

## Dónde nacer o cómo nacer

### *Where to be born or how to be born*

Un niño puede nacer en múltiples escenarios, elegidos o forzados por las circunstancias. En cada momento histórico siempre hubo opciones que se consideraron mejores y nacimientos que no accedieron a ellas.

La matrona figura en el Antiguo Testamento y en los papiros egipcios. En la antigua Grecia su rol era el control del embarazo, trabajo de parto y parto. En el Imperio Romano, aparece el médico obstetra; Sorano de Efeso, considerado el padre de la Obstetricia escribió un tratado dedicado a las comadronas, con aspectos teórico-prácticos sobre la atención de la madre y el niño. La atención difería: matronas prestigiosas para las clases pudientes y mujeres experimentadas para las de menos recursos.<sup>1</sup>

La habilitación para ejercer el oficio surge primero en el Senado Romano y luego en el Real Tribunal del Protomedicato en España. A fines del siglo 19 ya existe la enseñanza y el título de matrona, y en el siglo 20, las escuelas profesionales. Actualmente la universidad otorga el título de Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

En esta evolución, primero empírica, luego técnica y finalmente profesional, las parteras, comadronas, matronas u obstétricas trabajaron en el ámbito domiciliario.<sup>1</sup>

En el siglo 20, con el desarrollo de la profesión médica y del sistema hospitalario, el nacimiento se trasladó a las instituciones.

El parto institucional tuvo por objetivo disminuir la morbimortalidad materna y neonatal. La posibilidad de atender la emergencia podía evitar un daño grave e incluso la muerte. Eso se logró pero se cometió el error de considerar el nacimiento como una enfermedad y a la embarazada y al recién nacido como pacientes. El equipo médico asumió el protagonismo que antes tenía la familia. Aislamiento, intervenciones e interferencias alteraron las prioridades y los roles ante un nacimiento normal.

¿Entonces? Hay que desandar el camino equivocado y construir un modelo que contemple el acompañamiento adecuado, el protagonismo de la familia y los recursos para resolver la emergencia. Se podría analizar en forma separada y luego en su conjunto los factores que intervienen.

El sistema de salud puede ser en redes o desarticulado, público, de seguro médico o privado, de diversa complejidad. Los niños nacen en todos estos escenarios. El primer escalón es el control del embarazo. Lo importante es que se haga y se determine el nivel de complejidad. Un embarazo de riesgo debería terminar en la institución que cuente con lo necesario para su atención. Un sistema regionalizado permitiría optimizar los recursos y

acceder a la consulta y derivación oportuna.

El recurso humano es clave. En cualquier nivel de complejidad, la modalidad de atención tendría que ser la de una maternidad segura y centrada en la familia con enfoque multicultural. Esta síntesis ofrece la posibilidad institucional de resolver la emergencia dentro del respeto a la familia y su cultura.

La sociedad quizás es la parte más compleja. Hay experiencias propias o compartidas, mitos y verdades, prejuicios, información y desinformación, fortalezas y vulnerabilidades. ¿Cómo hacer para que lo que ocurre se analice objetivamente, para no sacar conclusiones distorsionadas sobre las instituciones, los profesionales de la salud, lo mejor para la madre y el niño por nacer?

Los medios de comunicación y los profesionales de la salud tienen una gran responsabilidad. Las redes sociales todo lo invaden sin ningún filtro. Así como facilitan el acceso a la información, también pueden hacer mucho daño. Probablemente la educación y el diálogo personal sean los únicos medios para poner un poco de luz en esta confusión.

Muchas familias eligen el parto domiciliario por experiencias previas negativas o para tener un parto natural, en la privacidad del hogar. Pero, ¿están informados sobre los aspectos positivos y negativos de esta elección?

En Argentina en 2016 nacieron 2293 niños en sus hogares.<sup>2</sup> Probablemente el motivo fue diferente en los 270 casos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los 329 de Chaco o en los 184 de Formosa, la provincia con mortalidad materna más alta del país. Igual que en la civilización grecorromana, algunos habrán sido atendidos por una mujer de la familia, otros por profesionales capacitados, pero todos con pocas probabilidades de atención inmediata en la emergencia.

Dice una nota periodística<sup>3</sup> que el parto en el hogar surge como una alternativa ante la violencia obstétrica. Una alternativa mejor es el parto respetado con el que ya hay muchos profesionales e instituciones comprometidas.

En EE.UU. el aumento de los partos no institucionales preocupa. Hubo menos intervenciones obstétricas pero mayor mortalidad neonatal (1,26 % vs. 0,32 % del parto institucional).<sup>4</sup>

En Holanda, el sistema de salud establece que el embarazo, parto y puerperio normal sean atendidos por matronas, en el hogar o en clínicas de matronas. El embarazo de alto riesgo es atendido por ginecólogos, al igual que las derivaciones y traslados de urgencia indicados por las matronas. El tiempo de traslado en ambulancia desde la casa a la institución no supera los 15 minutos.

En un artículo se lee: *Muchas madres que quieren dar a luz en casa no pueden por no cumplir uno de los requisitos, casi siempre de salud pero también otros como la cercanía a un hospital o que la entrada de su casa debe estar en la misma planta que el salón, para permitir el paso de una camilla en caso de emergencia.*<sup>5</sup>

La clave está en la determinación del nivel de riesgo, la asistencia por profesionales capacitados, la integración con el centro de mayor complejidad y el traslado inmediato en caso de emergencia.

Argentina está lejos de esta posibilidad en la mayoría de las ciudades. Se publica el nacimiento en el hogar de un bebé cuyos dos hermanos nacieron por cesárea. La familia puede desconocer el riesgo, pero ¿ningún profesional habló con ellos sobre esto?

Si no está presente alguien capacitado en reanimación cardiopulmonar neonatal, lo que ocurre durante 10 minutos de hipoxia grave puede ser irreversible. Para un niño con asfixia perinatal, no alcanza el traslado urgente al centro de salud.

Cuando los equipos profesionales no están integrados a una institución o no avisan que van a hacer un parto y que pueden necesitar un traslado urgente, la institución recibe pasivamente el problema y debe resolverlo hasta donde se puede.

En las grandes ciudades no se garantiza un traslado de emergencia sin dificultades. Congestión de vehículos, regular respeto a las leyes de tránsito, calles deterioradas, manifestaciones, hacen imprevisible el tiempo. Tal vez no sea así en ciudades con una dimensión más humana.

En cuanto a los derechos del niño, cuando alguien decide que nazca en el hogar debe asumir su responsabilidad parental.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña dice en el artículo 18: ... *Incumbirá a los padres... la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño*”.

El Código Civil y Comercial de la Nación Argentina establece entre los *principios generales que rigen la responsabilidad parental a) el interés superior del niño*...

El interés superior del niño se define como los cuidados que a la luz del conocimiento actual, aseguran su óptimo crecimiento y desarrollo. La reanimación cardiopulmonar, básica o avanzada si es necesario, es un cuidado que no debería faltar a ningún recién nacido. La administración de vitamina K, la vacunación contra la hepatitis B y la tuberculosis, son estándares de cuidado en nuestro país.

Cuando las familias se niegan a estas prácticas u otras menos cuestionables como examinar al niño para comprobar su normalidad o detectar anomalías, no prima el interés superior del niño sino las preferencias, creencias y prejuicios.

### Una visión de conjunto

Para que el parto respetado sea una realidad

se necesita el compromiso empieza por los profesionales e instituciones porque este modelo de atención implica más horas y mayor disponibilidad.

El diálogo debiera empezar durante el embarazo. Una familia no debería aparecer por primera vez en una institución el día del nacimiento con un escrito donde dictamina qué quiere y qué no como si enfrentara a potenciales enemigos. Eso genera malestar y actitudes defensivas hacia los responsables de su cuidado durante la internación. Tampoco le sirve a los profesionales que aunque piensen lo mismo sobre cómo debe ser el parto, se ven rechazados en cada paso que dan para cumplir con sus responsabilidades.

La entrevista prenatal puede allanar este camino. Si no hay coincidencias es mejor que el parto ocurra en otra institución. Si las hay, se aclaran dudas sobre el momento e importancia de cada procedimiento. El día del parto habrá un ambiente de respeto y colaboración, donde familia y profesionales se integren como equipo de salud.

En una ciudad ideal que cuente con una institución con terapia intensiva materna y neonatal, ambulancia de alta complejidad disponible, caminos buenos, equipos profesionales capacitados y dispuestos a ir al domicilio, un embarazo de bajo riesgo y cercanía al centro de salud, se podría considerar que lo mejor es nacer en el hogar, con la seguridad del cuidado profesional, privacidad y contención familiar.

Si no se reúnen estos requisitos, la mejor opción es una maternidad segura y centrada en la familia. ■

Dra. Norma Rossato

Sanatorio de la Trinidad Palermo

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.306>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.eng.306>

**Cómo citar:** Rossato N. Dónde nacer o cómo nacer. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(5):306-307.

### REFERENCIAS

- Hernández Garre JM. Historia de las matronas. Evolución de la ciencia y el arte de la partería. Murcia, España: Universidad Católica de San Antonio; 2012. Págs.235.
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Anuario 2016. [Consulta: 16 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/09/Estadisticasvitalas2016.pdf>
- Esses JM. Parir en casa: la experiencia de un padre. *Diario La Nación*. 22 de febrero de 2018. [Consulta: 16 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/2109107-parto-domiciliario-la-experiencia-de-un-padre>
- Grunebaum A, Chervenak FA. Out-of-hospital births in the United States 2009-2014. *J Perinat Med*. 2016; 44(7):845-9.
- Mahiques A. Holanda cuestiona el parto en casa. *Gaceta Holandesa*. [Consulta: 16 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.gacetaholandesa.com/parto-en-casa>