

Conversando entre parteras

Boletín Nº 26, primavera 2000



**Grupo Ticime, A. C.
Documentación, Red y Servicios de Partería**

Índice

Editorial	2
Buzón	3
Informando	
Beneficios de los masajes en el embarazo y parto	4
Nueva casa de curación	4
Entre parteras	
El piquete en el banquillo de los acusados	5
Cómo me hice partera	7
Parteras urbanas	7
Expulsivo en posición vertical	9
Entre madres	
Nuestro derecho a soltar	10
Los médicos hablan	
Vigilar y esperar, esperar	11
Al equipo médico: la voz de una mujer	12
Nutrición y algo más. Ácido fólico	13
Recetas, trucos y demás	13
Alrededor del mundo	
Partería en Holanda	14



Parto I

Conversando entre parteras
Año 8, núm. 26,
primavera 2000

Editorial

Queridas amigas y lectores de **Conversando entre Parteras**:

Este año se habla más de partería en México. Han aparecido tres entrevistas en torno a las vivencias de tres sectores distintos de parteras. Las voces de doña Hermila Diego sobre la herbolaria medicinal y la partería indígena; la de Marianne Dietiker quien habla por las parteras urbanas del Distrito Federal, y la de Nadine Goodman, refiriendo los obstáculos que ha tenido que salvar para el establecimiento de la primera escuela para parteras profesionales en México.

En ese marco está la puesta en marcha de un viejo proyecto de Ticime, la Posada de Nacimiento, localizada en el barrio de Atongo, en Tepoztlán, Morelos. En la casa que alberga la Posada estuvo por más de doce años la Clínica Popular, cuya fundadora, la partera Patricia Kay se convirtió en nuestra maestra.

Sus directoras son Lucila García Sánchez, licenciada en enfermería y obstetricia egresada de la UNAM y dedicada desde entonces a ver por la salud de las mujeres tepoztecas y Paulina Fernández actual representante de la Alianza de Parteras de América del Norte (MANA) sección México, quien recibió su entrenamiento y certificación en la Maternidad La Luz de la ciudad fronteriza de El Paso, Texas, en donde un 98% de las mujeres que demandan atención son mexicanas.

Alina Bishop y Claudia Crevenna, educadoras perinatales y asistentes de parteras se encargan de las actividades educativas y los enlaces de la posada con las comunidades rurales así como con parteras amigas del estado de Morelos. Ticime, en colaboración con los Servicios de Salud del estado de Morelos, apoyará a las seis comunidades rurales del municipio, y a mujeres de Cuernavaca.

Mientras tanto en la ciudad guanajuatense de San Miguel de Allende, la primera generación de la Escuela de Partería de CASA, primer programa técnico profesional con registro de la Secretaría de Educación del estado, se graduará en junio del presente año.

Sigamos fortaleciendo esta red de parteras y que, a la manera que decían las parteras que nos antecedieron (las *Ticime*), en cada poblado, en cada colonia, la mujer en busca de ayuda siga escuchando el eco: «Aquí estoy yo, aquélla que llaman partera». Ustedes, quienes hoy leen el boletín, son quienes pueden hacer crecer esta red.

Laura Cao-Romero



Querido Buzón

Querido Buzón:

Hoy terminó un ciclo de talleres que Sebastiana y yo organizamos con las parteras de la región de los Altos en Chiapas, la mayoría de ellas monolingües tzotziles. Son unas mujeres muy valiosas y muy sensibles. El siguiente mes las visitaremos con el fin de apoyar que ellas comparten lo que hicieron en los talleres con sus comunidades.

Ayer, 24 de febrero de 1999, fuimos a hacer una visita al Hospital Regional de la Secretaría de Salud. Nos recibieron bien, muy amables. Las parteras fueron informadas sobre los servicios y los costos de la atención del parto, cesárea y la promoción de los métodos anticonceptivos de manera gratuita.

Sorpresivamente las parteras hicieron varias preguntas: ¿Por qué no había traductores? ¿Por qué la operación de salpingoclásia no costaba y el parto sí? Pidieron un buen trato y hablaron de sus malas experiencias previas en su visita como pacientes.

Durante el recorrido encontramos un letrero grande en la sala de espera que daba varios consejos sobre lactancia, vacunas etcétera y un mensaje que decía: «venga a atender su parto en el hospital, no vaya con las parteras que no saben». En ese momento no dijimos nada a las parteras, pero hemos pensado hacer una carta al director del hospital solicitando que lo retiren.

Al finalizar las parteras nos mencionaron que estaban muy satisfechas con los talleres ya que son muy diferentes a los que dan en la Secretaría de Salud. Entre sus testimonios dijeron:

—Los talleres de la Secretaría hacen más énfasis en la planificación familiar.

—No hablan sobre la violencia hacia las mujeres, ni sobre nuestros derechos.

—Nos sentimos presionadas por parte de los médicos y enfermeras para promover los métodos de planificación familiar.

—Ha habido amenazas con cerrar las clínicas y dejar de traer medicamentos si no aceptamos los métodos anticonceptivos.

Por otro lado, en relación a su participación en un foro de parteras dijeron que les interesaría mucho conocer a otras parteras de otras regiones y saber cómo trabajan, intercambiar sus experiencias, conocimientos y necesidades. Dar a conocer que hay muchas parteras que están trabajando en Chiapas.

María Jiménez, una partera, comentó que a su comunidad no llegan los médicos, solamente hay dos enfermeras en la clínica que no atienden bien y hacen esperar mucho tiempo a la gente cuando va a consulta.

Ellas sienten que su trabajo es muy importante porque no hay médicos en las comunidades para atender los partos, menos en caso de una emergencia. Nos hablaron de las condiciones en las que trabajan y no creen que los médicos lo pudieran hacer igual. Ellas participarán en el foro que estamos organizando en Chiapas para abril.

Dra. Laura Miranda
cmsrch@mundomaya.com.mx
Comité por una Maternidad
Voluntaria y sin Riesgos en
Chiapas



Oración para quien cosecha plantas con fines curativos

Mejorana, amada amiga mía, gracias por compartir este espacio conmigo. Vengo a pedirte que me ayudes a confeccionar un remedio. Sé que tu poder físico es grande, pero tu espíritu es más grande todavía. Al yo seleccionar las hojas y flores de tu cuerpo, concédeme que éstas lleven de tu voluntad sanadora, de su espíritu sanador. Con profundo agradecimiento recibo de tus bendiciones, en el nombre de Jesús Cristo. Amén.

Maria Benedetti. Bendiciones botánicas para Boriquén en el 2000. Orocovis, Puerto Rico.

Informando

Informando

Informando

Beneficios de los masajes en el embarazo y parto

El masaje perineal durante el embarazo ayuda a prevenir algunos desgarros, cesáreas y utilización de fórceps u otros instrumentos durante el parto, según demostró una investigación del Instituto de Entrenamiento en Masaje de Potomac, EUA.

La embarazada y su pareja pueden ponerlo en práctica. Utilizando un aceite natural, se masajea el periné y la entrada de la vagina, lo que le permite mayor flexibilidad a la hora del nacimiento.

En el estudio se comprueba nuevamente que las mujeres que reciben apoyo de las parteras o de doulas (acompañantes) tienen partos más cortos, así como menores tasas de uso de anestesia epidural y cesáreas.

Igualmente, el equipo de investigación demostró que un porcentaje menor de recién nacidos experimenta sufrimiento fetal y requiere de una unidad de cuidado neonatal intensivo.

El artículo, publicado en la revista *Alternative Therapy Health Med* de enero del 2000, revisa la literatura más reciente sobre el tacto como recurso durante el trabajo de parto y nacimiento desde el punto de vista de la pareja, las enfermeras, parteras y doulas. Demuestra que las mujeres que reciben masaje de sus parejas tienen partos más cortos, y otros beneficios de contar con una acompañante profesional durante el trabajo de parto y nacimiento.

Nueva casa de curación

Después de 49 años de promover la salud entre las comunidades oaxaqueñas y atender a enfermos o embarazadas, la partera Enriqueta Contreras inauguró su casa de curación en San Francisco Tutla en las afueras de la ciudad de Oaxaca.

El 25 de marzo Doña Queta, como es conocida, reunió a personas cercanas para celebrar la consolidación de este espacio cuyo objetivo es la atención de personas de escasos recursos, curación, limpia, atención de mujeres embarazadas y seguimiento prenatal.

Enriqueta Contreras, nació en la comunidad de Benito Juárez, municipio de Chatao en Ixtlán de Juárez en Oaxaca. Ha sido promotora en las comunidades de todo el estado en apoyo a instituciones como el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto Nacional Indigenista (INI). Como partera ha dado conferencias y talleres en diversos países ante personal de salud, particularmente educadoras perinatales.

Imparte talleres sobre medicina tradicional tanto en las comunidades como a profesionistas y, por supuesto a parteras, tanto en México, como en Norte y Centroamérica.

II Conferencia Anual de Parteras

Esta es la primera llamada para la séptima edición de la reunión de parteras en México convocada por la Alianza de Parteras de América del Norte (MANA) que en 1999 reunió a más de 300 parteras de todos el territorio mexicano y a colegas estadounidenses.

Este año se realizará en la ciudad de San Luis Potosí con el apoyo de organizaciones e instituciones locales y el tema "Mitos y Realidades de la Partería".

La fecha: 24 y 25 de junio

Mayores informes con Paulina Fernández en Cuernavaca al teléfono (01-73)11-33-58 o al correo electrónico paulinaf@mps.net.com.mx



Entre parteras

El piquete en el banquillo de los acusados

Una mirada a la episiotomía*

Mayela Rodríguez Lobo
Periodista costarricense

Para Sonia, Vilma, Carmen y miles de mujeres más, el piquete, conocido como episiotomía en lenguaje médico, se ha convertido en la pesadilla del dar a luz en un hospital. Ellas, como muchas otras mujeres, sufrieron las secuelas, muchas veces irreversibles que se desprenden de esta práctica obstétrica.

«Yo tengo cuatro hijos, y en todos me hicieron piquete. Pero con el segundo me fue malísimo. Me desgarré hasta el recto, se me infectó y se me abrieron los puntos. Duré más de 40 días para sanar. Después la cicatriz molesta mucho y ya uno no queda igual», afirma Sonia, una mujer de 40 años.

Penada en Estados Unidos si se hace sin el consentimiento de la mujer, la episiotomía se encuentra actualmente en el banquillo de los acusados y cuestionada por muchos médicos. Con un estudio titulado *Beneficios y riesgos de la episiotomía*, el doctor Carlos Castro Echeverri, especialista en ginecología y obstetricia, enfrenta a la comunidad médica, proponiendo la necesidad de eliminar dicha práctica por innecesaria y obsoleta. Para el doctor Castro, uno de los «dogmas» que se adquieren en la escuela de medicina es que la paciente tiene mayor riesgo de sufrir un desgarro al momento del parto, si no se le realiza una episiotomía (piquete), pero estudios realizados durante los últimos 15 años demuestran lo contrario.

Doctor Castro ¿puede usted explicarnos en qué consiste la episiotomía?

R. La episiotomía es la incisión que se hace en el periné, entre la entrada de la vagina y la nalga o el ano. Hay varios tipos, pero las más difundidas son la media o la medio-lateral. En Costa Rica y en la mayor parte de América Latina y Europa, se practica la medial-lateral, que es de un lado de la vagina orientada hacia la nalga.

La episiotomía es una práctica de rutina en los hospitales de este país. ¿A partir de cuando se estableció como tal?

R. La historia se remonta a principios de este siglo. A partir de 1920 empieza hablarse de la episiotomía y el doctor De Lee, uno de los padres de la obstetricia moderna, adopta este procedimiento en 1940 y se populariza en los Estados Unidos. De allí se difundió al resto del mundo. La mayor parte de los médicos en Costa Rica, nacieron a la vida profesional con esta reforma que ya tiene más de 50 años.

Si es una práctica de rutina en los hospitales debe ser porque aporta beneficios para la mujer parturienta ¿cuáles son esos beneficios?

R. Según el conocimiento actual ninguno y no es necesaria en ningún caso. Los suecos y daneses que son los que más la han estudiado, han sacado mucha literatura argumentando que los desgarros pueden prevenirse sin la episiotomía. También afirman que uno de los riesgos más importantes para que la paciente presente un desgarro, es precisamente realizarle una episiotomía. De los más de 150 artículos que obran en mi poder, tal vez diez apoyan esta práctica. Actualmente hay una tendencia a disminuir su uso y no sólo a disminuirlo, sino a recomendar su eliminación.

¿Cuáles son los riesgos más frecuentes y más graves de una episiotomía?

R. Lo más frecuente es que el piquete se prolongue. ¿Esto que quiere decir? Que ese piquete que normalmente puede ser de dos centímetros, se abra más y continúe hasta la parte de adentro de la vagina. Y el riesgo más grave es que se prolongue hacia afuera, hacia el recto. ¿Por qué? Porque los problemas de recto son muy difíciles de reparar y las pacientes pueden quedar con incontinencia parcial para heces y algunas veces tienen que andar con pañales desechables el resto de su vida. Afortunadamente ésto no es tan frecuente aquí, por el tipo de incisión que se hace, pero tiene otros inconvenientes.

Las pacientes a las que se les realiza episiotomía, ya en-

tran con un desgarro quirúrgico de segundo grado. Un desgarro de tercer grado es cuando se lesionan las fibras del esfínter anal, y de cuarto grado cuando se abre el recto. Esto es muy grave y sólo puede resolverlo un especialista en cirugía colo-rectal. Hay algunos estudios que demuestran que en las pacientes con episiotomía, estos desgarros tienen una incidencia hasta de un 7% mientras que en pacientes a las que no se les realiza la episiotomía este tipo de desgarros tienen una incidencia del 5%.

Además de los efectos muchas veces graves e irreparables que usted mencionó anteriormente ¿cuáles otros efectos secundarios conlleva esta práctica?

R. Produce un mayor sangrado en las pacientes, lo que es problema grave en casos de desnutrición. La episiotomía medio-lateral, tiende a producir una cicatrización imperfecta, porque se lesiona músculo; más dolor después del parto y por lo tanto más necesidad de analgésicos los cuales no están exentos de riesgos; en algunas ocasiones dolor con las relaciones sexuales después del parto; hematomas, mayor riesgo de infección, más hinchazón, riesgo de que se abran los puntos, las pacientes se quejan de dificultades para orinar, para defecar, para sentarse, para caminar, para atender a su hijo. Definitivamente, es traumático, doloroso, difícil y produce muchas complicaciones a mediano plazo.

Si esta práctica obstétrica conlleva más riesgos que beneficios ¿por qué se sigue practicando en forma rutinaria en Costa Rica?

R. Las normas de atención del parto en Costa Rica están totalmente desactualizadas pero siguen vigentes y son de aca-tamiento obligatorio. Dichas normas dicen literalmente: «Se practicará episiotomía en pacientes primigestas, en pacientes con episiotomía previa y en todas aquellas pacientes que se considere necesario para prevenir desgarros. Se hará medio lateral y la realizará el médico, la enfermera obstetra, el médico interno y el estudiante del postbásico materno infantil». En resumen, hay que hacerla siempre, aunque la paciente tenga nueve hijos. Sin embargo, después de la campaña que hemos empezado ya no se le hace a todas.

Las Recomendaciones Generales de la OMS sobre los derechos de la embarazada (Brasil, 1985), prácticamente prescriben la episiotomía sistemática. Lo anterior demuestra que las recomendaciones de dicho Organismo, en este punto en particular, no son tomadas en cuenta en Costa Rica. ¿Por qué?

R. No sé. En Costa Rica, siete años después de que la OMS emitió esas recomendaciones, se publicaron unas normas en las que se obliga, no sólo a las primerizas, sino a todas las pacientes a practicarse la episiotomía. Estas normas son generadas por el Ministerio de Salud y la CCSS.

Las recomendaciones de la OMS dicen que la episiotomía sistemática no se justifica en absoluto, y yo le voy a decir aún

más, no hay ningún estudio que demuestre que un médico, por más experiencia que tenga, puede predecir cuando se va a producir un desgarro. Los desgarros no se pueden predecir, y por lo tanto la episiotomía no se justifica para prevenir desgarros, porque también se utiliza para poner fórceps, que se ponen cada vez menos.

Al ser una norma hospitalaria, la mujer no es consultada cuando se realiza una episiotomía: ¿no está esta actitud lesionando uno de sus derechos en salud, el derecho a trato digno y respetuoso a su cuerpo?

R. Bueno, eso es algo que yo he discutido. En este momento hay un vacío legal al respecto, y practicarla o no, queda a criterio del que atiende el parto. Dentro de la cultura estadounidense esto está muy claro y dicen: «contrario a la creencia general, que la paciente ingrese a una maternidad para su parto no implica consentimiento para una episiotomía.» En este país, si el o la que atiende el parto no hace el pique y la paciente tiene un desgarro que involucró recto, es a esa persona a la que sancionan. ¿Por qué? Porque es una norma. Yo no hago episiotomía a mis pacientes, porque para mí, en este momento no es ético ni moral y peor aún, voy a infringir un daño.

¿Cómo ha tomado la comunidad médica su iniciativa?

R. Ahorita la opinión médica esta dividida. Los médicos más experimentados creen que tienen la capacidad suficiente para predecir un desgarro. Otros argumentan que el pique disminuye el riesgo de que el piso pélvico (vejiga, útero y recto) se salga. Pero ya sabemos que eso ocurre por otros mecanismos y no es por la protección que supuestamente ofrece la episiotomía

Yo he logrado que algunas personalidades de este país me presten oídos y ya se manifestaron con las autoridades médicas. Creo que estamos ganando terreno, sobre todo con la gente joven.

Así las cosas: ¿no cree usted doctor, que debe hacerse una labor de educación y conscientización a la mujer y a la población en general?

R. Sí. De hecho yo he estado haciendo una labor de conscientización, es una labor de hormiga. En enero de este año expuse este mismo tema en un congreso de ginecología y obstetricia en Quepos; también lo expuse en el Hospital Calderón Guardia, donde tuve una muy agradable discusión y, últimamente, lo hice en las Jornadas de Ginecología y Obstetricia, organizadas por la Asociación de Ginecología y Obstetricia, en junio de este año. También tenemos el deber de educar a las pacientes al respecto. Eso es muy importante, porque una paciente bien informada acarrea menos problemas para ella, para su salud y para la salud de su hijo.

* Publicado el 8 de agosto de 1999 en la Revista Dominical, San José, Costa Rica.



Cómo me hice partera Atendiendo a las madres en el refugio

Partera Lucía Ramírez
San Juan Guailá, Guatemala

Empecé a ver los nacimientos como a los 15 años. Yo solamente miraba a mis abuelas y como antes no había enseñanza aprendí sola. Ahora yo tengo cuatro hijas y tengo que enseñarlas como parteras.

Llegamos a Chiapas refugiadas de Guatemala en 1981. Aquí hay muchas parteras mexicanas, hay amistad. Su gente me manda chamacas.

La gente llega conmigo a veces cuando estoy comiendo, y ahí voy. Yo he levantado chamacos

de todo tipo. He levantado gemelitos y otros que vienen de culito. No vienen de cabeza, va una a sacar sus piecitos y viene todo.

También he levantado bebés que parecen muertos y hay que luchar para que la mamá saque la placenta y los chamaquitos vivan.

Lo que más nos hace falta son materiales para lavar a los niños, sábanas para atender los partos, focos, capas para ir atender los partos a la medianoche.

Parteras urbanas*

Guadalupe Pereyra
Periodista, México

Marianne Dietiker no sólo logró hacerse amiga de unas mujeres singulares, en cuya actividad se inspiró para obtener su maestría en antropología social en torno a las parteras urbanas. Fue una investigación ardua en ocho colonias del Distrito Federal, pertenecientes a la delegación Álvaro Obregón. Se enteró de las condiciones en que estas mujeres realizan su trabajo, de cómo son víctimas de la coerción por parte de la policía para quien no tiene mucha importancia y legalidad el que cuenten con permisos, títulos y los demás requisitos que les exigen para practicar su oficio.

Marianne cuenta su experiencia:

«Cuando preguntaba ¿dónde están las parteras?, la gente me decía que ya nadie acudía a las parteras, iban a clínicas u hospitales. Insistí, pues sabía que gente de provincia conservaba la tradición, así fue como logré contactar a 20 parteras. Eso tomó su tiempo porque no abiertamente se daban a conocer como parteras. Ellas lo negaban diciendo que ya no lo practicaban porque estaban viejas, que sus hijos ya no les

dejaban trabajar. Y eso no era más que un pretexto pues después me confesaron que les enviaban de la delegación a personas para ponerles trampas. O llegaba la policía y les exigía dinero. Cuando me gané su confianza fue como pude estar presente en sus consultas, incluso asistí a algunos partos.

¿Cuál fue el objetivo de tu tesis?

Definir a partir de qué las parteras construyen su identidad. Descubrí que estas mujeres están en conflicto con la medicina hegemónica, su mismo grupo de mujeres las ocultan, están inmersas en relaciones de poder. Tienen una identidad oculta construida frente a la sociedad mexicana que discrimina los valores naturales del parto atendido en casa y de los médicos que dicen 'esas parteras no saben nada, solamente soban, se les mueren los niños'. Lo anterior da como resultado un ambiente de rechazo y discriminación.

¿Todavía se utilizan los servicios de las parteras?

-Sí, y mucho. Acuden mujeres de provincia que no le

tienen confianza a los médicos. Combinan tradición con modernidad, ya que algunas también van con el médico.

Pero la partera es como una terapeuta. Les preguntan sobre problemas de la casa, cómo se relacionan con su suegra, les dan consejos para que estén presentables y no sean fodongas. También lo hacen por motivos de fertilidad. Una paciente llegó con una partera después de sus idas infructuosas a Houston y a Nutrición y nada. Ésta le preguntó: "¿qué quieres, niña o niño?" Hizo que la paciente acudiera en compañía de su marido y le dijo a él: "si le quieres hacer un hijo, ella tiene que tener primero el orgasmo". Figúrate, ella inicia así una relación sexual muy a favor de la mujer. ¡Claro!, ellas frente a los médicos tienen una relación de competencia, pero ellas sí saben. No es solamente sober como ellos dicen.

¿Cómo definirías a estas mujeres?

Son muy inquietas, con grandes habilidades; por lo general son madres de más de 10 hijos, y la mayoría se casó porque en su clase, en su comunidad no tener marido es no ser nada pero, curiosamente, ellas no construyen su identidad a partir de las parejas, sino a partir de su trabajo, construyen su identidad a partir de las relaciones de poder, pero no como víctimas, no obstante que esos maridos en general son borrachos, haraganes y mujeriegos. La mayoría acudió a lo que consideran un don, principalmente por hambre, actividad que las ubica en relaciones de poder en su comunidad. Aprendieron del oficio de sus abuelas, madres o tomando cursos en hospitales. Son mujeres ávidas de saber, si hubieran tenido oportunidad hubieran sido doctoras. Salir de la extrema pobreza es la motivación principal de hacerse parteras; algunas se ubican como afanadoras en hospitales que con el tiempo terminan siendo ayudantes de los médicos. Las acreditadas atienden a un promedio de 60 a 100 partos al año, lo que médicos consideran «partos de riesgo», para ellas no existen tales riesgos, porque con sus manos hacen maravillas. Entre ellas está el dicho: «el doctor usa el cuchillo para engordar el bolsillo». Ser parteras es aprender un trabajo cultural, por eso tardan tanto aprendiendo. Cobran entre 300 y mil pesos.

¿Cuál es su situación legal?

Muy ambigua. Se supone que la jurisdicción de salud tiene registradas a las parteras, deben tener licencia o título, pero éste no tiene ninguna validez a la hora de enfrentar a la policía, quien les llega con

amenazas acusando a sus hijos de que portan marihuana, que atienden abortos y les sacan dinero. Lo de los abortos para ellas es un absurdo pues consideran que lo que tienen es el don de la vida, por eso no aceptan abortos. «El don, dicen ellas, es la seguridad que tengo en mis manos de recibir la vida, en las manos hay mucho calor». ¡Claro!, sin la divinidad no pueden recibir la vida, así dicen ellas. Cada una tiene sus estrategias para cuidar sus espacios de trabajo.

De origen suizo, radicando en México desde hace años, pues llegó al país cuando tenía 23 años de edad para trabajar en comunidades indígenas, Marianne Dietiker empleó dos años en la realización de su tesis, misma que estructuró con las citas de las 20 parteras, incluyendo breves análisis.

¿Cuáles son los puntos que las parteras necesitan definir con las autoridades?, ¿qué fue lo que ellas solicitaron durante tu investigación?

Principalmente que se aclare la situación legal de trabajo de las parteras urbanas para evitar coerción de policías. Quieren que se propague el parto natural como alternativa a las cesáreas innecesarias en los hospitales.

Conscientizar a las mujeres que pueden optar por diferentes maneras de atender sus partos: en casa con partera o en casas para parturientas asistidas con partera y médico. Crear la carrera de partería con un plan de estudio con título reconocido nacionalmente; que se impartan cursos de partería que se basen en las necesidades de las parteras investigando primero lo que a ellas les hace falta aprender y lo que saben, enseñarlo en un diálogo entre médicos y parteras. No se deben impartir cursos de manera autoritaria y vertical según la cual, los médicos saben todo y las parteras no saben nada.

Finalmente, Marianne Dietiker recomendó delimitar claramente los derechos y las obligaciones de las parteras, pues eso, actualmente, todavía es muy ambiguo.

* Publicado en el suplemento *Equis Equis* de la Comisión Nacional de la Mujer (Comujer).

Agradecemos infinitamente a Narciso Cos, Fernando Islas y Beatriz Caballero de CELPAP por su valiosa colaboración al obsequiarnos el papel para este boletín y al Grupo Editorial Pax por su apoyo en la impresión y encuadernación.

Grupo Ticime, A. C.

Expulsivo en posición vertical

Datos y recomendaciones*

Partera s Hanneke Rota, Holanda

Cristina Oudshoorn, Holanda

Laura Cao-Romero, México, D. F.

¿Cómo dan hoy a luz las mujeres en comunidades rurales? ¿Cómo funciona la fuerza de gravedad? Si pensamos en ésta, podemos considerarla un primer elemento que favorece el periodo expulsivo en posición verticalizada (es decir, parada, sentada o en cuclillas).

Cuando la mujer está en cuclillas los tendones de la corva están estirados al máximo y son como un resorte para los huesos isquiones. Esto resulta en un ensanchamiento inferior de la pelvis en un 30 por ciento. En un banquillo para parir la pelvis se ensancha sólo un poco menos.

Ponerse en cuclillas disminuye la necesidad de usar oxitocina, fórceps o practicar una cesárea debido a la ampliación de la pelvis, según un estudio de J. Golay y otros en 1993. El estudio destacó también que en primíparas los partos en cuclillas duraban alrededor de 23 minutos menos que en otra posición y 13 minutos menos para las multíparas.

En cuanto a la presión uterina y la fuerza de las contracciones, un equipo japonés dirigido por S.Z. Chen y otros determinó que aunque la posición no influye en la intensidad de las contracciones, la presión uterina después de la contracción es más alta y efectiva que en la posición horizontal.

El reflejo de pujo es más fuerte en la posición vertical y el dolor en la espalda baja o sacral disminuyó hasta en la mitad cuando estaban sentadas.

La premisa médica para atender el parto cuando las mujeres están acostadas es que así se puede controlar el parto y prevenir desgarros. Sin embargo, un estudio de R. Olson, quien estudió 335 partos en ocho años encontró que en primíparas no había diferencias para desgarros por la posición aunque en multíparas encontraron menos desgarros en la posición media sentada que en la horizontal.

Un estudio de 1995 en Amsterdam, Holanda, corroboró lo anterior. Además destacó que las mujeres sienten que dirigen sus partos cuando no las obligan a estar acostadas. Se sienten menos pasivas e impotentes.

Algunas recomendaciones

Para una mujer con dilatación cervical completa, si no siente aún deseo de pujar, debemos promover que no cambie a la posición que le incomode menos, tome una ducha o regaderazo, así como esperar siempre hasta que ella tenga deseos espontáneos de pujo.

Al comenzar el periodo activo de expulsión, la cabeza del bebé deberá estar a nivel de suelo pélvico (nivel inferior de espinas isquiáticas) y con la cabeza en posición occipito-anterior (de coquito). Ella deberá pujar exclusivamente durante la contracción (puede ser dos o tres veces en cada contracción). Entre una y otra la parturienta debe respirar normalmente para que ella y el bebé reciban oxígeno.

Si la cabeza del bebé está coronando, se recomienda igualmente esperar el pujo espontáneo y entonces recordarle que respire. Es importante mirarla a los ojos para guiarla y brindarle confianza de que lo hace bien.

Al momento de que la cabeza surge, debemos permitir que nazca con suavidad durante una o dos contracciones y checar que el bebé no tenga circulares apretadas de cordón. Si este fuera el caso, tenemos que pedir a la mujer que se acueste y entonces proceder a pinzarlo y cortarlo.

En el nacimiento, es importante guiar la cabeza y el cuerpo con ambas manos, hasta que todo el cuerpo surja, tras lo cual secamos al bebé comenzando por la cara.

Si considera necesario, como en el caso de líquido amniótico con meconio, aspiraremos boca y nariz cuando el bebé aun esté en periné.

Finalmente, sólo recomendamos la episiotomía cuando en una mamá primigesta, el bebé venga en posición cefálica posterior (de carita), o de nalgas en cuyo caso debemos esperar hasta que la cabeza esté coronando antes de realizarla. En caso de que venga sentado o de pies, esperaremos hasta que la escápula aparezca.

* Estas recomendaciones están apoyadas tanto en experiencias propias de las autoras, como en una serie de estudios científicos de diversas partes del mundo. La omisión de algunas fuentes es para dar fluidez al texto, por lo que para mayor información suplicamos se dirijan a Ticime.



Entre madres

Nuestro derecho a soltar



El parto es mucho más que un acontecimiento biológico. Cuando un bebé nace, a su alrededor se dan circunstancias y actores más —o menos— conocidos para la madre y personas allegadas. Esta experiencia crítica para cualquier persona y única para el que nace, como cualquier otro hecho vital, se puede vivir con gozo, con temor, con herramientas o como una víctima de las circunstancias.

A diferencia de la mayor parte de los protocolos de atención médica y normas de atención hospitalaria, los manuales de parteras tienen cuidado de señalar el efecto de las circunstancias y el ambiente sobre la parturienta.

Por ejemplo, el manual autodidacta de la Fundación Hesperian, Un libro para parteras de Susan Klein, además de explicar que el sangrado o la presión elevada son riesgos y su manejo, contiene un apartado en el que recomienda proteger el parto.

Proteger el parto puede ser sencillo si la madre, su pareja y el equipo de atención están conscientes de que ella y el bebé protagonizan, que son el centro de la experiencia. Para proteger el parto, el manual recomienda alejar personas o cosas que inquieten o molesten a la mujer en trabajo de parto. Ella decide de quien se queda y quien se va.

Dos parteras estadounidenses, Rahima Baldwin y Terra Palmarini, constantemente se refieren a la energía del parto. Ésta aparece, au-

menta, baja y frecuentemente se bloquea, sin explicación aparente.

Cuando esto ocurre, explican en su libro *Vive plenamente tu embarazo*, es posible que al final del trabajo de parto, cuando todo está listo para que el bebé nazca, las contracciones se detengan. Si ocurre en un hospital, muy probablemente terminará con el uso de oxitocina y/o una cesárea.

Sin embargo, cualquier partera con experiencia puede percibir el avance del trabajo a través de la energía, y cualquier persona que ponga atención y dedique unos minutos a la mujer en trabajo de parto —empezando por ella misma— podría sondear las causas que detuvieron el proceso.

Baldwin y Palmarini recuerdan que: "No tienes el control del trabajo de parto, pero sí de ti misma. El control en este sentido significa libertad para decidir como responder a una situación".

Para que la energía del parto fluya, recomiendan canalizar el amor al bebé o a la pareja y verbalizar, sin temor, cualquier opinión o duda. Algunos sonidos como "Oh, ah" permiten la apertura al ser vibraciones profundas. Hay que soltar la voz, la pelvis, el alma.

Hay que abandonarse en algún momento hacia el final del parto, dicen, de la misma forma que nos abandonamos para sentir un orgasmo. No hay orgasmo si no perdemos el control.

El manejo de la energía del parto y la psicología materna están científicamente documentados. Pero también, en los grupos humanos donde los bloqueos ponen en riesgo mortal a la madre o al bebé, el conocimiento tiene también un aval de la experiencia y la cultura.

Así, aunque cualquier partera preguntara a la señora si tiene alguna tristeza o problema, existen ritos más elaborados de los que podemos aprender: en algunas sociedades africanas, escribe la antropóloga inglesa Sheila Kitzinger, ante un parto difícil, las mujeres son invitadas a confesar sus pecados y en Nueva Guinea, el esposo y la esposa son exhortados a sacar cualquier enojo que sienta el uno contra el otro. Soltar es la clave: el cuerpo, la culpa, el miedo o el secreto.

Alrededor de cada parto está la historia de una mujer. No importa como haya sido ésta, el nacimiento de un hijo, sea el primero o el cuarto, es una oportunidad para mirarse, contrario a lo que se nos ha enseñado, en el que podemos pedir, gritar, ser malas y también groseras.

No hay una forma correcta de parir, insisten varios autores. Tampoco hay una forma de ser mujer. Y al parir, lo único correcto es pedir respeto y apoyo a las decisiones de quien está pariendo. En su parto y en su vida, ella es la única especialista.

Los médicos hablan

Vigilar y esperar, esperar

Lo que tenemos que hacer los obstetras es diagnosticar, vigilar y esperar, esperar, esperar, esperar... Todo se va echar a perder si se apresura. No querramos cambiar un parto normal en un parto complicado.

"Nos hemos deshumanizado", dijo el doctor Herrera Lugo, organizador del Curso de Actualización de la Asociación Veracruzana de Ginecología y Obstetricia en sus palabras de apertura el pasado 29 de enero en el puerto de Veracruz.

"Nuestro objetivo no es enseñarles a atender partos, sino compartir experiencias y hacer algunas reflexiones."

En su oportunidad, el doctor Pérez Fuentes, médico militar residente en la ciudad de México dijo que "se debe propiciar la deambulación alternada con reposo en décubito (acostadas), respetando sobre todo las posiciones que la embarazada deseé utilizar. Hay que saber valorar a una mujer y a su bebé."



Foto ONU

"Lo segundo es tener calidez, imaginar que se trata de un familiar, explíquenles lo que va a pasar. Hay que establecer un vínculo, no ser agresivos, hacerla sentir en confianza."

Indicó que al atender el parto, si estorban los velloso públicos, se pueden cortar algunos de los más largos con tijeras y reiteró la necesidad de eliminar o racionalizar las prácticas rutinarias como la inducción y conducción del trabajo de parto normal, o la ruptura artificial de membranas sólo para aprontar el parto. "Tales procedimientos deben hacerse mediante una justificación por escrito".

"Casi en ningún hospital existen procedimientos para la atención de partos normales. Si revisamos los casos, no existen ni partogramas, ni otros registros.

"Por lo que los médicos, dijo, deberán referirse a las normas oficiales de atención sobre el expediente clínico, publicada en septiembre de 1999 (Norma 168) y a la que se refiere a la atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacido, publicada en 1995.

"Estamos haciendo las maniobras para proteger a la mujer pero también para protegernos nosotros, así que por lo menos cada 30 minutos vamos a escuchar el latido cardíaco fetal. Tampoco debemos jalar la placenta".

Al equipo médico: la voz de una mujer

*Paty Long de Ralero,
Instructora de Avatar, Veracruz, Ver.*

Para mí, el momento más impactante en la vida de las mujeres es el alumbramiento. La vida latente que hemos nutrido durante nueve meses se transforma en un ser palpable y real.

El interés principal del personal médico es la salud de la mujer y del bebé. Por supuesto, son un equipo en el que pueden participar los padres, las enfermeras y hasta la familia, pero la protagonista principal es la mujer que está a punto de parir.

Los equipos y aparatos que hoy son comunes ni siquiera eran imaginables hace unos años. El ultrasonido, que nos permite ver a nuestros hijos desde las primeras semanas de gestación, es asombroso. Sin embargo se nos olvida que, al fin de cuentas, somos mamíferos con instintos tales como el de la supervivencia, el apetito, el apareamiento y el parir. A la hora del alumbramiento, lo que una hembra busca es el resguardo, la calma y un lugar donde se sienta segura y protegida.

Hoy en día es más difícil encontrar una situación de calidez y resguardo para la mujer. Las salas de expulsión son frías, despersonalizadas y con mucha luz. En vez de sonidos suaves y las voces de su familia, el bebé escucha voces desconocidas, ruidos de aparatos e instrumental médico.

Por lógica el modo más fácil, práctico y rápido de parir es en cuclillas o de rodillas. ¡Sin embargo, se le obliga a la mujer a parir en una plancha helada, incómoda, en posición horizontal y con las piernas amarradas!

Cuando estuve embarazada por primera vez, conocí a un obstetra bastante mayor quien me preguntó si yo quería parir de forma natural o si planeaba someterme a una cesárea. Como las jeringas me dan pánico, opté por un parto natural.

Después de 24 horas de trabajo de parto, el médico insistió en administrarme oxitocina. Me obligaron a acostarme sobre mi espalda, la posición dónde yo sentía más dolor. Me amarraron unas bandas de monitoreo fetal, a mi bebé le perforaron el cuero cabelludo. No me permitieron sentarme durante más de una hora justo en la etapa cuando más necesitaba de un espacio acogedor, tranquilo, lleno de comprensión y palabras de aliento.

¡Yo estaba excluida del parto! Es increíble que en vez de darme cuenta de que les pagaba a los médicos y enfermeras para ayudar a que yo llevase a cabo un procedimiento natural y trascendental, permití que me confinaran a un espacio incómodo, frío y extraño. Dos enfermeras se prepararon arriba de mis costillas y apoyándose con todas sus fuerzas me sacaron a la cría, estuvieron listas o no. Gracias a eso, tuve moretones de ambos lados de mi tórax durante más de dos semanas.

¿Cómo es que los médicos y enfermeras, con su infinita compasión y comprensión de los humanos, todavía insisten en que estas prácticas continúen?

Durante el segundo parto todavía no tenía mucha información sabía que no quería sufrir todo un día otra vez. Por consiguiente cuando empecé con las contracciones me mantuve en el baño de mi casa caminando despacito y muy calladita durante más de una hora para que mi esposo no me llevara tan pronto al hospital. Esperé hasta que las contracciones tuvieran un intervalo de dos minutos antes de que quisiera lo despertara y le hablamos al médico.

Al igual que durante el parto anterior me sometí a la voluntad del médico y de las enfermeras. Yo quería sentarme en cuclillas y la enfermera no me dejó. Quería caminar y me acostaron. Algo dentro me decía que no era lo correcto pero por el miedo y la ignorancia, me sometí. Cuando llegó el médico ya estaba con más de ocho centímetros de dilatación y me metieron a la sala de expulsión. ¡Revivi la angustia, el miedo, la aprehensión y las enfermeras trepadas sobre mis costillas!

Hace más de seis años me habló mi hermana solicitándome ayuda para su parto en casa y en agua. Pensé que estaba loca y que el bebé se podría ahogar o contaminar con el agua. Mi ignorancia cedió pues me di cuenta de que el rechazo a las cosas desconocidas normalmente se deben a la falta de información. Desde entonces he tenido la oportunidad de estar en algunos partos en hospitales y en casa y he aprendido que cuando la mujer se siente apoyada pare más rápido y con más confianza.

Nutrición y algo más

Acido fólico*

La deficiencia del ácido fólico en el embarazo puede causar cierto tipo de malformaciones congénitas en el bebé (defectos en el tubo neural, como espina bífida y anencefalia) y en la madre ocasiona anemia. Por ello, es importante aumentar el consumo de alimentos con ácido fólico.

Debe advertirse que si los vegetales frescos se almacenan a temperatura ambiente pueden perder, en un lapso de tres días, hasta 70 por ciento del ácido fólico que contienen. Lo recomendable es comprar solamente las cantidades que se puedan consumir de inmediato, para evitar el almacenamiento prolongado.

Sin embargo, si requiere guardarlos, colóquelos en bolsa de papel de estraza y manténgalos en la caja de verduras del refrigerador. Si no reciben aire ni luz, las pérdidas serán menores.

El procesamiento de los alimentos puede reducir el contenido del ácido fólico. La cocción de los vegetales destruye hasta la mitad de este nutriente y el recalentado aún más.

El ácido fólico es más resistente al calor en medios ácidos, por ejemplo, cuando la cocción se realiza con un poco de vinagre, jugo de limón, jitomate o tomate verde (la vitamina C ejerce un efecto protector del ácido fólico).

También es recomendable cocer los vegetales el

menor tiempo posible y de preferencia al vapor. De otra manera los folatos pasan al agua de cocción y son destruidos por el calor.

Contenido de ácido fólico en algunos alimentos:

Alimentos:	microgramos
Hígado de pollo (1 pieza)	45 gr 332
Hígado de res (1 bistec mediano)	90 gr. 223
Jugo de naranja (1 vaso)	250 ml. 272
Garbanzos (1 plato) cocidos (30 g)	crudas 167
Lentejas	130
Espinacas (media taza)	90 gr. 126
Habas (1 plato) cocidas (30g)	crudas 127
Frijoles (1 plato) cocidos (30 g)	crudos 118
Acelgas (media taza)	90 g 81
Lechuga Romana (2 hojas)	50g 68
Elote (media pieza)	62
Chícharos (media taza)	90g. 59
Brocoli (media taza)	75 g 53
Naranja (media pieza)	180 g 54
Coliflor (media taza)	60 g 40
Col de Bruselas (media taza)	65g 40
Aguacate (un cuarto de pieza)	60g 37
Cacahuate tostado (3 cucharadas)	25 g 36
Huevo (uno)	50
Almendras (dos cucharadas)	30 g 29
Col Blanca (media taza)	50 g 29
Melón Valenciano (1 rebanada)	100 g 17
Yoghurt semidescremado (medio vaso)	125 g 14
Hojuelas de avena (3 cucharadas)	30 g. 10

* Comité por una Maternidad sin Riesgos en San Luis Potosí.

Recetas, trucos y demás...

*Partera Enriqueta Contreras
Oaxaca, México*

Es importante que estemos cercioradas del curso normal del parto y de las contracciones, checar que el pulso y la presión de la mamá estén bien, así como que el bebé de cabeza y su frecuencia cardíaca sea normal.

Cuando la mujer llega a siete centímetros de dilatación o a la etapa de transición, podemos recomendarle a la señora un tecito de Cuanasana o Prodigiosa. Sirve para ayudar a abrir los huesos de la pelvis y que el dolor sea más intenso a medida de que el bebé poco a poco se desprende.

Sólo se da cuando se está seguro que todo el proceso de parto ha sido normal y sin ninguna complicación. Cuando aumenten las contracciones recomendamos a la mujer respiración profunda, permitirle descansar para que pueda oxigenar al bebé.

Para prepararlo:

En un cuarto de litro de agua hirviendo se agrega lo que agarren tres dedos de Cuanasana al agua hirviendo y entonces lo tapamos para que repose por cinco minutos. Después se lo damos lo más calientito que se pueda sin dulce.

Para dar energía a la mujer al inicio del parto*

Una vara de canela
10 clavos
una raíz de jengibre
una ramita de verbena.

Se cuecen a temperatura media en un litro de agua. Se apaga el fuego y se deja reposar 10 minutos. Después se diluye medio vaso de la cocción con medio vaso de jugo de naranja.

* Protocolos de Herbolaria del equipo de parteras en la Unidad Materno Infantil del Hospital de Korneuburg, Austria. Traducción de Katia Aeby.

Alrededor del mundo

Obstetricia en Holanda

Partera Hanneke Rota
Holanda

El sistema de atención al embarazo en Holanda, con una de las menores tasas de mortalidad materna en el mundo (cinco en cada 10 mil nacidos vivos) es único en el mundo. Frente a una tendencia a la medicalización excesiva, en este país europeo, las mujeres todavía pueden dar a luz en sus casas dirigidas por obstetras o parteras capacitadas a nivel profesional.

Este sistema, según se ha comprobado estadísticamente permite un servicio económico, eficiente y con resultados benéficos para mamás y bebés.

La tasa de cesárea en este país europeo es de 8.5 por ciento. Comparativamente, la Organización Mundial de la Salud recomienda no más de un 10 por ciento de cesáreas en total, mientras que en algunos hospitales privados de la ciudad de México, los nacimientos por esta vía pueden llegar a ser más de la mitad.

En Holanda existe una clara división entre la atención primaria y la asistencia por especialistas que se basa en la línea

entre fisiología y patología, partiendo de que en principio el embarazo, parto y puerperio son procesos naturales y no enfermedades.

Cuando en el camino se detecta un riesgo para la embarazada o su bebé, la partera consulta al ginecólogo y las acciones se toman según una lista oficial de indicaciones obstétricas.

Este protocolo marca que una mujer con tuberculosis tendrá que atender todo su embarazo con un ginecólogo, pero que una mujer que haya padecido preeclampsia en su primer embarazo puede continuar con la partera bajo vigilancia.

Un caso más podría ser una embarazada a quien se detecta un retardo en el crecimiento intrauterino, la partera transfiere a la mujer al ginecólogo para una consulta ecográfica o ultrasonido y si el resultado es normal, regresará con ella.

Destaca que la partera es la que determina qué es normal y qué no y por tanto, ella determina quiénes necesitan una

atención más especializada y más costosa. Para 1993, 20 por ciento de las mujeres necesitaron atención ginecológica, pero la mayoría retornó al cuidado de la obstetra o partera después del parto.

Las mujeres visitan a la partera desde las dos semanas para verificar el curso normal del embarazo. Los seguros médicos cubren todo. Pero una mujer sana que quiera dar a luz en un hospital debe pagar el gasto del mismo. Esto es porque ni los seguros médicos o el Estado quieren pagar por una estancia hospitalaria sin necesidad.

Es interesante señalar que según las estadísticas, las mujeres de bajo riesgo que optan por ir al hospital son las de categoría salarial y educativa baja, así como las inmigrantes.

Las estadísticas registran que de 70 mil partos atendidos, el periodo de dilatación y el expulsivo es más corto en la casa que en un hospital. Las primíparas atendidas por parteras sufrieron menos desgarros y episiotomías.

Grupo Ticime, A. C. es un Centro de Documentación y Apoyo a la Partería.

¿Qué significa Ticime?

Parteras, es el plural de *tícitl* como se llamaba a la partera o curandera en una variedad de la lengua náhuatl.

¿Qué hace Ticime?

- Reune materiales y bibliografía sobre la atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacido; así como documentos sobre partería, local y foránea.
- Desarrolla una red entre parteras de distintas regiones al interior de México y de países latinoamericanos.
- Difunde el modelo de partería como un servicio de calidad en la atención primaria a la salud de mujeres y bebés.

Los artículos publicados expresan la opinión del (la) autor(a), no necesariamente del Grupo Ticime. Se autoriza su difusión por cualquier medio, siempre y cuando se dé el crédito correspondiente a su autor y a esta publicación.

Directorio

Conversando entre parteras

Boletín trimestral

Domicilio de la publicación. Grupo Ticime, A. C.

Cerrada Flor de Agua N° 11. c.p. 01030 México, D. F.

Tel. 5661 6832. Fax 5662 53 76 ticime@laneta.apc.org

Imprenta. Multiediciones California. Xola 181-A,

Col. Alamos, México, D. F.

Titular de la publicación. Laura Cao-Romero.

Compilación y edición. Laura Cao-Romero y Miriam Ruiz.

Diseño y formación. Ana Victoria Jiménez A.

Colaboradoras. Maritza Balbuena, Enriqueta Contreras, Lucía Ramírez, Laura Miranda, Paty Long de Ralero, Mayela Rodríguez Lobo, Hanneke Rota.

Corresponsal en EUA y Canadá. Pilar A. Parra. Tel. (607) 255-0063. Internet: pap2@cornell.edu

Distribución. Grupo Ticime, A. C. **Licencia de título.** 6811 Secretaría de Gobernación. **Licencia de contenido.** 7315 Secretaría de Gobernación. **Reserva de derechos.** 1740-93 Secretaría de Educación Pública. Se imprimieron 500 ejemplares.

Grupo Ticime, A. C.

Cerrada Flor de Agua N° 11. c.p. 01030

México, D. F. Tel. 5661 6832. Fax 5662 53 76

Correo-E ticime@laneta.apc.org

*"Vivir el parto al lado de la pareja... ver y sentir al bebé...
si yo lo hubiera visto antes de tener a mis hijos, ¡me hubiera servido mucho!"
"Sería muy interesante presentarlo en escuelas, secundarias y prepas, para que
los muchachos estén mejor informados antes de ser madres y padres".*

Grupo Ticime presenta

PARIR Y NACER

Película sobre el proceso fisiológico del nacimiento
de Karin Berhammer
Autores científicos:
Dres. Regine Ahner y Peter Husslein

En colaboración con la Clínica de la Mujer de la Universidad de Viena.
Un video didáctico sobre el proceso fisiológico del nacimiento, en dos partes:

- La primera parte trata de los aspectos emocionales del nacimiento:
la entrega, el soltarse, abrirse, rendirse y vencer.
- La segunda parte, mediante tomas reales y animaciones
computarizadas tipo 3-D, muestra los mecanismos
del parto y el alumbramiento.

¡Ahora en español!

Karin Berhammer
Partera con 7 años de
experiencia en
Korneuburg, NÖ, Austria.
Escuela de Cine ...
Berlín, Alemania

Dr. Regine Ahner
Asistente en el Dpto.
de Perinatología y
Ginecología
Hospital General
Viena, Austria.

Prof. Dr. Peter Husslein
Director del Dpto. de
Perinatología y
Ginecología
Hospital General
Viena, Austria.

Distribuido por Ticime
Tel. 573-7626 y Fax 513-1752, México, D.F.