

La asistencia al parto: tecnología versus naturaleza



ISABEL FERNÁNDEZ DEL CASTILLO

La medicina, y la obstetricia en particular, comparten con el resto de las ciencias su propósito de control sobre la naturaleza y sus procesos. Las prácticas de rutina en el paritorio, en sí mismas neutras, si se aplican cuando son oportunas, adquieren una cualidad negativa cuando se imponen de forma sistemática para someter a la totalidad de las mujeres a una concepción del parto puramente mecanicista y medicalizada. Es una realidad que la actual atención al parto no busca tanto facilitar el proceso natural como sustituirlo, esterilizando de paso la dimensión emocional y espiritual del nacimiento, que no tiene ocasión de producirse. Una vivencia que constituye la base de nuestra capacidad de experimentar esos ámbitos de la vida, el troquel de todos los vínculos posteriores, incluido nuestro vínculo con Gaia (1)

La obstetricia, disciplina dominada por el hombre médico, nunca ha comprendido la fisiología del parto.

Varias circunstancias mantienen desde hace décadas este estado de cosas:

- Un uso inapropiado y abusivo de la técnica, puesto que las prácticas rutinarias

no tienen justificación cuando se hacen por sistema a quien no lo precisa (2)

- posibilitado por el ejercicio de la autoridad que ilegítimamente ejercen las estructuras médicas, y que les permite tomar todo tipo de decisiones ignorando la opinión, los deseos y necesidades de las familias, el sentido común, e incluso las recomendaciones de la OMS, que se basan en evidencias científicas.

- decisiones que a menudo producen beneficios económicos

- y el mantenimiento del estado de cosas en base a una información circulante, basada en una concepción del parto entorpecido y manipulado (2)

El parto hospitalario

La obstetricia, tal y como se concibe hoy en día, es uno de los ámbitos donde con menos pudor lo absurdo ha quedado elevado a la categoría de científico. La concepción que del parto tiene la obstetricia convencional se refiere al parto por ella interferido. Como consecuencia, toda su práctica se basa en una errónea concepción del parto. Por ese motivo la OMS afirma sin ambages: “Medicalizando el nacimiento... el estado de la mente y el cuerpo de la mujer se alteran tanto que la forma de realizar este acto íntimo también debe quedar alterada, al igual que el estado del recién

nacido. El resultado es que ya no es posible saber cómo hubieran sido los nacimientos antes de estas manipulaciones... Por lo tanto, los proveedores de los servicios de natalidad no tienen un verdadero criterio para calibrar su asistencia” (2)

Dice Michel Odent que de las muchas preguntas que se hacen los estudiantes de obstetricia hay una que continúa ausente de los planes de estudios. Esa pregunta es ¿cuáles son las condiciones idóneas para un parto fluido?

Esta pregunta, aparentemente inocente, encierra en si misma un concepto desconocido en obstetricia, y es que el parto es un proceso fisiológico natural, dirigido en su totalidad por el cerebro mamífero primitivo, con unos sistemas de autorregulación propios no controlables, y que culmina en el reflejo de expulsión del feto, un acontecimiento que no ocurre en los hospitales, donde el bebé prácticamente se extrae.

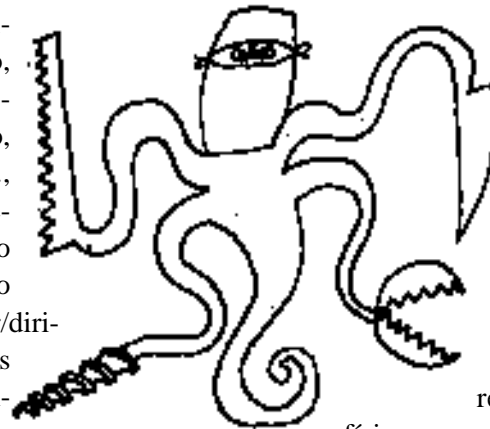
No es posible atender dignamente a una mujer parturienta sin comprender la verdadera naturaleza del parto: es un acontecimiento involuntario, tanto como el orgasmo, la risa, el sueño, la defecación, etc., sólo que más complejo. Todos sabemos lo que ocurre cuando uno trata de controlar/dirigir mentalmente estos procesos: simplemente no ocurren. La sola pretensión de controlar un proceso involuntario lo inhibe; esto es lo que ocurre con el parto hospitalario. Una vez inhibido, se

hacen “científicamente” justificables todo tipo de procedimientos para sustituir la función de una naturaleza que en estas condiciones, obviamente, no funciona: estimulación con oxitocina, episiotomía, anestesia, fórceps, cesáreas... se sustituye un proceso natural sofisticado y sabio por un conjunto de técnicas encaminadas a “salvar” a la madre y al bebé del lance en que la atención recibida la ha colocado(3). Y también para someter un proceso con un ritmo propio al ritmo acelerado que conviene a unos profesionales en general poco conscientes de lo sagrado de su trabajo.

Somos mamíferos

Puede resultar paradójico que la única forma de humanizar el parto sea recapitulando la realidad insoslayable de que somos una especie mamífera. El hecho de ser la especie más inteligente sólo pone de manifiesto la importancia de este hecho. El parto es dirigido por nuestro cerebro mamífero primitivo, que es también el que rige nuestras emociones. El parto, por tanto, es ante todo un acontecimiento emocional e instintivo, y no tenerlo en cuenta hace que la asistencia recibida sea inhibitoria y contraproducente.

Es una constante en todas las especies mamíferas que la parturienta necesita una atmósfera de intimidad y recogimiento, de seguridad física y emocional, que le permita entrar en el estado de consciencia especial propio del parto. La atmósfera hospitalaria es cualquier cosa menos propicia, porque a la





mujer se le impone –a veces de muy malos modos- desde la postura y la forma de respirar hasta el ritmo en que debe de dilatar. Allí donde hay autoridad, no hay intimidad.

En ese momento confluyen dos circunstancias que unidas forman un cóctel explosivo: es un momento de máxima vulnerabilidad, pero al mismo tiempo de total indefensión, y el trato que se recibe es invasivo. Siendo el parto un acontecimiento con una fuerte implicación de las emociones, el trato que recibe la madre condiciona totalmente el progreso del parto. Y las hormonas del estrés son incompatibles con el estado hormonal/emocional propio del parto. Cuando una hembra mamífera se siente amenazada, el parto se para. En la mujer también.

La postura tumbada o la sumisión

Muchos piensan que la atención al parto deshumaniza el nacimiento, pero a cambio se recibe una asistencia técnicamente superior a la tradicional. Un simple análisis demuestra que no es así. La obstetricia convencional, en este momento, dirige más energía a resolver los problemas que ella misma produce que a facilitar los partos. Según admite la OMS no más de un 10% de las prácticas de rutina en el paritorio están científicamente justificadas (2).

Quizá el ejemplo más paradigmático de la actual asistencia al parto es la postura de parto -tumbada sobre la espalda, los pies de los estribos-, una postura desconocida en la historia hasta que la medicina se hizo con el control de los partos normales. Comprender la irracionalidad, las consecuencias y el

alcance de esta práctica OBLIGATORIA hace que se caiga como un castillo de naipes todo el esquema técnico de la atención al parto actual.

Efectos de la postura tumbada (4):

- En horizontal, el canal del parto se alarga y estrecha y el coxis se dirige hacia lo alto, convirtiéndose en una vía de paso más angosta para el bebé, y además cuesta arriba.

- En vertical, la presión de la cabeza del feto sobre el cuello del útero ejerce un efecto hormonal que estimula la dilatación. En posición horizontal esa estimulación disminuye, por lo que el tiempo de dilatación se alarga. Las hormonas naturales se sustituyen con la oxitocina sintética, que produce unas contracciones más seguidas y dolorosas, más penosas para la madre, y más traumáticas para el bebé. La lista de contraindicaciones y efectos secundarios de la oxitocina obliga a preguntarse por qué se utiliza tan alegremente (5).

- En lugar de rotar sobre su cabeza en posición vertical, con una mínima superficie de frotación y ayudado por la fuerza de la gravedad y los movimientos de su madre, el bebé debe arrastrarse contra una superficie de gran frotación (6).

- En posición horizontal, el peso del útero presiona los vasos sanguíneos que suministran sangre a la placenta y al feto, disminuyendo el aporte de sangre al útero, que el monitor reflejará indicando sufrimiento fetal. Por ese motivo, el uso indiscriminado y sistemático de la monitorización fetal siempre aumenta las tasas de cesáreas, sin que por ello mejoren los índices de salud (7).

A esto se añade una dolorosa realidad, y es que la mujer tumbada en esa humillante y vulnerable posición, deja de ser protagonista de un acontecimiento hermoso y sagrado, para convertirse en “objeto” de la actividad de otras personas...que deciden todo por ella, incluso cortar su órgano sexual, innecesariamente expuesto y vulnerable. El estado de alienación de una mujer en esta situación es indescriptible, y poco compatible con el estado emocional y físico de “dejarse fluir” imprescindible para un parto espontáneo (4). Dice el Dr. Wagner, que la episiotomía no justificada (por encima del 10-20% son injustificadas) es una auténtica mutilación sexual (7).

Los efectos de esta antifisiológica postura, junto con el trato represivo que recibe la mujer, son el pasaporte que justifica toda la batería de procedimientos que posteriormente se aplican. Difícilmente pueden reducirse al mínimo las tasas de cesáreas o de episiotomías sin que se revisen de una forma global la totalidad de las prácticas que las favorecen, empezando por la postura. Es, desde el punto de vista técnico, el armazón de un sistema basado en el absurdo, que pone de manifiesto que el espíritu que anima la obstetricia es más el de doblegar a la naturaleza que el de facilitar el proceso.

Una plaga de cesáreas

En principio una técnica destinada a los casos de verdadero riesgo (que en circuns-

tancias óptimas no superan el 10%), se ha convertido en muchos lugares en el modo de nacer más “civilizado”. La evolución de las tasas de cesáreas muestra una peligrosa tendencia de sustitución de los procesos naturales por una medicina tecnológica a la que no interesa la fisiología normal.

Como marco de referencia, tomemos el caso de Holanda, uno de los países con menor tasa de cesáreas (8%) y episiotomías (10%), y con uno de los mejores índices de salud materno-infantil del mundo, a pesar de que entre el 30 y 40% de los partos sigue realizándose en casa. Estas cifras sólo se acercan a países como Suecia e Inglaterra, en la cual el parto en casa es una opción más del sistema público.



En el año 1985, la OMS establecía en sus recomendaciones (ref): “Los países en los que la mortalidad perinatal son las más bajas del mundo, también tienen las tasas de cesáreas inferiores al 10%. No hay, pues, ninguna razón que justifique que existan en ningún país tasas de cesáreas superiores a ese número”(8). Actualmente la OMS ha elevado el margen al 15%(9) probablemente a la vista del espectacular crecimiento de las tasas de cesáreas en todo el mundo.

En España, la tasa de cesáreas en la medicina pública ronda el 23%. En clínicas privadas, el porcentaje de cesáreas se eleva hasta un 35%, con notables diferencias entre unos y otros. En su Memoria, el INSALUD refleja tasas tan diferentes entre hospitales como del 9,5% y el 33,3%, afirmando incluso que “valores tan dispares no parecen justificables”(10).



En Hispanoamérica, la realidad es mucho más lamentable (11): Chile tiene una tasa de cesáreas del 58 por ciento en el sector privado y de 28 por ciento el público (12, 13). En Puerto Rico la tasa correspondiente al año 1999 estaba en el 37,8% (14). En Colombia, un 58%, en Méjico un 51,8%, en Brasil 50-70% (hay grandes diferencias entre hospitales), Argentina 35.8-45% (15). Todas estas cifras corresponden al sector privado y duplican y a veces triplican a las del sector público.

¿Es la cesárea una intervención “menor”?

Los riesgos de la cesárea son numerosos. La cesárea multiplica de 2 a 6 veces el riesgo de mortalidad materna, y por 2 la mortalidad la mortalidad perinatal. Posibles complicaciones de la intervención para la madre son las hemorragias, lesiones intestinales y vesicales, neuritis por compresión instrumental, trombosis, embolia pulmonar o cerebral, peritonitis, etc. También aumenta el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, de prematuridad iatrogénica, y el de laceraciones durante la intervención (16). Además la cesárea duplica el índice de mujeres que no desean o no pueden tener más embarazos y complica embarazos y partos posteriores. La morbilidad también aumenta como consecuencia del elevado uso de antibióticos, el mayor número de días de hospitalización y la elevada incidencia de infecciones” (15). También se han publicado estudios que relacionan el tipo de anestésicos administrados a la madre, con el riesgo de posibles drogodependencias en los nacidos al llegar a la adolescencia (17).

Otros aspectos que no se tienen en cuenta son las repercusiones que el parto por cesárea tiene sobre la salud psíquica de la mujer y sobre aspectos tan importantes como el vínculo materno filial, la lactancia o la relación de pareja (16). Y lo que no está evaluado en absoluto es la repercusión que el nacimiento repetido de una generación tras otra por cesárea tiene sobre la capacidad y el instinto para parir de la mujer, ya que a parir se “aprende”, en primera instancia, naciendo.

Medicina pública / medicina privada

En la medicina privada la tasa de cesárea suele variar según los países, pero siempre es superior a la de la medicina pública. Hay muchos motivos para esta divergencia.

La baja tasa de cesáreas y episiotomías en Holanda se explica por el hecho de que allí la comadrona nunca perdió su papel tradicional, y tiene total autonomía en los partos normales, aun cuando trabaje integrada dentro del sistema público de salud. Eso no le impide transferir al hospital o al ginecólogo aquellos casos en los que se prevé o se presentan complicaciones (18). De esa forma, el obstetra hace de médico cuando corresponde, pero no de partero, lo que no le corresponde.

En España y en Latinoamérica en el servicio privado de salud es el médico el responsable del seguimiento y de atender el parto, y las matronas son simples ayudantes. Los médicos tienen estructurado su tiempo de manera de pueden fácilmente trabajar en la medicina pública por la mañana, atender consulta privada por la tarde, además de realizar operaciones, practicar cesá-

reas y atender partos. Si a una formación médica intervencionista se añade este plan de trabajo, es lógico que no entre dentro de sus planes esperar pacientemente a que la naturaleza siga su curso (13).

El otro motivo importante es que en la medicina privada se paga por “acto médico”, y un parto por cesárea no sólo es más corto, sino que está mejor pagado que un parto normal. De esta forma, la política de retribución premia la intervención. El resultado es que el sistema de atención refuerza las actitudes intervencionistas del médico. Allí donde los médicos sólo intervienen en caso de complicación, la tasa de intervenciones es muy baja.

Paralelismo entre obstetricia y agricultura

La forma en que tratamos a la naturaleza, y la forma de tratar a la mujer en el parto, no son más que dos caras de la misma moneda, el fruto de una misma mentalidad cuya búsqueda de conocimiento no está motivada por un deseo de acompañarse con lo que es más grande que nosotros, sino de controlar y doblegar lo que claramente nos supera.

Relacionados con la generación de la vida, el proceso de desnaturalización de la atención al parto y de la agricultura presentan unas analogías que no son más que el reflejo del proceso global que estamos viviendo. En ambos casos, la intervención de la técnica comienza no tanto para mejorar lo que hay, como para sustituir: las hormonas naturales por la oxitocina sintética, la capacidad para dilatarse por la episiotomía, la ayuda de la gravedad por el fórceps,

la fisiología de la parturienta por las técnicas del médico, la colaboración de la comadrona por la autoridad del médico, la leche materna por la “maternizada” ... el sentido común por nuevos mitos.

En agricultura también se sustituye: el proceso de fertilización natural y la labor de las bacterias del suelo por los fertilizantes, la función de las “malas hierbas”, las aves y las técnicas tradicionales de control de plagas por los pesticidas, la mano de obra por las máquinas, las semillas obtenidas de la cosecha anterior por semillas certificadas. Este proceso de sustitución implica beneficios para aquellos que proveen los productos o la asistencia. En algunos casos, incluso, el beneficiario es el mismo. Uno de los principales fabricantes de oxitocina es Novartis.

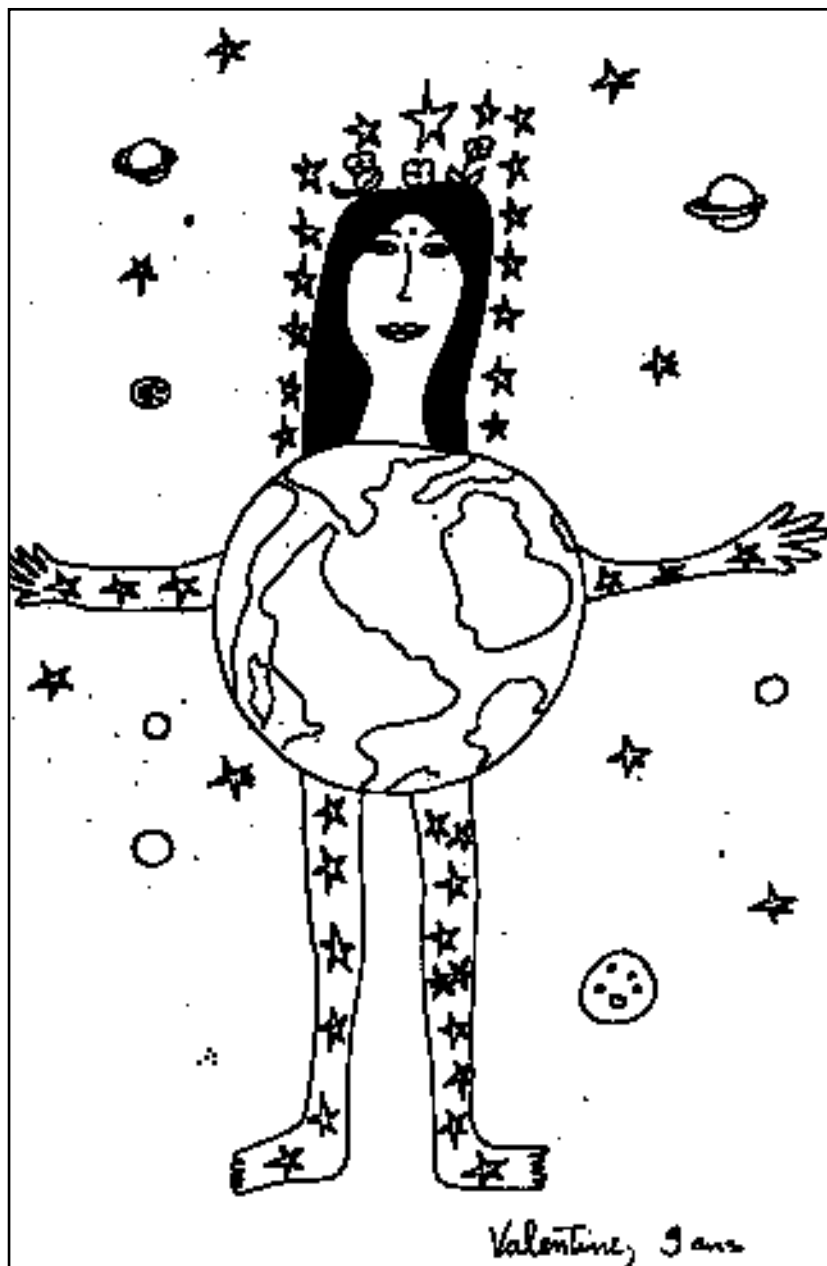
Paralelamente se produce un proceso de alienación: mujeres alienadas de su instinto para parir, la comadrona del espíritu real de su trabajo, el bebé de su madre y la madre de su hijo, ya que no se les permite el rito mágico del vínculo tras el nacimiento, la mujer de la comunidad de mujeres que antaño fueron su apoyo. En agricultura, la alienación toma tintes muy reales, con el abandono del campo de la mayor parte de la población rural en las últimas decenas de años, la dependencia del agricultor de un proveedor que les suministra semillas y productos.

En los dos casos, la ruptura de los procesos naturales ha producido una escalada de tecnología para solucionar problemas atribuidos en el caso de la obstetricia a la progresiva incapacidad de las mujeres para parir, en el caso de la agricultura a la pro-



gresiva incapacidad de la tierra para producir alimentos para una población que crece.

la vida, que en agricultura se concreta a través de la apropiación del patrimonio genético vegetal a través de las patentes y de la trampa de los transgénicos (19). El objetivo es claro: impedir a las poblaciones que puedan abastecerse al margen del mercado (20). En obstetricia, estamos llegando a un punto peligrosamente similar, que comenzó con la represión de los procesos naturales del parto, siguió con la fertilización in vitro, y está continuando en la carrera tecnológica para conseguir clonar seres humanos.



El proceso interno que se produce cuando una mujer –una familia– “despierta” en el tema del parto tiene repercusiones de amplio espectro. No sólo porque el cambio de perspectiva es totalmente extrapolable a otros ámbitos de la vida –salud, alimentación, agricultura...sino porque renunciar al papel sumiso que supone

parir dócilmente en el sistema convencional (21) es también trasladable a otros ámbitos, en los que la libertad para elegir significa la diferencia entre hacer que las cosas cambien o no.

Y también una escalada de efectos secundarios.

El último paso es el intento de apropiación del proceso mismo de la generación de

parir dócilmente en el sistema convencional (21) es también trasladable a otros ámbitos, en los que la libertad para elegir significa la diferencia entre hacer que las cosas cambien o no.

Crítica

Referencias

1. Odent, Michel. La científicación del amor. Ed. Crea Vida. 2001.
2. Informe Tener un hijo en Europa. OMS. 1985
3. Odent, Michel El bebé es un mamífero. Ed. Mandala. 1993.
4. Burgo, Carlos, Obstetra. Litotomía en el parto: una práctica cuestionable. Rev. Obstare n° 3. 2001. cburgo@fibertel.com.ar *
5. <http://www.manes.com.ar/paginas/103507>
6. Fernández del Castillo, Isabel. La Revolución del Nacimiento. Ed. Edaf. 1994
7. Wagner, Marsden, MD, MSPH. El nacimiento en el nuevo Milenio. Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en casa. Octubre 2000. Jerez de la Frontera. España.
8. Recomendaciones generales de la OMS sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé. Fortaleza. 1985. *
9. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter. Principios de Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. RBirth 2001; 28: 202-207. *
10. Programa Calidad Atención especializada. INSALUD. 1999.
11. Charnicia E. Huggins. Latin Women Found to Get Unnecessary Maternal Care. British

Medical Journal 2002; 324:928-929, 942-945, 945-946.

12. Constante, Paul. Una epidemia de cesáreas. Bid America Julio-agosto 2002.
13. Susan Murray & Fanny Serani. Evolución reciente de la tasa de cesáreas en Chile, (ponencia) Abril 2002. <http://www.cemicamp.org.br/apresentacoes/3Murray&Serani.pdf>
14. José Gorrín Peralta y Ana M. Parrilla Rodríguez. El manejo del parto y sus implicaciones para la lactancia y el amamantamiento. Rev. Obstare n° 6. Otoño 2002
15. José Belizan. La cesárea en el mundo de América Latina, ponencia presentada en Abril 2002. <http://www.cemicamp.org.br/apresentacoes/2Belizan.pdf>.
16. Ibone Olza. Aspectos psicosociales del parto por cesárea. Rev. Obstare. 2003*
17. Boletín del Primal Health Research. www.birthworks.org/primalhealth
18. Beatrijs Smulders y Mariël Croon. Parto seguro. Ediciones Médici. 2002
19. Shiva, Vandana. Biopiratería. Ed. Icaria Antrazyt. 1997
20. Shiva, Vandana, y Mies, Mara. La praxis del ecofeminismo. Ed. Icaria Antrazyt. 1998
21. Casilda Rodríguez. El parto es una cuestión de poder. Ponencia del I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en casa. Octubre 2000. Jerez de la Frontera. España *

= *disponibles en www.holistika.net*



Contacto:
Isabel Fdez. del Castillo
Autora de "La Revolución del Nacimiento",
Editorial Edaf
Publicado en The Ecologist para España e
Iberoamerica. N° 13. Julio-Sept, 2003
con el título: Partos intervenidos.
www.holistika.net

