

Comuníquese con: hhs@usc.edu

Sobremedicalización del parto

¿Cuál es el problema?

Durante siglos, el parto ha sido un proceso natural y normal para las mujeres. Sin embargo, en la actualidad, un tercio de los bebés nacen mediante una cirugía y es frecuente el abuso de las intervenciones (por ejemplo, la episiotomía o la monitorización fetal). El parto es el principal motivo de hospitalización en los Estados Unidos, y es un proceso en el que los obstetras y los hospitales desempeñan un papel importante.

Entre las acciones frecuentes que pueden contribuir a tener un embarazo y un parto medicalizados, encontramos:

- Uso excesivo de pruebas de diagnóstico por imágenes durante el embarazo
- Partos provocados prematuros (EED, por sus siglas en inglés): dar a luz al bebé antes de las 39 semanas o de que el embarazo llegue a término puede provocar complicaciones para el bebé, como problemas respiratorios y de desarrollo cerebral
- Episiotomía (cortes quirúrgicos en la vagina): hay estudios que demuestran que no facilita el parto, que puede provocar el riesgo de infección, desgarro del tejido rectal y dolor durante las relaciones sexuales
- Vías intravenosas durante el parto a modo de rutina y epidurales
- Partos por cesárea no necesarios para casos de bajo riesgo y de primer parto

Concretamente, en la última década, las tasas de parto por cesárea en casos de bajo riesgo y de primer parto han aumentado drásticamente un 50 % en todo Estados Unidos. En la actualidad, los nacimientos por cesárea son la cirugía hospitalaria más frecuente. Si bien en algunos casos las cesáreas tienen una función importante y pueden salvar vidas, la mayoría de las veces se realizan por una disposición mal definida de “fracaso del avance del parto”. En el 2014, el 26 % de los nacimientos en hospitales de California fueron partos por cesárea de bajo riesgo. Asimismo, como sucede con esta tasa a nivel nacional, la tendencia supera el objetivo del 23.9 % marcado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Las cirugías de cesárea tienen riesgos graves, entre los que se incluyen:

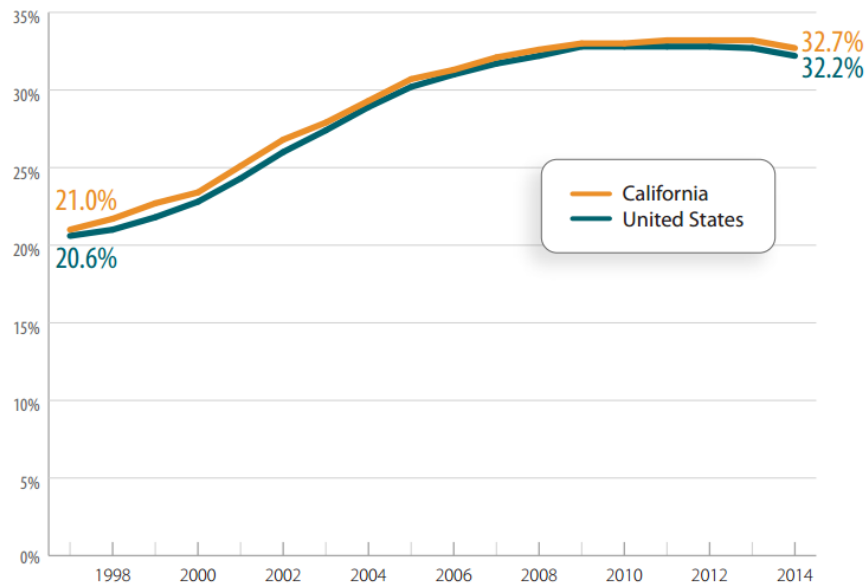
- Para los bebés: complicaciones respiratorias, infección, estancias en unidades de cuidados intensivos neonatales, y tasas de lactancia materna más bajas
- Para las madres: hemorragia, necesidad de transfusiones, infecciones, coágulos sanguíneos y depresión posparto; muchas más probabilidades de tener cesáreas en partos posteriores

Otro problema clave de la sobremedicalización es el impacto económico que supone, ya que la sobremedicalización del embarazo y el parto conlleva malgastar los recursos del sistema. Por ejemplo, las cirugías de cesáreas tienen un costo de casi un 50 % más que los partos vaginales. Así, en California una cesárea cuesta un promedio de \$22,188, en comparación con un parto vaginal, cuyo costo es de \$15,162.

Las enfermeras parteras que han recibido capacitación para ayudar en el parto y trabajar como colaboradoras pueden ayudar a reducir la sobremedicalización del embarazo y el parto. Sin embargo, actualmente las parteras solo se encargan del 8 % de los partos en California.

Total Cesarean Deliveries California vs. United States, 1997 to 2014

PERCENTAGE OF LIVE BIRTHS



Sources: Quality of Care: Signals of Change, California Health Care Foundation, November 2014, www.chcf.org; Brady E. Hamilton et al., "Births: Final Data for 2014," National Vital Statistics Reports 64, no. 12 (December 23, 2015), Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov (PDF).

¿Quiénes corren riesgos?

Las mujeres que dan a luz a su primer hijo mediante una cesárea tienen un 90 % de probabilidades de que sus partos posteriores también se realicen por cesárea, así como de sufrir un mayor riesgo de tener complicaciones graves, como adherencias quirúrgicas, problemas de fertilidad, problemas con la placenta, histerectomía y muerte. Otras acciones, como insertar vías intravenosas y la monitorización fetal continua durante el parto, impiden que la mujer tenga mucha movilidad durante el parto; cabe destacar que poder moverse y caminar durante el parto ayuda al proceso de dar a luz.

Uno de los retos que existe actualmente al abordar la sobremedicalización del parto es que el debate entre proveedores y pacientes se centra en las razones a favor de elegir una cesárea y otros procedimientos médicos (y no de rechazarlos). A pesar de todo, según una encuesta nacional reciente, solamente el 1 % de las madres primerizas elegiría una cesárea:

- 1 de cada 4 mujeres se sintió presionada por los proveedores de salud para que se le indujera el parto o para que se le realizara una cesárea no necesaria.
- 1 de cada 4 mujeres se sintió presionada a repetir el parto por cesárea en los partos posteriores.

El lugar en el que recibe la atención de salud la futura madre puede tener un gran efecto en la trayectoria de su atención, así como en las consecuencias de salud para ella y su bebé. Por ejemplo, es posible que en un hospital la probabilidad de realizar una cesárea innecesaria sea del 15 %, mientras que en otro hospital de la misma ciudad la cifra aumente hasta el 65 %. En California, las mujeres y sus redes pueden encontrar métricas de calidad de los hospitales para cada hospital en www.CalHospitalCompare.org, y también en las recién estrenadas páginas empresariales sobre información de hospitales de Yelp. Las mujeres pueden utilizar esa información para tomar decisiones informadas sobre su elección de dónde quieren recibir la atención de salud y para poder hacer preguntas más informadas a todo el equipo de atención de la salud.

¿Cómo se puede evitar la sobremedicalización del parto?

Si se informa mejor a las pacientes y se colabora con los proveedores que ofrecen atención de maternidad para mejorar la práctica clínica, es posible reducir las tasas de procedimientos médicos innecesarios durante el embarazo y el parto.

La participación de la paciente incluye:

- Obtener más información sobre los beneficios y las complicaciones de las intervenciones médicas y quirúrgicas, como la inserción de vías intravenosas durante el parto, la monitorización fetal continua, los partos por cesárea para el primer hijo en casos de riesgo bajo, la repetición de cesáreas en comparación con los partos vaginales tras una cesárea (VBAC por sus siglas en inglés) y las episiotomías.
- Investigar el rendimiento de los hospitales en relación con la calidad clave de las medidas de atención, como las tasas de cesáreas, episiotomías, lactancia materna y VBAC.
- Hablar explícitamente de sus preferencias de atención médica con el equipo que la trata, sobre todo si los datos de rendimiento indican que el hospital no ofrece una atención médica de máxima calidad. También puede plantearse cambiar de hospital o de médico si la calidad de la atención es baja y existe la posibilidad de hacerlo.
- Pedir a una enfermera partera que participe en el parto como parte del equipo de atención de salud.

Las parteras conciben el parto como un proceso vital normal. Han recibido capacitación para dar apoyo a las mujeres durante todas las etapas del embarazo, el parto y el período posparto. Hay estudios que han demostrado que las parteras suelen utilizar menos intervenciones y ofrecer una atención de mayor calidad.

Estudio de caso

Valerie estaba emocionada por dar a luz a su primer bebé, una niña. El embarazo fue sobre ruedas, y parecía que todo iba bien: el bebé estaba en la posición adecuada y el embarazo había llegado a término; además, tanto ella como el bebé tenían buena salud. Valerie había llevado una buena alimentación durante el embarazo y había hecho todo bien, así que tenía previsto un parto sin complicaciones. Llegó al hospital con dilatación parcial, acompañada por su marido, que estaba feliz y nervioso al mismo tiempo. Sin embargo, una vez allí, la dilatación se hizo más lenta y pasaron varias horas, hasta que su médico le dijo: “Me temo que el parto se ha estancado, solamente has dilatado 5 centímetros. Estoy seguro de que te gustaría irte pronto a casa con tu familia para disfrutar de la llegada de tu hija”. Así que el médico recomendó la inducción del parto y un parto por cesárea.

En ese momento, Valerie pensó que ojalá hubiera seguido el consejo de su madre de buscar a una partera que conociera técnicas como la “peanut ball” (usar pelotas inflables con forma de cacahuete para sentarse encima) que la ayudaran durante el parto. Valerie no sabía que el hospital cubierto por el plan de su seguro médico tenía una alta incidencia de partos por cesárea. Cuando su madre llegó al hospital, la alarmó saber que a su hija le habían planificado una cesárea, así que se fue a buscar a una enfermera y le preguntó si el bebé estaba bien y si las pruebas de su hija habían salido normales. La respuesta fue que todo estaba bien; además, descubrió que nadie había informado a su hija sobre los múltiples riesgos a corto y largo plazo que tenía una cesárea. La madre de Valerie había hecho sus investigaciones y sabía de la importancia de un parto vaginal, así que convenció a su hija para que esperara un poco más, ya que el personal médico confirmó que hacerlo era seguro. Además, le recomendó que cambiara de posición, que hiciera varias sentadillas, y también acompañó a Valerie a caminar un poco para ayudarla a relajarse. Precisamente ese movimiento, el cambio de escenario y un poco de descanso sirvieron para provocar el parto de Valerie.

LA HISTORIA DE DOS NACIMIENTOS EN CALIFORNIA

SARA y **MAYA**, están esperando su primer hijo, y tienen embarazos similares de bajo riesgo. ¿Qué tan diferentes pueden ser sus experiencias de parto?



Aprenda más sobre el rendimiento hospitalario de su área en:
www.CalHospitalCompare.org (Sólo en inglés).

El California Hospital Assessment and Reporting Taskforce (conocido por sus siglas en inglés, CHART) utilizó datos proporcionados por la Colaboración para el Cuidado Maternal de Calidad de California (California Maternal Quality Care Collaborative, CMQCC) para este proyecto. CHART es una organización sin fines de lucro establecida para desarrollar un sistema de información sobre el rendimiento hospitalario estatal mediante un proceso de colaboración de múltiples partes interesadas. CMQCC intenta mejorar los resultados maternos e infantiles a través del análisis de datos de ciclo rápido y acción colaborativa. Los porcentajes reflejan el promedio de todos los hospitales de California en las categorías de alto y bajo rendimiento hospitalario, respectivamente, para cada medida de resultado materna. Obtenga más información acerca de los datos en www.chcf.org/2birth (Sólo en inglés). 2014 California Health Care Foundation.

Recursos:

California Health Care Almanac (Junio de 2016) “Maternity Care in California - Delivering the Data” - California Health Care Foundation (CHCF) (en inglés):

<http://www.chcf.org/publications/2016/06/maternity-care-california>

Toolkit to Support Vaginal Births and Reduce Primary Cesareans (California Maternal Quality Care Collaborative) (en inglés): <https://www.cmqcc.org/VBirthToolkitResource>

Centro de Datos de California Hospital Compare (en inglés):

<http://www.calhospitalcompare.org/>

“Trends in Low-risk Cesarean Delivery in the United States, 1990–2013” (en inglés):

https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr63/nvsr63_06.pdf

“Your Biggest C-section Risk May Be Your Hospital” (en inglés):

<https://www.consumerreports.org/c-section/your-biggest-c-section-risk-may-be-your-hospital/>

“Midwifery” (en inglés): <http://www.thelancet.com/series/midwifery>

“Reducing Unnecessary C-Section Births,” *The New York Times* (en inglés):

<https://opinionator.blogs.nytimes.com/2016/01/19/arsdarian-cutting-the-number-of-c-section-births/>

“California Hospital Ratings” (en inglés):

<http://www.consumerreports.org/health/hospitals/ratings>