

ARTICULO ESPECIAL

PARTO NATURAL HUMANIZADO

Dr. Rubén Araoz Santa Cruz
Profesor emérito de Obstetricia. Fac. Méd. UMSA.

El nacimiento es considerado como una manifestación natural, el parto humanizado, significa que todas las mujeres tengan la posibilidad de vivir una experiencia enriquecedora, que todas las decisiones sobre este especial momento sean de libre elección y que no se les apliquen procedimientos basados en medidas rutinarias, en forma indiscriminada.

Ningún procedimiento en la atención del parto debería de existir simplemente por la comodidad del personal que atiende el parto. El parto humanizado requiere de todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir a las necesidades individuales y deseos particulares de la parturienta.

Los derechos de las usuarias establecen respeto a las costumbres modos particulares de percibir la seguridad, el respeto a la confidencialidad, pudor, a una atención restringida al personal en formación, evitar manipulaciones innecesarias con fines docentes.

Resolución adecuada y oferta de tratamiento oportuno y eficaz, aplicación de técnicas al servicio de la madre. Información veraz, oportuna clara y completa sobre la evolución del parto y las condiciones de salud del feto. Terapia de relajamiento en el parto, trato cordial y de respeto.

El apoyo continuo físico y con empatía durante el trabajo de parto produjo muchos beneficios incluyendo un parto más corto, elogiar, brindar confianza, proporcionar medidas para mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico como frotarle la espalda a la madre, sostenerle las manos, explicarle que sucede durante el parto y brindarle una constante presencia amistosa, ha demostrado que este apoyo reconfortante constante de un proveedor de salud reduce significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado, cuando se entrevista a la puérpera a las 24 después del parto y más aún a las 6 semanas posteriores al parto.

La OMS en la atención del parto normal en su categoría A postula las prácticas que son claramente útiles y que debería promoverse:

- 1.- Elaboración de un plan personal que determine donde y por quien será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dando a conocer a su esposo o pareja, y si procede a su familia.
- 2.- Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
- 3.- Respetar el derecho de las mujeres a la privacidad en el lugar del parto
- 4.- Apoyar a las mujeres durante el parto por parte de los proveedores de salud
- 5.- Brindar a las mujeres información y explicación cuando estas lo desean.
- 6.- Dar libertad de posición y movimiento durante el parto.
- 7.- Contacto inmediato piel a piel entre la madre y el recién nacido y apoyo al inicio de la lactancia materna en la primera hora después del parto de acuerdo con las normas para la lactancia de la OMS.

En cualquier circunstancia que ocurra el parto incluyendo desde luego el parto humanizado se practica el alumbramiento activo, por su eficacia demostrada a través de estudios de

medicina basada en la evidencia.

En conclusión el parto normal, si es de bajo riesgo, solo necesita la observación de cerca de un/a proveedor/a de salud bien capacitada que pueda detectar señales tempranas de complicaciones. No necesita hacer ninguna intervención, más bien, estimular, apoyar y brindar un poco de cuidado amable. Puede darse pautas generales sobre lo que es necesario para proteger y sustentar un parto normal. Sin embargo países con la voluntad para invertir en estos servicios necesitan adaptar estas normas a su situación específica y a las necesidades de las mujeres, así como también asegurar que aspectos básicos existan para poder atender adecuadamente a las mujeres de bajo, mediano y alto riesgo obstétrico, y a aquellas que presentan complicaciones.

El manejo del parto desde la perspectiva científica busca que el control a la madre y al feto se enfoque de la mejor manera posible, teniendo a ambos bien vigilados, a fin de que no exista ninguna probabilidad de que surja una sorpresa desagradable, que pueda provocar graves repercusiones en la salud de la madre o de su hijo. El desarrollo tecnológico aplicado a la atención de la mujer embarazada en sus etapas de prenatal, parto y puerperio, en todo el mundo a mejorado los resultados favorables y optimos, bajando los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, se reconoce sin embargo que el calor humano que deberíamos prodigar a las embarazadas en el desarrollo del parto aún dejan mucho que desear.

La situación de la atención del parto en el momento actual se torna polémico en considerar donde debe ser asistido el parto, en domicilio o en hospital, están cuestionadas ciertas prácticas como la ejecución de la episiotomía, tricotomía, enema evacuante, posición en la atención del periodo expulsivo del parto., el ambiente , propiciando alternativas de parto como el de inmersión, parto domiciliario, con analgesia a través de un bloqueo peridural, además de los aspectos jurídicos, como el respeto a los derechos de las usuarias.

En el país se regula la atención del parto dentro de una normativa a partir de la Resolución Ministerial No 0496 en su:

Artículo No 1.- Resuelve disponer la incorporación obligatoria de 18 prácticas y tecnología apropiada (conductas, procedimientos, instrumentos y suministros médicos) en la práctica asistencial obstétrica y neonatal de los establecimientos de salud públicos de los tres niveles de atención, y en los privados, y la correspondiente anulación de los contenidos normativos vigentes hasta la fecha que las contradigan.

Artículo No 2.- Para el cuidado prenatal se mejora o incorporara lo siguiente: La historia clínica perinatal, como documento institucional para el registro de la atención. El carné perinatal, como documento para la embarazada.

Un plan de acceso para el parto o una eventual emergencia obstétrica. La detección en la consulta de proteínas en la orina de las embarazadas con hipertensión arterial, mediante ácido acético o cintas comerciales, para mejorar la detección y diagnóstico de la preeclampsia.

Artículo No 3.- Durante la atención del trabajo de parto el personal de salud promoverá y facilitará:

El cambio de posición y ambulación de las embarazadas.

La presencia de un familiar o allegado de la embarazada.

La ingestión de líquidos.

La eliminación del uso rutinario de enema y rasurado del vello pubiano. Asimismo utilizará para la vigilancia clínica de la madre y el feto el Partograma de la OMS. Modificado

Artículo No4.- Para la atención del parto se dispone:

Restringir la práctica de la episiotomía

Realizar el manejo activo del alumbramiento mediante la aplicación intra muscular de 10 UI. de oxitocina tan pronto nace el bebé.

Devolver la placenta a las madres púerperas que lo solicitan o acepten.

Como podemos observar existen normativas que parten desde el Ministerio de Salud y Deportes como cabeza del sector de Salud, para una práctica humanizada del parto en nuestro país, propiciando las prácticas claramente útiles y que deben ser promovidas como la posición vertical en el periodo de dilatación y borramiento, y la posición libre en el periodo expulsivo, la participación de familiares en el parto o un allegado, la devolución de la placenta cuando la usuaria lo requiera. Y eliminar las prácticas claramente perjudiciales, como la aplicación de enema evacuante, la tricotomía del vello pubiano, y la episiotomía como una practica sistematizada en la atención del primer parto. Practica que debe restringirse a aquellos casos que inevitablemente van ha conducir al desgarro si no se la efectúa.



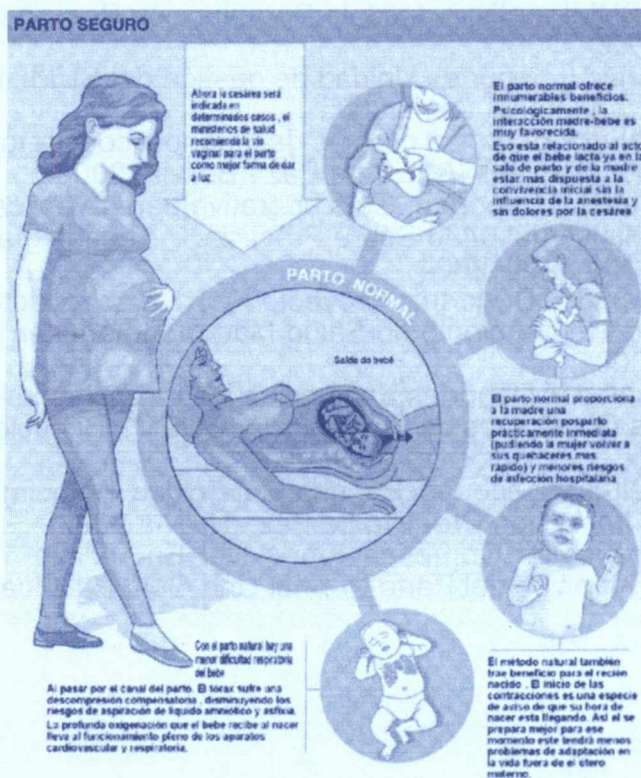
Gráfico extraído de www.partohumanizado.org

El gobierno Municipal de la ciudad de La Paz, establece la política de atención a la embarazada con un trato digno, en un ambiente de tranquilidad y seguridad. La madre puede elegir la posición del parto.

Define una política para reforzar el parto humanizado en los centros de salud. La iniciativa consiste en brindar un trato afectivo, digno, en un ambiente de intimidad, tranquilidad y seguridad para la madre a la hora del parto, además de otros componentes en el proceso de embarazo y posparto.

Existen profesionales capacitados en el tema de parto humanizado con el antecedente y trabajo de la Cooperación Japonesa (JICA), a través del proyecto FORSA que trabajó en la formación del personal que trabaja en las diferentes redes de salud. Otro derecho es el respeto a las costumbres y modo particular de percibir la seguridad; el respeto a la confidencialidad, al pudor y a una atención restringida del personal en formación, evitando realizar manipulaciones innecesarias con fines docentes, tomar líquidos, moverse, gritar, jadear, hablar, llorar, cantar y reír.

El parto humanizado también debe incluir la capacidad resolutoria y oferta adecuada de tratamientos y técnicas, al servicio de la madre y el bebé por nacer, evitando su utilización rutinaria e indiscriminada; información completa, oportuna y sencilla acerca de todos los procedimientos que le aplicarán a ella y/o su recién nacido.



La nueva técnica se refiere a la aplicación de dos aspectos fundamentales: el ambiente del parto y la calidad de atención. En esta modalidad, las madres pueden elegir la posición en que quieren tener a su bebé. Asimismo, existe una interacción permanente entre los médicos y las madres que son atendidas a través de sesiones y reuniones.

En el momento del parto se realizan masajes especiales que ayudan a disminuir los dolores, existe una luz tenue, además de otras situaciones que hacen de este momento muy especial y cálido para las madres y los recién nacidos.

Muchas veces las madres prefieren tener a sus hijos en sus casas debido al temor que tienen de asistir a un centro de salud, donde el trato es por lo general muy frío y vertical.

En reunión Nacional de las matronas del país se analiza las razones por las que las mujeres embarazadas no demandan atención en centros de salud con personal debidamente capacitado, y manifiestan que la atención por personal de salud incluye la realización del tacto vaginal en la sistemática de atención, práctica que no es del agrado de la usuaria, razón por la que es muy recomendable la restricción de este procedimiento en la asistencia del trabajo de parto.

Por otra parte la incorporación de la medicina familiar y comunitaria como una estrategia para la atención de las prestaciones de salud en todo el mundo y en nuestro país,

asimila al médico como un agente de cambio al incorporarlo, a la práctica comunitaria como un participante activo de las tradiciones ancestrales, costumbres y respeto a las culturas que los usuarios practican.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Ministerio de Salud y Deportes. Implementación del modelo de gestión, redes de salud, DILOS, SUMI, y SNIS. Modulo De Inducción Seguro Universal Materno Infantil. Abril, 2006
2. Ministerio de salud y deportes. Unidad de gestión del SUMI. Protocolos Seguro Universal Materno Infantil. Abril, 2006.
3. Ministerio de salud y deportes normas de diagnostico y tratamiento medico de ginecología y obstetricia. INASES La Paz - Bolivia. 2005.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Guía operativa para la aplicación en servicios de la Resolución Ministerial 0496 Sobre Prácticas Y Tecnologías Apropriadas en la Salud Materna Neonatal. 2004.
5. Ministerio de Salud Y Deportes, Proyecto FORSA. (Proyecto de Fortalecimiento de Redes de Salud Mejoramiento de Salud Materno Infantil en la ciudad de La Paz. JICA. La Paz, 2005.
6. Ministerio De Salud Y Deportes Evaluación De La Disponibilidad, Acceso Y Uso de los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEM). Dirección General De Salud, 2006.
7. Ministerio de Salud Y Deportes. Por una Maternidad Y Nacimiento Seguros. OMS. OPS, UNFPA., Impresión Creativa La Paz. Bolivia. 2007
8. Impac. Manejo de las Complicaciones Del Embarazo Y Parto OMS. 2002
9. JICA. FORSA. Atención del Parto Normal Una Guía Practica .La Paz, Julio 2003.