

EL PARTO NATURAL HACE MAS SEGURO EL PARTO HOSPITALARIO

La medicalización del parto actual, generalizada y excesiva en la mayoría de los casos, hace necesaria una reflexión y un debate creativo sobre el futuro de la asistencia al parto-nacimiento.

Entre otras razones, porque en este debate se juega el futuro del trabajo de la comadrona, como profesional independiente y autónoma del trabajo del médico ginecólogo.

El objetivo último de este debate es recuperar la asistencia del parto espontáneo, evitando intervenciones médico-quirúrgicas innecesarias que aumentan la morbi-mortalidad tanto materna como fetal

Los objetivos que plantea son claros y concisos, pero su desarrollo requiere la interrelación de los mismos de manera absoluta.

Si falla alguno de ellos, los demás no pueden aplicarse.

Los objetivos son:

- potenciar la fisiología del parto y nacimiento
- reducir el intervencionismo médico
- promover el protagonismo y responsabilidad de la mujer.

Los medios sobre los que hay que trabajar para desarrollar y conseguir los objetivos dichos, serán de diversa índole, pero principalmente se refieren a las personas, a los profesionales que atendemos los partos.

Son puntos importantes sobre los que actuar:

- 1- El conocimiento actual de la fisiología del parto.
- 2- La dotación en la maternidad, de los medios físicos que potencien y no perturben esa fisiología del parto, como puedan ser el mantenimiento de la intimidad de la madre, otro tipo de paritorios, un baño de agua caliente, etc.
- 3- El cambio de actitudes de los profesionales ante un acto fisiológico como es el parto
- 4- Los protocolos de selección de usuarias del parto natural.
- 5.- La maternidad como proceso vital de la mujer.

1. - LA FISIOLOGIA DEL PARTO NORMAL.

Según los conocimientos actuales, deberíamos hablar de “**la ecología del parto**”, es decir el respeto y la potenciación de **todos** los elementos que confluyen y hacen posible la experiencia fisiológica del parto. Aquí se incluye la respuesta fisiológica corporal, su tiempo de evolución particular, el ambiente propicio, las personas que acompañan, o la vivencia del dolor.

El parto y el nacimiento son **actos de la esfera sexual**, y como todos los actos de este ámbito necesitan intimidad y respeto a los ritmos fisiológicos de la persona, en este caso de la mujer. Estos ritmos están marcados fundamentalmente por las mismas hormonas: oxitocina, endorfinas, prolactina y adrenalina.

La intimidad de esta índole, 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
- la mujer debe estar en compañía de personas queridas, pocas – el marido y tal vez alguna mujer cercana-, que vivan el parto con discreción, hablando poco y sintiendo mucho.

- El espacio de dilatación y parto debe tener un ambiente doméstico, cercano, con claros signos de intimidad: poca luz, poco ruido, etc.
- La mujer de parto debe tener libertad de deambulación y de posturas que le pida el cuerpo. O de expresión emocional – llorar, cantar...
- Conseguir un estado de intimidad es fundamental para que la mujer acceda a un cambio de estado de conciencia que potencie sus instintos mamíferos.
- La discreción de los profesionales durante el trabajo de parto es básica en la consecución de esta intimidad. En un parto normal, la intervención profesional debe ser mínima y puede realizarse adaptándose a la situación de la mujer, sin demasiada intervención hablada, que estimula el neocórtex

Todos estos elementos que potencian la intimidad de la mujer en trabajo de parto, buscan desactivar el neocórtex y dejar trabajar el cerebro medio, el cerebro mamífero.

Al estimular el cerebro mamífero se consiguen dos objetivos complementarios:

- la optimización de la respuesta hormonal: oxitocina y otras
- y el adormilamiento y la analgesia a través de las endorfinas.

Por eso, un baño de **agua caliente** en un momento determinado del trabajo de parto, consigue estos objetivos de manera óptima, si se ofrece en las condiciones antes dichas de intimidad.

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

Veamos un esquema práctico de las diversas acciones que producen en los mamíferos la oxitocina, la prolactina, la adrenalina y las endorfinas.

Oxitocina

- Se produce un gran pico de secreción en el preludio del amor, y en el orgasmo masculino y femenino. Las contracciones uterinas facilitan la fecundación
- Produce las contracciones uterinas en el embarazo y parto.
- Presenta un pico hormonal en el embarazo y parto
- Presentan un pico hormonal en la hora después del parto, en el inicio del vínculo con el hijo.
- Su secreción (o inyección) promueve actos de comportamiento maternal-una mayor ocupación de las crías, mecer a los hijos, etc., incluso en seres vírgenes. Se produce esta respuesta tanto en machos como en hembras, en todo tipo de animales sociales.
- Se la considera la hormona del altruismo, del olvido de uno mismo. Es significativo que la oxitocina deprime la memoria.
- Esta hormona aumenta antes y durante la toma de lactancia. El bebé, por tanto, bebe oxitocina en cantidades significativas.

Prolactina:

- Es la hormona productora de la leche materna.
- Una secreción alta empuja al animal a hacer el nido
- Genera estados agresivos, en ciertas circunstancias, en las madres lactantes.
- Inhibe la libido, en ambos sexos.
- Engendra estados de sumisión, de subordinación, y de cierta ansiedad: todas estas actitudes son ventajas para la supervivencia
- La prolactina, con estas acciones, orienta a la hormona del amor, la oxitocina, hacia el cuidado y la atención del bebé.

Adrenalina:

- es la hormona del estrés, del alerta
- aumenta la tensión arterial de manera significativa
- durante el trabajo de parto, altos niveles de adrenalina endurecen el cervix, retrasando la dilatación, haciéndola más dolorosa.
- En el expulsivo, que existe un pico fisiológico de secreción de adrenalina, que favorece el reflejo de expulsión fetal, y el posterior inicio del vínculo.

Endorfinas:

- son las sustancias del placer, de efecto similar a la morfina, liberadas por el cerebro en determinadas circunstancias, especialmente situaciones que producen dolor
- se encuentran muy aumentadas en el parto, pero varían mucho según el estado físico, psíquico y emocional de la mujer.
- Su secreción la favorece un ambiente de parto, tranquilizador, confiado y con escasos estímulos sensoriales (luces, ruidos, conversaciones...)
- También el bebé se encontrará entonces impregnado de altas dosis de endorfinas, que le facilitan la vivencia de su parto.
- Las endorfinas también provocan la liberación de prolactina.

Hay que tener en cuenta que el parto manifiesta una peculiaridad sensorial y emocional, que sólo las mujeres pueden entender en su experiencia. El dolor de las contracciones de parto es el único dolor que produce el cuerpo que indica que todo va bien, que de principio la fisiología funciona.

Y este dolor es producido por la hormona del amor: la oxitocina.

Así, se podría definir al parto como el sadomasoquismo fisiológico que llega hasta la extenuación, hasta el éxtasis. Toda una expresión de la intimidad más profunda.

Aceptada esta aproximación a la fisiología del parto, **es cuando se puede entender el uso beneficioso de un baño de agua caliente**, en un cierto momento del trabajo de parto.

El agua caliente es un elemento sencillo y eficaz que permite que los sistemas hormonal y nervioso favorezcan los procesos del parto, que se desarrolla con menos dolor y en menos tiempo.

El uso apropiado de un baño caliente, a partir de 5-6 cm. de dilatación, en condiciones de intimidad, relax y oscuridad, producen 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 relajan los músculos y se ablanda el colágeno de los tendones.

Todos estos elementos disminuyen en gran medida el dolor, notando mucho la diferencia los llamados "partos de riñones".

En muchas ocasiones, la mujer siente deseos de salir del agua y tras un súbito cambio de energía, que la despierta; la madre tiene ganas de empujar. Este es el reflejo de expulsión fetal, producido por una súbita liberación de adrenalina.

Naturalmente, toda esta manifestación fisiológica requiere de libertad de movimientos y de posturas, que instintivamente pide el cuerpo de esa mujer.

1-b.-EL NACIMIENTO DEL BEBÉ Y LA GESTACIÓN EXTRAUTERINA.

En el momento de nacer el bebé, debemos esforzarnos en mantener un ambiente favorable, que recuerde el paraíso maternal que acaba de abandonar, sin grandes traumas ni sufrimientos físicos 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 y pocas voces y ruidos.

Pero sobre todo, no separemos al bebé de la madre en ningún momento. Poniéndolo sobre su pecho, el bebé encuentra la incubadora perfecta y mientras la madre lo masajea, él vuelve a sentir los límites de su cuerpo.

Mientras tanto, el cordón umbilical sigue latiendo, oxigenando el cuerpo del bebé y su cerebro. Recuperándose sin necesidad urgente de respirar y así entrar en su propia respiración progresivamente, sin prisas, sin ansiedad, sin angustia de muerte.

Y cuando a los varios minutos el cordón se colapsa, y ya es un conducto muerto, sin prisa, siempre sin prisa, el cordón se puede cortar.

Está comprobada la relación entre la respiración y la vivencia de las emociones. Es fácil de entender la importancia que tiene la primera respiración de la vida con el perfil respiratorio básico. Por tanto, la responsabilidad que tenemos al atender un nacimiento es muy grande.

Tras estos primeros momentos, 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 ésta 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 el bebé va forjándose de él mismo en relación al mundo, a través de la madre.

Y ésta es la actividad de incubadora humana que la madre realiza con el bebé para que el vínculo sea lo más fisiológico posible, lo más a favor de la vida.

Tener al bebé en brazos el mayor tiempo posible, el contacto continuo, las caricias, los masajes, los estímulos sonoros y visuales de la familia, dormir junto a los padres durante bastantes meses y la lactancia materna más allá de los seis-nueve meses. Todas ellas son prácticas ya confirmadas científicamente como básicas para el óptimo desarrollo global del bebé humano. Se ha demostrado su incidencia en el desarrollo del sistema neuro-inmuno-endocrino.

2.- LOS ESPACIOS FÍSICOS DE LA MATERNIDAD (Clínica maternal)

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

Siempre habrá una sección más clínica y hospitalaria, pero será minoritaria.

Y por supuesto, cualquier maternidad debe hacer el esfuerzo de poner en práctica el decálogo sobre lactancia materna que impulsa UNICEF a través de la denominación “Hospital Amigo de los Niños”.

Pero sobre todo, para promover el proceso natural de un parto, se hace necesario **cambiar el entorno del paritorio.**

En primer lugar, es importante entender que la mujer de parto debe permanecer en el mismo lugar desde la fase intensa de la dilatación hasta el nacimiento y la primera mamada. Sin cambios de espacio innecesarios, si el nacimiento se presenta espontáneo.

El paritorio es el lugar para dilatar y parir.

Solo si el expulsivo requiriese alguna intervención médica, o instrumental, se trasladaría a un paritorio con mesa obstétrica.

¿Y cuáles son las características básicas de un espacio de partos, que potencie la fisiología del mismo?

- debe ser una habitación con ambiente doméstico, de colores cálidos y muebles no metálicos.
- Con una cama baja, una mecedora y unas sillas cómodas
- Con luz indirecta, de intensidad variable
- Música suave
- Ambiente caldeado a unos 23 ° C
- Un monitor fetal o sonicaid
- Y, si lo permitiera la dirección porque lo entiende, **una bañera de agua caliente** en una pequeña habitación contigua a este paritorio.

Realmente, no se necesita más para acompañar a la mujer en su parto y en el nacimiento de su hijo. Ni menos.

El resto se encuentra al otro lado de la puerta, incluso el quirófano, por si se necesita.

3.- CAMBIO DE ACTITUD DE LOS PROFESIONALES ANTE LA FISIOLÓGIA DEL PARTO

- Ante un parto fisiológico, de una mujer sana, los profesionales debemos recordar- y creerlo – que el parto no es una enfermedad, ni un acto médico-quirúrgico. Y lo mejor que podemos hacer es respetar y potenciar esa fisiología, esa experiencia vital. Sólo de esta manera demostramos que confiamos en la biología materna y en el instinto de vida del bebé.
- En todo momento nuestra posición debe ser de un discreto segundo plano, fundamentalmente transmitiendo seguridad y confianza.
- Según las necesidades de cada mujer, debemos potenciar su autonomía, evitando imponer nuestra presencia continua.
- Nuestra presencia continua debe ser para realizar algunos de los controles fetales o maternos, que sean precisos; para hacer sentir que estamos cerca, o para ofrecer un apoyo activo a la mujer que lo requiera. Nunca de observadores, pues impedimos el desarrollo de la conciencia alterada que llegan a producir las hormonas del parto.
- Recordar que en un parto nunca debe haber prisa, salvo en alguna patología muy determinada. Cada mujer tiene su ritmo en el parto – en ese parto precisamente- y este ritmo hay que respetarlo por el bien del proceso.

Los profesionales del nacimiento debemos saber manejar situaciones y elementos para potenciar la fisiología del parto.

Las prácticas médicas y quirúrgicas deben quedar para la patología de los partos. No convirtamos todos los partos en potencialmente patológicos, gracias a los protocolos médicos.

Los futuros profesionales deberán saber usar el baño caliente en el momento terapéutico adecuado, sabrán sugerir un cambio de postura a la mujer que le favorezca, ayudará a afrontar a la madre la sensación de soledad y de miedo a la muerte.

El masaje adecuado, la palabra precisa, acompañar en la respiración relajante. Transmitir confianza en la madre y en el bebé.

Estos y muchos otros son los actos terapéuticos imprescindibles para volver a recuperar el sentido del acto de parir y de nacer.

La consideración de la monitorización fetal continua

Ya la revista Lancet en Diciembre de 1987, publicó un estudio multicéntrico de decenas de miles de partos, en los que comparaba la asistencia de grupos de mujeres con monitorización continua y grupos de mujeres asistidas por una escucha intermitente de los latidos fatales. La conclusión global es que el único efecto significativo del uso de la monitorización fetal continua, es el aumento del nº de cesáreas y fórceps.

Múltiples experiencias internacionales en la actualidad avalan que es innecesaria la monitorización continua en un parto de evolución normal. El chequeo periódico del bebé durante los minutos de una contracción, puede ser suficiente.

Este control periódico es posible realizarlo, adaptándose a la posición que en ese momento tenga la mujer, con un dopler fetal, o el monitor; e incluso hay dopler fetal acuático.

Las exploraciones vaginales deben ser las mínimas posibles: no es un protocolo acertado querer conocer la evolución de la dilatación cada 1-2 horas, además de molesto, puede alterar la biología de la mujer, incluso la actitud psicológica del asistente frente al parto.

Y desde luego, debemos comenzar por aplicar con sensibilidad y honradez las **Recomendaciones de la OMS** respecto al parto de 1985, de las que resumo algunas:

- no practicar por sistema, la estimulación con oxitocina
- no inducir partos sin indicaciones médicas precisas
- no generalizar la práctica de la rotura artificial de membranas, ni la episiotomía
- Y recordar también que la OMS cuestiona la monitorización fetal de rutina; el rasurado del pubis o el enema sistemático.

- La OMS promueve la libertad de movimientos durante la dilatación y la elección de la postura en el parto-nacimiento.
- También defiende el inicio precoz de la lactancia y la permanencia continua del bebé con su madre, que no debe romper ninguna exploración rutinaria.

La anestesia epidural

Igualmente hay que aprender a utilizar, con una actitud terapéutica, la anestesia epidural. Esa oferta indiscriminada de la anestesia epidural, primero en la medicina privada y ahora en la sanidad pública. Al final sólo se alimenta el miedo al dolor, y parece mostrar la incapacidad de la mujer para vivir su parto.

La anestesia epidural es el mejor avance que se ha dado en los últimos años en la cesárea. Salvo contadas excepciones, esta anestesia debería generalizarse en la realización de cesáreas, pues introduce cambios radicales en la vivencia de la madre, el bebé, incluso el padre.

La anestesia epidural no afecta al bebé en grado alguno, permite a la madre estar consciente en el nacimiento de su hijo/a y darle de mamar en la primera hora de vida.

En nuestra experiencia, los padres entran habitualmente en el quirófano, se sientan a la cabecera de su mujer y charlan y se apoyan mutuamente y ven juntos el nacimiento de su hijo.

El bebé pasa el resto de la cesárea sobre el pecho de su madre, disfrutando ambos padres del contacto de su hijo, a pesar de la cirugía. Posteriormente, suben juntos a la habitación e inician la lactancia materna.

Durante el parto fisiológico, el uso de la anestesia epidural debería limitarse, a los casos en los que la dilatación está estancada y el parto va camino de una cesárea; entonces, con la anestesia epidural, muchas veces el parto evoluciona en unas horas: y el parto es vaginal aunque con frecuencia sea instrumentado. En cambio si el parto no evoluciona después de un par de horas, la decisión de la cesárea no será equivocada.

Pero también, cualquier mujer tiene derecho, en el transcurso de su parto, y a pesar del apoyo y las ayudas recibidas, a no poder soportar más el dolor que está viviendo, y si todavía le queda mucho trabajo de parto, poder pedir el uso de la anestesia epidural.

4.- PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DEL PARTO NATURAL

En general podemos decir, que aplicando las Recomendaciones de la OMS y los conocimientos fisiológicos actuales sobre el parto, 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.

Por supuesto, que en el transcurso del parto, estos criterios de respeto fisiológico 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 o clínica, 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.

5.-LA MATERNIDAD, COMO PROCESO VITAL DE LA MUJER

Una última consideración sobre la maternidad femenina. Este proceso vital ha cambiado mucho en los últimos años.

El valor social y personal que tiene la maternidad en los últimos 30 años, es diferente al de los 30 años anteriores (1940-1970), y por supuesto muy diferente al valor de la maternidad en siglos anteriores.

Esto ha sido así porque la reproducción es uno de los procesos biológicos que más se ha revolucionado en el ser humano en este siglo que termina.

Y esta revolución del concepto reproductivo no solo lo ha promovido la medicina, sino las actitudes sociales.

El conocimiento del ciclo reproductivo, el aborto médico, los antibióticos, la anestesia y las técnicas de reproducción asistida, por parte de la medicina. Pero también, los movimientos de liberación de la mujer, la industrialización y los procesos tecnológicos, la educación, la independencia económica a través del trabajo, la mayor esperanza y calidad de vida, y un nuevo concepto del amor entre los seres humanos: son todos ellos cambios fundamentales en la sociedad que han modificado inexorablemente el concepto de la reproducción.

UN FUTURO CERCANO

Se inicia el momento en España de que las maternidades de los hospitales públicos y privados se adapten a estas nuevas circunstancias y conocimientos. Es el tiempo de que se modifiquen los paritorios hacia unos nuevos espacios como los anteriormente descritos, donde los profesionales de la salud puedan desarrollar estas nuevas actitudes, demandadas por un número cada vez mayor de usuarias.

La inversión que se necesita para estos cambios no es mucha. Y no puede ser el pretexto para no hacerlo.

Por último, hay que recordar, ahora más que nunca, que **la comadrona** no es una enfermera especializada en obstetricia, que complementa el trabajo médico.

La comadrona tiene la misma capacidad técnica o más, que un ginecólogo, para atender de principio a fin un parto normal o natural. En este nivel de trabajo, la comadrona tiene el poder de decisión absoluto sobre sus pautas de trabajo y la aplicación de protocolos y decisiones, con absoluta independencia.

Pero cae en la trampa, sin rechistar, aceptando que TODOS los partos sean manipulados médicamente.

Para conseguir reivindicar este nivel de autoestima e independencia profesional, la comadrona lo primero que tiene que hacer es recuperar su trabajo asistencial del parto fisiológico o natural.

Espero que todos trabajemos por este futuro, sin prejuicios, con humildad y con amor al conocimiento, para que la maternidad sea un placer responsable, para las madres, los padres y para los profesionales de la salud que acompañamos en los partos y nacimientos.

**Enrique Lebrero Martínez. Ginecólogo
Hospital-Maternidad Acuario**