

salud & bienestar



Oftalmología

CÓMO DETECTAR A TIEMPO
LA DEGENERACIÓN MACULAR



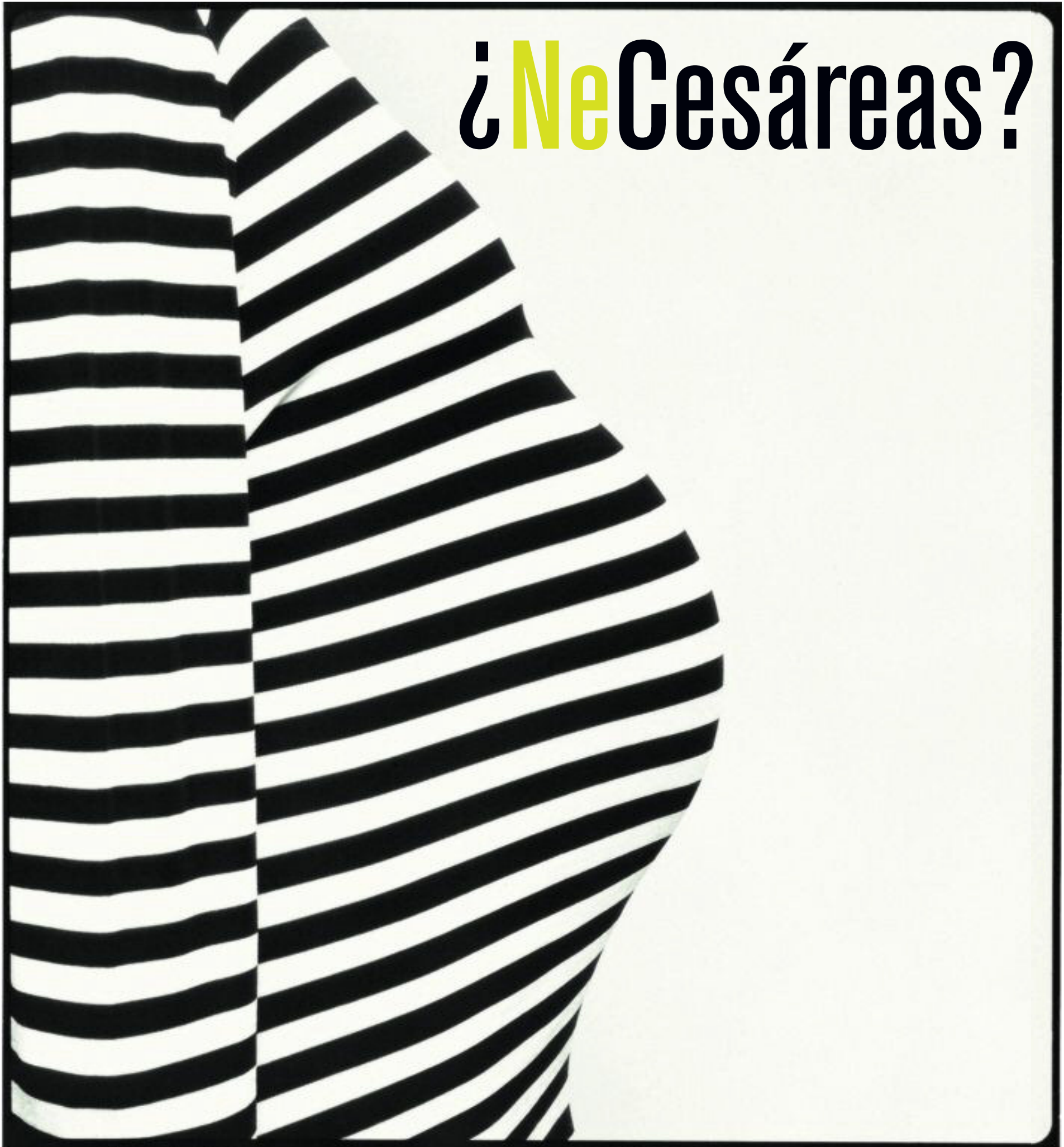
Psicología

APRENDER A
SUPERAR LA CULPA

Niños

HOSPITALES INFANTILES:
LA ALEGRÍA QUE CURA

¿NeCesáreas?



El tipo de parto en España depende mucho de las distintas prácticas médicas. Nuevos protocolos centrados en las necesidades de la mujer han reducido la alta tasa de cirugías durante el alumbramiento. **Páginas 2 y 3**

en portada

Partos con menos bisturí

En España se realizan más cesáreas de las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. La forma de parir depende más de los protocolos hospitalarios que de las necesidades de las mujeres. Pero la situación está cambiando

■ MARTA ESPAR

Usted está embarazada. A punto de salir de cuentas. Piensa dar a luz en el hospital más cercano a su lugar de residencia. Es lógico: está convencida de que la asistencia al parto es parecida en todos los centros. Pero no es así. En España, un hospital público puede tener una tasa de cesáreas 3,5 veces mayor que otro situado a menos de 100 kilómetros de distancia. Algunos hospitales terciarios, que son los que concentran más casos de parturientas de riesgo, tienen cifras más bajas que muchas clínicas privadas o centros comarcales. Y la probabilidad de que salga del paritorio con una molesta episiotomía –incisión en el periné–, aunque su parto sea normal, también pue-

de reducirse casi a la mitad según el centro.

Otros aspectos difíciles de medir, pero también decisivos para la futura salud de madre e hijo, como la participación de la mujer, la calidad del vínculo con el bebé o la instauración de la lactancia materna, pueden variar según las prácticas que establezcan los diferentes protocolos hospitalarios.

Un informe reciente del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Atlas VPM), un proyecto con financiación pública que establece indicadores de calidad asistencial, ha analizado todas las altas hospitalarias por parto producidas en los hospitales públicos de 13 comunidades autónomas durante los años 2003-2005. Sus autores concluyen que no son la edad ni el riesgo obstétrico de las pacientes las razones

que explican semejante variabilidad en las tasas de cesáreas, sino las diferencias en los estilos de la práctica clínica de los profesionales que intervienen en la asistencia al parto. El coordinador científico del Atlas VPM, Enrique Bernal, explica que al excluir –entre otras– las

tecnológico del centro –tener una UCI neonatal– o el menor nivel socioeconómico del área geográfica, influyeron en que la tasa fuera mayor. Las preferencias de las mujeres tampoco pueden explicar semejante variación, advierte Bernal, también director de la unidad de investiga-

La probabilidad de sufrir una episiotomía puede duplicarse, según se acuda a un centro o a otro

tres indicaciones mayoritarias para practicar una cesárea, que son que el niño venga de nalgas, la cesárea previa y la distocia –parto anormal–, sigue existiendo un porcentaje de cesáreas del 15%.

Según el documento, algunas variables, como el mayor número de obstetras en la plantilla, el nivel

en servicios sanitarios del Instituto Aragonés en Ciencias de la Salud (IACS), “porque, por ley estadística, es de esperar que en poblaciones suficientemente grandes sus preferencias se distribuyan aleatoriamente”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya estableció a

finales de los años ochenta que un porcentaje mayor del 15% es poco justificable. Sin embargo, en España los números se mantienen en una media de entre el 22,2%, en los hospitales públicos, y el 36,6%, en los privados, según los datos más recientes (de 2005). Revisar semejantes cifras es posible, como demuestra un proyecto piloto dirigido desde el hospital de Manacor, en Mallorca, que está consiguiendo adecuar los números a la evidencia científica.

Su impulsor, el jefe del servicio de obstetricia y ginecología del hospital de Manacor, Andrés Calvo, insiste en que “lo esencial no es hallarse por debajo de una cifra mágica de cesáreas, sino hacerlo bien y no practicar más cesáreas de las necesarias”. Su estrategia ya dio buenos resultados en las islas Baleares entre

Derecho a ser informadas y a elegir

Muchas son las mujeres que, después de haberse sometido a un parto inducido con oxitocina, descubren atónitas los riesgos a los que se expusieron ellas y sus bebés.

Nadie les informó de que esta hormona sintética acelera las contracciones y multiplica su dolor de forma exponencial, hasta el punto de requerir enseguida de la analgesia epidural, cuya administración, a su vez, aumenta el riesgo de parto instrumentado, por

ejemplo. Las preguntas se suceden unas a otras: ¿tienen las parturientas derecho a negarse a una intervención de este tipo?, ¿hasta qué punto y cómo deben ser informadas al respecto?

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, garantiza el derecho de cualquier usuaria a recibir información adecuada que la ayude

a tomar decisiones, a elegir libremente entre las distintas alternativas disponibles y a que se respete su voluntad en las decisiones que tome sobre su propia salud y su propio cuerpo.

“En muchos hospitales españoles se están infringiendo a diario estos derechos”, explica Francisca Fernández, asesora jurídica de la asociación El parto es Nuestro.

Para empezar, insiste la abogada, las mujeres

no pueden decidir, porque no se les informa adecuadamente sobre “la finalidad, la naturaleza, los riesgos y las alternativas” de las intervenciones a las que son sometidas, tal y como exige la legislación vigente.

Su capacidad para elegir entre distintas opciones sólo está limitada por la disponibilidad de medios e instrumental y la buena praxis. “Rechazar el tratamiento prescrito en un protocolo nunca debería dar lugar al alta forzosa cuando existan métodos

alternativos”, añade Fernández.

La intimidad y la dignidad son otros aspectos protegidos, especialmente sensibles en la asistencia al parto. “En Inglaterra, cuando una mujer está dando a luz en una sala, se cierran las puertas, y el que quiera entrar, aparte de tener una buena justificación, debe llamar a la puerta”, explica Fernández.

En muchos paritorios españoles, en cambio, se asisten partos

instrumentados con la puerta abierta y varios médicos residentes observando.

Con este proceder de finalidad docente se puede violar la intimidad física y moral de la usuaria, pero también su dignidad, ya que las leyes y tratados internacionales sobre bioética y derechos humanos sitúan “la dignidad del ser humano por encima del interés exclusivo de la sociedad o la ciencia”, insiste esta abogada, especialista en bioética.



La OMS considera que más de un 15% de cesáreas no es justificable. En España vamos por el 22% en los centros públicos y el 36% en los privados.

MARTIN WOUTERS

los años 2003 y 2005, y desde abril del 2009 se está iniciando en otros seis hospitales de la Península. Para Calvo, una de las claves es que este protocolo "sea asumido por todo el equipo profesional y exista un buen seguimiento".

Desde que el Ministerio de Sanidad impulsara la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 2007, una red de formadores está extendiendo por todo el país las recomendaciones de la OMS y la literatura científica. Así, en la mayoría de los partos en mujeres de bajo riesgo (casi el 90% de los casos), algunas prácticas, como la monitorización continua del latido fetal, que impide la libertad de movimientos de la pariturienta, o la rotura de la bolsa y la

inducción por oxitocina, que aceleran artificialmente las contracciones y pueden producir efectos secundarios, están siendo sustituidas por otras más respetuosas con el proceso fisiológico.

Como la auscultación intermitente o el tratamiento alternati-

van dispares -tanto en volumen de pacientes como en situación geográfica- como los de Cruces (Bilbao) y Las Palmas (Canarias), y en otros comarcas como los de Alcañiz (Aragón), Vila-real (Castellón) y Huércal-Overa y Úbeda, en Andalucía.

Se está empezando a sustituir la oxitocina por tratamientos alternativos del dolor en casos de bajo riesgo

vo del dolor, con bañeras de agua caliente, inyecciones de agua destilada o analgesia epidural a dosis más bajas, que permitan andar. Los efectos de este cambio sobre las tasas de cesáreas, partos instrumentados y episiotomías están siendo espectaculares en algunos centros públicos

La obstetra Pilar de la Cueva, coordinadora de la EAPN y directora del programa formativo para profesionales, admite que este cambio implica mayor ratio de matronas por mujer, pero tiene muchas contrapartidas económicas porque reduce días de estancia, uso de quirófano, material e inversión

Para saber más

Organización Mundial de la Salud

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/en/index.html

'Estrategia de atención al parto normal'. Ministerio de Sanidad y Consumo

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)

<http://www.federacionmatronas.org/ipn/>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf

Asociación El Parto es Nuestro

<http://www.elpartoesnuestro.es/>
<http://www.quenoossepren.info/>

Plataforma pro Derechos del Nacimiento

<http://www.pangea.org/pdn/plataforma>

en aparatología, y sobre todo disminuye la tasa de morbilidad de madre y recién nacido. "Además, existe toda una serie de efectos secundarios de la cesárea que no se registran, como las secuelas respiratorias a corto y largo plazo en el bebé o el malestar psicológico y las secuelas físicas en las madres", añade De la Cueva.

Sigue vigente en la sociedad la creencia errónea de que siempre es más segura que un parto vaginal. ¿Por qué? "La creencia en la bondad de una atención medicalizada de los partos normales está muy arraigada en la sociedad, no sólo entre los profesionales", aclara Charo Quintana, obstetra, ex consejera de Sanidad del Gobierno de Cantabria. "Le estamos atribuyendo al parto tecnológico toda la reducción alcanzada en la morbilidad materna y pe-

rinatal, cuando, en realidad, se debe a la mejora en el estado de salud de las mujeres, de sus condiciones de vida y de la atención prenatal, la disminución del número de partos y la utilización de la tecnología adecuada para los de riesgo", continúa.

Quintana es coordinadora científica de la *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal en el SNS* que va a editar el Ministerio en los próximos meses. La guía es la primera elaborada, además de por un equipo de expertos (obstetras, comadronas, pediatras y anestesiólogos), por usuarias representadas por la asociación El parto es Nuestro. El documento va a promover cuidados ajustados a las circunstancias de parto de cada mujer y al respeto de su autonomía. "No se está abogando por volver a los partos de antaño, ni a los partos y nacimientos sin atención profesional", insiste Quintana. "Todo lo contrario, ahora disponemos de un conocimiento sobre la fisiología del parto que no teníamos antes. Estamos en condiciones de atenderlos mejor que nunca, vigilando estrechamente cualquier alteración e interviniendo sólo si es necesario y con las actuaciones más adecuadas".

Cada día hay más mujeres que así lo experimentan en su propia carne. Isabel Martínez es una de ellas. Vive en Jaén, pero parió a su hijo Pablo a finales de setiembre en el hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, a 50 kilómetros de distancia de su casa. Dio a luz sin grandes lujos, en una habitación interior sin ventana, donde, sin embargo, se sintió "como si estuviera en casa". Estuvo horas paseando por los pasillos, se dio una ducha de vez en cuando y le controlaron el latido del corazón de su hijo de forma intermitente con un monitor "a ventanas" -unos 20 minutos cada hora-. Sintió dolor, pero no quiso la epidural. Sólo recuerda comodidad, alivio. Cuando Pablo nació, el matron se lo puso encima del pecho por debajo del camisón, piel con piel, como indican los libros. No se desgarró ni le hicieron ningún corte. A las pocas horas ya se levantaba, y el niño se agarró al pecho enseguida.

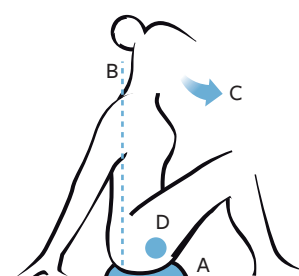
El caso de Isabel está dejando de ser una excepción en Andalucía. Con un Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal (PHAPA) que contempla las preferencias de la mujer en aspectos como el acompañamiento o la posición en el parto, buena parte de los hospitales públicos de esta comunidad autónoma está actualizando sus protocolos para convertir el parto de Isabel en un acontecimiento cada vez más generalizado en las mujeres de bajo riesgo.

Después del parto

Ejercicios recomendados por la Asociación Española de Fisioterapeutas

Algunas recomendaciones generales para ejercicios en el posparto

- Adoptar una postura correcta tanto sentada, de pie o amamantando al bebé.
- No realizar ejercicios abdominales tradicionales. • Contraer el suelo pélvico ante los esfuerzos, como coger al recién nacido, estornudar o toser. • Evitar estar mucho tiempo de pie. • Evitar la inmovilización.
- Control de la episiotomía o el desgarro. • Evitar relaciones sexuales en las primeras seis semanas.
- Evitar cargar peso. • Tomar medidas contra el estreñimiento.

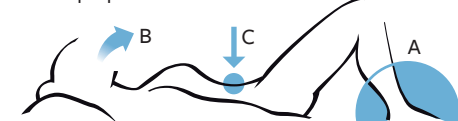


Sentada sobre una toalla

Ponga una toalla en el suelo (A) y siéntese sobre ella manteniendo la espalda recta (B). Al mismo tiempo que expira (C), contraiga el suelo pélvico (D). La toalla se puede sustituir por un balón de propiocepción, que se puede conseguir en tiendas de deportes, y cuyo objetivo es mejorar la percepción de los movimientos musculares.

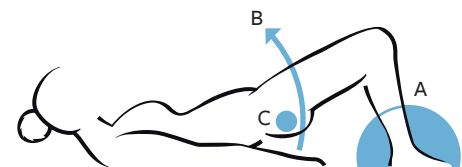
La tripa hacia dentro

Tumbada en el suelo y con las piernas ligeramente dobladas (A), realice respiraciones profundas. En el momento de expirar (B), contraiga el abdomen (zona del ombligo) todo lo que pueda hacia dentro.



Elevación de la pelvis

Tumbada en el suelo y con las piernas ligeramente dobladas (A) y pies en el suelo, levante la pelvis (B) y contraiga los glúteos (C).



Piernas dobladas

Tumbada en el suelo, flexione las piernas intentando llevarlas hasta su pecho (A), pero impídselo con las manos (B) como muestra el dibujo. Mientras resiste la fuerza de sus piernas, respire normalmente y cuando expulse el aire (C) contraiga la pelvis (D).

