



Parto humanizado: ¿una nueva realidad del siglo XXI?

Dr. Claudio G. Sosa

En la actualidad, diversos sectores de la sociedad e instituciones proveedoras de servicios de salud han puesto un marcado énfasis en la necesidad de jerarquizar el trato humanista durante la asistencia del trabajo de parto y el parto. Lo que comúnmente se denomina “parto humanizado” constituye un proceso que optimiza la atención de calidad a las pacientes y resulta prioritario incorporarlo durante la asistencia del parto. En ese sentido, el “parto humanizado” también conocido como “parto respetuoso” o “parto no medicalizado” ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como el “proceso de cuidado de atención del parto para lograr una experiencia positiva”.^(1,2) Sin lugar a dudas, creemos fervientemente que el enfoque humanista es un elemento esencial que apunta a la excelencia en la atención de las pacientes, que todo proveedor de salud debe incorporar de manera inherente a su práctica y del cual nuestra especialidad naturalmente forma parte. Sin embargo, cabe destacar que el “parto humanizado” no constituye un concepto radicalmente innovador, puesto que fue introducido en nuestro medio varias décadas atrás como parte del contenido curricular de la formación de posgrado de la especialidad. De hecho, uno de los pioneros en introducir el parto con una visión humanista en Uruguay fue el

Prof. Caldeyro Barcia en la década de 1980 del siglo pasado. A los obstetras del siglo XXI, desde la perspectiva personal, profesional y académica nos resulta natural la asistencia del parto con un enfoque humanista y es por ello que lo hemos incorporado en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la especialidad. El camino hacia el “parto humanizado” ha sido testigo de hitos fundamentales como el que dio comienzo en el año 1997 por parte del Centro Latinoamericano de Perinatología/OPS donde se trabajó en profundidad para incorporar intervenciones con buen sustento científico, y que culminó con la aprobación de la Ley 17.386 de 2001, que permitió el acompañamiento a elección por parte de la usuaria durante el trabajo de parto y parto. Concomitantemente, los servicios de Facultad de Medicina donde se forman nuestros especialistas, incorporaron no solo la evidencia demostrada para asistir el parto, sino que trabajaron para lograr un cambio en la práctica clínica. Por ejemplo, tuvimos el orgullo de ser en el año 2001 los que iniciamos el aprendizaje de destrezas quirúrgicas con práctica en simuladores, asesorados por docentes internacionales de reconocida trayectoria provenientes de JH-PIEGO (asociada a la Universidad de Johns Hopkins). Asimismo, desde la academia realizamos capacitación en las intervenciones basadas en

la evidencia, que son parte de las recomendaciones médicas que integran del denominado “parto humanizado”.

Sin perjuicio de lo anterior, aún queda camino por recorrer para brindar la mejor atención posible a la paciente en trabajo de parto. Así, aún persisten ciertas limitantes en el sistema de salud que no hacen posible la adopción de las recomendaciones en su cabalidad. Adicionalmente a la adopción de medidas y procedimientos beneficiosos evitando intervenciones médicas innecesarias, se destaca la necesidad de contar con unidades de salud que reciban a la mujer y a su familia con la dignidad y el respeto que merecen. Aquellos que estamos convencidos en la pertinencia de la asistencia del “parto respetuoso” tenemos el deber ético de trabajar con ahínco para propiciar que se puedan ofrecer las mejores condiciones para su correcta aplicación, tanto en lo referente al personal de los servicios de salud (asistencia individualizada y respetuosa de las necesidades de la paciente durante todo el trabajo de parto y parto y en una relación uno a uno con el equipo de salud durante todo el proceso), como en lo institucional (salas de nacer adecuadas que permitan por ejemplo la posibilidad de deambular y utilizar elementos que le permitan a la paciente y a su acompañante adoptar posiciones y actitudes según su voluntad y que cuenten con los recursos necesarios para un correcto control de la salud fetal y materna durante el trabajo de parto).⁽³⁾ Resulta crucial entonces para este pro-

ceso que las instituciones de salud del siglo XXI propicien y fortalezcan sus maternidades para que sean amigables con la paciente embarazada y para que la infraestructura que ofrecen no sea una limitante cuando la mujer elige el lugar para realizar el trabajo de parto y el parto. Y aquí cabe hacer una precisión no menor: el “parto humanizado” en nuestro medio no es un sinónimo de parto en domicilio, puesto que este último no brinda las garantías mínimas de seguridad para lograr los mejores resultados maternos y perinatales. Existe amplia evidencia observacional que ha demostrado que aquellas usuarias que optan por el parto en domicilio presentan un incremento en la mortalidad perinatal (21 muertes perinatales adicionales en 10.000 nacimientos), entre otros resultados adversos, que, si bien son de baja frecuencia, cuando ocurren, son resultados devastadores para la mujer, su familia y para la sociedad que queremos construir.^(4,5)

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2018. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=C9689DBEC5BF97E428E28800586C581E?sequence=1>
2. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2018;125(8):932-42.
3. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive health*. 2018;15(1):23.
4. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;203(3):243 e1-8.
5. Committee on Obstetric P. Committee Opinion No. 697: Planned Home Birth. *Obstetrics and gynecology*. 2017;129(4):e117-e22.