

The background of the page is a photograph of a tree with many thin, dark branches, overlaid with a semi-transparent purple filter. A bright yellow rectangular frame is positioned in the lower half of the page, partially overlapping the tree's branches.

Silvia Penedo Torres

Parto en tiempos de crisis

Parto en tiempos de crisis (Relato corto)



En los tiempos que estamos viviendo, la maternidad se ve postergada por la vida laboral y la mujer va retrasando el deseo de ser mamá, ya sea por una cuestión económica o de temor a la crianza de un hijo, pensar con quien lo dejan para ir a trabajar y en torno a estos factores, las mujeres en la sociedad actual se plantean la maternidad mucho después de los treinta años.

Generalmente, hay más dudas, miedo a lo desconocido por eso es importante la información sobre el embarazo en sus tres trimestres, parto, lactancia y cuidados del recién nacido.

El otro día escuchaba a una mujer en edad fértil, aproximadamente 32 años que con las prisas y su profesión se está planteando muy seriamente de renunciar a ser madre y su pareja estaba totalmente de acuerdo, como que no estaba preparada para tener un bebé que tenía miedo al embarazo, al parto y a criarlo como esta la sociedad y la juventud.

Son elecciones y no se puede juzgar a nadie pero en el caso del miedo a lo desconocido la información es lo que puede calmar la ansiedad y sobre todo ante cualquier duda consultar al profesional médico de confianza.

Una de las principales causas es el miedo al parto, el principal temor es que el parto sea intervencionista que no sea natural, el miedo a la cesárea automatizada o programada sin tener opción al parto normal. La Organización Mundial de la Salud, aporta un documento esencial para que todas las mujeres quieran tener hijos o no es conveniente que tengan acceso a su lectura.

CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: GUÍA SIMPLIFICADA. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.



A pesar del considerable debate y estudios realizados a lo largo de los años, el concepto de "normalidad" en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado. En las últimas décadas se ha observado una rápida expansión en el desarrollo y uso de un abanico de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto, con el propósito de mejorar el desenlace para las madres y sus hijos, y, en ocasiones, para racionalizar

los protocolos de trabajo en el parto institucionalizado.

En los países desarrollados, en donde estas prácticas se han convertido en habituales, se está empezando a cuestionar el valor de estos grados tan altos de intervencionismo.

Al mismo tiempo, los países en desarrollo están intentando que toda mujer tenga acceso a un parto seguro. La adopción, sin crítica previa, de toda una serie de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, además, con frecuencia, pobremente evaluadas, constituye un riesgo que corren muchos de los que tratan de mejorar los servicios de maternidad.

Después de establecer una definición concienzuda de "Parto Normal", este estudio identifica las prácticas más comunes empleadas durante el parto e intenta establecer algunos criterios de buena práctica para un parto y alumbramiento sin complicaciones. El informe trata temas de la atención en un parto normal independiente del lugar o nivel de atención.

Las recomendaciones acerca de aquellas intervenciones que deberían ser utilizadas para favorecer el proceso del parto normal, no son específicas para un país o una región. Para este tipo de parto existen grandes diferencias en todo el mundo en cuanto al lugar y al nivel de atención, la complejidad de los servicios disponibles y la categoría del personal sanitario.

El objetivo de este informe es simplemente examinar la evidencia a favor o en contra de algunas de las prácticas más comunes y establecer recomendaciones, basándose en la evidencia más razonada, para emplearlas en la atención del parto normal.

Después de analizar las evidencias, el grupo de trabajo clasificó sus recomendaciones acerca del Parto Normal en cuatro categorías:

- A. Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.**
- B. Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas.**
- C. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.**
- D. Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.**

1.4 DEFINICIÓN DE PARTO NORMAL Al definir Parto Normal se han de tomar en consideración dos factores: el estado de riesgo del embarazo y el curso del parto y del nacimiento. Como ya hemos discutido, el valor predictivo de puntuar el riesgo está muy lejos del 100% - una gestante que se supone de bajo riesgo cuando comienza el parto puede en cualquier momento tener un parto complicado. Por otra parte, muchas gestantes catalogadas de "alto riesgo" tienen un parto y alumbramiento exento de complicaciones.

En este estudio nuestro objetivo primario es el gran grupo de embarazos de "bajo riesgo". Definimos Parto Normal como: Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. Sin embargo, como el parto y alumbramiento de muchas gestantes catalogadas como de alto riesgo tienen un curso normal, numerosas recomendaciones de este estudio pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres. Acorde con esta definición, ¿Cuántos partos pueden considerarse normales? Estudios acerca de "cuidados alternativos antenatales" en países desarrollados muestran un porcentaje de "traslados" durante el parto de un 20%, mientras que una cantidad similar de mujeres han sido referidas durante el embarazo. En múltiparas, el índice de "traslados" es mucho menor que en madres que no han tenido bebés. En estos estudios, la evaluación de riesgo es concienzuda, lo que supone que se refiere a muchas mujeres que eventualmente acabarán con un parto que transcurre normalmente.

En Kenia se demostró que el 84.4% de los partos fueron exentos de complicaciones. Generalmente entre un 70 a 80 % de todas las gestantes se pueden considerar como de "bajo riesgo" al comienzo del parto.

1.5 OBJETIVOS EN EL CUIDADO DEL PARTO NORMAL, TAREAS DEL PERSONAL SANITARIO. El objetivo del cuidado es conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura. Este objetivo implica que: En el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural. Las tareas del personal sanitario son cuatro:

- 1.- Animar a la mujer, su compañero y familia durante el parto, en el período del alumbramiento y sucesivos.
- 2.- Observación de la parturienta: monitorización de la condición fetal y del niño después del nacimiento, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.
- 3.- Llevar a cabo intervenciones menores, si son necesarias, como la amniotomía (romper aguas artificialmente o sea por un profesional) y episiotomía; cuidado del niño después del nacimiento.
- 4.- Traslado de la mujer a un nivel mayor de asistencia, si surgen factores de riesgo o si aparecen complicaciones que justifiquen dicho traslado. Esta descripción asume que se puede realizar fácilmente la solicitud de un nivel superior de asistencia. En muchos países, esto no es así; se necesitan regulaciones especiales que permitan a los sanitarios de atención primaria realizar tareas de salvación de vidas.

Esto supone una formación adicional y adaptación de la legislación para respaldar al sanitario en estas tareas. También implica acuerdo entre sanitarios en lo que respecta a sus responsabilidades.

1.6 EL PERSONAL SANITARIO EN EL PARTO NORMAL La persona que atiende al parto debería ser capaz de cumplir las tareas de la matrona, como se ha dicho anteriormente.

El o ella debe tener una experiencia adecuada y unas aptitudes apropiadas al nivel de servicio. Por lo menos éstas deberían ser suficientes para que la matrona identifique factores de riesgo, reconozca el inicio de complicaciones, lleve a cabo observaciones de la madre y monitorice la condición del feto y del niño después del nacimiento. La persona que asiste el parto debe ser capaz de llevar a cabo intervenciones básicas esenciales y de cuidar al niño después del nacimiento. El o ella debería ser capaz de trasladar a la mujer o el niño a un especialista, si detecta complicaciones que requieren de intervención, las cuales van más allá de su competencia. Por último, pero no por ello menos importante, el asistente al parto debe tener la paciencia y la actitud empática necesaria para apoyar a la mujer y a su familia. Donde sea posible la matrona debería proveer continuidad del cuidado durante el embarazo, nacimiento y el período puerperal, si no en persona entonces por la vía de cuidado que haya sido establecida. Varios profesionales son aptos para acometer estas metas: El obstetra ginecólogo. Estos profesionales están ciertamente capacitados para afrontar los distintos aspectos técnicos de las numerosas metas de la matrona. Generalmente los obstetras tienen que dirigir su atención hacia las mujeres de alto riesgo y el tratamiento de complicaciones serias. Ellos son normalmente los responsables de la cirugía obstétrica. Por experiencia y aptitud profesional son frecuentemente requeridos por la situación, para intervenir más frecuentemente que la matrona. En muchos países, especialmente en los desarrollados, el número de obstetras es limitado y están desigualmente distribuidos, con la mayoría de ellos ejerciendo en ciudades grandes. Su responsabilidad con el manejo de complicaciones mayores es muy probable que les deje no demasiado tiempo para asistir y animar a su mujer y familia durante la duración del parto normal. El médico de cabecera. La experiencia teórica y práctica en obstetricia de estos profesionales varía considerablemente. Ciertamente existen médicos de cabecera con experiencia que son capaces de completar las metas de la matrona en cuidados primarios obstétricos y asimismo durante el parto normal. Sin embargo para los médicos de cabecera la obstetricia representa una parte muy pequeña de su experiencia y tareas diarias, y por eso es difícil que estén al día. La matrona. La definición internacional de una matrona, de acuerdo con, OMS, ICM (Confederación Internacional de Matronas) y la FIGO (Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos) es muy sencilla: Si el programa educacional está reconocido por el gobierno que autoriza a la matrona a la práctica, esa persona es una matrona. Generalmente el o ella es una persona competente en obstetricia entrenado especialmente para el cuidado del parto normal. Sin embargo, existen amplias diferencias entre países con respecto a la formación y las tareas de las matronas. En muchos países industrializados las matronas trabajan en hospitales bajo supervisión de obstetras. Esto significa que el cuidado en el parto normal es parte del cuidado del departamento de obstetricia y así sometido a las mismas reglas y

protocolos con poca

distinción entre embarazos de alto y bajo riesgo. Personal auxiliar y TBA formados (comadronas tradicionales): en países en desarrollo que poseen poca cantidad de gente cualificada para asistir a partos, estos son llevados a cabo por personal auxiliar, como enfermeras, matronas de área rural etc.

El desenlace del embarazo y del parto puede mejorar gracias a sus aptitudes, especialmente si son supervisadas por matronas expertas. Sin embargo, para una completa realización de todas las metas detalladas anteriormente, su experiencia es frecuentemente insuficiente y su práctica profesional puede verse condicionada por valores y normas culturales y tradicionales que pueden llegar a alterar la efectividad de su formación. Pese a todo esto, es precisamente esta identificación cultural la que provoca que muchas mujeres las elijan como matronas, especialmente en áreas de ámbito rural.

De lo dicho hasta ahora, se deduce que la Matrona es la profesional más apropiada y económica, para ser asignada al cuidado de un embarazo y de un parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones. Entre las recomendaciones de La Asamblea General del XIII Congreso de la FIGO de Singapore 1991, están:

- A) Para hacer los cuidados obstétricos más accesibles a la mujer gestante, éstos deberían acontecer al nivel más periférico posible que sea seguro y viable.**
- B) Para hacer el mejor uso de los recursos humanos disponibles, cada práctica del cuidado materno debería ser llevado a cabo por la persona con mayor preparación posible capaz de proveer el cuidado de una forma segura y efectiva.**
- C) En muchos países las matronas de áreas rurales, que desarrollan su actividad profesional en centros de salud pequeños, necesitan un nivel más elevado de apoyo si van a ser las encargadas del cuidado obstétrico de la comunidad. Estas recomendaciones señalan a las matronas como las profesionales idóneas para el cuidado obstétrico en poblaciones pequeñas, en pueblos y en los hogares, y quizás también en los hospitales (OMS 1994). Las matronas son las profesionales más apropiadas para encargarse de los cuidados y atenciones necesarias en el parto natural.**

2) ASPECTOS GENERALES DEL CUIDADO DURANTE EL PARTO

2.1 EVALUACION DEL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO Una vez la mujer se pone de parto, ésta se pone en contacto con su matrona o acude a un centro sanitario solicitando ayuda.

La responsabilidad de la matrona o de la persona encargada del cuidado de la gestante se ha explicado anteriormente y la importancia del apoyo durante el parto

se explica más adelante.

Una vez el parto comienza es vital una buena comunicación entre la mujer y su matrona, incluso si no se han conocido previamente. Durante el parto y el nacimiento, el bienestar materno tanto físico como emocional debe ser regularmente evaluado. Esto implica tomar la temperatura, pulso y tensión arterial, vigilar la ingesta de líquidos y diuresis, evaluación del dolor y necesidad de apoyo. El seguimiento ha de ser mantenido durante todo el proceso del parto y nacimiento. La evaluación del bienestar materno a su vez incluye, prestar atención a su privacidad, respetando su elección de acompañantes y evitando la presencia de personas no necesarias en el paritorio.



2.4 LUGAR DEL PARTO ¿Tiene el lugar del parto un impacto significativo en la progresión de éste y en el nacimiento? Esta pregunta ha sido estudiada con amplitud en las últimas dos décadas. (Campbell y McFarlane 1994). Mientras que en muchos países desarrollados el parto pasó de ser un proceso natural a un procedimiento controlado, el lugar para dar a luz cambió del hogar al hospital. Al mismo tiempo mucho del denominado "toque humano" fue relegado. El dolor fue aliviado farmacológicamente y a las mujeres se les dejaba solas por un gran período de tiempo; se las controlaba desde lejos. Este era el lado opuesto de aquellas partes del globo en las que no más del 20 % de las mujeres tienen acceso a algún tipo de facilidad para dar a luz.

Para ellas el parto domiciliario no constituye una opción, es virtualmente inevitable, debido a razones de tipo económica, cultural o geográfica.

La llamada a retornar al proceso natural en muchas partes del mundo civilizado hizo que se abrieran los paritorios a los padres y a otros miembros de la familia, pero la ubicación siguió siendo la misma: el hospital

Algunos hospitales han realizado un esfuerzo al instalar habitaciones que se asemejen a un ambiente hogareño y esto se tradujo en un incremento de la satisfacción de las mujeres y de un descenso en el deseo por su parte de buscar nuevas ubicaciones para dar a luz en futuros embarazos, pero estudios realizados al azar no demostraron ningún cambio respecto a la demanda de epidurales, partos instrumentales o cesáreas. Estos estudios se enfocaban más en el sentido de ofrecer un ambiente atractivo sin un cambio fundamental en el manejo de la mujer, el cual no resultó suficiente para mejorar la calidad ni el desenlace obstétrico final. Otros estudios demostraron que una primípara de bajo riesgo obstétrico, dando a luz en un hospital universitario, en un parto de 6 horas, que

podría llegar a ser vista por al menos 16 personas diferentes y aún así estaría sola gran parte de este tiempo.

La rutina, la presencia

La rutina, la presencia de extraños, y el ser dejada sola durante el parto y/o nacimiento causan stress, y éste puede interferir con el proceso del parto prolongándolo y desencadenando lo que se ha venido denominando la cascada del intervencionismo. El parto domiciliario es una práctica que está desigualmente distribuido a lo largo del mundo. Desde 1930, con la institucionalización del

nacimiento, la opción del parto domiciliario en la mayoría de los países desarrollados desapareció. El sistema de atención obstétrica en Holanda, donde todavía más del 30 % de las mujeres

dan a luz en casa, es excepcional en los países industrializados. Por otra parte, en muchos países en desarrollo, las grandes distancias entre las mujeres y las instituciones sanitarias restringen las opciones y hacen del parto domiciliario su única opción. Aunque la evaluación de los riesgos puede ser perfectamente llevado a cabo por

matronas expertas, su consejo acerca del lugar de nacimiento, basado en dicha evaluación, no siempre se admite. En estos países, muchos factores mantienen a las mujeres alejadas de las

instalaciones hospitalarias de alto nivel. Estos incluyen el coste de un parto en el hospital, prácticas desconocidas, actitudes inadecuadas del personal, restricciones a la atención de los

familiares en el parto y la frecuente necesidad de obtener permiso para otros miembros de la familia (generalmente masculinos) antes de solicitar asistencia institucional.

Generalmente, las mujeres de alto riesgo y de muy alto riesgo no se sienten enfermas o muestran signos de enfermedad, así que dan a luz en casa, asistidas por un

miembro de la familia.

Sin embargo, para que un parto domiciliario sea atendido correctamente sólo son necesarias unas mínimas preparaciones. La matrona ha de asegurarse de que hay agua limpia y que la

habitación tiene una temperatura óptima. Se ha de lavar las manos concienzudamente. La ropa y toallas calientes han de estar preparadas para arropar al recién nacido y mantenerlo

caliente. Debe existir a su vez un equipo de parto, como recomienda la OMS para crear un campo lo más limpio posible de cara al nacimiento y a los cuidados del cordón umbilical. Así

mismo deben existir facilidades de transporte en caso de que la mujer deba ser trasladada a un centro de referencia. En algunos países desarrollados, se han construido paritorios dentro y

fuera de los hospitales en los que las mujeres de bajo riesgo, puedan dar a luz en un ambiente hogareño, atendido generalmente por matronas. En la gran mayoría de estos centros la

monitorización fetal electrónica y la estimulación del parto no se usan y se hace un uso mínimo de analgésicos. Experimentos con este tipo de centros en Gran Bretaña, Suecia y Australia

demonstraron que la satisfacción de las mujeres con este tipo de cuidados era muy superior a la del cuidado clásico. El número de intervenciones fue

considerablemente menor, especialmente la analgesia, las inducciones y el uso de oxitócicos. El desenlace obstétrico final no difirió mucho de un cuidado especializado, aunque en algunos estudios se demostró que la mortalidad perinatal fue ligeramente superior. En algunos países desarrollados, la insatisfacción creada por el tipo de seguimiento especializado hizo que algunas mujeres y matronas empezaran la práctica de partos domiciliarios como confrontación con el sistema oficial de seguimiento del parto. Los datos estadísticos acerca de este tipo de modalidad de parto son escasos

En partos domiciliarios planificados el número de mujeres remitidas a los hospitales y el número de intervenciones fue bajo. La mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal fueron así mismo bajas.

Holanda es un país industrializado con un sistema oficial de partos domiciliarios. La incidencia de éstos difiere enormemente de una región a otra.

Un estudio acerca de la mortalidad perinatal demostró que no existía correlación entre hospitalización regional en el momento del nacimiento y la mortalidad perinatal regional. Un estudio realizado en la provincia de Gelderland, comparó el resultado obstétrico de partos domiciliarios y partos hospitalarios. Los resultados sugirieron que para una primípara de bajo riesgo un parto domiciliario era tan seguro como uno hospitalario. Para multíparas de bajo riesgo el resultado de un parto domiciliario era significativamente mejor que uno hospitalario.

No existe ninguna evidencia de que este sistema de manejo de las gestantes mejore con la medicalización del parto. En Nepal, la propuesta de descentralización de la asistencia materna se ha adaptado a las necesidades de zonas urbanas en un país en vías de desarrollo, donde la capacidad de un hospital para ofrecer los servicios especializados de

obstetricia que necesitan las mujeres con complicaciones en el parto, estaba siendo desbordado por el número total de mujeres con embarazos de bajo riesgo, -un escenario común en

muchos países. El desarrollo de una unidad de nacimientos de "baja tecnología" junto al hospital principal, no sólo suprime la presión de la unidad de especialistas sino que facilita mucho

poder proporcionar una atención adecuada a las mujeres en parto normal. En Lusaka, Zambia, tuvo lugar un proyecto similar a gran escala, donde un hospital clínico universitario, que servía

como centro especialista para todo el país, llegó a desbordarse por el gran número de mujeres embarazadas de bajo riesgo. La ampliación de la capacidad de los centros periféricos y la

apertura de nuevos centros para partos de bajo riesgo, redujo el número de nacimientos en el hospital desde unos 22 000 a unos 12 000, y al mismo tiempo, el número total de nacimientos en

la docena de clínicas satélites aumentó desde unos 2 000 en 1982 a 15 298 en 1988.

La asistencia de mujeres de alto riesgo en el hospital, mejoró con la disminución del número de mujeres de

bajo riesgo, mientras que en las unidades periféricas se disponía de tiempo para garantizar que las mujeres de bajo riesgo recibieran la atención y el cuidado que requerían.

Entonces, ¿Dónde debería dar a luz una gestante?



Se puede afirmar que una mujer debería dar a luz en el lugar en que ella se encuentre segura, y en el nivel de asistencia más "bajo" posible, en el cual el manejo correcto esté asegurado (FIGO 1982). Para una mujer de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una gran maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se enfoquen en sus necesidades y su seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y su cultura. Si el parto va a ser domiciliario, deben existir planes de antemano para remitir a la mujer a un hospital si esto fuese necesario, y la mujer debe tener conocimiento de ello.

2.5 APOYO EN EL PARTO Reportajes y experimentos realizados al azar acerca del apoyo ofrecido durante el parto por una persona, "doula", matrona o enfermera, demostraron que un apoyo continuado y físico acarrea grandes beneficios como son, partos más cortos, uso menor de medicación y analgesia epidural, menor número de niños con tests de Apgar menores de 7 y menos partos instrumentales. Este reportaje identifica a esta persona como una mujer, que tiene una formación básica acerca del parto y que está familiarizada con una gran variedad de métodos de atención hacia las personas. Ofrece apoyo emocional a base de elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico a base de masajes en la espalda de la mujer y tomar sus manos, explicaciones acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable. Estas tareas también pueden ser realizadas por la matrona o la enfermera, pero muy a menudo éstas necesitan llevar a cabo procedimientos tanto médicos como técnicos que pueden hacerles distraer de su atención a la madre. Sin embargo, todo el apoyo ofrecido por estas mujeres reduce significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado, 24 horas después de haber dado a luz. A su vez tiene efectos positivos en el número de madres que seguirán dando pecho a las 6 semanas del parto. La mujer de parto debe estar acompañada de las personas con las cuales ella se encuentre cómoda; su marido, la mejor amiga, o la matrona, o la "doula". Las matronas profesionales deben estar familiarizadas con las tareas de apoyo y médicas y deben realizarlas con competencia y sensibilidad. Una de estas tareas consiste en ofrecer a la mujer toda la información que ella desee y necesite. La privacidad de la mujer donde vaya a dar a luz debe ser respetada en todo momento. Una gestante necesita su propia habitación para dar a luz y el número de personas

presentes debe estar limitado al mínimo necesario. Sin embargo, en la práctica cotidiana las condiciones difieren considerablemente de la situación ideal descrita anteriormente. En los países desarrollados las mujeres a menudo se sienten aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional. En los países en desarrollo algunos grandes hospitales están tan saturados con partos de mujeres de bajo riesgo que el apoyo personal y la privacidad son prácticamente imposibles. Los partos domiciliarios en estos países son muchas veces atendidos por personas inexpertas. Bajo estas circunstancias el apoyo a la mujer gestante es deficiente o incluso inexistente, con un número considerable de gestantes dando a luz sin ningún tipo de atención. Las consecuencias de las afirmaciones anteriores en cuanto al lugar del parto y el suministro de apoyo, están lejos de alcanzarse, ya que implican que el personal sanitario que atiende el parto debe trabajar a escala mucho menor, Una atención especializada en parto debe suministrarse preferentemente cerca del lugar donde vive la mujer, antes que trasladar a todas las mujeres a una gran unidad de obstetricia. Las grandes unidades que atienden 50 o 60 partos al día, necesitarían reestructurar sus servicios para poder atender las necesidades específicas de las mujeres. Los sanitarios tendrían que reorganizar sus programas de trabajo a fin de satisfacer las necesidades de las mujeres de una continuidad en la atención y el apoyo. Esto también tiene implicaciones de coste y por eso llega a ser una cuestión política. Tanto los países en vías de desarrollo como los desarrollados necesitan ocuparse y resolver estas cuestiones según sus propias formas específicas. En conclusión, lo único que necesita el parto natural, asumiendo que es de bajo riesgo, es de una continua supervisión por parte de una experta matrona que sepa detectar la aparición de cualquier tipo de complicación. No es necesaria intervención alguna a excepción del apoyo y los cuidados. Se pueden proporcionar unas directrices generales en cuanto a qué es lo que hay que establecer para proteger y aportar el parto normal. No obstante, todo país que desee invertir en estos servicios necesita adaptar estas directrices a su propia situación específica y a las necesidades de las mujeres así como garantizar que las bases están establecidas para poder servir a las mujeres de bajo, medio y alto riesgo y a las que tienen complicaciones. Para la realización de este relato corto de Parto en tiempo de crisis se recurrió a la web de la OMS



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD OMS: www.who.int/es/

Relato Corto Parto en tiempo de Crisis Autora: Silvia Penedo Torres



Es un relato corto donde plantea las dificultades que pueden surgir a la hora de plantearse la maternidad en estos tiempos.