

# Parir en los hospitales españoles

criminado como **una forma de mutilación genital femenina**. El 89 % de episiotomías que se practican en España (100 % de los partos en algunos hospitales como La Paz) da una idea del sufrimiento innecesario que el sistema actual de atención al parto puede causar a las mujeres. Estos porcentajes no deben justificarse por motivos científicos sino más bien por intereses de política hospitalaria, cuyo objetivo es que los partos sean cada vez más y más rápidos.

Es evidente que obligar a una mujer a parir tumbada y subida a un potro solo beneficia al equipo médico, que así puede trabajar más cómodamente.

Inducciones, es la intervención médica que más frecuentemente acaba en cesárea, sobre todo en primíparas (70 %). La OMS no encuentra justificación para que más del 10 % de los partos sean inducidos, pero en la mayoría de los hospitales y clínicas privadas españolas se supera el 25 %. Esto está elevando innecesariamente la tasa de cesáreas, partos instrumentales, ingresos en unidades de neonatología y otros problemas derivados de una excesiva medicalización del parto, un complejo proceso fisiológico que en el 90 % de los casos se desarrollaría satisfactoriamente sin necesidad de intervenciones. Muchos **estudios apuntan a que la mayoría de las complicaciones obstétricas que se dan hoy en día son iatrogénicas**. Según Mardsen Wagner, ex director de salud materno infantil de la OMS, en España se practica la cesárea al 22 % -23 % de las mujeres, y el 18 % de los niños son extraídos mediante el uso de fórceps. "Resulta ridículo pensar que el 40 % de las españolas es incapaz de parir", dice Wagner. En la medicina privada el porcentaje de cesáreas ronda el 35 %. Detrás de estas cifras hay mucho dolor y mucha frustración.

En cuanto a los aspectos emocionales, **el parto suele desarrollarse en un ambiente poco acogedor y carente de intimidad, en el que la parturienta es objeto de prácticas quirúrgicas sobre las que no es consultada y recibe constantemente órdenes** sobre cómo ponerse, cuándo empujar, cuándo no empujar. Muchas mujeres se quejan de no haber podido elegir siquiera la postura más cómoda para aliviar el dolor o



> FRANCISCA  
FERNANDEZ GUILLÉN

Licenciada en Derecho y madre

## Las recomendaciones de la OMS y la situación española

La Organización Mundial de la Salud ha declarado que los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para prestar una atención perinatal adecuada. El parto deber ser considerado como un proceso normal y natural, y la mujer deber tener un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención que recibe.

**España es uno de los países europeos con mayor retraso en la aplicación de las recomendaciones de la OMS en materia de atención al parto** (ver MYS 8, pg. 12):

Las mujeres son colocadas en posición de litotomía y sometidas de forma rutinaria y generalizada a episiotomías, rotura prematura de membranas, afeitado, enemas y monitorización fetal electrónica. Las inducciones por conveniencia no son una excepción y es común que se administre oxitocina sintética para acelerar el parto sin que exista una indicación médica válida.

En cuanto a la **episiotomía rutinaria**, un artículo de junio de 1999 en "The Lancet", calificaba su uso indis-



facilitar el expulsivo. Algunas dicen haberse sentido **humilladas, ignoradas o maltratadas** durante su estancia en el hospital. Afeitar a una mujer sus genitales con las puertas abiertas o permitir que tres o cuatro estudiantes le hagan un tacto cuando está dando a luz sin pedirle siquiera permiso son acciones sólo comprensibles en un ambiente generalizado de desprecio a la dignidad de la mujer similar al que se da en otros ámbitos de la vida.

## La importancia emocional del parto

**El parto es un acontecimiento íntimo y único en la vida de una mujer** en la que los aspectos emocionales ejercen una poderosa influencia. La vivencia del parto y los recuerdos que la mujer guarda sobre el nacimiento de sus hijos la acompañan durante el resto de su vida, e influyen profundamente en el establecimiento del vínculo materno filial y el éxito o fracaso de la lactancia.

Es fundamental que la mujer se sienta apoyada y reciba información constante. **Cualquier intervención ha de ser sopesada cuidadosamente, informando a la parturienta de forma franca y honesta sobre su oportunidad, beneficios, consecuencias y alternativas.** Tras un parto traumático, y significativamente cuando ha acabado en cesárea, la madre puede experimentar sentimientos de frustración por no haber parido, melancolía, impotencia, rechazo al recién nacido y cuadros de estrés postraumático como consecuencia de los sentimientos de indefensión y miedo por la propia vida o la del hijo que ha podido experimentar. De cara a la recuperación emocional tras una cesárea es muy importante comprender estos sentimientos. La familia, la sociedad y las propias mujeres los niegan con frecuencia, contraponiéndolos a la alegría que se supone que deberían sentir ante el nuevo hijo. Esto sólo sirve para perjudicar el duelo por el parto perdido, y con ello, retrasar la aceptación de lo ocurrido y la adopción de medidas que podrían prevenir depresiones posteriores.

**Hay mujeres que se sienten fracasadas por no haber tenido un parto vaginal.** Creen que su cuerpo les ha fallado y que han decepcionado a sus maridos y a sus hijos. Es frecuente que tengan sueños o pensamientos obsesivos sobre la posibilidad de que en el hospital les entregaran un bebé distinto al suyo. El cuadro se agrava cuando la mujer tiene dudas sobre la necesi-

dad de la cesárea o el uso de fórceps y se siente víctima de un abuso. En esos casos las mujeres describen su parto como "una violación".

Cuando sea necesario practicar una cesárea o fórceps, hay muchas cosas que el equipo médico puede hacer para evitar estas situaciones, como dar una explicación detallada a la mujer sobre la intervención que se le propone, las causas y las alternativas, permitir la presencia del marido en el quirófano, actuar de forma discreta para que la pareja se sienta protagonista del momento, mantener una atmósfera de silencio y respeto, usar anestesia epidural en lugar de anestesia total siempre que sea posible; facilitar el contacto inmediato madre hijo, prestar ayuda para favorecer la lactancia, y reconocer y aceptar los sentimientos de pérdida que pueda vivir la mujer, permitiéndole expresarlos libremente.

**Una mayor satisfacción de las mujeres respecto a su vivencia del parto disminuye la incidencia de depresiones, estrés postraumático y perturbaciones en el establecimiento del vínculo materno filial, al tiempo que mejora el éxito de la lactancia y aumenta la autoestima de la mujer durante el puerperio.**



## El imparable aumento de las cesáreas

Se han apuntado muchas razones para explicar la causa del imparable aumento del número de cesáreas y partos instrumentales en España, como la práctica de una medicina defensiva o la pretensión bastante irreal de que todos los partos se produzcan en un tiempo determinado. Se ha sugerido también que **la mera disponibilidad de quirófano y medios, las facilidades exis-**



**tentes para practicar estas intervenciones, podrían ser un factor que favorece en sí mismo su ejecución.** Quiero añadir que esta "facilidad" va acompañada de un gran desconocimiento por parte de la mayoría de la profesión médica de las secuelas psicológicas que estas intervenciones pueden tener en las mujeres, ya que el sistema actual, en el que la mujer es atendida por distintos profesionales durante el embarazo, el parto y el puerperio, no permite hacer un seguimiento completo del proceso de recuperación posparto que sirva para evaluar los resultados de la atención a largo plazo y en todos sus aspectos.

## Cirugía mayor

A pesar de la benignidad con la que quiere presentarse la cesárea, se trata de una cirugía mayor abdominal que multiplica por seis el peligro para la vida de la madre en comparación con un parto vaginal y condiciona toda la vida reproductiva de la mujer. También puede tener efectos indeseables sobre el feto, como síndrome de distrés respiratorio, cortes accidentales de bisturí (2. % de todas las cesáreas), o prematuridad iatrogénica.

Son bien conocidos los daños que el uso de fórceps puede causar sobre los genitales de la mujer y la incidencia de incontinencia urinaria y fecal. Sin entrar a discutir las cifras o la necesidad de todas o algunas de estas intervenciones, este artículo pretende llamar la atención sobre los perjuicios de medicalizar el parto hasta el punto de hacer que la mujer se sienta un objeto.

Pienso, sin embargo, que **el origen profundo de las situaciones de abuso descritas** en los testimonios que adjuntamos no son más que un **reflejo de la misma violencia contra la mujer** que se ejerce en otros ámbitos de la vida, creo que despojar a la madre del papel protagonista y de la dignidad que le corresponden durante el parto ha sido el primer paso que ha permitido que estos casos se den en el ámbito ginecológico-obstétrico con mucha más frecuencia de la que podríamos esperar de un país civilizado.

El pasado 25 de marzo el gobierno balear aprobó la primera ley de sanidad de España, la LLei Balear de Salut, que recoge las recomendaciones de la OMS como derechos de la madre. Es un gran paso y esperamos que cunda el ejemplo entre los responsables de salud del resto de comunidades autónomas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Tecnologías de Parto Apropriadas. Organización Mundial de la Salud, abril de 1985
- Care in normal birth: report of a technical working group. (WHO/FRH/MSM /96.24) Organización Mundial de la Salud, 1997
- Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. Servicio de Ginecología del Hospital "La Inmaculada". Huércal-Overa (Almería). Director: Longinos Aceituno Velasco
- Johanson R , Newburn M y Macfarlane A : Has the medicalisation of childbirth gone too far?. British Medical Journal, 324:892-895, 13 de abril de 2002
- El impacto de la cesárea o después de la cesárea: curando la herida emocional. Ibone Olza. "Ser Padres", febrero de 2002.
- As Cases of Induced Labor Rise, So Do Experts' Concerns. JANE E. BRODY. The New York Times, 1/14/03
- Olza I. Alternativas al Tratamiento Psicofarmacológico de Madres Lactantes con Depresión Postparto en Atención Primaria OBS CARE
- La controversia, Dr. Carlos Psevoznik, Médico Obstetra, octubre de 2002
- Wagner M, El nacimiento en el nuevo milenio. 1er Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en casa. Jerez, octubre de 2000

