

EDITORIAL

## “Parto Natural”

### Presencia del Padre y/o Familiares

Dr. Oscar Agüero

Las exageraciones y el abuso en el empleo de algunas nuevas tecnologías en Obstetricia (examen con ultrasonido en cada consulta prenatal, monitorización electrónica y/o bioquímica en todo parto, etc.) han conducido, en algunos sitios, a una reacción extrema por parte de las embarazadas, sus esposos y familiares. Molestas por el excesivo aparataje y por la invasión de sus cuerpos por catéteres y cables abdominales, vaginales, cardíacos, han solicitado el regreso del parto a un ambiente más natural, familiar, rodeadas del esposo y otros familiares.

Las alternativas para atender esta “petición del consumidor”, han sido:

- 1) El regreso al parto en el domicilio, incluso con comadronas, basados en los resultados, aparentemente excelentes, de Holanda, donde tradicionalmente ha habido un predominio del parto en el hogar. De esta alternativa no nos ocuparemos, sólo mencionaremos que es objeto actual de controversia en Norte-América (Estados Unidos y Canadá) (4,3,6), estimulada por el hecho de haber ocurrido ya, catástrofes como muerte fetal intraparto y niño lesionado por distocia, en partos domiciliarios (11). El Colegio de Médicos y Cirujanos del Alberta, Canadá, ha prohibido el parto en el domicilio (2).
- 2) La construcción u organización, dentro del hospital, de un ambiente especial, con salas de estar, televisión, radio, música ambiental, plantas ornamentales, etc., donde puedan estar parturiente, marido, otros parientes y hasta los niños pequeños. Sin embargo, este recinto especial tiene que estar cerca de la sala de partos convencional, de manera que permita un traslado rápido de la paciente, cuando surja alguna complicación, o cuando ella desea o necesite analgo-anestesia o estimulación medicamentosa de las contracciones uterinas.

Algunas clínicas privadas de Caracas, sin tener, ninguna de ellas, ese ambiente especial, están permitiendo la presencia del marido y otros familiares en las salas de trabajo y de parto convencionales, lo cual ha originado ya diversos problemas: con los parteros que no están de acuerdo con ello, con los anestesiólogos, con las pacientes mismas y sus familiares quienes, al estar en contacto con otras parturientas con sus respectivos esposos y/o familiares, se quejan de perder la privacidad que deseaban compartir sólo con su médico y su esposo; a algunas no les agrada el espectáculo de estar deambulando por los pasillos, en bata de parto, arrastrando un equipo de suero endovenoso; un número impreciso de ellas no repiten la experiencia y, en el siguiente parto, buscan la asistencia convencional que utilizamos en otras clínicas.

No conocemos ninguna publicación venezolana que haya seriamente evaluado los resultados de esa “moda obstétrica”, en contraste con toda la información

obtenible en la literatura foránea, en la cual hay hasta un libro escrito por periodistas (7). Comontaremos algunas de esas publicaciones, una de las más importantes de las cuales es la de Klein y col. (8), porque se trata de un estudio prospectivo y controlado, apoyado además en 20 referencias bibliográficas. La descripción que se hace del ambiente de "parto natural" es interesante de reproducir, ya que "difiere de las salas de parto en diseño y rutinas. Es un cuarto atractivo, con una cama doble, adyacente al cual hay un estar para el comienzo del trabajo. El cuarto de parto le da a la embarazada mayor flexibilidad en las posiciones durante el parto y le permite tener huéspedes, además del marido. Los "rutinarios" rasurados, enema, infusiones endovenosas y monitorizaciones electrónicas fetales, están prohibidos en este ambiente. La necesidad o petición de infusión endovenosa, estimulación medicamentosa o anestesia epidural requieren la transferencia a la sala de partos convencional. . . . A diferencia de la práctica quirúrgica estéril usual, en este ambiente especial, los tapabocas y gorros son opcionales y casi nunca usados. Durante el parto sólo se utilizan guantes y un campo estéril debajo de los glúteos. Los huéspedes se visten como quieran". El grupo estudiado comprendió 163 embarazadas de bajo riesgo, inicialmente escogidas en las semanas 36 y 38, de las cuales tuvieron que eliminar 49 (30%) por presentar luego algún riesgo prenatal. De las 114 restantes, alternadamente, 56 fueron asistidas en el ambiente hogareño y 58 en sala de partos convencional; sin embargo, 24 de las primeras (42%) tuvieron que ser transferidas a la sala de parto usual, más a menudo en primíparas (10 de 30) que en múltiparas (5 de 26). O sea que un porcentaje bastante alto (42%) tiene que recurrir al ambiente convencional y acabar con el programa y los acompañantes. Además, una sola paciente es permitida a la vez en el local especial. La comparación de resultados en ambos ambientes muestra que las únicas diferencias son: "dramática caída en las tasas de rasurado perineal y uso de enemas y una ligera reducción en el uso rutinario de infusiones endovenosas", lo cual no sorprende ya que las tienen prohibidas; pero tienen más lesiones perineales, estadísticamente significativa, en el parto "hogareño".

El otro aspecto de esta moda actual es la presencia del marido y/o familiares durante el parto, que tampoco ha sido analizado, ni evaluado entre nosotros, a pesar de que hace ya bastante tiempo, los partidarios de la psico-profilaxis han estado propalando sus beneficios —muy difíciles o imposible de probar— en lo que se refiere a mayor afecto familiar, menos divorcios, mejores relaciones padre-hijo, etc. De otros países hay información interesante:

En Sydney, Australia (12), entrevistan a 150 embarazadas en el 2º y 3º trimestre y cuando les preguntan si desean que el marido esté presente en el parto, 82% dijeron que sí [esta cifra fue 78,8% entre 170 parturientas de una clínica alemana (5), 12% no y 7% se mostraron indiferentes; a la pregunta de si aceptan la presencia de otros familiares o amigos, la respuesta fue no en un 82%, sí en 7% o indiferentes en 11%. El hecho de que un 82% de las parturientas deseen tener al esposo al lado, no es nada nuevo ya que ha estado presente desde épocas remotas y en los partos en el domicilio; pero es importante que el mismo porcentaje alto rechaza la presencia de otros "familiares y amigos"; suponemos que esta última cifra debe llegar a 100% cuando los presentes son los desconocidos esposos y parientes de otras parturientas, como ocurre en la práctica caraqueña. En Düsseldorf, Alemania (1) interrogan a 69 padres que participaron en el "parto natural", de los cuales un grupo recibió clases prenatales y otro no; al comprobar que los padres pre-entrenados cambian más los pañales y alimentan a sus hijos, significativamente más a menudo que los no preparados, concluyen que la participación del padre "puede ser facilitada por adecuados cursos preparatorios". De esta experiencia es fácilmente inferible que el resultado es muy pobre.

La importancia de esta preparación prenatal ha sido extensamente comentada (16,17), con la conclusión de que "es posible que los resultados equívocos de la

Investigación destinada a probar los efectos de los contactos post-parto estrechos, entre madre y niño, podrían explicarse por la presencia o ausencia de lazos establecidos antes del nacimiento". Con este fin preparan un plan, de 4 etapas, que se inicia desde que se confirma el embarazo (fase I), se continúa con la evaluación de la pareja, desde el punto de vista emocional hacia ese embarazo (fase II), sigue con la "percepción y tratamiento del feto como un ser humano" (fase III) y concluye (fase IV) con la "preparación activa al servicio del bienestar y de los cuidados del niño por venir". La conclusión es: "la incidencia creciente de inestabilidades personales y conyugales, de dificultades en asumir las tareas paternas, y los problemas pediátricos que se derivan, representan un obstáculo que las sociedades modernas deben vencer. Los parteros están en una situación estratégica para atacar el problema en su base y no pueden ignorar más su responsabilidad social a este respecto". Sin embargo, no se presenta ninguna prueba de estas aseveraciones, ni se mencionan las experiencias controladas sobre las cuales están basadas. Da la impresión de que a pesar de que el proceso natural de la reproducción humana, vigente probablemente desde hace muchos millones de años y que ha dado, igualmente, muchos millones de devotos, abnegados, amorosos y, muchas veces, sacrificados progenitores, se había estado haciendo mal y es ahora, gracias a algunos médicos (parteros, psiquiatras), psicólogos, antropólogos, periodistas, etc., cuando se comienza a tener una interpretación cabal de su significación y de la manera correcta de atender a las parejas en vías de tener descendencia.

No obstante las bondades teóricas de esta tendencia actual —repetimos, imposibles de probar—, ya han aparecido evidencias de las consecuencias adversas que pueden observarse en padres y/o familiares, no acostumbrados a presenciar actos médicos, ante la visión de un parto normal, con su acompañamiento de pérdida de líquido amniótico, de sangre, de orina, de materias fecales; y peor aún, cuando surgen complicaciones imprevisibles, como sufrimiento fetal agudo o sangrado intra o post-parto: Steward (14) hace la descripción de 4 maridos que requirieron asistencia psiquiátrica después de estar presentes en el trabajo y parto de sus compañeras: 1) uno presentó ansiedad persistente, fobia a los espacios cerrados e impotencia sexual; después de presenciar el parto, sintió náuseas, se desmayó ante el sangrado y las manifestaciones de dolor de la mujer; requirió un año de psicoterapia y de terapéutica de comportamiento. 2) un operador de cámaras de televisión sintió tal ansiedad que no pudo filmar el parto y sólo sintió deseos de correr del sitio; se quedó para no frustrar a su mujer y requirió 12 semanas de psicoterapia. 3) depresión y problemas maritales después de estar presente en el parto y asistir a la colocación de anestesia epidural; la pareja necesitó ayuda psiquiátrica durante 3 meses. 4) náuseas y desmayo cuando la mujer es pasada a quírofano para cesárea por sufrimiento fetal, desinterés en el hijo y en actividad sexual; psicoterapia prolongada.

Dos casos más graves fueron publicados por Schoeffler y col. (10): 1) padre de 26 años asiste al parto de su esposa; muy impresionado, sale de la sala de partos presa de malestares, cae por las escaleras, coma, fractura occipital, hematoma subdural, operación, muerte 2 días después. 2) padre de 32 años con antecedentes de epilepsia, aun cuando asintomático desde hacía varios años; la visión del parto de la esposa provoca crisis tónico-clónica generalizada con caída, pérdida de conocimiento, coma, hematoma extradural, operación, coma crónico.

La primera de estas dos últimas publicaciones es comentada por el anestesiólogo, Bradley Smith (13) con las siguientes palabras: "El problema es claramente una falla médica en ejercer su guiamiento experimentado usual, informando profundamente a sus pacientes acerca de los riesgos, ahora fácilmente reconocidos, de los programas de "parto natural", riesgos que ciertamente incluyen problemas médicos y psiquiátricos. Puesto que el movimiento pro "parto natural" es francamente anti-médico en muchos de sus dogmas, debido a la po-

pularidad del "consumismo" y, en algún grado, a la creciente competencia por los pacientes, muchos médicos no desean hablar de ello".

Además, la presencia del marido presenta aspectos de ética médica y legales. De los primeros se ha ocupado, entre nosotros, Augusto León (9) quien reproduce el literal f) del artículo 20 del Código de Deontología Médica, de 1985, en el cual se considera contrario a la moral médica, "permitir a personas extrañas a la profesión presenciar innecesariamente actos médicos, quirúrgicos u obstétricos". Después de analizar lo que podría interpretarse como "presencia innecesaria" o "necesaria", se refiere a las "incertidumbres" del hecho: ambiente especial, dificultad o imposibilidad de generalización, aparición de complicaciones inesperadas. Afirma que "aceptar excepciones al texto del artículo 20 del Código para los actos obstétricos conducirá, inexorablemente, a exigencias similares para los restantes actos médicos y quirúrgicos".

El aspecto legal ha sido enfocado por Pies (15) a propósito de la demanda intentada por un grupo de parejas, contra un hospital público de Estados Unidos que mantiene una política de prohibir la presencia, en sala de partos, de nadie que no sea médico o enfermera. La Corte de Apelaciones rechazó los argumentos de demandantes y la Corte Suprema declinó considerar la apelación. La primera Corte argumentó que el hecho de que las parejas se hubiesen entrenado en el método psicoprofiláctico (versión Lamaze), que exige la presencia del marido en las clases prenatales y en el parto, "no justificaba, individual ni colectivamente, una revisión judicial de las reglas adoptadas por el personal profesional del hospital demandado", y que no puede haber una decisión judicial federal que imponga, a todos los hospitales, la regla de permitir la presencia de los padres.

Por nuestra parte, consideramos que las dramáticas reducciones en la morbi-mortalidad materno-perinatales, observadas en el presente siglo se han logrado, en buena parte, por la consideración del parto como un acto médico-quirúrgico, por supuesto en ambiente hospitalario, rodeado de todos los recursos de que hoy se dispone para evitar los sufrimientos y riesgos que supone, aun el parto más normal. Volver al "parto natural" es tan exagerado como el abuso de las modernas tecnologías. La presencia de personas ajenas a la profesión no ayuda al acto médico en sí, y sólo es un motivo más de estrés para los profesionales actuantes.

#### REFERENCIAS

- 1 Barloseyk, J.; Mickel, H.- Geburtsvorbereitung, geburtserlebnis und elter kind-kontakt während des klinikaufenthaltes; eine empirische analyse unter besonderer berücksichtigung der rolle des vaters, *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 46:353-358, 1986.
- 2 *Canadian Med. Ass. J.* 124:1354, 1981.
- 3 Court, G.- Legalization of midwifery and the issue of home births, *Canad. Med. Ass. J.* 135:285-288, 1986.
- 4 Hinds, M.; Bergelson, G.; Allen, D.- Neonatal outcome in planned v. unplanned out-of-hospital birth in Kentucky, *JAMA* 253:1578-1582, 1985.
- 5 Kentenich, H.; Stareber, M.- Individual birth in hospital: investigation of acceptance and preference, *J. Psych-somatic Obst. Gynaec.* 7:93-116, 1987.
- 6 Kinch, R.- Midwifery and home births, *Canad. Med. Ass. J.* 135:280-281, 1986.
- 7 Kitzinger, S.; Davis, J.- *The place of birth*, Oxford Med. Publications, Oxford, 1978.
- 8 Klein, M.; Papageorgiou, A.; Westreich, R.; Spector-Dunsky, L.; Elkins, V.; Kramer, M.; Gelfand, M.- Care in a birth room versus a conventional setting: a controlled trial, *Canad. Med. Ass. J.* 131:1401-1406, 1984.

OSCAR AGÜERO

- 9 León C., A.- El derecho del padre a presenciar el nacimiento de su hijo. *Tribuna Médica*. 66 (No. 7): 30, 1987.
- 10 Schoeffler, P.; Haberer, J.; Mage, G.; Bonnard, M.; Montellard, G.; Fouly, A. A propos de la presence de le père dans la salle d'accouchement. *Presse Med.* 13: 2455, 1984.
- 11 Semchyshyn, S.- Prenatal care for women planning home birth. *Canad. Med. Ass. J.* 130:1260-1261, 1984.
- 12 Skuja, E.; Grundzinskas, J.; Skuja, K.- What do expectant mothers want?: a preliminary report on consumer demand for obstetric services. *Aust. N.Z. Obstet. Gynaec.* 22:206-211, 1982.
- 13 Smith, B.- *Obst. Anesth. Digest*. 5:12, 1985.
- 14 Steward, D.- Psychiatric symptoms following attempted natural childbirth. *Canad. Med. Ass. J.* 127:713-716, 1982.
- 15 Pies, H.- The right of the father to be present in the delivery room. *Am J. Public Health*. 66:686-687, 1987.
- 16 Wertheim, E.; Morris, N.- Origine prénatale des relations parent-enfant. Première partie: essai de schéma du développement. *J. Gynec. Obst. Biol. Reprod.* 16:442-441, 1987.
- 17 Wertheim, E.; Morris, N.- Origine prénatale des relations parent-enfant. Deuxième partie: implications pour le soins en Obstétrique. *J. Gynaec. Obst. Biol. Reprod.* 16: 605-613, 1987.