

ON I AMB QUI PUC DONAR A LLUM?

Autores: Laia Casadevall i Maria Segura

[Versió PDF - On i amb qui puc donar a llum](#)

INTRODUCCIÓ I HISTORIA

L'atenció de la dona embarassada, el naixement i el postpart a l'estat Espanyol va tenir lloc al domicili fins la dècada dels 70 del passat segle, quan va veure's clarament desplaçada a l'àmbit hospitalari. Aquesta tendència històrica és el resultat de múltiples causes socio-culturals i influències de fenòmens internacionals. A l'àmbit espanyol, tenen la seva arrel a finals del segle XVII, quan la medicina va irrompre en el camp d'atenció de la salut reproductiva, a través de la cirurgia. Antigament, l'exercici de la cura i l'acompanyament de la dona embarassada havia estat protagonitzat exclusivament per les mateixes dones, degut que les representacions de la feminitat les associaven amb la impuresa. L'hegemonia de la religió catòlica va perpetuar aleshores el domini i la subordinació de la dona des de l'antiguitat i a finals de l'edat mitjana, va legitimar l'expansió de la medicina. En aquest procés d'exclusió de les llevadores tradicionals, aquestes van veure com les seves competències es centraven en l'atenció dels parts fisiològics; mentre que la medicina es dotava de la tecnologia i era signe distintiu del poder adquisitiu econòmic entre les classes benestants a les creixents ciutats.

L'elevada mortalitat materno infantil no va començar a experimentar un canvi fins la transició demogràfica que va ocórrer entre el segle XIX i el XX; quan va començar a disminuir significativament. Més enllà de les mesures higienistes introduïdes a l'època i la imposició del model al·lopàtic, **es considera que varen ser múltiples factors els que expliquen les causes de la millora de la natalitat**, com ara elements socio-econòmics, hàbits, costums, valors i molt clarament, la progressiva millora del nivell educatiu de les dones.

La institució de la medicina en el procés de l'embaràs i el part es va consolidar a principis del segle XX mentre desenvolupava les pràctiques preventives sobre la dona i el fetus com a element de seguretat i control del procés. Amb tot, **l'enfoc assistencial ha estat basat durant les darreres dècades en el reconeixement del control, normativització, i poder dels professionals pel que fa aquesta experiència femenina.**

El procés d'institucionalització de l'atenció al naixement seguia endavant; malgrat no tenir

xifres exactes de l'Estat Espanyol, el Regne Unit identifica clarament l'any 1920 com l'inici de l'augment de l'atenció hospitalària al naixement - a l'any 1927 s'hi atenié el 15% - tot i que predominava la consideració de l'embaràs i el part com un procés essencialment normal. L'any 1970, com apuntàvem inicialment, és el punt d'inflexió definitiu pel canvi de model assistencial a Espanya. Aquest fet va estar altament influenciat per l'informe *Peel*, publicat aquell mateix any a Anglaterra, que suggeria la necessitat de materialitzar el canvi cultural del naixement, apostant per l'atenció hospitalària. Anys més tard, les tesis de l'informe *Peel* van ser refutades per la metgessa i estadista Majorie Tew. **L'Institut Nacional per l'Excel·lència Clínica d'Anglaterra (NICE) va concloure que la institucionalització dels parts de baix risc als països desenvolupats no estava recolzada amb bona evidència científica i, consegüentment, s'havien incrementat les intervencions mèdiques i complicacions sense cap tipus de beneficis per les dones.**

Paral·lelament, sorgia la demanda dels sectors que reclamaven l'autonomia de les dones, i el moviment feminista s'ocupà de reivindicar un sistema compromès en incorporar-les al centre de l'atenció. Com a resposta dels actuals problemes de salut pública materno infantil, **l'Organització Mundial de la Salut ha jugat un paper fonamental en la crítica de l'excessiva intervencionisme al llarg del procés de l'embaràs, part i postpart**, analitzant l'evidència de les pràctiques emprades per fomentar-ne aquelles beneficioses i excloure'n les ineficaces i/o perjudicials. L'any 2000 té lloc a Brasil la Conferència Internacional sobre la Humanització del Part.

El lloc on donar llum i l'enfoc professional formen part de l'itinerari assistencial que influirà directament sobre el tipus de cures que rebrà la dona durant el procés.

Cronologia històrica a Gran Bretanya:

1902	1 ^a acta de llevadores esdevé llei. En aquell temps, la majoria de naixements tenien lloc a casa, amb només un 1.5% donant a llum als hospitals.
1920	augment de naixements als hospitals. Al 1927 el 15% de naixements eren a l'hospital. Independentment de les preocupacions sobre la mortalitat materna, el part era considerat essencialment normal.
1936	British Medical Association descriu el part com un event fisiològic i natural... desviacions de la normalitat ocorrien en un nombre mínim de casos.

1970	Peel Report va suggerir que totes les dones havien de tenir els seus nadons a l'hospital, liderant la fi de l'atenció domiciliària atesa per llevadores, amb una dramàtica disminució dels parts a casa segons criteris de seguretat.
1986	Marjorie Tew demostra que el part a casa era, al menys, tan segur com el part hospitalari i possiblement més segur. NICE <<la institucionalització dels parts de baix risc als països desenvolupats no estava recolzada amb bona evidència científica>> i, conseqüentment, havia incrementat les intervencions mèdiques i complicacions sense cap mena de beneficis per les dones.
1993	Changing Childbirth: si'implementa al regne unit per remodelar els serveis de maternitat amb uns principis bàsics de: cures centrades en la dona, lliure elecció, continuïtat i control.
2007	Maternity Matters va garantir que l'any 2009 totes les dones de la Gran Bretanya tindrien l'opció del part a casa.

OPCIONS A CATALUNYA I ESTADÍSTIQUES

El millor professional sanitari, format pel seguiment i atenció de l'embaràs, part i post part normal és la llevadora. I així ho ha demostrat recentment una revisió de la Cochrane Library “*Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*” publicada l'any 2013 i una sèrie de publicacions l'any 2014 a la revista *The Lancet*. S'ha demostrat que el fet que l'embaràs, part i post part siguin atesos només per llevadores, té diversos beneficis com ara menys naixements prematurs, menys pèrdues gestacionals abans de les 24 setmanes, menys necessitat d'anestèsia al part, episiotomies o parts instrumentats, així doncs més probabilitats de part vaginal. Aquest model d'atenció, també recomanat per la OMS i utilitzat ja a països com ara Anglaterra, Suècia o Holanda entre d'altres, no ha mostrat més efectes adversos en comparació amb altres models com ara l'espanyol, on l'embaràs es seguit per llevadores i ginecòlegs o bé només ginecòlegs en cas d'atenció privada, a més de ser un model més econòmic i satisfactori per les dones. Els resultats de l'evidència científica conclouen que tota dona embarassada sense complicacions obstètriques hauria de tenir accés a models d'atenció dirigits per llevadores i així ho recomana també el Ministeri de Sanitat i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Els Hospitals públics catalans, coberts per la seguretat social i que ofereixen atenció

universal, treballen amb atenció mixta de llevadora i ginecòleg a les seves sales de parts. A Catalunya cada dona té accés a un hospital de referència segons la zona on viu. Si la dona ho desitja però, té l'opció a optar a un altre hospital públic, demanant una derivació des del seu centre de salut primària o bé directament a l'hospital.

Per altre banda, existeix la possibilitat de l'atenció privada a través de Mútues. Aquest model d'atenció privada ofereix una llevadora durant la dilatació i un ginecòleg, generalment escollit per la dona, que haurà fet el seguiment de l'embaràs i atindrà l'expulsiu del part. **L'evidència científica demostra que els serveis d'atenció privada augmenten estadísticament el risc d'intervencions com ara parts instrumentals o cesàries.**

A continuació es mostren les estadístiques dels hospitals públics i privats catalans segons els indicadors de salut perinatals a Catalunya l'any 2013:

Hospital	Parts eutòcics	Parts instrumentals	Cesàries
Públic	58%	16%	26%
Privat	38%	18%	44%

També existeix l'opció de realitzar el part a una casa de naixements tutelada per llevadores; a Catalunya actualment n'hi ha dues. L'altra alternativa és el part a casa atès per un equip de llevadores o bé una llevadora independent. Ambdues opcions a dia d'avui són de finançament privat al nostre país, tot hi que hi ha regions europees on aquestes opcions són finançades per la seguretat social ja que han demostrat de ser opcions segures, més econòmiques i satisfactòries per les dones. Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE) a l'any 2013 a Catalunya van haver entre 318-389 parts a casa planificats.

RESULTATS I SEGURETAT:

■ Intervencions mèdiques

Segons l'evidència científica, el risc de part instrumental amb ventosa, espàtules o fòrceps augmenta significativament a l'hospital, comparat amb el part a domicili. Els mateixos resultats s'aprecien en quant a l'episiotomia durant l'expulsiu o bé el part per cesària. Per tant, es conclou que **el part a casa redueix significativament l'ús d'intervencions mèdiques durant el part.**

■ Resultats adversos materns

Els estudis indiquen que **el risc de patir una hemorràgia durant el postpart es major quan es dona a llum a l'hospital** si es compara amb el part a domicili. També s'associa major risc d'estrips de 3^r i 4^t grau (amb afectació d'esfínter anal) als parts hospitalaris. Per tant, la conclusió és que el part a domicili redueix el risc de resultats adversos materns.

■ Mortalitat materna

No s'ha trobat cap estudi de part a casa versus part hospitalari amb resultats de mort materna. Aquesta és extremadament rara al nostre país amb 4 morts per cada 100.000 dones segons *European perinatal health report 2010*.

■ Efectes adversos neonatals

La majoria d'estudis no troben diferències entre els nadons nascuts a casa i els nadons nascuts a hospitals en quant a necessitat de reanimació neonatal. La majoria d'estudis van concloure menys ingressos a UCI neonatal en els nadons nascuts a domicili i millors resultats en el test d'APGAR. Per tant, es conclou que **el part hospitalari i el part a casa són igualment segurs en quant a resultats neonatals**.

■ Mortalitat neonatal

La majoria d'estudis publicats fins a dia d'avui conclouen que **la mortalitat neonatal es similar en els parts domiciliaris comparat amb els parts institucionals**. Existeix un estudi Americà que va relacionar el part a casa amb major mortalitat, però aquest ha quedat desacreditat per molts altres estudis, inclòs un publicat a Espanya l'any 2012, on es conclou que els resultats son els mateixos pel nadó tant si neix a casa com a l'hospital. La revisió Cochrane del 2013 assegura que amb l'evidència actual el part a casa es mostra igual de segur que el part hospitalari. Segons *European perinatal health report*, a Catalunya l'any 2010 la mortalitat neonatal va ser de 2 nadons per cada 1000.

■ Satisfacció materna

Els estudis conclouen que **el part a casa acompanyat per llevadores ha mostrat més satisfacció materna que el part hospitalari**.

MARC LEGISLATIU:

El Tribunal Superior de Drets Humans reconeix que la dona té dret a escollir

les circumstàncies per donar a llum al seu nadó (2010). A l'estat Espanyol, la *Guia de Pràctica Clínica Sobre l'Atenció al Part Normal* només contempla l'atenció hospitalària del part. No obstant, el fet que el Sistema Nacional de Salut no hagi regulat l'atenció domiciliària del part, no implica la seva prohibició. De fet, la Cort Europea de Drets Humans va sentenciar amb el cas Ternovsky contra Hongria, l'any 2010, que <<l'estat viola els drets humans de les dones si tenen un sistema legal en el qual no és clar si és legal o no donar llum fora de l'hospital>>. A Catalunya, el Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona va publicar l'any 2010 la primera Guia d'Assistència al Part a Casa a Espanya, que actualment s'està revisant.

CONCLUSIÓ:

Segons el Tribunal Superior Europeu de Drets Humans, tota dona hauria de tenir l'opció de poder triar les circumstàncies en què vulgui donar a llum el seu nadó i això inclou l'àmbit en què fer-ho. Mentre que a l'estat espanyol s'ha consolidat el model hospitalari com a l'únic oferit pel sistema públic de salut, hi ha d'altres països on el plantejament d'alternatives com ara les cases de part (birth centres) i els domicilis, han demostrat igual o major seguretat que l'entorn hospitalari i una notable millora dels nivells de satisfacció en les usuàries.

L'evidència científica avala la idoneïtat de la llevadora com a professional de referència en aquells casos on l'embaràs romangui sense patologia o factors de risc, donat que incrementa la normalitat del procés i del naixement, a més de proporcionar un recolzament i cures que tenen per objectiu donar major control i autonomia a la usuària.

Referències:

Birthplace in England Collaborative group (2011) Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. Published in *BMJ* 2011;343:d7400.

Bonvicini, L., Candela, S., Evangelista, A., Bertani, D., Casoli, M., Lusvardi, A., Messori, A., Giorgi Ross, P. (2014) Public and private pregnancy care in Reggio Emilia Province: an observational study on appropriateness of care and delivery outcome. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, & Vedam S. (2014) Outcomes of care for 16,984 planned home births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project. Published in *Journal of Midwifery & Women's Health* Volume 59, Issue 1, pages 17–27, January/February 2014

Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D., Dixon, L., Herbison, P. (2006-2007) Planned place of birth in New Zealand: Does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *New Zealand*. Published in *BIRTH* 38:2 June 2011

Del Valle, T. (1995) Identidad, memoria y juegos de poder. *Deva Revista Cultural*. 2, pp. 14-21.

Esteban, ML. (1994) Relaciones entre el feminismo y sistema médico-científico. *Kobie*, 7, pp. 17-39.

European Perinatal Health Report (2010)

Hutton, E.K., Reitsma, A.H., Kaufman, K. (2003-2006) Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: A retrospective cohort study. *Canada*. Published in *BIRTH* 36:3

September 2009.

Janssen, P.A., Saxell, L., Page, L.A., Klein, M.C., Liston, R.M., Lee, S.K. (2000-2004) Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. British Columbia, Canada. Published CMAJ September 15, 2009. 181 (6-7).

Jesús Montes Muñoz, MJ. (2007) Las culturas, del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Tarragona.

Johnson, K.C., Daviss, B.A. (2000) Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. United States and Canada. Published BMJ online. 2005; 330: 1416

Jonge, A., Geerts, C., Van der Goes, B., Mol, B., Buitendijk, S., Nijhuis, J. (2014) Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. Holand. Published BJOG. 2014 Sep 10. doi: 10.1111/1471-0528.13084.

Jonge, A., Goes, B.Y., Ravelli, A.C.J., Amelink-Verburg, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Gravenhorst, J.B., Buitendijk, S.E. (2000-2006) Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. Netherlands. Published in BJOG online 15 April 2009.

Knibiehler, I. (1995) La medicalisation de l'accouchement des années 1920 aux années 1970. *VV.AA. L'heureux événement: une histoire de l'accouchement*. Paris: Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, pp. 101-111.

Lindgren, H.E., Radestad, I.J., Christensson, K., Hildingsson, I.M. (1992-2004) Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. Sweden. Published in Acta Obstetrica et Gynecologica 2008; 87: 751-759.

Maassen, M.S., Hendrix, M.J.C., Van Vugt, H.C., Veersema, S., Smits, F., Nijhuis, J.G. (2003) Operative deliveries in low-risk pregnancies in the Netherlands: Primary versus Secondary care. Netherlands. Published in BIRTH 35:4 December 2008.

Murray, S.F. (2000) Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. BMJ 2000;321:1501

NCT (2009) Choice in place of birth. NCT: England.

Nolan, M.L (2011) Homebirth: The politics of difficult choices. First edition. Oxon: Routledge.

Olsen, O. and Jewell, D (1998) Homebirth versus hospital birth. Cochrane database of Systematic Reviews, Issue 3.

Rich, A. C., & Bengoechea, M. (1996) *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Cátedra.

Roberts, C.L., Tracy, L., Peat, B. (2000) Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. BMJ 2000;321:137

Robles, E., Bernabeu Mestres, J., García Benavides, F. (1996). La transición sanitaria, una visión conceptual. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV. Pp. 1:117-144.

Royal College of Midwives (2002) Home birth hand book Volume 1: Promoting home birth. England: Davies Communications.

Ruiz Gallardo, R., Romero Salord, F., Fontanillo Garrote, A. (2012) Mortalidad perinatal en los partos únicos asistidos a término en España entre 1999 y 2009 según concurrían en domicilio particular o en centro sanitario. Publicado en Enfermería comunitaria (rev digital) 2012, 8(1).

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D (2013) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8

The Lancet (2014) Midwifery Series.

Valle Racero, J., García Martínez, MI. (1994). Las matronas en la Historia. Un estudio del siglo XIX. *Rol de Enfermería*, 187, pp. 61-67.

Vía, Ramona. (1972) *Com neixen els catalans*. Barcelona: Club editor El Pi de les tres Branques.

Segons la Llei 16/2010, del 3 de juny, de modificació de la Llei 21/2000, del 29 de desembre, sobre els **drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient**, i la documentació clínica:

- Les persones tenen el dret de rebre informació sobre els diferents tractaments existents per tal de decidir lliurement.

*Article 2.2. La informació ha de formar part de totes les actuacions assistencials, ha d'ésser verídica, i s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments del pacient, per a **ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma**.*

- La decisió de sotmetre's a qualsevol prova o intervenció requereix el consentiment de la persona. Aquesta decisió es pot tirar enrere en qualsevol moment.

*Article 6.1. Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hi hagi donat el seu **consentiment específic i lliure** i n'hagi estat informada prèviament, d'acord amb el que estableix l'article 2.*

*Article 6.4. En qualsevol moment la persona afectada pot **revocar lliurement el seu consentiment**.*

Tots els drets reservats. Qualsevol forma de reproducció, distribució, comunicació pública o transformació d' aquesta obra podrà ser realitzada sempre i quan es citi la font i l'enllaç d'aquesta.