

## **POR UN NACIMIENTO AMABLE**

Héctor Navarro Amorós. Obstetra y ginecólogo

No vamos a descubrir ahora los males de nuestra civilización. Solo nos queda asombrarnos, avergonzarnos e indignarnos, ante semejante cúmulo de despropósitos y situaciones nefastas para el ser humano y su entorno que se producen en un mundo con recursos y conocimientos técnicos suficientes para proporcionar una vida digna a todos sus habitantes y sostenible para el medio ambiente. Deseo que este momento de crisis integral sea el paso previo para una época de bondad, distinguiendo a los sabios de los listillos y ventajistas.

Como ginecólogo y sobre todo como obstetra tengo la oportunidad de estar presente en los inicios, en el milagro de la gestación y el parto. El nacimiento. Y me pregunto en qué medida lo que pasa ahí influye en el desarrollo futuro de nuestra personalidad. ¿Cuándo se transforma el amor en miedo si los consideramos como únicos sentimientos arcanos? Quizá desde el mismo momento de la fecundación o incluso antes, con el deseo previo de los padres, sea cual sea la forma de maternidad dadas las posibilidades que ofrecen hoy día las técnicas de reproducción asistida, también con las mismas incertidumbres para los que lo intentan de esta manera.

He tenido experiencias como médico, pero siempre más como persona, en África y en Sudamérica y he sido testigo de la sorprendente capacidad de la mujer para sobreponerse a cualquier adversidad (y me refiero a cosas horribles) y reaccionar con una actitud determinada a seguir adelante y construir, en vez de rendirse a la desesperación y el rencor por la desconsideración y el menosprecio al que son sometidas por su entorno más cercano. Como madres, estas mujeres viven una situación dual a mi entender. Por un lado la cercanía a la naturaleza y por tanto, y afortunadamente para el buen desenlace del parto, también a la naturalidad de los gestos de la parturienta y al entorno de intimidad y afecto que le brindan sus familias y las parteras indígenas que las atienden. De otro lado, en la gran mayoría de las ocasiones, estas mujeres están abandonadas a su suerte en caso de complicaciones ya que no cuentan con la mínima infraestructura sanitaria que les permita solucionar aquellas que se presenten en ellas o en sus hijos recién nacidos. Es la angustia por el miedo a las complicaciones en ese contexto de abandono absoluto y falta de medios. Es un miedo muy real, entendible y justificable. A pesar de que más de ocho de cada diez partos en estas condiciones de cercanía a la naturalidad acaban bien, complicaciones que aquí serían fácilmente solucionables en algunos lugares acaban con la vida de la madre o del niño.

El caso es que en nuestro medio las madres también sufren el proceso de la maternidad con angustia, dejando en una considerable parte de ellas un recuerdo traumático. Podemos comprobarlo por ejemplo al observar mayor preocupación en las madres que ya han parido previamente cuando vuelven a estar embarazadas. La vivencia del nacimiento se convierte en un mal recuerdo para una cantidad inaceptable de mujeres. Especialmente aquellas de mayor consciencia, como las que proponen plan de parto, tienen que recurrir a poner por escrito lo que

de forma natural debería ofrecerles el sistema sanitario, que se toma esta actitud aún con recelo, cuando en realidad responde a la desconfianza existente entre las mujeres ante el embarazo y su miedo a un trato desconsiderado o poco amable por parte del sistema hospitalario sobre todo en el momento del parto.

En el caso de los países en desarrollo las causas de la angustia materna parece estar relacionada con la falta de medios adecuados para atender el embarazo y el parto. Me refiero a atender las complicaciones, porque en lo que toca a la forma de vivenciar el embarazo y el parto de curso normal, como decía, existe en estos lugares una forma mucho más sencilla, íntima y respetuosa de conducir el proceso, casi siempre limitado a la relación entre partera, gestante y familia. Todas las matronas del mundo son gente de mucha vocación (lo siento por ellos, igual de vocacionales y capaces pero aún en minoría por lo que emplearé la palabra matrona en femenino, sin olvidarlos). Esto es bueno para todos. Si la angustia de las madres en estos países se explica sencillamente y por motivos muy concretos, la desconfianza y el miedo de nuestras madres occidentales, de países con todos los medios para resolver casi cualquier complicación que se presente, tiene una explicación más compleja que parece ir más allá de la incuestionable seguridad que ofrecen nuestros hospitales para resolver los problemas de la gestante de parto y del neonato.

Me pregunto por qué nuestras abuelas e incluso nuestras madres no expresan, habiendo parido muchas de ellas en casa, una vivencia tan angustiada y dificultosa como parece suceder en la actualidad, incluso pariendo niños de más de cinco kilos como afirman, sospechosamente, con demasiada frecuencia. No creo que ahora las mujeres sean más débiles o toleren peor el dolor. Puede que hayan perdido alguna capacidad que parece que tenían las mujeres antiguamente porque el sistema sanitario haya sido descuidado en algo muy importante, en algo clave. Las mejoras en los resultados perinatales no se acompañan de una mayor satisfacción en la mujer embarazada, que al contrario de sentirse feliz y autónoma, en muchos casos se siente angustiada y casi siempre dependiente. Tampoco tranquilizan a las que ya fueron madres anteriormente.

Si el sistema no fomenta la autonomía del paciente generando en él una sensación de confianza, respeto a su intimidad y a su persona y también a su derecho a poder decidir en última instancia y soberanamente sobre las técnicas y tratamientos que se le vayan a aplicar, si no ayudamos a las madres a ser más libres, dignas y felices, no podrá haber un nacimiento amable que, ahora estoy seguro, será una forma de favorecer que nazcan personas amables para el mundo más adelante.

Sin meternos en el cansino y probablemente inútil análisis de las causas del miedo y la angustia de nuestras madres actuales y del por qué, en condiciones óptimas, el grupo constituido idealmente por los padres y el ser que está por nacer, es avasallado, anulado y separado y aceptando que la personalidad de la madre es determinante también para la forma en que se desarrollarán los acontecimientos, nuestra misión, como encargados de ello que somos el personal sanitario, será la de propiciar las condiciones de respeto, seguridad e intimidad que la gestación y el parto necesitan, cuidando el proceso con especial atención desde antes de la gestación hasta los dos años de vida de la criatura.

Empezaremos por intentar mejorar la facilidad y la naturalidad en el acceso a una información de confianza sobre todas las peculiaridades, vicisitudes, técnicas y procedimientos del proceso del nacimiento. Para ello favoreceremos la relación con las matronas, que deben

tener el papel principal en el acompañamiento de la gestante, no solo como simples evaluadoras de riesgo y control de parámetros, sino fundamentalmente estableciendo relaciones de familiaridad y confianza mediante actividades como talleres de participación que ayuden a comprender la fisiología de la gestación y el parto, las técnicas empleadas para favorecerla y la solución a las complicaciones que puedan darse; visitas al hospital para que el área de partos sea un lugar conocido en su momento para la madre; valoración domiciliaria de los inicios del parto para evitar traslados inútiles de la embarazada al hospital en falso trabajo de parto o estado muy inicial del mismo; fomentar el alta muy precoz, a las pocas horas del parto no complicado, con visitas a domicilio para la supervisión del puerperio y la lactancia. Siendo las matronas las principales protagonistas en la conducción y el acompañamiento del parto en la mujer sin factores de riesgo está demostrado que se favorece el final eutócico de los mismos. Es una gran oportunidad, y diría que un lujo, poder ofrecer a los padres el vínculo que consigue la Haptonomía.

En lo que respecta a los obstetras, deberíamos aceptar y favorecer sin recelos este papel principal que le corresponde a la matrona. Asesoraremos en la consulta preconcepcional y en todo lo que la matrona nos indique. En la gestación de curso normal no haremos controles excesivos para favorecerlos en los casos de curso complicado, reduciendo incluso los controles del final de la gestación al mínimo posible y así evitar exploraciones que son innecesarias, molestas y no exentas de complicaciones. El exceso de control al final de la gestación provoca que la madre se desespere esperando el desenlace, dada la incomodidad de estas semanas, y esto propicia las inducciones y la iatrogenia. Procuraremos ser lo menos intervencionista posible (en un embarazo de curso normal nuestra intervención debería ser mínima) reduciendo lo posible las acciones y el tiempo de permanencia en el hospital a favor de las acciones y el tiempo extrahospitalario. Antes que nada seremos el respaldo que necesita la madre para que confíe en que cualquier complicación que se presente será atendida. Después seremos los garantes de que el proceso se desarrolle eficazmente, velando por la intimidad de la madre, explicándole cualquier intervención que se realice y respetando sus opiniones y decisiones al respecto.

Intentaremos que el espacio donde se desarrolle el parto, la sala de dilatación, sea también el lugar de todas sus fases para evitar en lo posible la brusca interferencia que inevitablemente se produce en el momento de mayor tensión, que es el expulsivo, al tener que someter a la mujer al esfuerzo que supone un cambio de estancia. Buscaremos la comodidad de la mujer en parto adaptando el espacio para que sea amplio y confortable, permitiendo la libre movilidad y actitud postural de la madre durante todo el proceso. Habrá presencia en el mismo espacio de objetos que ayuden y favorezcan la normal evolución del parto, como esterillas, pelotas, sillas de parto vertical, bañera de agua caliente, así como los fisioterapeutas nos han recordado que debe producirse cuando todo es fisiológico (la inclusión de un fisioterapeuta en el equipo obstétrico es un hecho en algunos países) y también camas-parto, lámparas e instrumental que permitan la intervención de la matrona e incluso el médico en caso de necesidad de parto instrumental.

Contribuirán a la comodidad y sensación de intimidad y seguridad la iluminación, el aroma, la música si es el caso o cualquier objeto personal que decida tener la madre en su sala de dilatación y parto. Conocido es el beneficio de un ambiente con luz tenue y en silencio. Reduiremos al mínimo las intervenciones y exploraciones durante el parto, animando también a las matronas a minimizar el número de tactos especialmente. También evitaremos todas las acciones que puedan violentar o resultar incómodas para la madre, siempre que sea posible, como enemar o rasurar el periné. Y otras que han demostrado ser incluso contraproducentes

como impedir que la madre tome líquidos energéticos o infusiones (existen infusiones específicas para el trabajo de parto) durante la dilatación, mermando sustancialmente su resistencia en los partos prolongados. Los anestesiólogos nos ayudarán con sus excelentes técnicas a evitar los peligros de la falta de ayuno en caso de intervención quirúrgica, aunque si favorecemos el parto natural, esto debería traducirse en un descenso significativo en el número de cesáreas. Evitaremos en lo posible la monitorización continua y el uso sistemático de la perfusión de oxitocina o la propia utilización de la vía venosa. Gracias a la libre movilidad y naturalidad de los gestos de la madre durante la dilatación y el expulsivo, favorecidas por las posturas y técnicas aprendidas de los fisios, se ha demostrado la prevención del desgarro de periné y la no necesidad de episiotomía, que en ningún caso se practicará de forma sistemática.

Impediremos la separación del núcleo familiar que rodea a la madre, haciendo partícipe al padre o familiar que esté presente de la práctica de las posiciones favorecedoras para la madre, tanto en la dilatación como durante el expulsivo. El acompañante no debería abandonar la sala en las intervenciones que se realicen, viviendo el proceso a la par que la madre. Especialmente cuidaremos de que no se produzca el desmembramiento familiar en caso de cesárea, facilitando el contacto del neonato lo antes posible con el padre o familiar en caso de que la madre necesite cuidados especiales que no le permitan pasar el postoperatorio junto a su hijo y su familia en una sala de recuperación especializada para ello. El celo en la no separación de los componentes del núcleo familiar debe ser objetivo principal.

Todo lo expuesto necesita una actitud de comprensión y respeto hacia la intimidad y la voluntad de la madre por parte de todos los individuos implicados, desde la familia hasta los médicos, incluyendo auxiliares, celadores, enfermería y matronas o cualquiera que se encuentre en el área de partos, sin la cual no se conseguirá la tranquilidad necesaria para la madre ni se creará el ambiente propicio para un parto feliz y natural con intervención mínima.

Se evitará entrar en la sala de dilatación y parto sin permiso de la madre y nunca por motivos ajenos a las necesidades del propio proceso. La intromisión poco respetuosa por parte del personal en el espacio materno hará que el parto se estanque y además en la situación de vulnerabilidad y desnudez de la madre, es inaceptable. Para abundar en esto se presentarán a la madre y la familia todos los componentes del equipo que intervengan y se dispondrá desde el inicio quien serán responsables y únicos componentes que entrarán en la sala de dilatación y parto (idealmente con la matrona que llevó el embarazo), y solo ellas determinarán quien más necesitan para la adecuada atención del proceso y sus posibles complicaciones. Solo al ingreso, en caso de no ser posible por una matrona o de tratarse de gestante con mal seguimiento o sin catalogación de riesgo, o sin haber sido valorada por la matrona en su domicilio en lo que llamaríamos preingreso, intervendrá el médico. Y necesariamente también en caso de complicaciones.

Estos cambios son de calidad, no suponen un gran esfuerzo económico ni la necesidad de grandes logísticas. Solo necesitan de una reflexión sobre la influencia determinante que supone la vivencia de la madre durante el proceso del nacimiento para el desarrollo neurológico último del niño y también sobre cómo estos hechos influirán en el desarrollo de su vida futura.

Creo que hay que devolver el protagonismo, la intimidad y la afectividad que el sistema actual de medicina superintervencionista ha arrebatado a la madre, probablemente sin voluntad de hacerlo en la búsqueda de una seguridad a ultranza. Pero esta actitud sobreprotectora no mejora los resultados obtenidos, pudiendo decirse que somos igual de seguros desde hace ya

décadas en cuanto a obstetricia se refiere, aunque cada vez aumenta el número de cesáreas de forma difícilmente explicable. La insatisfacción materna sin embargo ha sido creciente desde que empezó a entrometerse el sistema demasiado en un proceso que debería evolucionar sin complicaciones y sin ayuda en más de ocho de cada diez veces.

En ningún caso se trata de volver a imponer a nuestras madres del mundo desarrollado un nuevo método mínimamente intervencionista, otra vez sin contar con su voluntad, sino más bien conseguir que la mujer recupere, sin empujones, el instinto natural que el sistema sanitario le ha hecho perder artificialmente a lo largo del tiempo. Por ello se debe tratar con el mismo respeto a las madres que decidan ser conducidas todo lo médicamente posible. Al fin y al cabo esta actitud es el fruto de nuestra forma de disponer las cosas.

Mejoraremos el parto de nuestras abuelas e incluso el de las mujeres de países en desarrollo, no solo por las ventajas técnicas, también porque hemos cuidado con mimo los detalles que dignifican el nacimiento y que son igualmente importantes y trascendentes para el feliz desarrollo de la persona recién llegada. Sigamos el ejemplo, la actitud y la filosofía de los pediatras “canguros”.

Un parto amable para el nacimiento de personas amables.