
Excesos preventivos en embarazo y parto

Mercedes Pérez-Fernández ¹, Juan Gervas ¹

1. Médico/a general jubilado/a, Equipo CESCA, Madrid, España.

Citar como: Pérez Fernández M, Gervás J. Excesos preventivos en embarazo y parto. fml. 2019; 24(3):3p

Palabras clave (MeSH): Embarazo. Parto. Prevención.

Resumen

Embarazos y partos forman parte de la biología pues dan cumplimiento al afán reproductivo que conlleva la vida. En la mayor parte de los casos, embarazo y parto suceden sin necesitar para nada de la intervención del sistema sanitario pero hoy es inconcebible que una mujer no cumpla con ciertos requisitos juzgados como "necesarios y prudentes", de los que muy pocos tienen fundamento científico pero que se presentan con una superioridad moral que exige a las mujeres su cumplimiento "por el bien del bebé". En el caso de la prevención, la actividad es frenética durante dicho periodo, por más que casi todo lo que se ofrece carezca de pruebas respecto a que los beneficios superan claramente los daños. En este texto examinamos dichos excesos, con dos ejemplos de abuso: las ecografías de rutina en el embarazo fisiológico y la episiotomía de rutina en el parto fisiológico.

Introducción.

Respecto a la salud de las mujeres, la atención clínica y de salud pública puede llegar a parecer milagrosa, por su efectividad. Por ejemplo, una cesárea necesaria en condiciones normales supone el alivio a una situación comprometida para la vida de la madre y del feto; en otro caso, el consejo a la población del lavado de manos escrupuloso tras el cambio de pañales, a bebés y a ancianos, puede evitar la infección por citomegalovirus de embarazadas y fetos y las consiguientes sorderas infantiles; un último ejemplo, la suplementación de la alimentación de las mujeres en el periodo periconcepcional con ácido fólico disminuye los casos de espina bífida. Es decir, las intervenciones clínicas y de salud pública en el embarazo y el parto tienen gran eficacia en su justa medida.

Ser mujer no es una enfermedad; estar embarazada y parir, tampoco

Tan beneficiosas son las intervenciones clínicas y en salud pública cuando necesarias como peligrosas cuando en exceso. Y algunos excesos no son "casualidades" anecdóticas sino errores estructurales y sistémicos pues, en el caso de las mujeres, el problema de fondo es que la medicina "biológica" tiende a verlas como "enfermas". Hemos pasado de una concepción religiosa que veía a las mujeres como pecaminosas y sucias para pasar a una concepción cientifista de las mujeres como "enfermas" que precisan de constante atención médica para lograr "la normalidad", con el establecimiento, por ejemplo, de "la revisión ginecológica anual", sin fundamento científico pero que genera tal adicción que es normal entre las mujeres el tener un ginecólogo de cabecera ("mi ginecólogo", afirman).

¿Qué decir de la categorización del embarazo y del parto como algo patológico al final del siglo XIX y comienzos del XX, primero en Estados Unidos y después en el resto del mundo? Se logró creando las ideas de que 1/

el parto es siempre peligroso en el sentido de que sólo sabemos que ha sido "normal" cuando ha terminado y no se ha complicado y 2/ los especialistas en ginecología y obstetricia tenían la solución con las nuevas técnicas, con la anestesia, los forceps y la episiotomía.

El parto devino en patológico por definición para justificar la existencia de una especialidad que dominaba unas técnicas. Con ello se justificó el ingreso en el hospital y el habitus médico autoritario que persiste en la actualidad (en aquel entonces con el consiguiente incremento de la mortalidad por la falta de higiene y por la fiebre puerperal), se desmoronó el papel de las matronas como exclusivas profesionales del embarazo y parto fisiológico, se aisló a las parturientas de su entorno perdiendo toda autonomía y protagonismo en un acontecimiento femenino singular, y se convirtió en imposible la participación en los partos de las "mujeres de la familia", que adquirirían experiencia de primera mano sobre partos normales (ahora la tienen a través de las series de televisión y de las películas, en general de origen estadounidense, con su concepción del parto como algo dependiente de hospitales y de atención médica).

La consecuencia final es el exceso preventivo, siempre justificado con el "es mejor prevenir que curar" y el "por si acaso", sin calcular e ignorando los daños que genera tal exceso, principalmente las consecuentes "cascadas diagnósticas y terapéuticas". Dos ejemplos:

1.- No están justificadas las múltiples ecografías de rutina en el embarazo normal de bajo riesgo.

En el seguimiento del embarazo normal se suele realizar, al menos, dos o tres ecografías para detectar anomalías congénitas, embarazos múltiples, dificultades de maduración del feto, anomalías de la placenta y para determinar el tiempo de gestación. La idea es simple: se emplea de rutina un método inocuo y si la información es relevante e importante se pueden tomar decisiones que mejoren el resultado perinatal (en la madre y en el hijo). Pero ¿se ha demostrado tal resultado beneficioso final?

El empleo rutinario, como cribado (screening) de la ecografía fetal en el embarazo normal nunca ha demostrado beneficios claros y el debate se centra en la efectividad de ofrecer una (1) ecografía antes de la semana 24^a. El

empleo rutinario de la ecografía, como cribado en varias revisiones, no mejora el resultado perinatal si se compara con el uso selectivo de la misma según el buen juicio clínico; es decir, la ecografía fetal es útil cuando hay razones fundadas para hacerla pero resulta inútil cuando se hace por rutina, simplemente porque "toca" según el protocolo de atención a la mujer embarazada sana.

En un clásico ensayo clínico se siguieron los embarazos de 15.151 mujeres sanas; a la mitad se le hicieron dos ecografías de rutina (cribado), la primera entre las semanas 15 y 22 y la segunda entre las semanas 31 y 35, y al otro grupo se le hicieron sólo las ecografías pertinentes, según la necesidad estimada por los médicos que les atendían. Al final se hicieron 2,2 ecografías de media en el grupo de rutina y 0,6 en el grupo de ecografías según el criterio médico. No hubo diferencias en cuanto al resultado perinatal: muerte fetal, muerte neonatal y morbilidad neonatal y tampoco hubo variaciones en otros resultados como abortos, anomalías congénitas o bajo peso al nacer. No hubo diferencias en grupos de alto riesgo, como embarazos múltiples o fetos con menor peso del estimado.

Por tanto, parece que lo prudente es ofrecer en los embarazos sanos como mucho una ecografía de rutina antes de la semana 24^a.

Y 2/- No está justificado el uso rutinario de la episiotomía, que en general conlleva más daños que beneficios.

El poderoso influjo de los especialistas, que se jugaban poder y dinero con sus técnicas, convenció a la sociedad, a los profesionales (matronas y médicos generales incluidos) y a las mujeres de que la episotomía era segura y una mejor opción ante el "parto salvaje" de desgarros perineales por un canal del parto "estrecho". Parecía obvio e intuitivo que más valía el corte "preventivo, por si acaso", que el desgarro sin control.

En 1984 se publicó el primer ensayo clínico que demostraba la inutilidad y peligrosidad de la episiotomía, hecho por matronas en el Reino Unido, que obtuvo poco eco.

Michael Klein, médico de familia canadiense, tuvo su primer contacto con partos sin episiotomía en Etiopía, en los sesenta del siglo XX, en medio de la pobreza del subdesarrollo. En el mundo desarrollado los ginecólogos-obstetras habían impuesto su paradigma. El

impacto sobre la práctica rutinaria de la episiotomía lo tuvo Michael Klein, que tardó 10 años entre diseñar el estudio y lograr su publicación. Naturalmente, tuvo dificultades para lograr la ayuda económica para desarrollar el ensayo clínico y tuvo dificultades para publicar los resultados pues era increíble que la episiotomía provocara más daños que el simple devenir natural.

La episiotomía se asocia a mayores desgarros, mayores lesiones, mayor daño rectal y uretral, alteraciones del piso pélvico y dispareunia. El remedio es peor que la enfermedad. Se precisaría episiotomía como mucho en un 10% del total de los partos. En la Comunidad Valenciana (España), en 2012, hubo episiotomía en el 58% de los partos en el sistema público y en el 72% en el privado. En Dinamarca en el 5%.

En síntesis

El embarazo y el parto se han convertido en el epítome de la prevención que daña y dicha prevención es creciente por la difusión de la ideología de "primero el feto", que convierte a la mujer en simple "vientre", que ha de cuidarse en favor de "otro", y va contra la lógica, los usos y costumbres, la ciencia, la filosofía, la ética y el bien social (y la ideología previa de "la mujer primero"). Los dos excesos en la prevención tratados son parte de un conjunto de violencia basada en género y condición que conocemos con el nombre de violencia obstétrica.

Conclusiones

- 1.- Ser mujer no es una enfermedad, estar embarazada y parir, tampoco
- 2.- Carecen de fundamento científico gran parte de las pautas preventivas rutinarias en el embarazo y en el parto
- 3.- El hábito autoritario médico se expresa con la violencia obstétrica, basada en género y condición

Bibliografía

Routine compared with selective ultrasound in early pregnancy.

Results do not show that routine scans reduce adverse outcomes for babies or lead to less health service use by mothers and babies.

https://www.cochrane.org/CD007058/PREG_routine-compared-selective-ultrasound-early-pregnancy

Effect of Prenatal Ultrasound Screening on Perinatal Outcome. Screening ultrasonography did not improve perinatal outcome as compared with the selective use of ultrasonography on the basis of clinician judgment.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199309163291201>

Ultrasound is part of routine antenatal care in Norway and [ONE] is offered from the 17th to the 19th week of pregnancy. Norwegian clinicians do not define the routine ultrasound as a screening test.

<https://www.fhi.no/en/publ/2009-and-older/routine-ultrasound-in-pregnancy/>

"Studying episiotomy: when beliefs conflict with science" [Al investigar la episiotomía, las creencias chocaron con la ciencia]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7595267>

Episiotomía como ejemplo del encarnizamiento contra la mujer: cuando las creencias tropiezan con la ciencia.

<http://www.actasanitaria.com/episiotomia-como-ejemplo-del-encarnizamiento-contra-la-mujer-cuando-las-creencias-tropiezan-con-la-ciencia/>

Ricoy Olariaga J. Mujeres de película, partos de ciencia ficción.

<https://edicionesliliputienses.oleoshop.com/products/67-jesusa-ricoy-olariaga-mujeres-de-pelicula-partos-de-ciencia-ficcion.html>

Violencia obstétrica: violencia de género y violación de derechos humanos.

<https://www.actasanitaria.com/violencia-obstetrica-violencia-de-genero-y-violacion-de-derechos-humanos/>

A high proportion of pregnant women did not reach the recommended dosages of FAS in periconception and a considerable proportion also used FAS dosages 1000 µg/day.

Use of high doses of folic acid supplements in pregnant women in Spain: an INMA cohort study

<https://bmjopen.bmj.com/content/5/11/e009202>