

Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica

José Ignacio Matute Albo
j_matute@wanadoo.es

RESUMEN:

Desde 1985 la OMS no ha parado de aconsejar que el parto normal es un proceso saludable y que sólo hay que intervenir si es necesario. En España se concibe el parto como un peligro para la salud de la mujer y del bebé y sólo se considera normal "a posteriori", por lo que la medicalización del parto es la rutina en los hospitales sin dar lugar a ninguna otra opción aunque sea científica y segura. La Oficina Regional Europea de la OMS, basándose en la mejor evidencia científica, recomienda 10 valores y principios para proteger, promocionar y apoyar un cuidado perinatal efectivo en Europa a la vez que crea indicadores para la valoración de cuidados efectivos en el Parto Normal.

Palabras clave: OMS, Parto Normal, Matrona, Medicina Basada en la Evidencia, Recomendaciones, Europa, cuidados integrales.

ABSTRACT

Since 1985 the WHO has continuously recommended normal births as a healthy process where an intervention is justified just when it is necessary. In Spain birth is considered as a danger to woman's and child's health and a birth is considered as normal a posteriori. This brings to a medicalization of the birth as a routine in hospitals without giving other options to the mother, besides being scientific and safe. The WHO Regional Office for Europe, based on the best scientific evidence, recommends 10 values and principles to protect, promote and support an effective perinatal care in Europe together with the creation of indicators to value effective cares in natural birth.

Key Words: WHO, Normal Birth, Matron, Evidence Based Medicine, Recommendations, Europe, Integral Cares.

55

Buenos días.

Agradezco al comité organizador la posibilidad que me da de hablar en este IV Congreso de Medicina Naturista. También quiero agradecer a todas las madres y padres con los que he compartido el nacimiento de su bebé, la oportunidad que me han dado de aprender, más allá de los libros de obstetricia, la diferencia entre un "buen parto" y un "mal parto". Por último quiero dar las gracias a Cristina, mi mujer y a mis tres hijos, Cesar, Raquel y Carlos, por ser mis más preciados maestros.

Como comadrón me atrevo a afirmar que en el sistema sanitario español, respecto al embarazo, parto y puerperio normal, la ciencia va por un lado y el poder va por otro. Pero lo más preocupante es que es ese poder el que determina la práctica clínica a seguir.

La OMS unifica ciencia y poder, estableciendo unas recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica posible y avalándolas con el poder que ostenta la Organización Mundial de la Salud.

Hagamos un poco de historia:

En 1985, la OMS publicó la Declaración de Fortaleza. Este documento recoge el trabajo de 50 personas entre comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y

madres, los cuales tras una cuidadosa revisión de los conocimientos adoptaron una serie de recomendaciones sobre: "Tecnología apropiada para el parto". El texto recoge 14 recomendaciones generales, 14 recomendaciones específicas y 10 recomendaciones para su aplicación. (<http://www.nacerencasa.org/oms.htm>)

Seguidamente, en 1989, aparecen dos documentos importantes. Uno es el libro "Atención efectiva durante el embarazo y el nacimiento" y el otro un documento de régimen interno del Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, siendo Director General D. José Simón Martín, emite un documento que envía a las Direcciones provinciales del INSALUD, Gerencia de Hospitales Propios y Administrados, en donde se recogen: RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN FAMILIAR AL PARTO. Este documento incluye alguno de los puntos de la Declaración de Fortaleza y reconoce la excesiva medicalización del parto en España, así como que la situación personal y afectiva de la mujer y el respeto al protagonismo de la mujer y su pareja son piezas clave en la atención hospitalaria al parto (http://www.pangea.org/pdn/temdiv/rec_ministerio_sanidad.rtf).

El segundo documento, el libro "Atención efectiva durante el embarazo y el nacimiento", se caracteriza por

analizar los mejores trabajos científicos y, de esta manera, llega a correlacionar una a una las recomendaciones de la OMS de Fortaleza con las mejores conclusiones científicas hasta el momento. En esta línea de trabajo, en 1999, la OMS publica un nuevo documento: "CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUÍA PRÁCTICA" (<http://www.nacerenca-sa.org/oms.htm>).

En 1998, en Venecia, en el "Taller de Cuidados Perinatales", la Oficina Regional Europea de la OMS reunió a 30 expertos de distintas partes del mundo. Entre otros acuerdos desarrollaron **10 valores y principios para proteger, promocionar y apoyar un cuidado perinatal efectivo en Europa** (en la reunión de Venecia fueron 9 y el décimo se añadió en la reunión de Verona en Octubre de 2003). Estos principios son:

El cuidado del embarazo y el parto normales debe:

1. ser no medicalizado.
2. ser basado en el uso de tecnología apropiada.
3. ser basado en las evidencias científicas.
4. ser regionalizado.
5. ser multidisciplinario.
6. ser integral.
7. estar centrado en las familias.
8. ser apropiado culturalmente.
9. tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

56

DESMEDICALIZACIÓN

El cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible. Para que esto sea una realidad se necesita un cambio conceptual y el embarazo se debería entender como un evento fisiológico más que como una enfermedad, el parto no debería verse, a priori, como un problema y los recién nacidos no deberían ser considerados pacientes.

USO DE LA TECNOLOGÍA APROPIADA

La tecnología perinatal apropiada se define como el conjunto de acciones para resolver un problema específico que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas validadas científicamente y aceptadas tanto por el que las imparte como por el que las recibe.

Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o de la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o superiores.

REGIONALIZACIÓN

Los cuidados deben ser regionalizados y basados en un sistema eficiente de referencia desde los centros de cuidado

primario a niveles de cuidado técnicos. Con esto se intenta conseguir una distribución racional de los servicios médicos, asegurando el acceso de la población a los tres niveles de cuidados: primarios, secundarios y terciarios y que estos cuidados sean costo-efectivos.

Un sistema regionalizado debería proveer un gran número de unidades de cuidados materno-infantiles primarios (incluyendo casa de maternidad y hospitales rurales) y pocos hospitales de 2º nivel y menos hospitales de 3º nivel.

La comunicación entre niveles es muy importante cuando las transferencias son necesarias. Para ello es preciso protocolizar la manera de hacerlo y dotar a los niveles de los medios necesarios para el trabajo en equipo.

CUIDADOS BASADOS EN EVIDENCIAS

Esto quiere decir que las prácticas habituales, las habilidades profesionales, los protocolos y las políticas de cuidados deben estar avaladas por las mejores evidencias científicas disponibles y por estudios clínicos controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiados, además de actualizarlas regularmente.

MULTIDISCIPLINARIO

El equipo debería estar compuesto al menos por:

- Matrona.
- Neonatólogo.
- Educador antenatal.
- Enfermera.
- Médico de Familia.
- Psicólogo.
- Trabajador social.
- Acompañante.
- Familia.
- Grupos de Apoyo.

La colaboración interdisciplinaria debe ser transparente y estrecha.

Es de especial importancia:

- Continuidad de cuidados y cuidadores.
- Los cuidados de maternidad son de primera elección con un buen sistema de referencia e involucrando a la familia.
- Acompañamiento en todo momento.
- Los equipos médicos deben tener matronas.
- Asegurarse de que todos los profesionales, especialmente matronas y médicos de familia, estén bien entrenados. Como por ejemplo que las matronas instruyan a otras matronas y a los médicos de familia sobre embarazo, parto y postparto normal.

CUIDADOS INTEGRALES

Es muy importante tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus bebés y su familia y no solamente sus necesidades biológicas.

La desmedicalización y la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) son la base para satisfacer las **necesidades biológicas**.

Para las **necesidades emocionales** son necesarias:

- Apoyo de la familia.
- Apoyo desde el equipo sanitario.
- Consejería en situaciones normales y complicadas.
- Satisfacción de los usuarios/clientes.
- Cuidado respetuoso.

Para las **necesidades intelectuales** son necesarias:

- Preparación al parto y a la maternidad/paternidad.
- Involucrar en la toma de decisiones.

CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA

Se deben tener en cuenta las necesidades de la mujer, su bebé y su pareja y los cuidados perinatales deben centrarse en la información, motivación y participación de toda la familia y comunidad local.

CUIDADOS APROPIADOS CULTURALMENTE

Cuando sea posible todas las prácticas de cuidado tradicionales deben ser respetadas después de haber sido analizada su seguridad y efectividad. Cada intervención debería ser evaluada en cada contexto y facilitada su aceptación a través de la información y el debate.

INVOLUCRAR A LAS MUJERES EN LA TOMA DE DECISIONES

Implementar iniciativas y defender la participación de las mujeres en la toma de decisiones promueven una conciencia global de salud y de educación para la salud.

RESPECTAR LA PRIVACIDAD, DIGNIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LAS MUJERES

La implementación de estos principios se está facilitando mediante cursos de formación a la vez que se crean indicadores para valorar y monitorizar los cuidados perinatales efectivos en Europa. Respecto a los indicadores y al parto normal se ha creado la Escala de Bolonia para valorar cuantitativamente los cuidados efectivos en el mismo.

La Escala de Bolonia nació en el Second Meeting of the Perinatal Care Task Force en Bolonia en Enero del 2000, convocada por la Oficina Regional Europea de la OMS. En

esta sesión se reunieron 34 expertos entre ginecólogos, obstetras, neonatólogos, pediatras, matronas, enfermeras, profesionales de la salud y educadores de Bulgaria, Canadá, Estonia, Georgia, Israel, Italia, Kazakistán, Lituania, Rumanía, Rusia, España, Suecia, Ucrania y Reino Unido.

La Escala de Bolonia forma parte de los **Indicadores para valoración de cuidados efectivos en el Parto Normal** de la OMS, que son:

- A. Porcentaje de mujeres con parto inducido o cesárea electiva.**
- B. Porcentaje de mujeres atendidas por un profesional de la salud cualificado.**
- C. Escala de Bolonia:**
 - **Presencia de un acompañante en el parto.**
 - **Uso del partograma.**
 - **Ausencia de estimulación (incluyendo la manobra de Kristeller o presión mecánica externa del fondo uterino) o cesárea de emergencia.**
 - **Uso de posiciones distintas a la supina durante el parto.**
 - **Contacto piel-piel madre-bebé en los primeros 30 minutos y durante la 1 hora tras el parto.**

La interpretación de estos indicadores es clara. El indicador "A" nos indica el porcentaje de mujeres que comienzan el trabajo de parto como normal, es decir, de manera espontánea. El indicador "B" nos indica el grado de seguridad del parto. Por último, en la Escala de Bolonia se puntúa 0 ó 1 en función de si se hace o no, por lo que una puntuación de más o menos 5 indica que se están cumpliendo gran parte de las principales recomendaciones, con aval científico, para el parto normal.

Sería interesante que los hospitales españoles se evaluaran con estos indicadores para detectar la carencia de alternativa de las mujeres españolas que no quieren epidural al inicio de su parto y/o que quieren un parto fisiológico, o, lo que es lo mismo, la carencia del conocimiento más básico y fundamental de la normalidad.

Otra de las formas de diseminar los *10 valores y principios para proteger, promocionar y apoyar un cuidado perinatal efectivo en Europa*, es la creación, por parte de OMS Europa, de Cursos de Entrenamiento en Atención Perinatal como el de "Curso de cuidados esenciales antenatales, perinatales y postparto". De las múltiples recomendaciones basadas en la evidencia que contiene este curso, voy a destacar aquellas relacionadas con el parto:

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN INTRAPARTO

Primer estadio:

- Uso de partograma para registrar y monitorear el progreso del parto. Limitar los exámenes vaginales para evaluar el progreso realizándolos cada 4 horas en trabajo de parto

normales y cada 2 horas cuando se llegue a la línea de alerta del partograma.

- Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto; particularmente evitar la introducción de cualquier dispositivo dentro de la vagina. Estimular una política de “manos libres”.
- Abandonar el uso de rasurado y enema.
- Estimular la deambulación durante el trabajo de parto.
- Usar el estetoscopio fetal para monitorear la frecuencia cardíaca fetal.
- No restringir líquidos durante el trabajo de parto y permitir que las mujeres con trabajo de parto que progresa normalmente, ingieran comidas livianas si las necesitan.
- Apoyo psicosocial.
- Proveer cuidado permanentemente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.
- Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Proveer “doulas” (acompañantes entrenados) en el caso de ausencia de una persona y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiriera. Notar que los padres no siempre son la compañía adecuada para apoyar a sus parejas y que ellos también pueden beneficiarse de recibir un apoyo adecuado.
- Usar un sistema rotativo de matronas para facilitar el trabajo en los momentos de mayor actividad.
- Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, parto y postparto.
- Ser sensible a las necesidades culturales y a las expectativas de las mujeres y sus familias.

58

Periodo expulsivo

- Usar una posición vertical si la mujer lo elige durante el parto. Evitar el uso de la posición supina para el parto y, particularmente, la posición de litotomía (con las piernas levantadas). Abandonar las camas de parto tradicionales para los partos normales. Usar una cama standard si se elige una cama para el parto.
- No realizar episiotomía de rutina.
- No suturar rutinariamente los desgarros o los cortes menores: las pequeñas heridas pueden usualmente cicatrizar solas. Suturar cuando esté indicado.
- No realizar exámenes del cuello después del parto de forma rutinaria excepto que exista evidencia de hemorragia.
- Las tasas de cesárea deben ser entre 5% y 15% en cualquier institución, dependiendo del nivel de atención.
- Usar la tecnología más sencilla disponible en lugar de técnicas sofisticadas si está apoyada por fuerte evidencia científica acerca de su utilidad.
- Usar el método de Misgav Ladach (Starr) para la cesárea cuando sea posible.
- No aumentar los costos en cuidados que no sean esenciales; una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo. Los costos de cuidados que

no son necesarios (por ejemplo, la televisión en las habitaciones) pueden ser cubiertos por la iniciativa privada.

Manejo del dolor

- Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor se debe usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, el cambio de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura, y otros.
- Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea.

RECOMENDACIONES PARA ESTABLECER UN BUEN CONTACTO MADRE-BEBÉ

Nacimiento

- Ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo inmediatamente. Animar a que la madre participe. Quitar esa toalla y tapar a la madre y al bebé con una segunda toalla que se encuentre seca. Mantener la cabeza del bebé tapada para minimizar la pérdida de calor.
- Cortar el cordón una vez que hayan cesado las pulsaciones del mismo mientras el bebé se encuentra con su madre y cuando no exista una hemorragia significativa.
- Incentivar el contacto materno piel con piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el postparto inmediato y posteriormente.

Promover el amamantamiento

- Incentivar la alimentación al bebé cuando él mismo esté dando señales de que está listo para recibirla, mostrando salivación, movimientos orales, llevándose las manos a la boca y moviéndose hacia el pecho materno. No forzar la alimentación hasta que el bebé no esté listo.
- No separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto. Intentar realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre, en lugar de utilizar una mesa examinadora apartada.
- Retrasar la realización de los exámenes que no sean necesarios. Realizar los exámenes con la madre y el bebé juntos; demorar la hora del baño por 6 horas o más.
- Demorar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica, para evitar que el contacto visual madre – bebé se vea alterado. Luego del nacimiento buscar los momentos apropiados para dar la vitamina K, BCG y realizar la profilaxis ocular.

Muchas veces me pregunto por qué en España estamos tan lejos de unas prácticas clínicas para el embarazo, parto y postparto respetuosas, científicas, eficaces y humanas. La respuesta creo que se expuso muy claramente en 1985, en la Declaración de Fortaleza: **“Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda**

transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales". Es decir, el poder debe asumir estas recomendaciones y hacer lo posible para que se lleven a cabo.

Pero... ¿quién es el poder?

Si en España la Sociedad Española de Ginecología, las Asociaciones de Matronas y la Asociación Española de Pediatría, avalaran estas recomendaciones como avalan fármacos, aparatos de electromedicina u otras rutinas como "el manejo activo del parto", los cambios serían más reales y, con ello, **la transformación de los servicios sanitarios** más fácil.

Si en España estas recomendaciones se enseñaran, estudiaran y reflexionaran en las facultades de medicina, escuelas de enfermería, unidades docentes de matronas, etc., costaría menos **modificar las actitudes del personal**.

Si en España las matronas pudieran realizar su trabajo como especialistas del embarazo, parto y puerperio normal, con total autonomía y responsabilidad y los obstetras realizaran su trabajo como especialistas en la patología, **la redistribución de recursos humanos y materiales sería una realidad**.

Con todo esto, como ocurre en países donde se tienen en cuenta estos factores, habría:

- más satisfacción en las madres y padres.
- una reducción de costes sanitarios.
- una reducción de las intervenciones obstétricas como cesáreas, fórceps, ventosas y episiotomías.
- estancias hospitalarias más cortas.
- menos reingresos.
- más lactancias prolongadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. *Appropriate technology for birth*. Lancet 1985; 2: 436-437. (Traducción de ACPAM).
2. Beverley Chalmers. *WHO appropriate technology for birth revisited*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1992; 99: 709-710.
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Workshop on Perinatal Care*. Venice (Italy), 16-18 April, 1998.
4. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Second Meeting of the Perinatal Care Task Force*. Bologna (Italy), 26-29 January, 2000.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Promoting Effective Perinatal Care (PEPC) in the European Region*. November 2000.
6. Beverley Chalmers y cols. *Assessing effective care in normal labor: The Bologna Store*. Birth 2001; 28:2 79-83.
7. Beverly Chalmers y cols. *WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Course*. Birth 2001; 28:3 202-207. (traducción del CLAP).
8. World Health Organization. Regional Office for Europe. *3º Task Force. Making Pregnancy Safer/Promoting Effective Perinatal Care. From evidence to practice*. Verona (Italy), 22-24 October 2003.
9. World Health Organization. *Evidence-led obstetric care*. Geneva (Switzerland), 28-30 January 2004.