



Características del proceso de la maternidad

Provincia del Neuquén

1995/2014

La importancia del parto humanizado





Provincia del Neuquén

Gobernador de la Provincia
Cr. Omar
GUTIÉRREZ

Ministro de Economía
e Infraestructura
Lic. Norberto
BRUNO

Subsecretario de Ingresos
Públicos
Lic. Alejandro
MONTEIRO



**DIRECCIÓN PROVINCIAL
DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN**

**Directora Provincial:
Mg. en Demografía:
Ana Carolina HERRERO**

EQUIPO TÉCNICO

Dirección General de Estadísticas
Sociodemográficas
Directora General:
**Lic. en Sociología
María Eugenia ÁLVAREZ**

Departamento de Indicadores Sociodemográficos
**Lic. en Ciencia Política
Gabriela Andrea BERCOVICH**

**Lic. en Sociología
Estefanía ZANOVELLO**

Características del proceso de la maternidad en la Provincia del Neuquén durante el periodo 1995/2014. La importancia del parto humanizado.

Introducción

Durante las últimas décadas el acceso a servicios de salud respecto a la atención del embarazo y el parto han mejorado de manera creciente, es así que se ha incrementado la cantidad de consultas médicas durante el embarazo, se controla y monitorea el crecimiento fetal, se acompaña a través de distintos profesionales a la madre no sólo en el embarazo sino también en el parto y en el posparto, entre otros. Esto contribuye a disminuir algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Por su parte, el marco normativo vigente garantiza: el “parto respetado” o “parto humanizado”¹; la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres² y los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado³.

No obstante, las intervenciones médicas tanto en el embarazo como en el parto y específicamente la cesárea electiva, son tema de debate entre los distintos especialistas.

El objetivo de la presente ponencia es caracterizar con datos estadísticos la atención del proceso de la maternidad en la Provincia del Neuquén durante el periodo 1995-2014. Analizando veinte años permite observar la evolución de los cambios del sistema de salud respecto a la atención durante el embarazo y el parto.

Los objetivos específicos son describir cómo son los controles prenatales en el sistema público y como se desenlazan los partos en la Provincia. Por otro lado, interesa analizar el nivel de cesáreas llevadas a cabo y ahondar si las variables edad de la madre, nivel educativo y el lugar de ocurrencia del parto presentan alguna tendencia cuando se las incorpora al estudio.

Antecedentes

A fin de relevar los antecedentes del tema que se investiga, se realizó una serie de búsquedas de bibliografía accesible acerca del mismo. Cabe aclarar que los trabajos hallados realizan abordajes específicamente sobre la educación, los protocolos de actuación y sobre la cesárea como una práctica de intervención médica en ascenso y preocupante, pero ninguno integra todo el proceso de la maternidad.

Para organizar dichos estudios se plantean dos ejes temáticos, el primero refiere a **la importancia de que la madre reciba información durante el embarazo y los protocolos de actuación en el parto**. El segundo, considera **las distintas razones por las cuales el parto finaliza en una cesárea** considerando aspectos sociales, culturales y médicos como contexto de dicha práctica.

En cuanto a la importancia sobre el acceso a la información, la intervención educativa durante el periodo de gestación ha sido mencionado como un elemento clave para las intervenciones médicas en el parto y en el trabajo de parto. En este sentido, Carmen Soto y otros autores (2006) consideran que la educación prenatal y su relación con el tipo de parto es una vía hacia el parto natural. Concretamente, los investigadores se propusieron aplicar una intervención educativa durante la gestación y observar los efectos sobre el embarazo, parto y recién nacido. Concluyeron que la educación en el embarazo sumado a la protocolización de la atención del trabajo de parto y parto redujeron las intervenciones de rutina usadas en este proceso, lográndose un 7,5% de cesáreas en el grupo intervenido contra el 27,3% en el grupo de referencia (SOTO et al, 2006).

Enfatizando la puesta en marcha de un protocolo de actuación, se presenta la experiencia de la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en un programa diseñado especialmente con el objetivo de disminuir las cesáreas evitables (SALINAS et al, 2004). El propósito del estudio fue evaluar el efecto de la introducción de un sistema de auditoría en la reducción de la tasa de cesáreas. La fundamentación teórica de este trabajo se basó en el efecto Hawthorne de las ciencias administrativas, el cual "(...) establece que si un individuo o grupo de personas están al tanto de ser observados, su conducta es propensa a cambiar" (SALINAS et al, 2004: 12). Este sistema de auditoría logró que el porcentaje global de cesáreas disminuyera de 44,9% a 37,1%, en nulíparas de 39,0% a 29,5% y en multíparas de 48,1% a 42,2%, diferencias estadísticamente significativas. Cabe aclarar que los investigadores indicaron que los "médicos y las matronas se interesaron activamente en el manejo del trabajo de parto normal, lo que permitió reducir las cesáreas" (SALINAS et al, 2004: 13).

El segundo eje, agrupa los trabajos que aluden a las causas por las cuales un embarazo finaliza en una intervención quirúrgica. Un trabajo realizado en un estado de España (MARQUEZ CALDERON, et al, 2011) indicó que la tendencia en el uso de la cesárea es objeto de preocupación y se considera un hecho no deseable. Según los autores, no parece que dicha intervención responda a cambios en factores biológicos o clínicos. Aunque algunos de estos factores pudieran explicar una parte del aumento de las cesáreas, no serían las razones fundamentales. Por su parte la variabilidad geográfica entre hospitales, así como la titularidad del establecimiento donde ocurre el nacimiento, ya sea público o privado, ponen de manifiesto que pueden existir explicaciones relacionadas con la discrecionalidad de la práctica clínica y las propias preferencias de las mujeres. (MARQUEZ CALDERON, et al, 2011). En este contexto, el objetivo del estudio fue analizar el uso de las cesáreas en las mujeres residentes en Andalucía, explorando el papel que juegan el nivel educativo (como aproximación a la clase social), las variables clínicas que podrían justificar este procedimiento y los factores relacionados con el funcionamiento de los servicios sanitarios. Los resultados a los que arribaron son, que la variable que presenta una asociación de mayor magnitud con la práctica de la cesárea en Andalucía es de índole clínico: la existencia de complicaciones en el nacimiento. No obstante, los resultados también sugieren la existencia de una sobreutilización de este procedimiento quirúrgico en todas las clases sociales, con mayor incidencia en las mujeres de mayor nivel educativo. Esto podría estar traduciendo una desigualdad de orden social (menor

acceso a una intervención necesaria en las clases más desfavorecidas). Sin embargo, la hipótesis de la desigualdad no parece tan acertada si se tiene en cuenta que la tasa de cesáreas en las mujeres de menor nivel educativo es superior a los estándares recomendados en ocho puntos porcentuales. “Asimismo, la influencia de determinados factores relacionados con el funcionamiento del sistema sanitario no es desdeñable, con diferencias interprovinciales que podrían estar reflejando distintos patrones de uso de la medicina privada y menor frecuencia de cesáreas en los nacimientos que ocurren en fines de semana” (MARQUEZ CALDERON et al, 2011: 212).

Por su parte, en otro estudio se propuso determinar la variabilidad del porcentaje de cesáreas entre los hospitales españoles considerando si la mujer presentaba o no una cesárea previa, ya que ésta es una de las causas más relevantes para llevar a cabo esta intervención quirúrgica. Además indagaron sobre los motivos más frecuentes para realizarlas. Respecto al primer objetivo, la investigación comprueba la existencia de variabilidad, entre hospitales y niveles, en el porcentaje de cesáreas realizadas. Los hospitales públicos de menor nivel y los privados son los que presentan un mayor porcentaje de cesáreas en mujeres sin y con cesárea previa. En cuanto a los motivos, las alteraciones durante el desarrollo del parto fue el más frecuente en todos los niveles hospitalarios (REDONDO et al, 2013).

De la misma manera que en el trabajo anterior, Cabré y otros (2002) plantearon que la cesárea anterior es el patrón más marcado de incremento, y a lo largo del tiempo se convierte en la principal responsable de esta tendencia alcista registrada globalmente. Lo novedoso de este estudio es que los autores consideran que las estrategias destinadas a controlar la cesárea previa pasan por el control de todas las demás indicaciones, además de ser necesario un buen protocolo de actuación en esas pacientes en concreto. Los autores afirman que deben controlarse los posibles incrementos porque el mismo no sólo es una preocupación de ese momento sino que es un dato que influirá en el futuro y las estrategias que se pongan en marcha para controlar el número de cesáreas no dependerán de las actuaciones de ese momento sino de las que se realizaron en el pasado. (CABRÉ et al, 2002).

Marco teórico

De acuerdo a los objetivos planteados para el presente trabajo, resulta importante definir teóricamente las temáticas enunciadas, las que permitirán orientar el análisis de los datos realizados.

Según la Iniciativa de Parto Normal de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (2011), es imprescindible la coordinación del proceso del embarazo, parto y posparto en atención primaria y hospitalaria. La continuidad de este proceso es el principal objetivo de esta iniciativa. La mujer es el centro de la atención prestada durante el proceso de la maternidad: embarazo, parto y posparto. Los cuidados deben estar enfocados en ella, adecuándolos a sus circunstancias y necesidades personales, y respetando sus opciones (FAME, 2011). Este cambio de pensamiento ha provocado que instituciones y los profesionales se replan-

teen determinados procedimientos y prácticas respecto a décadas anteriores. Es así que los profesionales de la salud como la población en general están reflexionando “acerca de la necesidad e importancia de respetar los procesos fisiológicos. Además de la creciente demanda de mujeres, parejas y familias, de una atención al parto menos intervencionista y también más personalizada, cercana e íntima” (FAME, 2011: 5).

En cuanto al proceso del embarazo, los controles son los momentos en donde la familia se informa y se comunica con el profesional de la salud. En la actualidad las Normas de Atención a la Mujer Embarazada del Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2007), si bien reconocen la evidencia científica, entiende que con más de cinco consultas no se mejoran los resultados perinatales, aconseja: una consulta por mes hasta la semana 32, quincenalmente hasta la 36 y semanalmente hasta el parto. Esto representa aproximadamente 13 consultas (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2007). Actualmente el nivel de captación de los embarazos por los sistemas de salud y los porcentajes de controles prenatales es un indicador macro social sobre salud materna.

El incremento de la tecnología (ecografías, monitoreo electrónico, anestesia peridural, etc), ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo del parto por cesáreas, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales (MINISTERIO DE SALUD ARGENTINA: 2010). Uno de los pasos para el logro de la implementación de maternidades seguras y centradas en la familia es el de brindar apoyo a la embarazada y a su familia durante el Control Prenatal (CPN): se facilita la asistencia al CPN con turnos programados, en horarios amplios, en ambientes agradables, con la participación de la familia. Se promueve la articulación entre las distintas áreas de la maternidad para facilitar la realización de los procedimientos diagnósticos indicados en el CPN. Se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, la lactancia materna, la procreación responsable y sobre el curso de preparación para la maternidad (LARGUÍA et al, 2012).

Asimismo si nos remitimos al marco normativo, la Ley 25.929 de Parto Humanizado y su reglamentación (decreto 2035/2015), define al “parto respetado” o “parto humanizado” como una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento. Se relaciona con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz. La Ley promueve que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas.

Por su parte, el derecho a recibir información se enmarca en la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. En su artículo 5°, Capítulo III, la Ley refiere al derecho del paciente a recibir información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

En su artículo 3°, la Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley N° 26.485), garantiza los derechos de las mujeres en cuanto a: una vida sin violencia y sin discriminaciones; la salud, la educación y la seguridad personal; la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial; que se respete su dignidad; decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; la intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento; recibir información y asesoramiento adecuado; gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad; gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley; la igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres; un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta, acto u omisión que produzca revictimización.

Más allá de este marco legal, en la actualidad existen prácticas institucionales arraigadas en el sistema de salud que pueden entenderse como violencia obstétrica. La misma es producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud, es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado (MAGNONE ALEMÁN, 2011).

La violencia obstétrica es definida como la “realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. O cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades de parto biológico. Mientras que la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución del parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a la que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales” (MEDINA, 2008: s/p).

Específicamente, los conceptos que guían el estudio son: ***parto, cesáreas y control prenatal***.

Se entiende por ***parto*** al proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (FAME, 2011); es un “proceso que tiene que ver con la vida, el placer, la alegría, la esperanza, las emociones intensas” (SCHALLMAN, Raquel, 2012: s/p).

Las ***cesáreas***, por su parte, pueden clasificarse en electivas e intraparto. La cesárea intraparto abarca tanto las cesáreas que se realizan en cuestión de minutos para salvar la vida del feto, así como aquellos en los que la mujer y el feto están bien pero precisan una intervención rápida (por ejemplo, una mujer que aún teniendo cesárea programada, llega a urgencias en trabajo de parto activo). La cesárea electiva es aquella realizada antes del comienzo del

parto. Se considera que minimiza el riesgo de sufrir complicaciones quirúrgicas comparándola con la cesárea no programada, la cual puede ser necesaria durante el intento de parto vaginal. Las indicaciones de este tipo de cesárea son: cesárea previa, presentación de nalgas o transversa, gestación múltiple, parto prematuro, bajo peso por edad gestacional, placenta previa, placenta ácreta, predisposición de desproporción pélvica-fetal, transmisión vertical de infecciones o histerotomía previa.

Sin distinguir entre electivas e intrapartos, a partir de mediados de la década de 1980, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2015).

Tomando el trabajo publicado por la Asociación El Parto es Nuestro (2011), el preocupante aumento injustificado de cesáreas que se lleva registrado en los últimos años va íntimamente ligado al excesivo intervencionismo y medicalización durante el trabajo de parto. Esto lleva a manejar el parto de forma muy alejada respecto de su fisiología natural haciéndolo cada vez más patológico, cada vez más vulnerable a que algo se altere y haciendo cada vez más probable la aparición de algún problema que tenga como consecuencia la necesidad de finalizarlo de forma urgente, como por ejemplo por medio de una cesárea (RECIO ALCAIDE, GARCÍA CARRASCOSA, 2011).

Por **control prenatal** se entiende a “la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza” (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2013: 28). Específicamente, brinda contenidos educativos para la salud de la madre y la familia; previene, diagnostica y trata las complicaciones del embarazo; vigila el crecimiento y la vitalidad del feto; detecta y trata enfermedades maternas clínicas; alivia molestias y síntomas menores en el embarazo; y prepara a la embarazada física y psicológicamente para el nacimiento.

Metodología

El presente estudio es un trabajo exploratorio, en donde se realiza un análisis descriptivo del periodo del embarazo y del parto considerando la impronta teórica seleccionada.

En un primer momento se hace referencia a los controles, acompañamiento durante el trabajo de parto, medicalización a través de occitocina y episiotomía con datos estadísticos,

utilizando como fuente primaria la base de datos del año 2014 del Sistema de Información Perinatal (SIP) correspondiente al sistema público de la Provincia del Neuquén. Respecto al ámbito privado, no se pudo obtener la información ya que la misma no se encuentra disponible en el Ministerio de Salud provincial. Asimismo en la presente ponencia sólo se analiza el año 2014 sin realizar comparaciones con otros años ya que la disponibilidad de dicha información no es factible hasta la fecha.

En una segunda instancia, se particulariza sobre la información referida a la culminación del parto y características específicas de la madre como la edad y el nivel educativo. La misma se obtuvo de las bases de nacidos vivos del periodo 1995-2014. Esta base se enmarca en el sistema de recolección continua de información referente a los nacimientos, provenientes de las declaraciones o inscripciones que la población realiza en los registros civiles y en los establecimientos de salud donde el hecho vital se produce, brindando además ciertas características de esa población. Es necesario tener en cuenta que en el año 2001 se implementó la reformulación del sistema de estadísticas vitales que implicó el rediseño de los instrumentos de captación del dato. Esto conlleva a que algunas variables no puedan ser estudiadas en series.

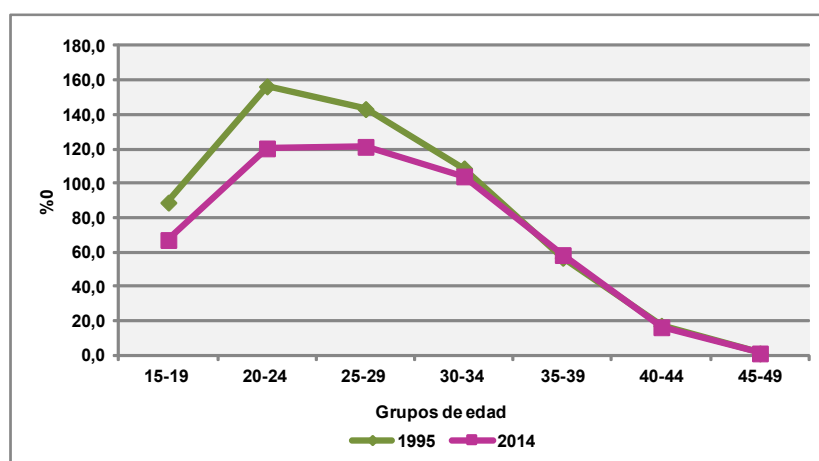
Respecto al procesamiento de los datos, ambas bases fueron ejecutadas y analizadas con el programa informático SPSS.

Las madres y los nacimientos en Neuquén

En la Provincia del Neuquén nacen en promedio 11.500 niños por año, los nacimientos son atendidos por profesionales de la salud y ocurren en algún establecimiento público o privado. Además, la mayoría de los niños nacen a término, entendiendo por ello que los nacimientos ocurren entre las semanas 37 y 41 de gestación completa. En cuanto al peso al nacer, aproximadamente el 57% lo hace con un peso que se ubica entre los 2.500 grs. y los 3.499 grs.

Teniendo en cuenta la estructura de edad de las mujeres en edad fértil, se recurre a la tasa de fecundidad por edad, ya que permite caracterizar el comportamiento reproductivo de las mujeres. Estas tasas representan la frecuencia con la que ocurren los nacimientos para un determinado grupo de edad, con respecto a la población femenina del mismo grupo etario. Como se observa en el gráfico 1, la tasa más alta en el año 1995 se reflejaba en el grupo etario de 20 a 24 años (156,4 por cada mil mujeres) y en el año 2014 la tasa más alta se presenta en el grupo de 25 a 29 años (121,3 por cada mil mujeres). Cabe aclarar que la tasa presentó una disminución en todos los grupos, con excepción del grupo de 35 a 39 años en el cual se incrementó 1,6 puntos.

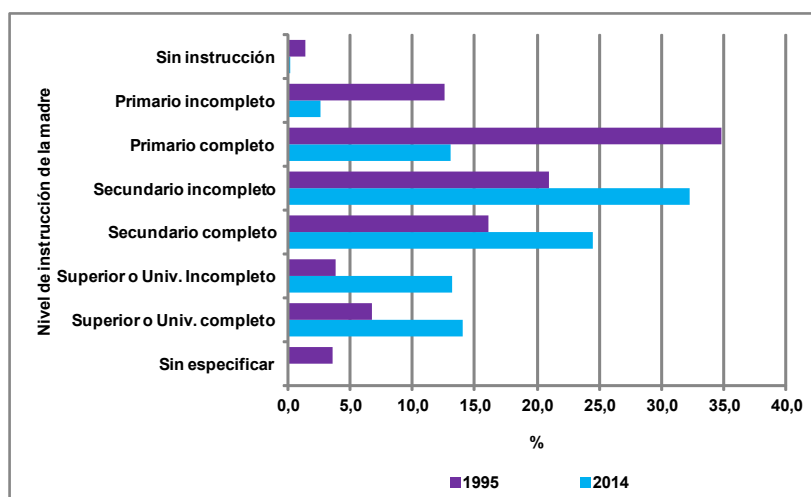
Gráfico 1. Tasa específica de fecundidad según año
Provincia del Neuquén
Años 1995 y 2014



Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Al incorporar en el análisis la variable educación de la madre, los datos muestran que al inicio de la serie la mayor cantidad de nacimientos se producían en madres con bajos niveles educativos, es decir, que aproximadamente el 50% de las madres tenía hasta primario completo. Por el contrario, en el 2014 la mayor concentración de nacimientos se da en madres que tienen secundario incompleto y más. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Nacidos vivos por año según nivel de instrucción de la madre
Provincia del Neuquén
Años 1995 y 2014



Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Embarazo y trabajo de parto

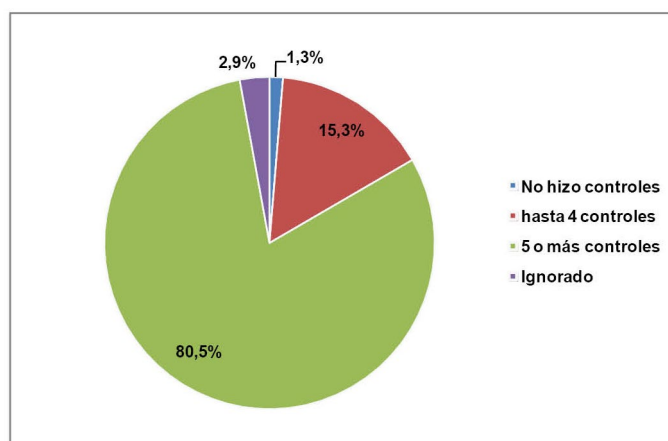
Con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales, a partir del siglo XX comenzó a institucionalizarse y medicalizarse el periodo de gestación. Es así que los profesionales de la salud comenzaron a decidir sobre las condiciones del nacimiento y a la vez empezaron

a utilizar tecnología y procedimientos rutinarios en el embarazo y en el parto (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2010).

Asimismo, el acceso a servicios de salud respecto a la atención del embarazo y el parto tienen como consecuencia el incremento de la cantidad de consultas médicas durante el embarazo, el control y el monitoreo del crecimiento fetal, así como también se acompaña a través de distintos profesionales a la madre no sólo en el embarazo sino también en el parto y en el posparto, entre otros. Para observar el periodo del embarazo y el trabajo de parto, los datos presentados a continuación corresponden al Sistema de Información Perinatal (SIP) de los establecimientos de salud públicos de la Provincia.

Según las Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2013), un control prenatal eficiente requiere que sea precoz, con una frecuencia de 5 controles en la población de bajo riesgo y completo para lograr la mayor cobertura posible. En este sentido, en el año 2014 el 80,5% de las embarazadas que fueron atendidas en el servicio público se realizaron 5 o más controles y el 1,3% no se realizó ninguno.(Gráfico 3).

Gráfico 3. Nacidos vivos por consultas prenatales maternas
Provincia del Neuquén
Año 2014



Nota: La información obtenida del Sistema de Información Perinatal (SIP) refiere a los establecimientos públicos de salud de la Provincia.

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, en base a datos del Sistema de Información Perinatal de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

A partir de estos datos, podría afirmarse que la recomendación “cuantitativa” en cuanto a control del embarazo estaría siendo cumplida. Pareciera entonces, y a partir de la revisión bibliográfica realizada en cuanto a tender hacia maternidades centradas en la familia, que se vuelve necesario no pensar en llevar adelante un incremento de los controles, sino repensar la atención del embarazo en cuanto a las modalidades de los mismos y la mirada a partir de la cual se ponen en práctica.

En relación a lo anterior, durante el trabajo de parto existen varios momentos en los cuales los profesionales de la salud deben acompañar y asistir a la madre, al niño por nacer y a la familia. En el mismo sentido, la Ley 25.929 de Parto Humanizado promueve que se

respete a la familia en sus particularidades y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas. Alrededor del 77% de las madres se encuentran acompañadas, siendo en la mayoría de los casos por su pareja (55%). Como se mencionó en el marco conceptual, los partos no están centrados sólo en la madre sino en la familia del niño por nacer. “La presencia de una persona relacionada afectivamente establece un vínculo de contención y apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y por lo tanto nacen niños en mejores condiciones” (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2010: 25). El “(...) apoyo también reduce las consecuencias adversas del miedo y el estrés asociados con el trabajo de parto en un lugar desconocido” (FAME, 2011: 32).

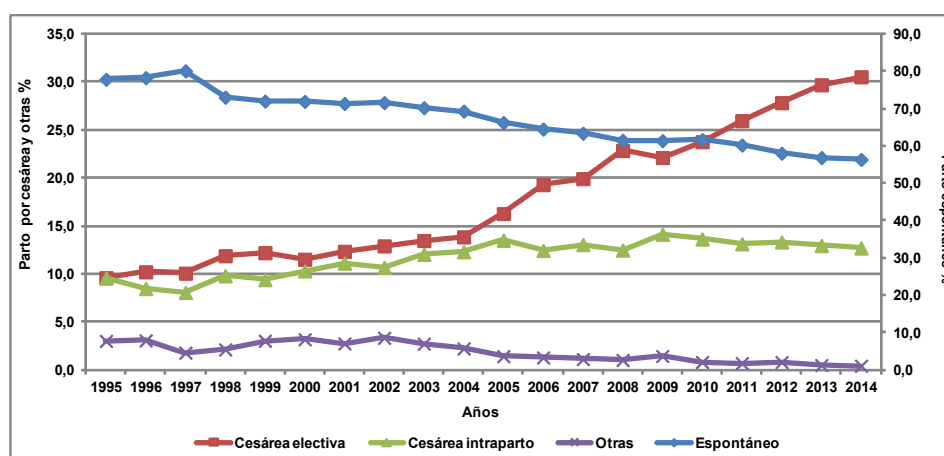
Respecto al trabajo de parto denominado “manejo activo del trabajo de parto”, el procedimiento más usual es la administración de occitocina para acelerarlo. En el sistema público neuquino el 60% de los partos espontáneos tuvieron esta intervención. Esta práctica no ha demostrado ninguna evidencia clínica con beneficios para la madre y su hijo. Según los autores, “la occitocina es una medicación que debe ser utilizada bajo válidas indicaciones y con estricto control de las contracciones y de la salud fetal” (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2010: 33).

Otra intervención médica, que actualmente está cuestionada, es la episiotomía. La misma se realiza para prevenir desgarros perineales graves, sin embargo su uso rutinario no evidencia efectos beneficiosos, aunque sí hay clara evidencia de sus efectos perjudiciales (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2010). Según los datos arrojados por el SIP, aproximadamente al 30% de las madres que parieron de manera espontánea les realizaron dicha práctica.

Terminación del parto

Según los datos publicados por la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén en las últimas dos décadas, se visualiza que el porcentaje de partos espontáneos ha disminuido paulatinamente sucediendo lo contrario con las cesáreas. El incremento en la cantidad de cesáreas supera la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud: en el año 2014 de cada 10 nacimientos 4 tuvieron como forma de terminación de parto una cesárea. Cabe aclarar que el incremento considerable se observa en la cesárea electiva, la cual es determinada previamente al trabajo de parto, pasando de representar el 9,6% de los partos totales en el año 1995, al 30,5% en el 2014. Por su parte, las cesáreas intraparto, que son aquellas que se deciden en el transcurso del trabajo de parto, se han mantenido estables a lo largo de la serie analizada, promediando el 12%. También se observa que hasta el 2004 las proporciones de partos espontáneos y cesáreas eran similares, sin embargo a partir de ese año comienzan a distanciarse considerablemente. Asimismo las otras formas de intervención en un parto espontáneo, como por ejemplo fórceps bajo y medio, ventosa, ventosa y fórceps, extracción en pelviana y otras; también disminuyen a lo largo de la serie analizada (pasando del 3,0% al 0,4%). (Gráfico 4).

Gráfico 4. Nacidos vivos registrados por año según forma de terminación del parto
Provincia del Neuquén
Años 1995/2014

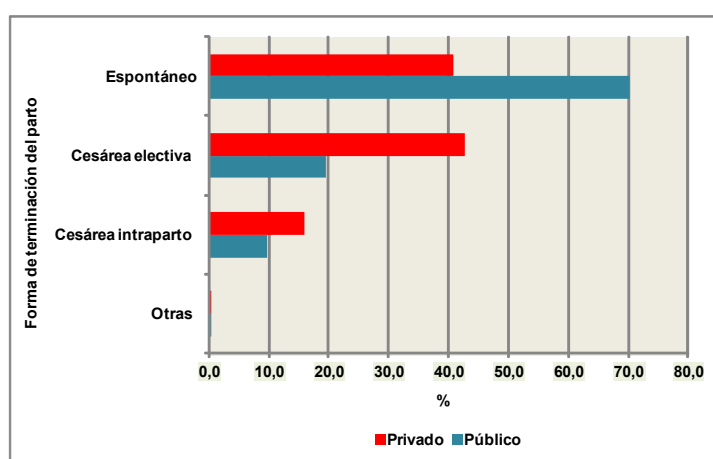


Nota: No se tuvieron en cuenta los casos ignorados, que promedian el 1,4% a lo largo de la serie.

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Si se incorpora al análisis el lugar de ocurrencia del parto (público y privado), los datos reflejan que en el último año de la serie analizada el 70% de los nacimientos en el ámbito público fueron a través de partos espontáneos mientras que las cesáreas representaron el 20%. En cambio en las instituciones privadas el 43% de los partos culminaron en cesáreas y sólo el 41% fueron espontáneos. (Gráfico 5).

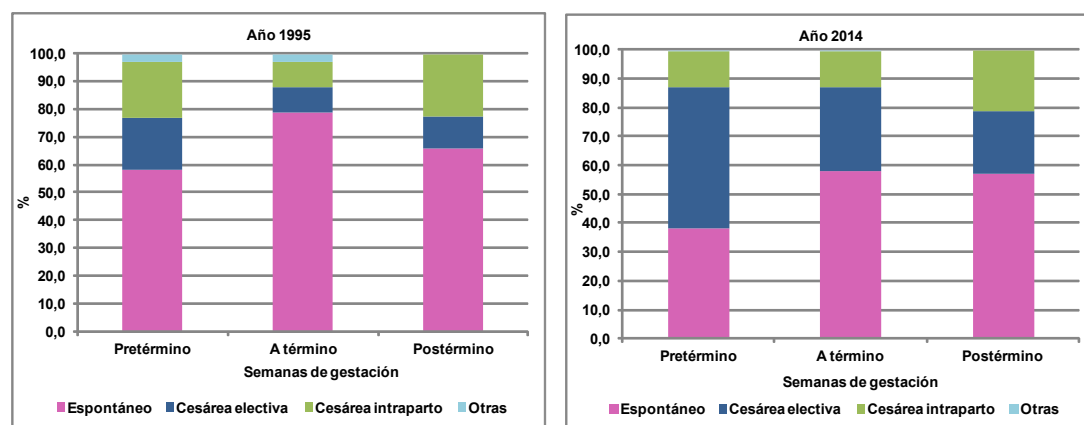
Gráfico 5. Nacidos vivos registrados por local de ocurrencia del parto según forma de terminación del parto
Provincia del Neuquén
Año 2014



Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Subsecretaría de Salud. Provincia del Neuquén.

En cuanto al tiempo de gestación, se observan incrementos de cesáreas electivas en el 2014 en todas las edades gestacionales respecto de 1995, siendo el más notable el que representa a los nacimientos pretérmino (menos de 37 semanas), pasando del 19% a un 49%. Esto podría deberse a la presencia de factores de riesgo de la madre y del feto que conlleva a una intervención previa a la terminación del embarazo. (Gráfico 6).

Gráfico 6. Nacidos vivos registrados por semana de gestación según forma de terminación del parto
Provincia del Neuquén
Años 1995 y 2014

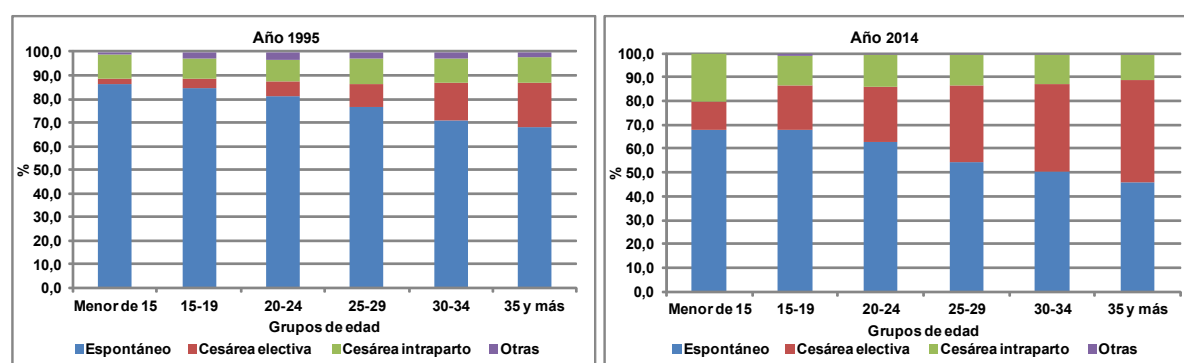


Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Por último, respecto de la edad materna y el nivel de instrucción en el año 2014, la proporción de cesáreas electivas se van incrementando a medida que aumenta la edad alcanzando el 43% en las madres con 35 años y más, algo similar sucede con el nivel de instrucción donde el porcentaje más alto se muestra en las madres con universitario completo (40%). (Gráfico 7 y 8).

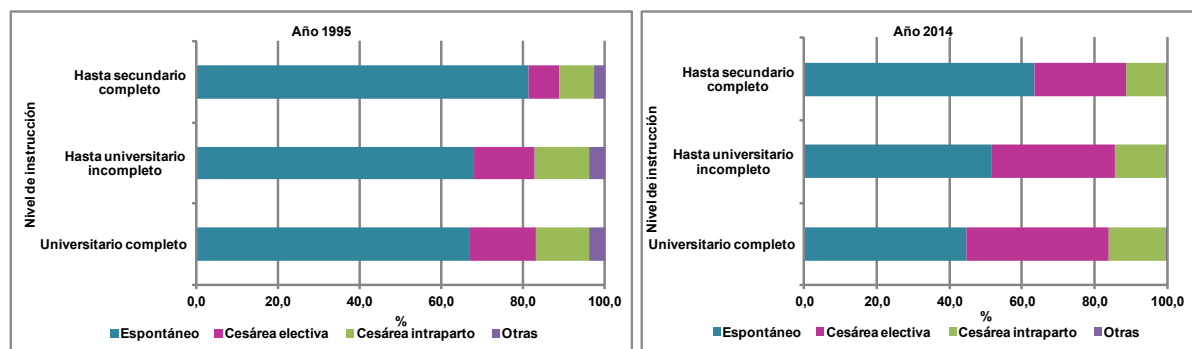
Incluso si se profundiza el análisis, es posible afirmar que las madres de 35 años y más, que tienen universitario completo y terminaron su parto con una cesárea programada representaron el 38% en los establecimientos privados, mientras que en los públicos esa proporción alcanza el 22%. Esto da cuenta de que las madres con edades avanzadas y con niveles educativos altos finalizan su embarazo con una cesárea en mayor proporción en el ámbito privado que en el público.

Gráfico 7. Nacidos vivos registrados por edad de la madre según forma de terminación del parto
Provincia del Neuquén
Años 1995 y 2014



Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Gráfico 8. Nacidos vivos registrados por nivel de instrucción materno según forma de terminación del parto
Provincia del Neuquén
Años 1995 y 2014



Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, a partir de la base de datos de la Dirección General de Información. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén.

Conclusión

El interés sobre la atención en el proceso de la maternidad fue el objetivo de esta investigación, ya que existe un vacío académico al respecto. Hemos hallado una gran cantidad de guías y protocolos a seguir pero no estudios que propongan una visión más humanizada del parto.

La mayoría de las madres (80,5%) accedieron y se realizaron al menos 5 controles durante la gestación y además estuvieron acompañadas durante el parto (77%). A partir de estos datos, se vuelve necesario no pensar en llevar adelante un incremento de los controles, sino repensar la atención del embarazo en cuanto a las modalidades de los mismos y la mirada a partir de la cual se ponen en práctica

Respecto al trabajo de parto, se observó que la administración de occitocina se ha ido naturalizando y alcanza en el año 2014, en el sistema público de la Provincia del Neuquén, el 60%. Por su parte, la episiotomía se practicó en el 30% de los partos.

En cuanto a la culminación del parto, se visualiza que casi el 60% termina de manera espontánea y un poco más del 40% finaliza en una cesárea. Esta cifra se aleja bastante de lo recomendado por los organismos internacionales, pero además a lo largo de la serie analizada se observa un importante incremento en las cesáreas que son electivas y en el ámbito privado. Esta situación lleva a profundizar dos características de la madre como lo son la edad y el nivel educativo. Si bien es posible observar que las madres con edades avanzadas y con niveles educativos altos son más propensas a culminar el embarazo con una cesárea, el planteo que debe realizarse de fondo no debe estar referido a la educación formal sino al acompañamiento y a la información que el mismo implica durante el proceso de la maternidad. Pareciera que el sistema de salud termina definiendo o sugiriendo la manera de parir, su medicalización y su desenlace; con lo cual el parto deja de estar centrado en la familia. Es cierto que son procesos largos, de cambio de paradigma y que se ha avanzado sobre todo en la cuestión legal pero aún queda pendiente la aplicación y la visión de que la maternidad no es competencia exclusiva del sistema de salud.

Vale aclarar que en el desarrollo de este trabajo se encontró la limitación de analizar la atención del embarazo en el sistema privado lo cual hizo necesario un recorte en la cantidad de variables seleccionadas para avanzar en el mismo. Es una tarea pendiente que nos pondremos en una futura investigación.

Bibliografía

Cabré, S; Rodríguez, M.A.; Vela, A; Borrás, M; Lailla, J.M. (2002). Incidencia de cesáreas. Evolución. Causas. Análisis de 17 años. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

FAME. Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres. Pamplona. Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2011.

Larguía, Miguel A. María Aurelia González, Claudio Solana, María Natalia Basualdo, Di Pietrantonio Evangelina, Bianculli Pablo, Ortiz Zulma, Cuyul Andrés y Esandi María Eugenia (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia con enfoque intercultural. Conceptualización e Implementación del Modelo. Buenos Aires.

Ley de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, N° 26.529, 2009.

Ley de parto humanizado, N° 25.929, 2004.

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, N° 26.485, 2009.

Magnone Alemán, Natalia. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011. Recuperado de <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>

Márquez Calderón, S; Ruíz-Ramos, M; Juárez, S; Librero **López**, J. (2011). Frecuencia de la cesárea en Andalucía. Relación con Factores Sociales, clínicos y de los servicios sanitarios (2007-2009). Andalucía. Revista española en Salud Pública, 85 (2), 205-215.

Medina, G. (2008). Violencia Obstétrica. Disponible en: <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>

Ministerio de Salud de la Nación (2010). Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2013). Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Buenos Aires.

Ministerio de Salud Pública (2007). Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Normas de atención a la mujer embarazada. Uruguay.

Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.

Impreso en la
Dirección Provincial de Estadística y Censos
de la Provincia del Neuquén
Gobernador Elordi 160
Neuquén
Septiembre 2016