



Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Torrejón de Ardoz, Madrid. España.

Belén Santacruz Martín:
bsantacruz@torrejosalud.com

“El respeto a la evolución normal del parto eutócico ha llegado a nosotros a través de infinidad de generaciones, y de una enseñanza que, considerándolo un acto netamente fisiológico, no admite ni puede admitir intromisiones que no estén reclamadas por la aparición de un hecho anormal o un riesgo evidente para la madre o el feto” (Santiago Dexeus Font, 1957)¹.

Dar a luz es una de las experiencias más intensas que va a tener una mujer o una pareja a lo largo de su vida; y dar a luz no es fácil. Habitualmente es doloroso y potencialmente representa un riesgo tanto para la madre como para el feto y el recién nacido.

Durante la primera mitad del siglo XX, la elevada tasa de mortalidad tanto materna como fetal, fueron la causa del inicio de la medicalización del proceso del parto. Había que luchar contra uno de los mayores enemigos, la infección. Muchas de las medidas que ahora vemos como agresivas fueron clave en esos momentos; la oxitocina que lograba disminuir la duración de los partos; la episiotomía que acortaba el expulsivo y se creía que protegía el suelo pélvico; la monitorización interna del feto, en un intento de evitar el sufrimiento fetal intra-parto y sus terribles secuelas neurológicas. Incluso la postura del parto se modificó para poder ayudar a las mujeres en caso de necesitar una ayuda instrumental.

Todo esto llevó a convertir el parto en un evento médico, centrando la atención en el aspecto tecnológico y llegando a disociar el aspecto físico y mental de la mujer, alienándola en la toma de decisiones respecto al parto y en general aislándola de su entorno familiar.

En la actualidad, la tasa de mortalidad perinatal, gracias a los cuidados prenatales, alimenticios, los antibióticos, el surfactante, la mejora en los cuidados posnatales, las transfusiones y los soportes vitales, ha disminuido drásticamente; y la materna es afortunadamente residual². Y todo ello ha coincidido con una demanda de la mujer y la pareja de vivir el momento del parto como una experiencia personal íntima³, de autoconfianza y a veces espiritual.

Pero no todos los casos presentan el mismo riesgo de cara al parto: los avances en el diagnóstico prenatal nos han ayudado a informar y determinar qué partos y qué fetos tienen más riesgo de tener complicaciones y por lo tanto se beneficiarían de un mayor control y en qué casos no se prevén complicaciones, aunque siempre debemos estar alerta. Muchas de las medidas que antes eran fundamentales se han demostrado innecesarias en estos momentos y otras solo se aplicarán en casos determinados⁴.

Las diferentes culturas nos enseñan que no hay una única manera de dar a luz; que se puede estar sola o acompañada, parir en diferentes posturas,

que unas mujeres desearán aliviar su dolor, mientras que otras querrán sentirlo, que unas desean oír música y otras hablar con su pareja, que hay quien desea que su hijo nazca en el agua y otras no.

Ahora sabemos que el contacto íntimo, piel con piel, con la madre en el momento de nacer favorece el vínculo materno-filial⁵; que la lactancia materna es la mejor forma de alimentación⁶, aunque disponemos de otras; que la presencia de la pareja en todo el proceso refuerza el vínculo; y también que hacer una cesárea no es impedimento para que separemos a la madre y al niño.

Cada mujer, cada pareja, son un pequeño mundo y desean cosas diferentes.

Todo ello no es incompatible con que en los casos de riesgo, o si surge alguna complicación, ponga-

mos a nuestra disposición todo el arsenal terapéutico tanto obstétrico como pediátrico y anestésico necesario y que a pesar de eso sientan que han controlado su experiencia vital.

Y este tipo de atención puede darse en nuestros hospitales; no es sólo una cuestión de adaptación de nuestros "paritorios", que es por supuesto necesaria, sino de una adaptación más profunda en la mentalidad de los equipos asistenciales.

Entender a los padres, empatizar con ellos y facilitar ese momento tan importante en sus vidas, es nuestra responsabilidad y nuestro privilegio, el de todos los que vemos diariamente cómo nace un niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dexeus Font S. En: Dexeus S, editor. Tratado de Obstetricia, 2.ª ed. Barcelona: Salvat; 1957.
2. González NI, Medina V, Suárez MN, Clemente C, Seral E. Bases de datos perinatales nacionales del año 2000. *Progr Obstet Ginecol*. 2002;45:510-6.
3. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15 de noviembre de 2002 [en línea] [consultado el 28/09/2012]. Disponible en www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf
4. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (2007). Madrid: Ministerio de Sa-
5. Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: comentario de la BSR. Noviembre de 2007 (última revisión: 9 de noviembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
6. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (WHA55 A55/15). Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 28/09/2012]. Disponible en www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9243562215/es/index.html