs Rutinas acríicas en perinatología”*
Ed. Eudecor
- SEBASTIANI y RAFFO (2004) *Claroscuros del Embarazo, parto y puerperio*. Ed. Paidós
- VIDELA, Mirta. (1991) *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires. Nueva Visión
- VIDELA, Mirta. (2003) *Parir y nacer en el hospital*. Buenos Aires. Nueva Visión