

## Euskadi incumple la mayoría de los estándares internacionales en los paritorios públicos

**Gessamí Forner/ Bilbao**

Una matrona o una auxiliar de enfermería se lanza en plancha como un jugador de rugby sobre la barriga de una de cada diez mujeres que dan a luz en las maternidades públicas de Euskadi para practicarle la maniobra de Kristeller. Las embarazadas aúllan de dolor. La epidural (administrada al 87% de las parturientas) no mengua el sufrimiento de esta maniobra arcaica que ni estimula ni acelera el parto y que sólo tiene consecuencias negativas para la mujer y el feto, por lo que la Organización Mundial de la Salud desaconseja tajantemente su uso en los hospitales.

Como también advierte del peligro que suponen las episiotomías sistemáticas, una incisión que corta la musculatura pélvica desde la vagina hasta el ano, pudiendo estar ambos orificios incluidos en el camino que recorre el bisturí del obstetra. El 56% de parturientas son cortadas y suturadas en los paritorios (el 36% con partos vaginales normales y el 17% debido al uso de instrumentos). Otro 13% pasa por una cesárea, según el informe de Osakidetza "Evaluación de la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud", con datos de 2009 y 2010.

La Sanidad Pública de Euskadi está muy lejos de cumplir los estándares internacionales recomendados para lograr un parto en el que el cuerpo de la mujer sea respetado, tenga un buen puerperio y menos complicaciones en el futuro (dolor en las relaciones sexuales con penetración, incontinencia urinaria y fecal, prolapsos, reconstrucción quirúrgica del ano, etc.).

El actual modelo de parto tiende a la medicalización a pesar de que la evidencia científica señala que en estos partos surgen más complicaciones. Es un círculo vicioso: el 21% de los partos son inducidos, se rompen el 47% de las bolsas amnióticas, se administra oxitocina al 57% de embarazadas, las contracciones que provoca la oxitocina son todavía más difíciles de llevar, con la anestesia se alarga el expulsivo y los pujos son menos intensos, por lo que es más fácil que el parto termine con instrumentos (ventosas, espátulas, fórceps) o cesárea.

	Tasa en la CAV	Estándar internacional	Estándar alcanzado
Rotura de la bolsa amniótica	47%	hasta 20%	NO
Estimulación con oxitocina	57%	5-10%	NO
Partos inducidos	21%	10%	NO
Uso de analgesia (epidural y raquídea)	87%	30-80%	NO
Episiotomías en partos eutócicos	36%	hasta 15%	NO
Desgarros perineales de III y IV grado con episiotomía	4,50%	1-5%	SÍ
Desgarros perineales de III y IV grado sin episiotomía	0,50%	de 0,5 a 3%	SÍ
Partos instrumentales	17%	hasta 15%	NO
Uso de fórceps	5%	inferior a 5%	SÍ
Uso de espátulas	2%	igual o inferior a 5%	SÍ
Uso de vacuum extractor	10%	igual o inferior a 7%	NO
Parto vaginal tras cesáreas	82%	60-80%	SÍ
Realización de maniobra de Kristeller	10%	0%	NO
Contacto precoz madre-recién nacido	52%	igual o superior al 80%	NO
Cesáreas	13%	hasta 15%	SÍ
Posición en litomanía en el expulsivo (en el potro)	53%	inferior al 30%	NO

La matrona jefe del Hospital del Alto Deba, Agurne Kortabarria, explica que desde que empezó a trabajar en el año 1976 “todo ha cambiado”. “Las mujeres aguantan menos y acuden al hospital demasiado pronto, sin apenas dilatar. A su vez, el personal médico no pierde de vista los problemas judiciales. Todo tiene que salir perfecto, y si aparece la luz roja, yo me cubro las espaldas. Sin embargo, los partos hay que tomárselos con calma”, recuerda la matrona de este centro pionero de partos naturales en la Comunidad Autónoma Vasca. El único dónde se puede dar a luz en una bañera.

La Sanidad Pública de Euskadi está muy lejos de cumplir los estándares internacionales recomendados para lograr un parto en el que el cuerpo de la mujer sea respetado

Sin embargo, el jefe de la sección de partos del Hospital de Cruces, el doctor Luis Fernández-Llebrez, defiende que “nosotros hacemos lo que hay que hacer”. “Nunca me han preocupado las cifras. Si tenemos pocas cesáreas, tendremos muchos partos instrumentales. Y no forzamos a nadie a ponerse la epidural; la solicita la mujer. ¿Cómo valora la mujer y la sociedad el dolor? Eso es un comportamiento social y hay una tendencia hedonista en nuestra sociedad. Las mujeres prefieren un parto sin dolor y más medicalizado”, argumenta.

A la hora de aventurarse en predecir tendencias, matrona y obstetra discrepan. Kortabarria cree que hay una tendencia “a un parto más humanizado y más natural que intenta respetar lo que antes no se respetó”. Ejemplo de ello es que sonríe cuando se le pregunta por la maniobra de Kristeller. “En el Alto Deba ya no hacemos ninguna. Decimos que ya tenemos el hombro hecho polvo para hacer eso”, indica con una mezcla de sorna y orgullo.

Las estadísticas de 2011 del Hospital de Mendaró corroboran sus palabras: sólo un 0,7% de partos acabaron con fórceps, por lo que tuvieron más ventosas (15%) y más cesáreas (18%), cinco puntos por encima de la media de la CAV. Pero consiguieron un 30% de partos naturales (un 17% más que el resto de maternidades).

En cambio, el doctor Fernández-Llebrez augura que los nacimientos “serán cada vez más intervenidos, ya que la edad de la mujer en su primer hijo se eleva cada año y existen otros factores de riesgo, como el sobrepeso, que también está aumentando”. Además, por protocolo en el hospital de Barakaldo inducen el parto entre la semana 41 y 42, dado que esa maternidad ha llegado a la conclusión de que “la evidencia científica indica que con ello se evita la mortalidad fetal” en casos de distrofia (hipertensión de la madre, diabetes, etc.).

### **Falta de información**

Laia Guerrero es una de las pocas mujeres de Euskadi que ha logrado dar a luz sin anestesia a pesar de tener un mal pronóstico: un bebé mal colocado que le hizo ver las estrellas durante las tres largas horas que duró el expulsivo (cuando la mujer ya está dilatada y el bebé atraviesa el canal del parto).

“El parto fue

El parto fue rápido, dilaté en dos horas, pero con un final muy duro: chillé, salté de un sitio a otro y mordí todo lo que tenía por delante. Era como la niña de "El Exorcista", recuerda ahora con su precioso Bernat de cinco meses en brazos, completamente recuperada y sin arrepentirse de su decisión.

"Repetiría sin dudar", afirma.



Laia y su hijo Beñat

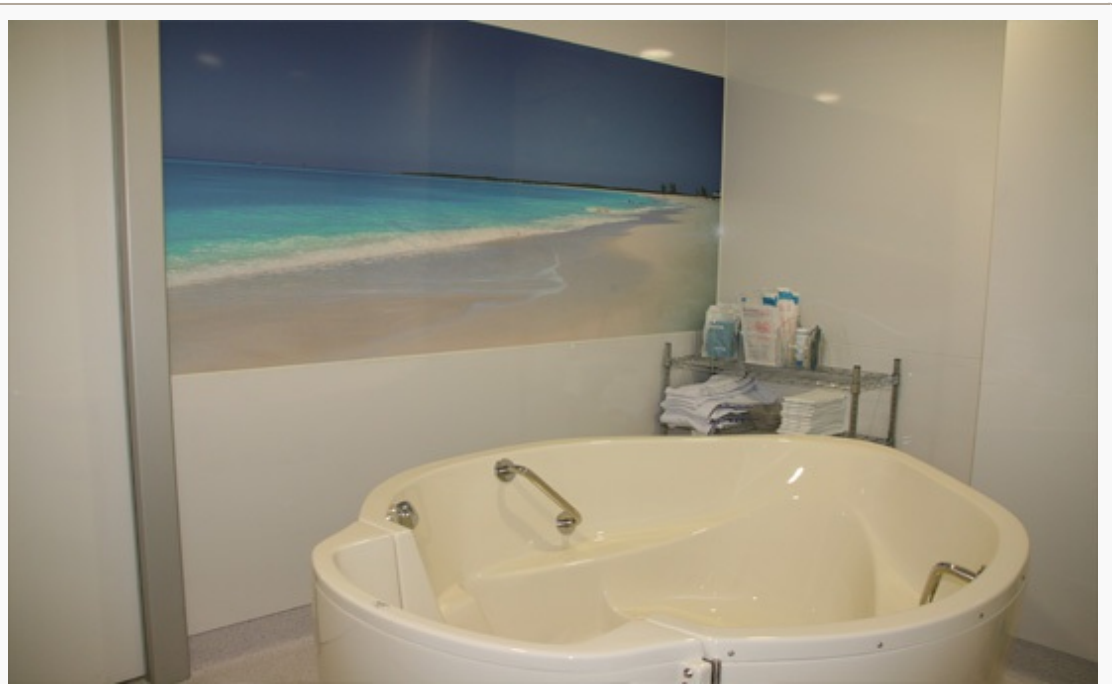
En el Hospital de Mendaró consiguieron 30% de partos naturales (un 17% más que el resto de maternidades)

La cabeza del pequeño presionaba la pelvis de su madre, ya que miraba hacia arriba en vez de hacia el culote de Guerrero. "En la mayoría de partos esta complicación termina en un parto instrumental o cesárea, me explicaron las matronas. También me dijeron que desde que llegué a Cruces lo tenía muy claro y no dejaba de repetirles: "¡Quiero un parto natural!, ¡Epidural no!". Aún así, a última hora la pidió a gritos. Y su chico se negó, tal y como habían pactado durante el embarazo. "Él y las matronas que me atendieron fueron un gran apoyo, gracias a ellos pude concentrarme: éramos sólo el dolor y yo".

Y es que dar a luz sin anestesia requiere de una atención personalizada por parte del personal sanitario que atiende a la mujer. "Los partos medicalizados son más fáciles para nosotros, son más mecánicos", reconoce la matrona. "En un parto natural te tienes que involucrar mucho más". Además, la mujer debe trabajar con antelación informándose y concienciándose a fondo sobre los procesos del parto y el dolor.

"Creo que por el

Creo que por el miedo y la falta de información te dejas llevar y dirigir un poco”, explica Guerrero, que dio a luz a su primera hija en un parto medicalizado perfecto: vaginal, con epidural, sin oxitocina, sin episiotomía (sólo con unos pocos puntos para el desgarro natural) y sin problemas en el posparto, el



El Hospital del Alto Deba es el único de la CAV en el que se puede dar a luz en una bañera

sueño de casi todos los médicos, matronas y embarazadas, pero que sólo experimentan alrededor de dos de cada diez mujeres, según las cifras de Osakidetza de 2009.

Precisamente de las complicaciones que surgen de los partos traumáticos y de las grandes episiotomías (hasta un 5% de desgarros de grado III y IV, cuando sólo se producen un 1% en parturientas a las que no se les ha cortado el periné) han florecido en los últimos años especialistas que ayudan a las madres recientes a reponerse, como fisioterapeutas privados especializados en suelo pélvico y monitores de gimnasia hipopresiva. En otros países, como Francia, Suecia y Estados Unidos, el servicio público sanitario corre con parte de esos gastos. En Euskadi, como en el resto de comunidades autónomas del Estado, la recuperación de la mujer corre por su cuenta y casi en secreto, ya que pocas se atreven a compartir sus problemas sexuales y del control de esfínteres.

### ***La violencia obstétrica sigue presente en Euskadi***

*Cuando en una sala de dilatación o paritario las matronas y ginecólogos critican sutil o abiertamente que la mujer grite, gruña o canturree para aliviar el dolor del parto, ya se puede hablar de violencia obstétrica. Un término grandilocuente y que asusta que se refiere a los desmanes del personal médico.*

*La violencia obstétrica no es sinónimo de cesárea, fórceps, espátulas o roturas de bolsas, ya que hay casos en que son claramente necesarios y urgentes para la salud de la madre y/o del feto. La violencia obstétrica significa sobrepasarse en el amplio sentido de la palabra: desde burlarse de la mujer que grita cuando está pariendo a practicarle intervenciones médicas sin su consentimiento. Además de obligarla a dar a luz en el potro y con las piernas en alto o separar al bebé de la madre nada más nacer cuando la criatura está sana, que es en la mayoría de los casos.*

*La forma en que el personal médico trata a la embarazada depende enormemente de la sensibilidad personal, de las prácticas rutinarias adquiridas y del protocolo médico imperante en cada centro. El informe “Evaluación de la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud, País Vasco 2010”, realizado con datos de nacimientos de 2009 y 2010, reconoce en muchos aspectos estudiados que los estándares internacionales no se cumplen y que ello “puede ser un indicativo de la dificultad que supone el cambio de rutinas adquiridas y poner en práctica la tan conocida atención centrada en el paciente”.*

*La parte positiva de ese informe es que alienta al cambio. Y es que no hay que olvidar que no sólo la salud de la madre se compromete con intervenciones innecesarias, sino que con ellas aumentan los riesgos de sufrimiento fetal y la necesidad de atender médicamente al bebé tras el nacimiento.*