

10/08/2016

Todo un parto

TXT EZEQUIEL ARRIETA IMG MARIANA RUIZ JOHNSON

¿Qué onda el parto domiciliario? ¿Es más seguro parir en casa o en un hospital?

Hay algo que hacía de chico y que casi no dejé de hacer: fascinarme con el nacimiento de los animales que tienen que pararse y correr dentro de los primeros 5 minutos si no quieren convertirse en el almuerzo de algún predador oportunista. Es muy loco ver cómo la mamá, después de haber parido a una gacelita observa a su cría con total atención, la empuja y la anima para que se levante y ande sobre sus patitas, se mueva y festeje el gol evolutivo de '*¡mirá mamá, soy apto para vivir en este infierno!*'. Es un momento lleno de awwwwwwws hasta que llega el leopardo o la madre se come la placenta. A menos que seas Tom Cruise, claro.

[youtube https://www.youtube.com/watch?v=R0Te9mA7baA]

Desde los primeros proto-huevos que aparecieron en el océano hasta las crías escupidas enteras luego de un tiempo de gestación importante en la panza de los mamíferos, **traer hijos al mundo siempre fue un quilombo**. Pero no sólo por todo el bardo previo al momento en que le vemos la carita a la *chosita hermosha bubutata ¿¿¿one tá el bebeee???* –o sea, conseguir a alguien que te dé bola y le interese mezclar sus genes con los tuyos–, sino también porque **el parto representa un momento crítico en la vida de la madre y del que está por salir del calor del útero**. Si quitamos toda la tecnología y la asistencia profesional y nos ponemos en los zapatos de una mujer embarazada que vive en un país pobre o una que vivió antes del siglo XIX en cualquier parte del mundo, nuestra probabilidad de no contarla es escalofriante, tanto que **la Organización Mundial de la Salud considera a la mortalidad materna de los países de bajos ingresos como 'inaceptablemente alta'** (700 cada 100.000 embarazos). Entonces, **¿por qué alguien que tiene acceso a un servicio de salud que reduce enormemente sus chances de no contarla optaría por un parto domiciliario**, que encima cuesta carísimo?

Los motivos personales que empujan a alguien a tomar esta decisión representan un abanico con un espectro variadísimo de opciones, que van desde las más místicas y sin sentido hasta aquellas bien reales y mesurables, como la violencia obstétrica. No es el objetivo particular de esta nota discutir sobre las *'malas vibras'* del hospital, el uso indiscriminado de la oxitocina como inductor del parto o de lo cómodo que le resulta a un médico (agotado por un sistema sanitario que lo explota) hacer una cesárea. Si bien esos temas son importantes y cada uno nos llevaría un artículo aparte, hay algunas preguntas que nos pueden llevar hasta la raíz del debate: **¿hay evidencias que sostengan que el parto domiciliario es más, igual o menos seguro que en un hospital?** ¿Es mejor la atención hospitalaria realizada por un médico que la de una partera en una casa? ¿Y en un parto domiciliario atendido por un médico?

En la Biblioteca de Alejandría de los que buscan (A.K.A. internet) encontré muchísimas investigaciones al respecto y, para mi sorpresa, me topé con una nueva

grieta, un debate más acalorado que el de La Banda del Verano vs La Banda del Invierno. Después de mucho leer, me topé con algunos datos que me sorprendieron. **Mientras algunos estudios sugieren que en los partos domiciliarios hay un ligero aumento en la prevalencia de muertes de los recién nacidos y de eventos adversos maternos** (como desgarros vaginales, perineales, hemorragias e infecciones), otros afirman que **no hay diferencias en la incidencia de cosas malas que pueden pasar en aquellos que están bien hechos, o sea, partos planificados de embarazos con bajo riesgo y atendidos por parteras entrenadas**. CHAN.

Acá tenemos que hacer un parate y **ponernos minuciosos con el análisis de la evidencia**. Los estudios que le tiran cascotazos a los partos domiciliarios meten en la misma bolsa a los planificados, de bajo riesgo, con controles durante el embarazo y realizados por parteras capacitadas; y a los no planificados, sin controles, de alto riesgo y atendidos por parteras sin certificación. Este es un dato re importante, porque la Confederación Internacional de Parteras recomienda una **educación de no menos de 3 años en una institución acreditada** para asegurar un nivel mínimo de preparación y seguir los lineamientos de las guías de buenas prácticas, como por ejemplo no hacerse cargo de un embarazo de alto riesgo. Bajo los ojos de esta institución, un parto domiciliario atendido por una partera sin capacitación es tan irresponsable como un médico recetando homeopatía para curar un cáncer (o un médico recetando homeopatía en general).

Si bien analizar las estadísticas de muertes y complicaciones de los partos es el eje central del debate, no podemos perder de vista otras cosas que son un poco más difíciles (pero no imposibles) de cuantificar. No hay que ser un genio para entender que **el hogar representa un espacio de comodidad y seguridad**, por lo que las mujeres que paren en sus casas tienden a sentir una mayor satisfacción que aquellas atendidas en un hospital con desconocidos y donde el acceso de los seres queridos a la sala de parto no siempre está asegurado. Además, cuando el parto domiciliario es una opción, las mujeres parecen informarse más sobre el proceso y esto contribuye a eso tan lindo que se llama **empoderamiento de la**

mujer, donde ellas dejan de ser sólo las que escupen un bebé y pasan a formar parte del equipo que toma las decisiones.

Otro punto importante son las **intervenciones médicas realizadas de manera rutinaria y sin criterio científico claro**, como la episiotomía y la cesárea. La primera consiste en un corte con tijera del periné con el objetivo de agrandar el canal del parto, y es un bajón, porque se lo utiliza prácticamente de rutina en todas las mujeres primerizas a pesar de que esté indicado para situaciones particulares. El segundo es peor aún, porque se trata de un procedimiento reservado para circunstancias donde el parto vaginal pone en riesgo a la madre o al feto, pero **se lo practica en 30% de los embarazos en América Latina, llegando al 50% en los centros de salud privados** (lo que refuerza mi idea de que la salud debe estar en manos del Estado). La cosa se pone más turbia cuando entendemos que **la cesárea realizada en embarazos de bajo riesgo y a término** (9 meses más o menos), **aumenta la probabilidad de que el bebé tenga complicaciones respiratorias** y deba ingresar a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Además, la gran mayoría de las madres que son sometidas a una cesárea durante el trabajo de parto sin razones médicamente justificadas, no reciben información suficiente sobre los riesgos de la cirugía y **no tienen opción** para modificar la decisión del obstetra ni pueden defender su deseo de tener un parto vaginal.

Antes de que empiece una guerra contra los médicos, tenemos que entender que éstos son tan presos del sistema sanitario como los mismos pacientes, y que detrás hay **políticas (y políticos) de salud pública** responsables de brindar el marco legislativo para que las cosas se hagan bien o mal. La evidencia muestra que **la tendencia es una morbi-mortalidad mayor en los partos domiciliarios** que en los hospitalarios. Aún así, el panorama completo nos dice que cuando los partos domiciliarios se realizan siguiendo las guías de buenas prácticas en embarazos de bajo riesgo, con parteras certificadas e integrados en el sistema de salud, éstos pueden tener resultados **similares que aquellos realizados en los hospitales** (aunque nunca menores), y podrían representar una medida costo-efectiva para alivianar el sistema de salud (hasta en un 50% en Inglaterra, que tiene un sistema de salud totalmente diferente del argentino). **El caso de Holanda**, donde el 20% de

los partos son domiciliarios y la morbi-mortalidad es igual en ambos casos, **representa una excepción y no la regla**, por lo que de ninguna manera es extrapolable a otro lugar.

Puede parecer que tengo puesta la camiseta de los partos domiciliarios (no me quiero imaginar el escudo del equipo), sin embargo confieso que miraba de reojo esto de recibir pibes en un lugar cuyo nombre no incluya la palabra sanatorio, clínica u hospital. Pero investigar sobre el tema no hizo más que reafirmar la idea de que **apoyarnos en la evidencia para debatir y tomar decisiones es algo ultra necesario**. Definitivamente traer un hijo al mundo en tu casa de la mano de alguien que no está capacitado es una pésima idea; y por más que la partera la tenga remil clara y tenga todos los certificados que existen, los úteros pueden sangrar sin parar, los cordones umbilicales se enroscan y los accidentes pasan. No podemos extrapolar datos de países desarrollados para formular políticas públicas acá, pero **sí podemos tomar los estudios realizados que muestran seguridad en ciertas prácticas**, charlar entre nosotros, convocar a los expertos, investigar más y analizar los resultados.

Lo importante, como siempre, es **soltar los prejuicios y no tomar posición ni decisiones antes de informarse**. Esto no debería ser una batalla entre 'hippies irresponsables' y 'modernos despiadados funcionales al sistema', sino una **búsqueda de políticas públicas basadas en evidencias** que minimicen los daños y maximicen la salud y el bienestar tanto del flamante pequeño humano como de su mamá.

Nota al pie: Agregamos detalles a la nota el día 11/08/2016 con el objetivo de brindar información más precisa sobre la heterogeneidad de los datos aportados por los estudios y reducir las posibles ambigüedades. Gracias a los que comentaron y nos orientaron en lo que faltaba.

Referencias

Snowden JM et al (2015). Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. N Engl J Me d 373(27): 2642-2653.

de Jonge A et al (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged n ational perinatal databases. BJOG 122(5): 720-728.

Sandall J et al (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbe aring women. Cochrane Database Syst Rev 4:CD004667.

Grünebaum A et al (2015). Perinatal risks of planned home births in the United States. Am J Obstet Gynecol 212(3): 350. e1-e6.

de Jonge A et al (2013). Severe adverse maternal outcomes among low risk women with pla nned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. BMJ 346: f3 263.

Schroeder E et al (2012). Cost effectiveness of alternative planned places of birth in wome n at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospect ive cohort study. BMJ 344: e2292.

Sumate en
eglc.ar/bancar