

Acerca de la mortalidad perinatal



Autor: Isabel F. del Castillo

Area: Parto Natural > Parto Fisiológico

El argumento más utilizado para legitimar el alto grado de intervencionismo obstétrico es la afortunada reducción de la mortalidad perinatal de madres y bebés que se ha producido durante el último siglo.

Los partos que actualmente transcurren en casa o en maternidades atendidos por comadronas y con poca o ninguna utilización de medidas invasivas tienen una excelente tasa de salud materno-infantil, similar y en ciertos aspectos superior a los partos hospitalarios atendidos por tocólogos o matronas basándose en la tecnología más dura. La tasa de intervenciones es considerablemente inferior en el caso de los partos en casa. Los partos problemáticos que no pueden prescindir de ayuda obstétrica no sobrepasan el 10%, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud. Estos son los que en otro tiempo estarían incluidos dentro del grupo de riesgo de muerte.

Ello prueba que el actual mejor conocimiento de la fisiología del parto, tanto por parte de las madres como del personal asistente es un factor importante que ha permitido mejorar las condiciones en que da a luz la mujer. En el hospital de Pithiviers, donde no se realiza ningún procedimiento obstétrico más que en escasos casos de urgencia, la mortalidad perinatal es inferior al resto de Francia.

Que la mujer de hace varios siglos pariera de una manera natural y asistida por su instinto y por su vecina más experta implica que efectivamente se respetaban tanto la intimidad y libertad de la parturienta como su propia dignidad y capacidad como madre para llevar a cabo el proceso. Sin embargo la mortalidad perinatal era más alta que ahora ... pero no más alta que la de la población en general, frecuentemente golpeada por las epidemias. Las infecciones postparto se llevaban a madre y recién nacidos con dolorosa frecuencia.

Sin embargo, atribuir a la obstetricia el mérito total del descenso de la mortalidad perinatal implicaría dejar fuera algunas otras variables que han influido de manera importante. Sería lo mismo que atribuir a los antibióticos y vacunas todo el mérito de la disminución de las epidemias que diezaban una y otra vez las poblaciones de nuestros antepasados, cuando un análisis riguroso demuestra que la intervención de otras variables fueron mucho más decisivas a la hora de mejorar la salud pública.

Y la variable más importante fue, sin lugar a dudas, la higiene. El factor sanitario que más contribuyó a la drástica disminución de las enfermedades infecciosas acaecida desde finales del siglo XIX no fue la introducción de los antibióticos, sino la instalación de las redes de agua corriente y de alcantarillado en las ciudades europeas, así como la pasteurización de la leche. No hay que olvidar que en Europa, hasta hace pocos siglos, los contenidos de las letrinas caseras se arrojaban a las calles de ciudades y pueblos, generando un medio ambiente insalubre y propicio a las infecciones.

Según René Dubos (1), la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas en los países desarrollados disminuyó en un 90 por 100 varias décadas antes de la aplicación de las medidas de control de la medicina "antimicrobiana" —antibióticos y vacunas—. La incidencia de cólera, difteria, disentería y tífus, por ejemplo, disminuyó notablemente después de la introducción del agua corriente y de la red de alcantarillado para la evacuación de aguas residuales, mucho antes del uso de antibióticos y de las campañas de vacunación, que comenzaron a partir de los años 30. En EEUU, por ejemplo, la difteria causó la muerte de 900 niños por millón en 1900, pero sólo de 200 en 1938. Sin embargo, las campañas de vacunación no comenzaron hasta 1942. La escarlatina descendió de 2.300 muertes por millón de niños en 1860 a 100 en 1918, pero las sulfamidas no estuvieron disponibles hasta la década de los 30, y la vacunación no comenzó hasta los años 60, en que los casos se habían reducido a una docena por millón, aproximadamente.

Por lo que se refiera a la asistencia al parto, el desconocimiento de la importancia de la suciedad en la transmisión microbiana daba lugar a una gran mortalidad de madres y bebés, muy superior en los hospitales que en casa. En realidad, puede decirse que los comienzos de la obstetricia como especialidad médica se siguieron de un aumento significativo de la mortalidad perinatal, al menos en lo que se refiere a los partos en hospital. Este aumento se debió principalmente a dos causas: la pasión del médico por intervenir de la forma que fuera en el recién invadido cuerpo de la mujer, y la total ausencia de asepsia.

En los siglos XVIII y XIX la tocología que se practicaba en los hospitales era fiel reflejo de la posición que ocupaba la mujer en la sociedad y de la opinión que los hombres /médicos tenían de ella. En los albores de la obstetricia la mujer se convirtió en un dócil y entretenido campo de experimentación. Los médicos más "activos" practicaban cruentas y arriesgadas operaciones a las parturientas, de dudosa eficacia y seguridad (2): dilatación artificial del cuello del útero con incisiones profundas en el cuello, cesárea vaginal, dilatación manual, dilatación instrumental, sección de la sínfisis púbica, cesáreas (morían casi todas); extracción del feto de nalgas con ganchos o con asas, etc.

Puede decirse que la actual corriente humanizada del parto no es nueva, sino que comenzó con la misma obstetricia. Parte de los tocólogos —los "conservadores"— estaban alarmados de la manera de proceder de sus colegas "activos". El doctor Boer, por ejemplo, afirmaba: "Parece como si la naturaleza hubiese abandonado la obra de la parturición a favor de las técnicas del obstetra". El español Babil de Gárate publicaba en 1765 el *Nuevo y natural medio de auxiliar a las mujeres en los lances peligrosos de los partos sin operación de manos ni instrumentos*. El doctor Ahfeld, en 1888 advertía: "*Las manos fuera del útero*":

Una tan cruenta atención al parto, unida a la falta total de higiene dio lugar a una elevada mortalidad, en parte debido a que los médicos practicaban autopsias a las mujeres muertas por fiebre puerperal, y a continuación atendían partos sin lavarse las manos. Las infecciones se extendían con facilidad y las mujeres, que sufrían heridas de consideración durante el parto, morían como moscas. Cuando en el siglo XIX se descubrió el papel del médico en la transmisión microbiana, y el doctor Holmes aconsejó a sus colegas observar una limpieza escrupulosa en la atención a la parturienta, se desencadenó una violenta polémica en Europa que duró decenas de años, durante los cuales pocos servicios de obstetricia se molestaron en tomar medidas de higiene. Suponer que el médico podía actuar de transmisor era más de lo que se podía aceptar. El doctor Holmes sufrió el escarnio y la marginación de la mayoría de sus colegas y las medidas de higiene tardaron años en tomarse. Más mujeres murieron.

Una vez conocida y aceptada la existencia de los microorganismos y la importancia de la higiene la simple medida de lavarse y desinfectarse las manos motivó que la mortalidad de las parturientas disminuyera considerablemente. Pero es preciso recordar que en París, por ejemplo, hace tan sólo un siglo, en 1884, sólo cinco hospitales disponían de agua corriente.

Además de los problemas de higiene en el parto, la frecuencia y cantidad de los embarazos, a menudo no deseados, el pesado trabajo de las madres de familia numerosa que además cuidaban del campo y los animales, las malas condiciones higiénicas y de calefacción de las viviendas, las fluctuaciones alimentarias naturales a lo largo de las estaciones, y la difícil posición de la mujer dentro de una sociedad opresiva ponían a ésta en una situación, cuando menos, algo precaria para hacer frente a las frecuentes maternidades. Ello no impidió, sin embargo, que numerosas mujeres tuvieran seis, ocho o más hijos sin sufrir complicaciones en el parto.

El Dr. Wagner, ex comisario de la OMS en materia de salud materno-infantil, afirmaba a este respecto: "Durante los últimos veinte años la mortalidad perinatal ha disminuido muchísimo, y los médicos lo atribuyen a que los partos tienen lugar en los hospitales. No hay ninguna prueba de que esto sea cierto. La evidencia científica es que mueren menos bebés porque hay una mejor nutrición, una mayor salud en la mujer, mejores condiciones de vivienda y algo muy importante, porque las mujeres tienen menos hijos y los tienen cuando los desean a través de la planificación familiar. Esta es probablemente la mejor razón por la que mueren menos niños que hace veinte años. La explicación está en lo que hacen las mujeres, no los médicos".

El informe "Tener un hijo en Europa", de la OMS, concluye "no está demostrado científicamente que ninguna de estas explicaciones (la medicalización del parto) haya sido la causa de la reducción de la mortalidad, aunque en todos los casos se ha dicho que la reducción demostraba el éxito de la intervención... La mortalidad perinatal empezó a reducirse mucho antes de la llegada de estos recursos médicos y, según parece, la tecnología más moderna simplemente se ha incorporado a la tendencia

ulterior, en vez de producirla".

La investigadora Marjorie Tew publicó en 1990 un libro decisivo *Safer Childbirth: A critical history of maternity care*, fruto de un trabajo de investigación que pretendía en su inicio demostrar que el aumento de los índices de seguridad en el nacimiento estaba asociado al traslado de los partos al hospital. El estudio fue realizado en un momento en que prácticamente todo el mundo creía más seguro el parto en hospital que en casa, simplemente por el acceso a la atención médica y los recursos tecnológicos. Sin embargo, sus descubrimientos cambiaron totalmente el curso de su investigación.

La Dra. Tew estudió la relación entre la evolución de la atención al parto en Europa y las cifras de las tasas de mortalidad, y la sorpresa fue que constató que el traslado de los partos al hospital se correspondió con un aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil. Entre los años 1958 y 1970, exceptuando los partos de alto riesgo, la mortalidad perinatal en hospital era 17.2 por 1000 nacimientos y 6.0 por 1000 en partos en casa.

Este cuadro resume sus descubrimiento:

Tasa de mortalidad materna por 1000 partos (8)

Riesgo	Hogar (partera)	Hospital
Riesgo muy bajo	3.9	8.0
Riesgo bajo	5,2	7,9
Riesgo moderado	3,8	32,0
Riesgo alto	15,5	53,2
Riesgo muy alto	133,3	162,6
Todos	5,4	28,8

La conclusión de Marjorie Tew es que una intervención obstétrica puede salvar la vida de determinadas mujeres y bebés, pero cuando interviene en casos de bajo riesgo, esa intervención incrementa considerablemente el riesgo de complicación. La conclusión es que el parto en casa es tan seguro como en el hospital para mujeres de bajo riesgo, pero en el hospital las mujeres de bajo riesgo estarían expuestas a mayores complicaciones durante y después del parto.

Isabel F. del Castillo

Autora de "La [Revolución del Nacimiento](#)". Ed. Granica

1. Dubos, R. *Mirages of health, utopías, progress and biological change*. N.Y. Harper & -Row
2. Usandizaga, J.A.. *La obstetricia y la ginecología durante el romanticismo*. Historia Universal de la Medicina (Laín Entralgo), tomo V, 1971, edición 1981.
3. Usandizaga, J.A. *La obstetricia y la ginecología*. Historia Universal de la Medicina (Laín Entralgo), tomo VI, 1971, edición 1981.
4. Peset J.L. y D. Gracia: *Obstetricia, ginecología y pediatría*. Historia Universal de la Medicina (Laín Entralgo), tomo VI, 1971, edición 1981.
5. Wagner. OMS. *Nacer en Europa, realidad y perspectivas*. Ponencia presentada en las I Jornadas Mediterráneas de Embarazo y Parto. Valencia, 1989.
6. OMS. *Tener un hijo en Europa*, Informe Sanidad Pública de Europa, 26. 1985.
7. Marjorie Tew. *Safer childbirth: a Critical History of Maternity Care*. Marjorie Tew. Oxford University Press. 1990
8. Marie Tyndall. *Mortalidad materna: la seguridad se encuentra en el protagonismo de las mujeres mismas*. Midwifery Today.