

Revelando el potencial de un cuidado eficaz en la salud materna e infantil por toda una vida: la necesidad de enfocar el servicio ‘invisible’ durante el post-natal

Debra Bick¹, Maria Helena Bastos², Simone Grilo Diniz³

Existe un incremento en el reconocimiento de mujeres, académicos, políticos, proveedores de servicios y clínicos sobre la necesidad de aumentar el índice de partos normales. Las razones incluyen una mejor salud materna y neonatal y un mejor costo-beneficio de los recursos utilizados para la atención de salud. La estrategia para aumentar el número de partos normales debe ser reconocido, a pesar de irónicamente en muchos países, como el Reino Unido y América Latina estas tasas estar en descenso^(1,2). Obviamente existe un largo camino por recorrer antes que el parto normal (definido en el Reino Unido como aquel sin ninguna intervención⁽²⁾) sea una realidad para muchas mujeres. No obstante, el enfoque de este tipo de parto, podría inadvertidamente provocar que los responsables de las maternidades dejen de promover, lo que debería ser un cuidado eficaz y continuo durante el embarazo, parto y puerperio. En donde cada etapa del embarazo, así como del trabajo de parto podría ser administrada o financiada como una entidad separada. Teniendo en consideración que ninguna etapa del trabajo de parto debe tener prioridad sobre la otra.

Actualmente en el Reino Unido, la oferta de cuidado en el puerperio continúa teniendo poca prioridad, a pesar de tener la evidencia de que la tocología comunitaria y las medidas adoptadas pueden mejorar la salud psicológica de la madre a corto y largo plazo⁽³⁾. En países en vías de desarrollo, el cuidado post-natal para la madre y su bebe aún tienen el significado literal de estar entre la vida y la muerte⁽⁴⁾. A pesar de las diferencias globales relacionadas con recursos financieros, con la organización de los sistemas de atención a la salud y a la disponibilidad en tocología, el periodo post-natal es tradicionalmente definido como el periodo comprendido entre las 6-8 semanas posteriores al parto. Es interesante notar que falta la evidencia necesaria para apoyar el porqué ese periodo fue seleccionado. Por lo tanto, este periodo de tiempo es algo arbitrario con relación al tiempo total de recuperación de la mujer en el embarazo y parto, tanto fisiológica como psicológicamente. También debe ser considerado que los recursos durante el cuidado post-natal de cierta forma no cubren todos los cuidados en salud durante el periodo de 6-8 semanas.

En ese sentido el Reino Unido incluye como parte de sus servicios de maternidad la oferta universal en tocología posterior al parto. La tocología post-natal es un requisito legal que fue implementado al inicio del siglo XX, cuando las tasas de mortalidad materna eran altas. Las muertes por sepsis y hemorragia eran comunes, así como la atención por mujeres auxiliares sin entrenamiento, quienes realizaban cuidados en casa, situación responsable por muchas de las muertes⁽⁵⁾. A pesar de que la tocología post-natal haya sido implantada en Inglaterra en 1905, la disponibilidad al servicio gratuito de tocología como una forma de contacto no fue disponible hasta 1936. La apertura del National Health Service (NHS) (Servicio Nacional de Salud) en 1948 produjo la organización y la disponibilidad de contenidos relacionados al cuidado en las maternidades, así como el empleo de enfermeras obstétricas en los servicios de cuidados intensivos, estableciendo el pago de médicos para las familias, de forma que puedan brindar cuidados de maternidad y supervisar el cuidado brindado por las enfermeras obstetras en la comunidad. El periodo anterior a la apertura del NHS, hace 60 años, coincidió con la caída en las tasas de mortalidad materna. Las mejoras en la salud pública, las condiciones socio-económicas y la disponibilidad de antibióticos son factores que contribuyeron en la reducción de las muertes maternas. En el Reino Unido, desde 1948, hubo cambios graduales entre los nacimientos en domicilio y los hospitalarios, seguidos por un aumento en las intervenciones médicas, incluyendo cesáreas y partos instrumentales⁽²⁾. Por otro lado, así como las intervenciones aumentaron e influyeron en la morbilidad materna e infantil, los recursos limitados provocaron una disminución en el número de hospitalizaciones, posteriores al parto. De la misma forma hubo una disminución en el número de contacto de la enfermera obstetra con la mujer y su bebe en el domicilio. Pocas mujeres en la actualidad reciben una visita domiciliar del médico de la familia durante el puerperio. En el Reino Unido, tenemos una situación en nuestros servicios de maternidad en los cuales los recursos son tan limitados que los mismos son constantemente analizados, considerando al puerperio, como la principal área en la cual se ofertan pocos servicios. Esto sugiere que el cuidado en el puerperio sea visto como una área de menor importancia, si lo comparamos con los cuidados pre-natales e durante el parto. ¿Pero, será que es, realmente esta la situación?

Mucho de nuestro conocimiento sobre el impacto del parto en la salud física y psicológica en las mujeres ha sido basado en suposiciones. La historia de obstetricia está marcada por aspectos negativos con relación a las intervenciones realizadas, pues se pensó que estas beneficiarían. Sin embargo, más tarde se demostró que eran perjudiciales o no traían ningún beneficio específico. La lista de suposiciones incluye realizar episiotomía, monitoreo fetal de rutina y realizar la tricotomía en la región perineal durante la admisión hospitalaria para trabajo de parto. De la misma forma, con relación a la recuperación en el puerperio, se pensó que las mujeres estarían totalmente recuperadas dentro de las 6-8 semanas posteriores al parto. Aproximadamente un siglo posterior a la introducción de la tocología post-natal universal en el Reino Unido, esta suposición fue aceptada, sin que las mujeres hayan sido tomadas en consideración para tal decisión.

En las últimas dos décadas, diversos estudios observacionales realizados en Reino Unido, Australia y Europa⁽⁶⁻⁸⁾, identificaron una amplia y persistente morbilidad materna, tanto física como psicológica, que pocas mujeres mencionaron libremente a sus cuidadores, situación identificada por pocos. Evidencias muestran el beneficio en el impacto de la salud materna posterior al parto en países con bajos medios y altos salarios, así como fue posible reconocer la necesidad de evaluar la salud materna e infantil como una prioridad de salud pública en especial en países que luchan por alcanzar las Metas del Milenio para el Desarrollo, de las Naciones Unidas⁽⁹⁾. Estudio recientemente sobre el reconocimiento de la necesidad

¹ Docente en la Práctica de Tocología Basada en Evidencias, Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, Waterloo Bridge Wing, King's College London. debra.bick@tvu.ac.uk ² Médica, Magister, Pesquisadora Obstetra, Departamento de Investigación en Salud y Cuidado Social, King's College, London. maria.bastos@kcl.ac.uk ³ Profesor Asistente, Departamento de Salud Materno Infantil, Escuela de Salud Pública, Universidad de São Paulo, SP, Brasil. sidiniz@usp.br

de mejorar el acceso a los servicios de salud en el post-parto realizado en el Brasil⁽¹⁰⁾, examinó la prevalencia de depresión post-natal en mujeres de Porto Alegre, al Sur del Brasil. Otro estudio es un ensayo por conglomerados aleatoriamente controlados a través de una intervención comunitaria con la ayuda de mujeres de la comunidad para mejorar el cuidado durante el embarazo, parto y puerperio en Mumbai, India⁽¹¹⁾ y un RCT (experimento aleatoriamente controlado) que comparó los resultados de mujeres quienes recibieron la visita de enfermeras obstetras, especialmente entrenadas, comparándolas con aquellas que no recibieron ninguna visita domiciliaria, en Damasco, Siria⁽¹²⁾. En países como los EEUU, existe un programa en el cual las mujeres tienen el derecho a una consulta en el puerperio con sus médicos dentro de 4-6 semanas posteriores al parto, con el objetivo de asegurar que las mujeres más vulnerables, quienes tienen menor probabilidad de volver para una consulta post-parto, reciban el cuidado que necesitan⁽¹³⁾.

Un factor común para todos los países que investigaron sobre la salud en el puerperio, tanto en países desarrollados o en vías de desarrollo, es la aparente invisibilidad de este periodo post-natal y el desconocimiento sistemático que el cuidado posterior al parto es una continuación esencial del embarazo y parto. Si las tasas de mortalidad materna e infantil en países desarrollados se redujeran según las Metas del Milenio para el Desarrollo, el cuidado en el puerperio sería tan esencial cuanto la identificación y control de la hemorragia materna y la sepsis, asegurando así, que las mujeres tengan acceso a una atención adecuada durante el trabajo de parto. De la misma forma, si un país desarrollado como Reino Unido desea mejorar los resultados de salud pública con relación a la salud mental materna, a la adopción y duración de la lactancia y a la disminución de los problemas crónicos causados por la obesidad, necesitamos de un cuidado post-natal eficaz. Para lo cual, no solo se debe enfocar los servicios para garantizar que las mujeres tengan una atención exclusiva por una enfermera obstetra durante el parto. De la misma forma, es necesario que los políticos y proveedores de los servicios promuevan y protejan el cuidado post-natal, por ser un componente esencial para la salud pública, garantizando que las habilidades de los proveedores de los servicios de enfermería obstétrica y demás, optimicen sus servicios para atender a las necesidades de salud, considerando las directrices nacionales.

La falta de acceso para un cuidado post-natal eficaz, oportuno y apropiado debe ser visto como un derecho humano. Los problemas de salud de la mujer relacionados con el embarazo y el parto serán invisibles por mucho tiempo, teniendo como consecuencias la inequidad en el cuidado para las mujeres, sus bebés, sus familias y para la sociedad como un todo. En los lugares donde existan servicios post-natales, la mujer debe ser informada con relación a las formas de acceso a tales servicios. En países con falta de estos servicios, las fallas en la implantación del programa de cuidado en el post-natal, así como el cuidado continuo en el embarazo y el parto deben ser enfocados, para que las tasas de mortalidad materna e infantil sean reducidas de acuerdo a las Metas del Milenio⁽⁴⁾.

Todas las mujeres independiente del lugar en el mundo donde el parto sea atendido, merecen recibir un cuidado que garantice que ellas y sus bebés tengan el mejor comienzo de vida. Para lo cual no se requiere tecnología cara, sino de planificación de los sistemas de salud, para que sean apropiados a las necesidades locales, así como de personal de salud con competencia apropiada y con infraestructura necesaria para ofrecer cuidado. Al acercarnos al final de la primera década del siglo XXI, prioridades para nuestros servicios de salud maternos en el post-parto deben ser definidas, considerando que en la actualidad estos servicios no atienden a las necesidades de la gran mayoría de mujeres, quienes sufren consecuencias físicas y psicológicas.

REFERENCES

- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025-36.
- Richardson A, Mmata C. *NHS Maternity Statistics England: 2005-2006*. London: The Information Centre; 2007.
- MacArthur C, Winter H, Bick D, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2002;359(9304):378-85.
- Kerber KJ, Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn J. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370(9595):1358-69.
- Tew M. *Safer childbirth: a critical history of maternity care*. London: Free Association Books; 1998.
- Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(3):330-5.
- Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(2):156-61.
- Saurel-Cubizolles M-J, Romito P, Lelong N, Ancel P-Y. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *Br J Obstet Gynaecol*. 2000;107(10):1202-9.
- Black R, Morris S, Bryce J. Child Survival 1. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*. 2003;361(9376):2226-34.
- Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello EDA. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* [serial on the Internet]. 2008.[cited 2008 July 15]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/1>
- Shah More N, Bapat U, Das S, Patil S, Porel M, Vaidya L, et al. Cluster-randomised controlled trial of community mobilisation in Mumbai slums to improve care during pregnancy, delivery, postpartum and for the newborn. Study protocol. *BioMed Central Trials* [serial on the Internet]. 2008. [cited 2008 July 15];8. Available from: <http://www.trialsjournal.com/contents/9/1/7>.
- Bashour HN, Kharouf MH, Abdul Salam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheika SA. Effect of postnatal homevisits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomised controlled trial. *Public Health Nurs*. 2008;25(2):115-25.
- Center for Disease Control. Postpartum care visits - 11 states and New York City, 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2007;56(50):1312-6.