

Conversando entre parteras

Boletín No. 17, otoño-invierno, 1996



Salud y nutrición de la madre y el recién nacido

Índice

Editorial	2
Lactancia y vínculo con el recién nacido	
Lactancia materna en el mundo de hoy	3
La ictericia en los bebés recién nacidos	4
Lo que otras publicaciones nos dicen	
Los niños primero	6
Opciones para un parto suave	7
Entre madres	
A la manera del rebozo	8
Más sobre la danza para embarazadas	10
Entre parteras	
¿Es imprescindible la realización de la episiotomía?	12
Sangrado súbito después del parto: su prevención y manejo	14
Ictericia y amamantamiento	17
Alrededor del mundo	
Parir en Madrid	19
Cómo me hice partera	
Nacer en casa: una alternativa	22
Informando	
Encuentro sobre calidad de la atención de la salud sexual reproductiva	24
Buenas tardes desde Perú	25
Círculo de educadoras	
Fármacos y procedimientos obstétricos: hallazgos actuales (1996) sobre sus efectos en la madre y el bebé	26
Apuntes para la historia de la partería	
Pequeño departamento de partos reservados	28
Buzón	29
Aquí los padres cuentan	
Testimonio de Raul Minchaca Sanjuán	30
Conversación con Andrea y Patricio	31
Día Internacional de la Partera	
Foro abierto: el uso de la oxitocina y los sueros	33

Editorial

Queridas amigas y lectores de Conversando entre parteras:

¿Qué les pareció nuestro último boletín, en No. 16? Se notaron los cambios, ¿verdad? Gracias al trabajo de Ana Victoria Jiménez en la edición, y de Kenia Salgado en el diseño, nuestro equipo se fortalece.

Otro signo de madurez de nuestra publicación "adolescente" como la caracterizó hace seis meses, es el alcance que está teniendo en países de América Latina. Esta satisfacción la compartimos con ustedes a través de las cartas en la sección de "correo".

La partería está alcanzando poco a poco un mayor reconocimiento. Esto nos lo dice el entusiasmo vertido en la Tercera Reunión Anual de MANA —celebrada a principios de junio en San Miguel de Allende— encuentro de 180 parteras y simpatizantes de la partería de 14 estados de la República Mexicana. Seis meses después algunas de las organizadoras de esa Reunión fueron invitadas a participar en el curso «De partera a partera» del 6 al 8 de diciembre en Tamazunchale, San Luis Potosí. Este evento estuvo organizado por la Unidad Coordinadora Estatal (S.L.P.) del PAC (Programa de Ampliación de Cobertura) de la Secretaría de Salud y propone —como el nombre lo indica— que unas parteras conduzcan los talleres para otras parteras, en lugar de ser los médicos, como tradicionalmente se ha venido haciendo.

La búsqueda de alternativas suaves y seguras en la atención al parto está ya en la mente de muchos grupos. En Acapulco, el 16 de noviembre, se celebró una conferencia sobre el parto en agua, impartida por el médico estadounidense, Michael Rosenthal, con mucha experiencia en ese tipo de atención. Y ahora, en el mes de enero esperamos con gran beneplácito participar en "Actualidades en la Atención Perinatal", curso internacional organizado por la ANIPP (Asociación Nacional de Instructoras en Psicoprofilaxis Perinatal). Es la primera vez en México, en mucho tiempo, que en un evento al que concurren médicos especialistas e investigadores de alto nivel se incluyan temas como: "El parto en México por parteras tradicionales", "El parto por parteras en el mundo" y "El futuro de la partería en México".

Al esfuerzo de parteras se suma el del número creciente de médicos, enfermeras, instituciones —gubernamentales y no gubernamentales— que voltean a ver a las parteras, reconociendo que la partería es un agente de salud capaz de dar una atención de calidad.

Les estamos profundamente agradecidas por sus opiniones, cartas y respuestas a la invitación de unirse a esta red de parteras y simpatizantes de la partería; a la Red de Ticime, y estamos seguros, ahora sí, de que vamos caminando y agrandando el círculo de amistad y trabajo que se requiere para enfrentar tantísimos problemas de salud por parte de mujeres y niños en los países de este lado del mundo.

Finalmente, queremos agradecer a Mama Cash de Holanda por el apoyo para la publicación de este boletín.

Con nuestros afectuosos deseos para que 1997 traiga bienestar y paz a ustedes y sus familias.

Laura Cao Romero

Lactancia y Vínculo con el recién nacido

Lactancia materna en el mundo de hoy

Lourdes Brava de Garza

Amamantar a un bebé requiere de mucho esfuerzo, pero da muchas satisfacciones, como el que un bebé crezca sano y seguro, y el que la madre pueda conocer mejor a su bebé.

El amamantamiento tiene sentido, la leche materna es la mejor alimentación para los bebés. Contiene todos los nutrientes que necesitan, los protege contra infecciones y enfermedades.

La leche viene del mismo cuerpo maternal y cálido que nutrió al bebé en el útero, sostiene y abraza al bebé recién nacido de una manera tierna y cariñosa, y ayuda al crecimiento y a la seguridad del bebé. Le da la sensación de sentirse amado mientras aprende a explorar el nuevo mundo que está conociendo. La leche de su mamá es tibia y dulce y ésta satisface las necesidades del bebé de comida y comodidad.

No todo es tan hermoso al amamantar. Aunque es algo tan natural y bello, es una habilidad y un arte que se tiene que aprender y practicar. La mamá y el bebé, ambos tienen que aprender el arte del amamantamiento durante los primeros días y semanas. Algunas veces se aprende rápidamente, otras toma más tiempo. Los problemas se pueden resolver más fácilmente cuando las mamás tienen apoyo.

¿Por qué amamantan las mamás?

Para muchas familias amamantar es lo más natural, prefieren un producto "totalmente natural" a uno artificial.

El amamantamiento ha sido probado efectivamente durante cientos de años, y sus propiedades especiales no han podido ser duplicadas.

Los bebés amamantados tienen ventajas muy significativas en el aspecto nutricional, inmunológico y psicológico.

La composición de la leche humana está cambiando siempre para satisfacer las necesidades cambiantes de un bebé en desarrollo. La primera leche, "el calostro", espeso y amarrillento es alto en proteína y bajo en grasa y contiene altas concentraciones de sustancias inmunológicas que pueden ser muy importantes para el bebé en los primeros días fuera del vientre materno. Conforme la madre va produciendo más leche, las concentraciones de proteína y factores inmunológicos disminuyen y los niveles de grasa, lactosa y el total de calorías aumenta. Conforme el bebé crece, la composición de la leche varía menos, pero volverá a cambiar durante el destete. Se encontró en un estudio que un bebé mayor que amamanta más por confort que por nutrición, recibe una gran concentración de factores inmunológicos; el amamantamiento sigue jugando un papel muy importante en la protección contra la enfermedad que un bebé que se está destetando. La leche de cada mamá ayuda a proteger a su bebé de cualquier enfermedad que haya alrededor.

El amamantamiento hace que los bebés se sientan especiales. Habrá veces que las mamás crean que amamantar es sólo dar, dar y dar. Esto es verdad al principio de la lactancia. Los bebés son "tomanadores" y los papás son "dadores". Pero mientras más le das a tu bebé, más te dará él a ti. El bebé aprende de sí mismo a través de los ojos de la madre. El amamantamiento ayuda a las madres a un mejor comienzo de amor y seguridad con su bebé.

Cuernavaca, Morelos.



La ictericia en los bebés recién nacidos



La ictericia es un estado común y usualmente inofensivo en los bebés recién nacidos. La palabra *ictericia* procede de una palabra francesa que quiere decir "amarillo". Describe una apariencia amarillenta que se ve en la parte blanca de los ojos y en la piel de algunos bebés recién nacidos.

La ictericia fisiológica o "normal" generalmente aparece al segundo o tercer día de vida en los bebés saludables, nacidos después de un embarazo de término completo. A menudo desaparece a la semana. Los médicos opinan que las dos terceras partes de los bebés nacidos después de un embarazo de término completo contraen ictericia fisiológica. Puede ocurrir tanto en bebés alimentados con pecho como en los alimentados con fórmula.

Los bebés prematuros tienen más posibilidades de contraer ictericia normal. En estos bebés la ictericia puede aparecer más tarde y durar más tiempo, haciéndose más visible entre el quinto y el séptimo día de vida.

En la mayoría de los casos, la ictericia es leve y no causa problemas. Puede desaparecer sin tratamiento alguno. Sin embargo, si el estado es más serio, o si la ictericia está presente en el momento de nacer o si aparece durante las 24 horas de vida, probablemente será necesario adoptar un tratamiento.

Causas principales

En la mayoría de los bebés, la ictericia ocurre porque el hígado y otros órganos no han madurado completamente. Esto es más cierto en los bebés muy pequeños o bebés prematuros.

Una de las funciones del hígado es eliminar de la sangre una substancia amarillenta llamada bilirrubina. A lo largo de la vida, se forman continuamente glóbulos rojos nuevos y se destruyen los viejos. Al desintegrarse los glóbulos viejos la hemoglobina, la parte roja de los glóbulos, se convierte en bilirrubina, que es eliminada por el hígado. Hasta que el hígado del bebé empieza a funcionar totalmente, la bilirrubina tenderá a acumularse en la sangre del bebé causando que su piel y la parte blanca de los ojos se

pongan amarillos. Este estado se conoce con el nombre de ictericia fisiológica.

Los niveles altos de bilirrubina también pueden ocurrir por otras razones. Los bebés que presentan magulladuras al momento de nacer y los bebés que nacen de madres diabéticas son más propensos a tener ictericia.

Otros dos tipos de ictericia potencialmente más serios pueden ocurrir cuando el tipo de sangre del bebé es diferente al de la madre. Uno de estos casos se llama incompatibilidad ABO. Generalmente la madre tiene sangre tipo "O" y el bebé sangre tipo "A" o tipo "B". Si el bebé presenta este estado, la ictericia usualmente aparece dentro de los dos primeros días de nacido.

Otro caso de ictericia ocurre cuando la madre tiene factor sanguíneo Rh negativo y el bebé el factor Rh positivo. En los bebés que presentan esta condición se observa la ictericia el primer día de vida.

Hay otras causas para la ictericia que son extremadamente raras.

Tratamiento

Como ya se dijo, la ictericia fisiológica (normal) se supone que desaparece sin tratamiento. Sin embargo, algunos bebés pueden necesitarlo. Esto depende de si nacieron prematuros, de cuánto tiempo de vida tienen cuando se presenta la ictericia, la causa de la ictericia y su gravedad. En todo caso, se lleva a cabo un examen físico y si es necesario se hacen pruebas de laboratorio.

Los bebés alimentados al pecho que presentan ictericia fisiológica deben ser alimentados de 10 a 12 veces al día, o cada 2 horas y media, para mantener el suministro de leche. En raras ocasiones el médico aconsejará que se interrumpe la lactancia del pecho por uno o tres días si los niveles de bilirrubina están muy altos. La madre puede mantener la provisión de leche extrayendo la leche con la mano o con ayuda de un extractor de leche de pecho cada tres o cuatro horas. Una vez que la ictericia está bajo control se puede reanudar la alimentación al pecho.

Cuando la ictericia de un bebé sí requiere tratamiento, se usa generalmente una técnica llamada fototerapia, que es un tratamiento a base de luz, ya sea la luz del sol o luz artificial, acelera el proceso de eliminación de bilirrubina de la sangre por el hígado.

En la fototerapia, la piel del bebé está expuesta a unas luces especiales de alta intensidad, llamadas a menudo "bililuces". Se le quita al bebé

toda la ropa y se le cubren los ojos para protegerlos de la luz. Se mantiene al bebé en una temperatura caliente dentro de una incubadora o debajo de una protección de plástico transparente que cubre la parte superior de la cuna. Pueden ocurrir algunas reacciones leves y temporales como una erupción y evacuaciones flojas.

La fototerapia continúa hasta que la cantidad de bilirrubina en la sangre del bebé baje y se mantenga a un nivel de seguridad. Algunos bebés necesitan permanecer en el hospital por un día o dos hasta que esto suceda. El nivel de bilirrubina se revisa regularmente tomando una pequeña muestra de sangre, en la mayoría de los casos del talón del bebé.

Los bebés que presentan una severa incompatibilidad de factor Rh o ABO u otras formas graves de ictericia, pueden necesitar tratamientos diferentes y más rápidos. El método más común y efectivo es el cambio de sangre por medio de una transfusión.

Durante este tipo de transfusión se inserta un tubo delgado en la vena del ombligo del bebé. Se extrae, gradualmente, parte de la sangre del bebé y se reemplaza con la sangre del donante que ha sido seleccionado cuidadosamente. De esta manera, el exceso de bilirrubina se elimina del cuerpo del bebé. Los cambios de sangre se hacen con gran cuidado y producen un rápido y asombroso descenso en el nivel de bilirrubina.

Si su bebé tiene ictericia, sin duda usted deseará tener información adicional acerca de sus causas y su tratamiento. El médico de su bebé o la enfermera pueden contestarle cualquier pregunta que usted tenga acerca de las condiciones de su propio bebé.

No se alarme si su bebé tiene ictericia.

Recuerde:

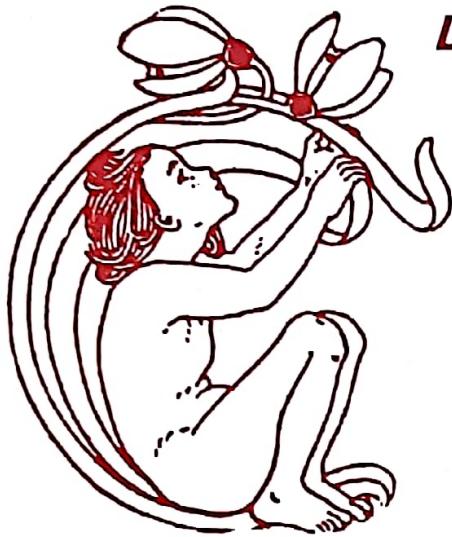
- La ictericia en los bebés recién nacidos es muy común.
- En la mayoría de los casos es un estado normal, inofensivo y temporal.
- Cuando un tratamiento es necesario, se usan métodos seguros y efectivos.

Ofrecido como servicio de Ross Laboratories.
Traducido por Jaundice in Newborn Babies.



Lo que otras publicaciones nos dicen

Los niños primero



Cécile Kachadourian
Tepoztlán, Morelos

Por fin un libro que nos da los elementos suficientes para reflexionar sobre el lugar que ocupan los niños en nuestra sociedad y por lo tanto el tipo de relaciones que establecen con ellos los padres.

Conferencia sobre parto en agua

"Algunos médicos dicen que parir en agua es una locura, pero insertar agujas con drogas en la espalda es asimismo una locura". Michael Rosenthal, Acapulco Guerrero, México, 16 de noviembre de 1996.

Durante esta conferencia tuvimos oportunidad de encontrarnos para compartir ideas sobre el parto en agua. El doctor Rosenthal relató algunas de las experiencias que ha tenido durante muchos años de práctica en su clínica. Estas experiencias reflejan la idea que tenemos sobre el nacimiento, sean en agua o no, pero debemos reconocer las numerosas ventajas con que el elemento agua nos apoya durante los partos.

Después de la conferencia vimos varios videos. Uno de ellos fue *Opciones para un parto suave*. En otro se mostró el trabajo realizado por los anfitriones de Acapulco en cuanto a parto en agua. Finalmente, la Dra. Mercedes Balleste del Sanatorio Vista Alegre de la Ciudad de México presentó su experiencia de parto en agua en hospital y comentó que no era fácil romper con los esquemas vigentes de la medicina, pero que seguían intentando con buenos resultados.

Una de las aportaciones importantes del Dr. Rosenthal en esta ocasión se refiere al cuidado del periné para evitar desgarros. "Para cuidar el periné muchas veces la mujer se toca... (los del equipo de salud) no las dejan, las manotean... porque piensan que el parto es una operación, creen que debe ser estéril, pero, ¿qué vagina es estéril?... Tenemos que enseñárselas que es beneficioso que se toquen".

En el aspecto organizativo queremos mandar desde aquí un abrazo y una felicitación a Ligia Delfín, quien junto con las personas que la apoyaron, llevaron a término la nada fácil tarea de organizar un gran encuentro. También quisiera aprovechar este espacio para agradecer a Celia Ezban la ayuda que nos brindó en Acapulco. Queremos agradecer a todas por su apoyo.

Miriam Ruiz Mendoza

Penélope Leach, en su libro *Los niños primero*, sostiene que nuestra sociedad no ofrece las condiciones para lograr una paternidad plena que permita darle a los niños el tiempo, la creatividad y un modelo a seguir, que les permita desenvolverse positivamente, reduciendo así los riesgos futuros para ellos (alcoholismo, drogadicción, embarazo en adolescentes, etcétera).

La autora señala que los padres, a pesar de sus buenas intenciones, se ven enfrentados a situaciones económicas y a valores sociales que les impiden educar a sus hijos como quieren y ni siquiera como el propio sistema lo exige (para dar a nuestros hijos lo mejor trabajamos para pagarle a otro para que los cuide, por ejemplo). Leach, propone nuevos enfoques dirigidos a crear una política enfocada realmente a los niños.

Plantea un cambio en las actitudes y valores sociales hacia la paternidad para facilitar la tarea de los padres y evitar, por tanto, abusar de ellos.

Asimismo sugiere la creación de un contexto social que dé prioridad a las necesidades de los niños y también exige reconocerlos como personas con todos los derechos que ello implica. *Los niños primero* es un libro ampliamente recomendable para aquellos que buscan herramientas que les ayuden a estar felices y en paz con sus hijos.

Opciones para un parto suave

Maria Constanza Echerri

Bárbara Harper dedica su libro *Opciones para un parto suave* a su hija Beth diciendo: “Iniciemos a nuestras hijas en la belleza y el misterio de ser mujer. Démosles la confianza de que nacimos para tener hijos con dignidad, autoridad y amor”.¹ Desde estas frases hasta el final del libro hace hincapié en la importancia de que la mujer se dé cuenta de lo mágico, maravilloso y excitante que puede ser su parto cuando lo toma como un proceso natural en el que puede tener confianza.

Un nacimiento apacible se dará cuando se respete el papel de la madre teniendo en cuenta que ella sabe cómo dar a luz a su hijo. Confirando en su instinto e intuición y respetando los tiempos que un parto requiere, pues **parto es sinónimo de paciencia**.

Dentro de los ingredientes que se mencionan en la obra para un parto suave, está el que la mujer sienta el poder y la energía del parto y los use para transformar cada parte de su ser. Cuando la madre entiende que su cuerpo sabe cómo dar a luz y su bebé sabe cómo nacer, adquiere confianza.

Otro de los ingredientes es la educación durante el embarazo, que le dará a la mujer la capacidad de elegir el tipo de parto que quiera tener. Por otra parte, se menciona que la madre debe dar a luz en un lugar cálido, esto es, que se sienta segura, acompañada y apoyada por su pareja y rodeada de sus seres queridos.

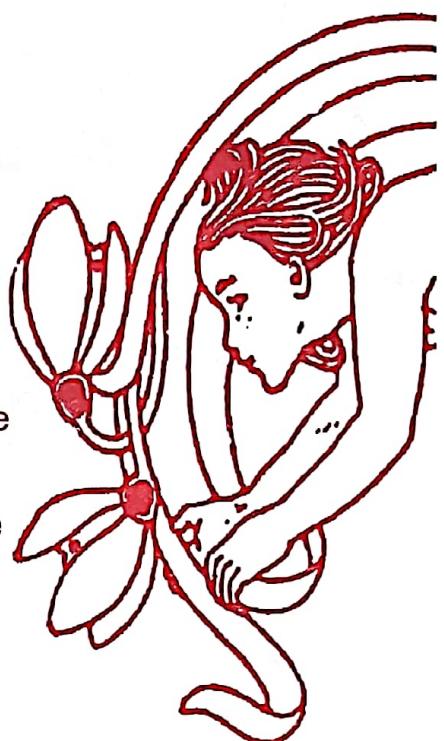
La libertad de movimiento es otro de los requisitos para un parto suave, ya que si una mujer se mueve durante su trabajo de parto facilita los cambios de posición del bebé y su descenso. Además es importante que la mujer decida la postura en que va a parir, pues así pasa de ser paciente a ser

una mujer que se apropiá del gran evento de dar a luz a su hijo.

El silencio, la luz suave, las primeras caricias, el amamantar al recién nacido en los primeros minutos de su vida (pues el bebé es un participante consciente de su propio nacimiento), son otros de los elementos que señala la autora para lograr un parto apacible.

También este maravilloso libro habla sobre el desmantelamiento de los mitos médicos, como por ejemplo, que el hospital es el lugar más seguro para tener un bebé o que una cesárea significa siempre cesáreas, lo cual es completamente falso.

Recomiendo ampliamente este libro, pues pienso que el día que los nacimientos sean suaves, la vida de los seres humanos cambiara de una forma positiva, ya que: “El corazón de nuestra sociedad está profundamente afectado por la forma en que damos a luz”.²



1 Barbara Harper. *Opciones para un parto suave*. Lasser Press Mexicana, S. A. de C. V., México, 1996, p. 9.

2 *Idem.*, p. 29.



A la manera del rebozo

Bárbara Wishingrad*

El proyecto “A la Manera del Rebozo” fue fundado y está dirigido por una mujer norteamericana, Bárbara Wishingrad. Ella es partera, instructora perinatal para padres, terapeuta masajista y madre de dos hijos. Ha vivido durante 13 años en la República Mexicana y crió a sus hijos en rebozo, Bárbara dice:

“Vine a México en busca de un lugar en el que todavía las madres cargaran a sus bebés y en donde la sociedad apoyara esta actividad, buscaba una cultura en la que hubiera seguridad para criar a mis hijos y para dejar que caminaran solos por las calles a la luz del día cuando fueran más grandes, un lugar en donde la gente mayor sonriera y no frunciera el ceño al ver a los niños y todo esto lo encontré en México, mi país adoptivo. Mexicanas, siéntanse orgullosas de su herencia. Lleven a sus hijos en rebozos y recuerden lo bueno que vendrá por hacer esto”.

El proyecto está dedicado a promover la paternidad en brazos y en especial se enfoca a los métodos tradicionales de cargar a los bebés. En muchos países industrializados, los bebés son colocados en asientos para coche, en sillas de plástico o en carreolas, durante la mayor parte del tiempo en que están despiertos, rara vez están en contacto directo con otros seres humanos. Cuando están en casa, los po-

nen en cunas, columpios, andaderas o corrales y sólo los cargan brevemente cuando dan lata o necesitan que se les cambie o se les dé de comer.

En muchos países con tecnología menos avanzada, incluyendo a México, todavía encontramos a los bebés en brazos de sus madres o de otros parientes, quienes les hablan, los abrazan o llevan consigo mientras realizan sus actividades diarias. Esta es una manera tan natural y normal de ver a los bebés y de estar con ellos, que muchas personas no pueden siquiera imaginar que en otros lugares los bebés sean tratados de un modo diferente, o que sea necesario recordarle a la gente lo importante que es abrazar y cargar a sus bebés mientras trabajan en los quehaceres.

El modo de vida del rebozo no sólo se refiere al uso de éste para arrullar al bebé sino a mantener con él un contacto físico y emocional. El objetivo del proyecto es, en parte, recordarnos lo importante que es llevar a nuestros pequeños con nosotros para considerarlos como una elección, así como abrazarlos y amarlos, en lugar de sentirnos agobiadas y limitadas cuando los cargamos.

madres

Nosotras reconocemos que México tiene una herencia única y especial, la de un país cuya gente ha llevado a los bebés en rebozo desde los tiempos prehispánicos y con esto, ha creado una sociedad que ama y protege a los niños, que honra a la familia y las relaciones entre las personas y que el carácter único de los mexicanos siempre ha estado influenciado por esta práctica de cargar a los pequeños en rebozo.

Actualmente, México se encuentra en una etapa en la que mucha gente siente que los antiguos métodos ya no funcionan en estos tiempos modernos y así observamos cómo imitan a los países tecnológicamente más avanzados en el trato a sus bebés. Cada vez hay más bebés a quienes no se carga con frecuencia ni se les mantiene cerca. El uso del rebozo es considerado por algunos como un signo de atraso, de ignorancia, de pobreza o como una falta de opciones en la vida. Más y más bebés pasan gran parte del día en andaderas, las cuales no les permiten desarrollarse de un modo natural, es decir, de estar primero en brazos, para después comenzar a gatear y finalmente caminar.

Existen estudios que han demostrado que la falta de la etapa del gateo impide el óptimo desarrollo del cerebro y la inteligencia; otros estudios han demostrado que los bebés cargados en brazos, por lo menos durante tres horas al día, están más preparados para desarrollarse, aprenden a vivir la mayoría del tiempo en un estado de quietud alerta y lloran un 50 por ciento menos que los bebés que pasan la mayor parte del día



en artefactos y sólo se les carga cuando lloran o dan lata.

Ustedes como mexicanas deben sentirse orgullosas de su herencia, de sus relaciones familiares y de la falta de violencia que se da en el conjunto de la sociedad. Estos aspectos se han perdido para mucha gente en la mayoría de las sociedades industrializadas y ahora se están congregando para hablar acerca de cómo pueden ser recuperados estos atributos en sus culturas.

Lleven a sus bebés en rebozo con orgullo y enseñen a sus hijas, a sus nueras y también a sus hijos y esposos, a seguir haciéndoles caso a sus bebés, a cargarlos, a abrazarlos y a mantenerlos cerca de ellos. No les pesará la energía que pongan en sus hijos, pues ustedes estarán creando familias fuertes y con ellas un México fuerte y también les estarán dando a sus niños amor y autoestima con los que saldrán al mundo en donde tratarán a los demás con el mismo amor y cuidado que ellos han recibido.

* Proyecto "A la manera del rebozo". Video y puesta en práctica de la paternidad en brazos, Apartado Postal 741, San Miguel de Allende, Gto.

Más sobre la danza para embarazadas

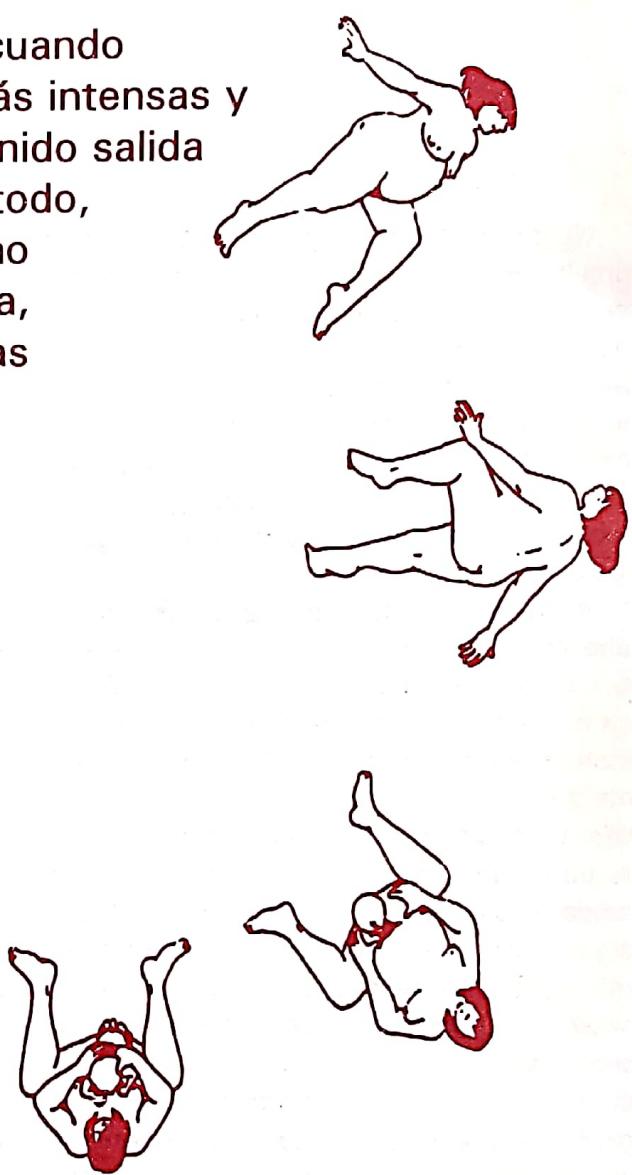
Verónica Hernández García
México, D.F.

Era lunes, como las dos de la tarde cuando las contracciones empezaron a ser más intensas y frecuentes; ya el día anterior había tenido salida de líquido amniótico, pero se detuvo todo, al ser más fuertes las contracciones no podía estar sentada y menos acostada, lo que hice fue pararme con las rodillas flexionadas, aflojando el ano como cuando va una a obrar y respirando me empecé a mecer, como esa jacaranda que todos los días miro desde la ventana.

Llegamos a las cuatro y media al sanatorio. Carmen me hizo un tacto y dijo que subiéramos al cuarto en el que estaríamos. Las contracciones eran más fuertes. Yo seguía meciéndome, respirando y aflojando el ano. Sentía que al mecerme ese dolor en la cadera se disipaba por todo mi cuerpo.

Recordé la clase de danza para embarazadas, la construcción imaginaria de un lugar donde yo me sintiera a gusto, segura, donde me pudiera mover libremente, me ayudó mucho. Además, esa idea de que las contracciones son como el oleaje del mar, allá, a lo lejos veo venir una ola grande, me preparo, respiro, flexiono las piernas, aflojo el ano, me mezco, muevo la cadera, la cabeza, saco la voz, hago ruidos, abro los brazos y no opongo resistencia dejando que la ola bañe todo mi cuerpo, permitieron que todo fuera más fácil.

El hecho de que Francisco estuviera allí para abrazarme cuando lo necesitaba y que Carmen estuviera al pendiente de mí, fue muy bueno. Cerca de las ocho de la noche fuimos a la tina, cuando una contracción llegó, Carmen me dijo: ¡puja, hazte caca, dos contracciones más y Daphnie estaba lista para llegar; su cabeza se asomaba. A las ocho



con seis minutos nació esta hermosa sirenita, traía el cordón enredado, Carmen la desenredó rápidísimo, me la pasó, abrió los ojos, succionó por un momento, Francisco le cortó el cordón y gracias a Dios, todo salió bien.

Agradezco a Adriana, Carmen, Montserrat, Laura, Alejandro y a todos el conocimiento, el tiempo y la confianza que nos dan para hacer del oficio de ser madre algo más conscientes y por lo tanto más amado.

VIDEOS DE LA TERCERA CONFERENCIA ANUAL DE PARTERAS MANA

REALIZADA EL 1º Y 2 DE JUNIO DE 1996,
EN SAN MIGUEL DE ALLENDE, GTO.

Ponemos a su disposición siete videos diferentes con duración de una y media a dos horas. Para quienes asistieron a dicha conferencia el costo es de \$100.00 cada video. A quienes no asistieron el costo es de \$150.00. Los precios incluyen gastos de envío.

Envíe giro telegráfico u orden de pago por correo a:

Bárbara Wishingrad
Apartado Postal 741
San Miguel de Allende, Gto.
C.P. 37700 México
Tel./Fax 91-415-2-53-88

Especifique el video o los videos de su elección y añada su nombre y dirección completos.

1. Apertura de la conferencia

"Reporte sobre logros de **MANA** de México 1995-1996", Naoli Vinaver, partera, Veracruz, y representante regional. "La historia de una partera en transición" el cuento del camino de Antonia Córdoba Morales, partera de San Miguel de Allende.

2. Sesión General (foro abierto y panel)

"La polémica del uso de oxitocina y sueros en los partos", Enriqueta Contreras, Oaxaca, Hermila Sánchez, Mérida, Yucatán y Antonia Córdoba Morales, San Miguel de Allende, Gto. Una sesión muy interesante con la participación de parteras de distintos estados de la República.

3. Embarazo de Luz

Rocío Villafañá, Querétaro, Qro. Terapista de Reiki y Aromaterapia. Asumir conscientemente el parto y disfrutar lo que es ser mujer.

4. El Temazcal

Verónica de la Hidalga Ledesma, antropóloga, Xalapa, Ver. y Rosa Irma Sánchez, partera, Xalapa, Ver. Qué es, cómo se hace, cómo se usa.

5. Sesión general: La partera internacional titulada y Foro Abierto sobre el tema de la certificación o titulación de las parteras en México

Pamela Weaver, partera titulada de Alaska, Sandra Morningstar, partera titulada de Missouri, EUA, y la participación de parteras sobre el futuro de la carrera de partera.

6. Plática sobre la herbolaria para parteras: tradiciones de México

Enriqueta Contreras, curandera y partera, Oaxaca; Manuela Mendoza, partera de San Miguel de Allende, y la presencia de más participantes enseñando sus plantas y hablando de sus conocimientos.

7. Escuchando el bebé con el fetoscopio

Taller conducido por Marina Azygaray, partera titulada y enfermera en Estados Unidos y clausura oficial de la Conferencia con cantos, cuentos y bailes.



Entre

¿Es imprescindible la

Mercedes Ballesté Gálvez*

*Para Sebastián en su
primer año de vida*

Considerar que la atención de un parto debe ser vista únicamente desde una mirada biológico-estético es limitarse a revisar los procedimientos de atención que se dan en las instituciones de salud públicas y privadas, y no incorporar los aportes que se han hecho desde otras prácticas alternativas encaminadas a visualizar el proceso del embarazo y el parto en forma más humanizada y con la participación más activa de la embarazada y su entorno familiar.

Existen múltiples investigaciones que han puesto en duda que dichos procedimientos obstétricos sean inamovibles, únicos y que sólo con ellos se garantiza el bienestar de la madre y su bebé.

El embarazo y el trabajo de parto están rodeados de una serie de factores que no son únicamente los dados por los cambios físicos de las mujeres, sino que intervienen también factores sociales, emocionales, personales que hacen que en su conjunto la embarazada viva una experiencia especial.

Propuestas alternativas de atención como serían consultas prenatales donde la mujer pueda aclarar dudas, expresar sus temores; pláticas de preparación para el parto; reconocimiento de posturas corporales que ayuden durante el trabajo de

parto; eliminación rutinaria de soluciones con oclíticos, bloqueos peridurales y episiotomías, han abierto un panorama más alentador para las mujeres, tratando de garantizar que no se sientan violentadas en su integridad y que les brinde una mayor confianza y gozo para enfrentar el nacimiento de su bebé.

Analizar de todas estas propuestas, la práctica de la episiotomía es el objetivo central de este artículo.

Desde que las médicas(os) aprenden los procedimientos para atender un parto, a la técnica de realización de una episiotomía se le brinda una especial atención. Se les enseña que:

- esta práctica facilita la salida del bebé,
- evita desgarros severos,
- en el futuro no se presentarán incontinencias urinarias, ni caída de vejiga.

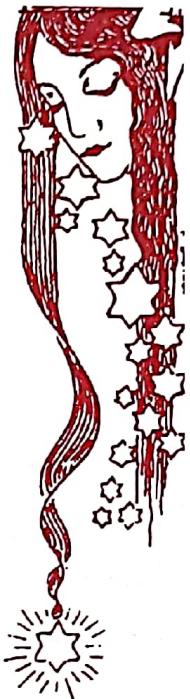
Y, por supuesto con un discurso machista —que el esposo nos lo va a agradecer—, porque va a dejar a su pareja “prácticamente como señorita”, ya que cuando se suture ese corte, la vagina quedará “como nueva”.

Los profesionistas, al estar convencidos de los beneficios que esta práctica ofrece a las mujeres,



parteras

realización de la episiotomía?



se muestran reticentes a otro de tipo de información poniendo en duda su validez.

Artículos recientes del *American Journal of Obstetrics and Gynecology* y del *General Obstetrics and Gynecology* reportan resultados de investigaciones en los cuales se ha demostrado que el hacer o no una episiotomía no evita significativamente los desgarros severos y que no existen diferencias sustanciales en relación a la presencia de incontinencias urinarias en mujeres a las que se les realizó el corte, de las que no se les practicó.

Estos resultados los hemos podido constatar médicas(os), parteras, enfermeras obstétricas que desde hace muchos años nos hemos planteado incorporar a nuestra práctica profesional otros saberes, especialmente de las parteras empíricas, que nos han enseñado técnicas de atención al parto donde la episiotomía queda prácticamente eliminada.

Incorporar a nuestras técnicas de atención, posturas diferentes a la de litotomía en el momento del parto, masaje por parte de la embarazada con aceite de germen de trigo y almendras en el periné, protección de éste con compresas tibias en el momento de la salida de la cabeza del bebé, han sido de gran ayuda, disminuyendo considerablemente la realización del corte.

Hemos podido constatar también que en caso de que se presenten desgarros, es más frecuente que sean leves y, en muchas ocasiones ameritan suturas muy pequeñas.

Cabe mencionar que a lo largo de nuestra práctica médica en mujeres que hemos atendido de uno o más partos y que no les hemos hecho episiotomía, no hemos encontrado datos con problemas en vejiga.

El que a las mujeres que les hemos evitado esta práctica, así como las menos intervenciones posibles en su proceso de gestación, tengan una mejor evolución postparto, con menos molestias que les permite disfrutar más del cuidado de su retoño, nos reafirma que debemos seguir pugnando por hacer de la atención del embarazo y del parto un evento más fisiológico.

Por último, podemos asegurar que al brindar a la mujer un tipo de atención obstétrica alternativa, estamos respetando el derecho de éstas a vivir el nacimiento de su bebé de forma más activa y gozosa.

* Obstetra, promotora del parto en agua en México. Sanatorio Vista Alegre, S.A. Salud Integral para la Mujer, A.C. (Sipam).



Sangrado súbito después del parto: su prevención y manejo

Natali Vinañer*

Después del nacimiento de un bebé viene la fase del desprendimiento y la salida de la placenta, comúnmente llamada "tercera etapa del parto". Es en esta fase cuando la partera tiene que observar cuidadosamente a la mujer y respetar cierto tiempo normal dentro del cual la matriz se vuelve a contraer, después de un periodo de descanso (entre 10-45 minutos). Después de este lapso, la matriz comienza a contraerse nuevamente llevando a cabo el desprendimiento de la placenta.

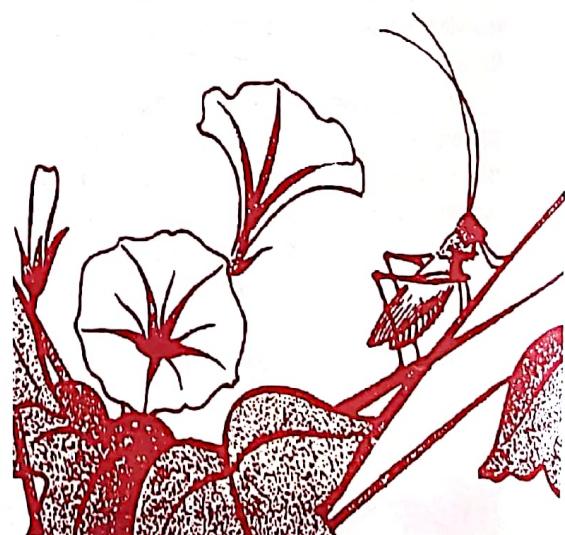
Entre 80 y 90 por ciento de las hemorragias postparto son causadas por atonía uterina después del nacimiento de la placenta, en otras palabras, por falta de tono muscular en la matriz, o por una matriz "floja" o "relajada".

Ofrecer al bebé a su madre inmediatamente después del parto no tan sólo ofrece consuelo e intimidad a ambos, sino que la succión del bebé sobre los pezones de la madre, ejerce un estímulo que hace fluir la oxitocina natural en el cuerpo de la madre, ayudando a contraer su matriz más eficazmente, y a prevenir sangrados excesivos.

Parte de la naturaleza de los sangrados súbitos, es que en más de una ocasión pueden surgir repentinamente, aun cuando no exista una razón obvia para ello. Por lo tanto, la partera debe estar siempre lista para controlar efectivamente una hemorragia.

Preparativos: Anticipación y prevención de una hemorragia o sangrado súbito

- Asegúrese que la madre ha orinado frecuentemente durante el trabajo de parto, para que llegue al alumbramiento con la vejiga vacía.
- Asegúrese que la mujer consuma suficientes alimentos o suplementos ricos en hierro para subir su nivel de hemoglobina, o "fortalecer" su sangre durante el embarazo. Asimismo, che-





car su nivel de hemoglobina para saber si está en riesgo. (Vea abajo en "situaciones de alerta", "mujer muy anémica").

- Tenga a la mano y listos para usarse medicamentos que provoquen las contracciones uterinas. Típicamente:
 - Oxitocina (Sintocinón).
 - Metergina (Ergotrate, sólo para después de que la placenta haya salido y no en mujeres con presión sanguínea alta).
 - Tés de hierbas que acostumbre en infusión fuerte para un rápido efecto.
- Explique a la madre que con el nacimiento del bebé su trabajo y concentración no han terminado todavía, para que ella no se "abandone" y se desentienda de sí misma, cosa que puede ser un factor de riesgo para un sangrado súbito.
- Evite jalar fuertemente del cordón umbilical para "estimular" la salida de la placenta, o dar masajes a la matriz antes de que sospeche que la placenta ya esté desprendida de la pared uterina. Espere pacientemente y observe cuidadosamente un "alza" en la forma de la matriz y si comienza el sangrado vaginal. Típicamente esta es una indicación de que la placenta se está separando

Si al sospechar separación de la placenta efectúa una tracción suave del cordón con una mano mientras con la otra "resguarda" la matriz por arriba del hueso púbico, debe de hacerlo con **sumo cuidado** y nunca con fuerza. De preferencia puede ayudar a su salida posicionando a la madre en cuclillas o hincada, para que la gravedad ayude a que ésta resbale hacia afuera por sí sola, mientras la madre puja, o sopla en una botella.

Situaciones de alerta durante el embarazo o trabajo de parto

- Matriz muy agrandada (por el bebé grande, gemelos, o polyhidramnios, etcétera).
- Inducción o estimulación del parto con oxitocina (Sintocinón).
- El uso de presión fúnica sobre la matriz con las manos por parte de las personas que asisten el parto (puede desprender parcialmente la placenta).
- Parto rápido o precipitado.
- Trabajo de parto y parto (fase de pujo) prolongados. Madre agotada.
- Mujer que ha tenido varios hijos (multípara).
- Historial de hemorragia anterior.
- Mujer muy anémica (esto no predispone a la hemorragia, sin embargo, una mujer débil se fatiga, y también se descompensa fácilmente con una pérdida de sangre, por pequeña que sea).

Qué hacer cuando hay un sangrado súbito o hemorragia

1. Cheque con la mano la consistencia de la matriz y déle masaje para que se contraiga. Deje de dar masaje cuando

- sienta una bola firme del tamaño de una toronja. (Puede en este momento ofrecerle a la madre el té que acostumbre para estos casos).
2. Hable con la mujer y explíquele que está sangrando innecesariamente, para que ella a su vez le "pida" a su cuerpo que cese de sangrar. Esto puede parecer trivial, sin embargo, el funcionamiento del cuerpo no es independiente de la mente ni de los sentimientos de las personas, lo que explica por qué este procedimiento llega a funcionar en ocasiones de inmediato.
 3. Inyecte 1-2 ampollas de oxitocina intramuscular en el muslo de la madre para provocar contracciones uterinas (tarda 1-2 minutos en hacer efecto).
 4. Efectúe compresión de la matriz con las dos manos, una justo arriba del hueso púbico y la otra en la parte superior de la matriz, haciendo presión de una mano contra otra para cerrar el flujo de sangre de las arterias.
 5. Si no logra parar el sangrado con la compresión bimanual externa, ejerza compresión bimanual con una mano arriba de la matriz, y la otra dentro de la vagina, hacia la parte superior del cuello uterino.
 6. Revise o haga revisar la placenta para identificar si está completa o si ha quedado algún fragmento pegado al interior de la matriz. En caso de que así parezca, efectúe una exploración uterina (con guantes y gasa esterilizados, siguiendo procedimientos cuidadosos y asegurando no dejar ninguna gasa adentro) para limpiar por completo la matriz.
 7. Si sigue sangrando, inyecte una ampolla de Metergina intramuscular en el muslo (no se utilice si la madre ha tenido la presión peligrosamente alta al final de su embarazo).
 8. Verifique sus señales vitales para determinar si está entrando en estado de **shock**: presión de sangre baja, pulso acelerado, respiraciones poco profundas, color de piel pálida, mente "ausente" y mirada lejana, mareada, piel fría, húmeda y pegajosa, etcétera.
 9. Acomódela en posición de **shock**: acostada con las piernas elevadas, tapada con una cobija, déle unas cucharadas de miel y muchos líquidos (de preferencia suero o líquidos endulzados para darle energía), administrándole, de ser posible, oxígeno 5-6 litros por minuto. Todo esto sin dejar de ejercer compresión bimanual en su matriz.
 10. Si cuenta con equipo de aplicación intravenosa, administrelle suero en solución de Lactado Ringer con dextrosa al 5 por ciento, al cual se le agregan 10 unidades de oxitocina por cada 500 mililitros de suero.
 11. Si sigue sangrando y su matriz está firme, probablemente se trate de un sangrado proveniente de un rasgado interno del cérvix, la vagina o el periné. Amarre con hilo y aguja cualquier vena sangrante y repare las laceraciones para cerrar las fuentes del sangrado.
 12. Si no cuenta con equipo de aplicación intravenosa y el sangrado no cesa, o aun si ya terminó y si la mujer está en estado de **shock**, transportsela inmediatamente al hospital o centro médico más cercano. Mantenga a la mujer tapada y en posición de **shock** durante el traslado, a la vez que la mantiene alerta y platicando. Pregúntele: ¿Qué día es hoy?, ¿Qué hiciste ayer?, ¿Cómo se llaman tus hijos?, dígale "cuenta del 1 al 20 conmigo", todo con el fin de evitar que se hunda en un desmayo y que sea más difícil "regresarla".

Los sangrados súbitos suelen ser dramáticos, aparatosos y peligrosos por naturaleza, pues una pérdida de sangre puede rápidamente llevar hacia la muerte. Sin embargo, una partera tranquila y bien capacitada, puede fácilmente efectuar todos los pasos aquí explicados, para lograr parar o controlar casi cualquier hemorragia que se le presente. Es por lo tanto recomendable que regularmente revise y practique (tanto mentalmente como con sus manos) los pasos aquí descritos, para que en la eventualidad de una hemorragia se sienta lo suficientemente tranquila y entrenada como para resolverla lo más rápida y eficazmente posible.

* Partera, Xalapa, Veracruz. Representante de MANA en México.



Ictericia y amamantamiento

Lawrence M. Garner

Kathleen G. Auerback*

En las últimas dos décadas se ha escrito y discutido mucho acerca del papel de la leche materna y de la etiología del ataque de ictericia temprana y tardía.

Ictericia y bilirrubina

La ictericia como el color amarillento de la piel, los ojos y otros órganos del cuerpo, es resultado de un aumento de concentración del pigmento de bilirrubina en el cuerpo, nos lleva a una pregunta. ¿Qué es la bilirrubina y por qué se eleva? La bilirrubina es un desperdicio natural, producto de la hemoglobina. La hemoglobina es el componente de las células rojas de la sangre que une y lleva oxígeno y dióxido de carbono. La hemoglobina se compone de tres elementos: la proteína globina, el hierro y el hemo, pigmento rojo al que se unen el hierro y la proteína.

Cuando las células rojas alcanzan el final de 120 días de duración de vida, se desintegran, la mayoría en el bazo y el hígado, soltando hemo que no puede ser reusado y puede ser dispuesto en su conversión a bilirrubina.

La forma inicial de bilirrubina no es soluble en agua; es transportada en la sangre uniéndola a la albúmina serosa, una proteína soluble. Para ser excretada por el cuerpo, la bilirrubina debe ser llevada al hígado donde es cambiada a una forma soluble en agua. Esta forma es creada añadiendo un producto de azúcar, ácido glucorónico, a la bilirrubina, formando bilirrubina conjugada. El hígado entonces puede excretar la bilirrubina conjugada en bilis.

La bilirrubina en la bilis entra al intestino y es cambiada por bacterias intestinales a stercobilina, el pigmento café de las heces. No toda la bilirrubina conjugada se convierte en stercobilina, una parte se vuelve a convertir en la bilirrubina original que el intestino entonces absorbe y regresa al hígado, aumentando la cantidad total de bilirrubina que debe excretar.

Ictericia fisiológica

La ictericia fisiológica o la ictericia que aparece en los primeros días de vida, ocurre porque hay un aumento en la carga de bilirrubina en la sangre del bebé, cuyo hígado relativamente inmaduro es insuficiente para excretar bilirrubina.

El recién nacido tiene relativamente pocas bacterias en el intestino para cambiar la bilirrubina en stercobilina. Como resultado, éste tiene una mayor cantidad de stercobilina de la que puede absorber el intestino, aumentando significativamente el nivel de bilirrubina en la sangre, especialmente en aquellos que parecen tener una tendencia a absorber las bilirrubinas del intestino.

La duración de vida de las células rojas en los bebés es más corta que en el adulto. Consecuentemente las células rojas se rompen produciendo más bilirrubina. Los recién nacidos también tienen más células ro-

jas por libra de peso en su circulación y en otras partes que las que tienen los adultos, este es otro factor que aumenta la producción de bilirrubina. Golpes y hemorragias internas pueden aumentar también la producción de bilirrubina.

El hígado no funciona tan bien en los primeros días de vida como funcionará más tarde. Los bebés recién nacidos tienen dificultad para deshacerse de la bilirrubina, no sólo porque se absorbe parte de ella en el intestino, sino también por deficiencia en el hígado de la enzima necesaria para conjugar la bilirrubina en su forma soluble en agua. En bebés a término lleva de tres a cuatro días para que la enzima transferase glucoronil esté presente en cantidades suficientes para cambiar toda la bilirrubina de su forma no conjugada a su forma conjugada (soluble en agua). En bebés prematuros, puede tomar ocho o diez días para alcanzar niveles adecuados.

El retardar el corte del cordón cinco minutos o esperar hasta que no esté pulsando, nos da como resultado un mayor volumen de células rojas en el infante que si el cordón es pinzado en el primer minuto. Algunos estudios han indicado que el volumen de bilirrubina sérica es ligeramente más alto en los bebés en que se ha retrasado el pinzado del cordón. Sin embargo, el retraso del pinzado del cordón también da por resultado una mayor cantidad de oxígeno y mayor volumen de sangre, así como un nivel de albúmina serosa que previene la entrada de bilirrubina al cerebro del recién nacido. Aunque la ventaja en la tardanza del pinzado del cordón sobrepasa ligeramente el nivel más alto de bilirrubina que resulta de esta práctica.

La presencia de leche en el intestino normalmente, reduce la absorción de la bilirrubina, especialmente en el duodeno (la primera porción) y el colon (la última

porción). Sin embargo, la privación inadvertida, la reducción de calorías, y una alimentación inadecuada frecuentemente aumentan la absorción de bilirrubina en el intestino, elevan el nivel de bilirrubina en la sangre y aumentan la posibilidad de ictericia.

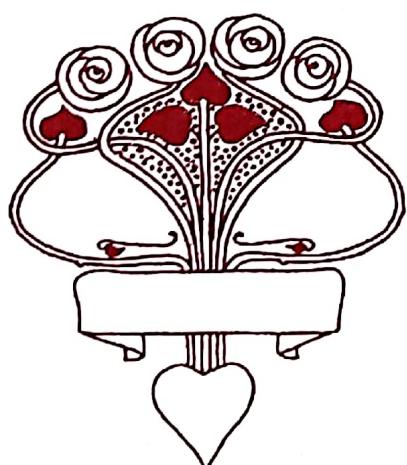
Aun en niños sanos, los niveles normales de ictericia fisiológica varían por razas. Los asiáticos e indios americanos, incluyendo los del norte, centro y Sudamérica, tienen niveles más altos de ictericia fisiológica que los bebés caucásicos o negros, independientemente de donde vivan o cómo sean alimentados.

Bilirrubina y daño cerebral

Los altos niveles de bilirrubina ponen a los infantes en un riesgo más alto de desarrollar kernicterus, el daño cerebral que es causado cuando la bilirrubina penetra las células nerviosas. El desarrollo de kernicterus, aunque es muy raro, puede ser reconocido en el recién nacido por la aparición de depresión cerebral severa, ataques, posturas y hasta la muerte. Aun en los bebés que parecen normales recién nacidos, este daño puede aparecer más tarde en su vida como parálisis cerebral, desórdenes leves en el movimiento, o problemas de aprendizaje.

Una pregunta que concierne a la salud de los bebés de término es la del nivel de bilirrubina para prevenir posible desarrollo de daño cerebral. Históricamente un nivel de 20 mg/dl. para bebés a término en bebés antes sanos ha sido aceptado. Este nivel se basa en datos relativamente pobres, recogidos hace muchos años de bebés enfermos, no sanos. Este riesgo de daño cerebral en bebés sanos a término es muy pequeño pero real. Estimaciones preliminares sugieren que menos de uno de cada 100 infantes que exceden de 20 mg/dl. de bilirrubina serosa está en riesgo de desarrollar cualquier forma de daño cerebral.

Los bebés prematuros y enfermos, sin embargo, son más susceptibles de elevar sus niveles de bilirrubina. Generalmente se acepta que los niveles de bilirrubina en estos infantes no deben subir tan alto como en los bebés de término. La fototerapia y las transfusiones son las técnicas que comúnmente se usan para reducir los niveles de bilirrubina en los recién nacidos prematuros o enfermos.



* Lawrence M. Garner, profesor y encargado del Departamento de Pediatría en la Universidad de Chicago. Estudia actualmente la hipobilirrubinemia en niños de Corea y Japón.

Kathleen G. Auerback, asistente de profesor en la Clínica Pediátrica y Obstétrica en la Universidad de Chicago, es personal de la Clínica de Lactancia y Amamantamiento.

El presente artículo es parte de la presentación hecha por los autores en la Novena Conferencia de la Liga Internacional de la Leche, en Washington, D. C., en julio de 1985. Tomada de la Revista *Mothering*, Núm. 41, traducción de Lourdes Bravo, partera y líder de la Liga de la Leche en Cuernavaca, Morelos.

Parir en Madrid

Consuelo Ruiz Vélez-Frías

Parir en Madrid es un enunciado ambiguo y tentador que podría servir de título a un libro gordísimo.



¿En qué Madrid? Desde el poblado prehistórico a orillas del Manzanares en el que se han encontrado numerosos vestigios, hasta el moderno y contaminado de las inacabadas torres de Clío, pasando por el que edificaron los árabes al que pusieron un nombre que aún conserva y que en su lengua significa "sitio por donde corre el agua" (que lo mismo puede ser una cañería que un torrente), el lugarón manchego de que hablan las crónicas, y la Villa y Corte que instaló Felipe II ha sido siempre un sitio donde las mujeres parieron durante milenios, paren actualmente y lo seguirán haciendo mientras Madrid exista.

¿Cómo parirían en Madrid las mujeres contemporáneas de los dinosaurios? Porque es irrefutable que parieron.

Supongo que lo harían ellas solitas, tan íntimamente como en la actualidad llevamos a cabo otra función fisiológica parecida en la que, de momento, no interviene nadie más que el interesado. Adoptarían la postura más conveniente para hacerlo, guiadas por su instinto, como las hembras de otros mamíferos. Es posible que eligieran un lugar solitario y oculto para hacerlo, como hacemos todavía para "la otra cosa" y que ellas mismas lavaran al crío en las entonces límpidas aguas del vecino río.

¿Cómo parirían las madrileñas más tarde, en tiempos históricos ya? Es seguro que entre judíos y mahometanos en la asistencia al parto intervenían únicamente mujeres y creo que lo mismo acontecía entre cristianos y mozárabes. Tuvo que pasar mucho tiempo, exactamente hasta el siglo XVII cuando un tal Sebastián Soto, no sé exactamente si médico o cirujano madrileño empezara a disputarle el puesto de comadron a las clásicas comadres, tan populares que hasta tenían una calle dedicada, la calle de las Comadres, que hoy se conoce como la del Amparo.

Parir en Madrid es un tema sobre el cual se podrían escribir cosas muy interesantes. ¡Cuánto me gustaría hacerlo! Pero tendría que revolver archivos y bibliotecas, que husmear entre polvorientos legajos, porque aunque tanto sobre el parto que sobre mi ciudad natal sé bastantes cosas, son muchas más las que ignoro y tendría que documentarme bien.

Lo que no renuncio es a contar cómo se efectuaban los partos en el Madrid de mi lejana juventud porque seguramente, con el correr de los años, se olvidará por completo qué era parir y cómo se hacía, y si algún futuro adepto de Clío quisiera saberlo, creo que vendrá bien un documento que ofrezca un testimonio sincero y desinteresado.

El haber nacido en Madrid en 1914, entre sus muchos inconvenientes, tiene la ventaja de conocer una etapa de "parir en Madrid" definitivamente superada.



Cuando yo empecé a trabajar como matrona, el parto era un acontecimiento que interesaba a toda la familia, además de la parturienta y de su marido. Abuelos, hermanos, tíos, sobrinos, cuñados y primos más o menos lejanos, solían estar interesadísimos en él y se despepitaban por atender y agasajar a la mujer. Acudían con presentes y regalos, bien para ella, bien para su bebé: desde tazas de caldo o ponches de huevo y jerez, hasta medallas, sonajeros y talismanes, se ofrecían indefectiblemente.

La mayor parte de los partos normales se asistían en casa, asegurándonos antes de que no había ningún peligro inmediato porque para eso éramos profesionales. Yo no disponía más que de un tensiómetro, un tubo de ensayo, algunos reactivos y un estetoscopio. Con tales medios, mis manos, un dominio bastante satisfactorio de las cuatro maniobras de Leopold, del método de protección perineal de Bumm y el conocimiento de las medidas antisépticas y profilácticas en uso, tenía suficiente para asistir partos sin sorpresas desagradables.

También tenía, en opinión de mi clientela, muy buena suerte, paciencia y buen carácter. Naturalmente que también se me presentaron partos distóicos, pero siempre en la pequeñísima proporción en que estos partos se presentan si se conoce y se respeta la fisiología del parto.

En caso de distocia yo acompañaba siempre a la parturienta al sanatorio o a la maternidad. Mi tarea consistía entonces en tranquilizar a la mujer, explicarle la causa del traslado, diciéndole lo que le iban a hacer, por qué y para qué y asegurarle que todo acabaría bien. Además, si me lo consentían, me quedaba en la clínica con ella.

Yo opinaba ya entonces y sigo opinando, que la mujer embarazada o parturienta no deja por ello de ser un ser racional con quien se puede y se debe hablar.

Ya entrados los años cincuenta, empezó a ponerse de moda parir en sanatorios y maternidades entre la clientela modesta que era la que yo he asistido para parir.

Las mujeres de clase pudiente sí iban a clínicas de lujo donde eran asistidas en el periodo expulsivo por el médico y visitadas brevemente por él durante la dilatación y el puerperio. Incluso en estos casos, la mayor parte de la asistencia estaba a cargo de la matrona, a la que la embarazada llamaba en primer lugar. La matrona la reconocía y comunicaba oportunamente al doctor la posición fetal, la presentación, el tono cardíaco, etcétera, así como el estado general de la mujer de forma que cuando el médico venía a visitarla, ya sabía de antemano cuál era la situación. La matrona seguía las instrucciones del médico, pues ya algunos, no todos, empezaban a intervenir en

los partos, aunque no tan desaforadamente como se ha llegado a hacer.

El médico se hacía cargo del parto cuando la dilatación era completa, debidamente avisado por la matrona.

Yo nunca trabajé así. Mis contactos con el ginecólogo se limitaron siempre a las poquísimas distocias con las que me tropiezo en mi larga carrera. No lo hice porque creo que era una manera desagradable de trabajar. Las familias creían que el niño nacía cuando el médico llegaba, que sin él no podía nacer y que apenas entrado en la habitación, lo llevaban a la sala de partos y el niño nacía rápido. Esto era rigurosamente cierto porque la matrona no le avisaba hasta estar completada la dilatación, según las órdenes recibidas. Pero esto la gente no lo sabía y se encarnizaban con la pobre matrona que no había llamado al doctor antes.

Las familias pudientes solían hacer unos berrinches tremendos que descargaban sobre la inocente y sufrida matrona.

Las mujeres asistidas por mí, se quedaban más conformes con la asistencia prestada. La presencia del médico no era deseada, sino todo lo contrario, si el médico aparecía era signo de que algo no iba bien.

Como mi zona era en los suburbios de Madrid, entre huertas, telares y basureros, llegar a los avisos era toda una odisea, a veces por caminos en los que no había más remedio que transitar en "el coche de San Fernando", unos ratos a pie y otros andando. Por eso, en vez de andar zascandileando por andurriales, a veces era preferible quedarse en la casa y lo que se perdía de tiempo se ganaba en tranquilidad de la mujer y su familia y el parto. Yo siempre les respondía bromeando que "¿acaso iba a meterme en la tarea que el inventor del parto estaba realizando ya? Que él sabía hacerlo mucho mejor, que esperaran el resultado y ya verán".

Acabado el parto, la casa se llenaba de gente porque incluso de los pueblos cercanos venían parientes. Todo eran felicitaciones y parabienes, aun en el caso en que se tratase de un hijo no deseado. Una vez nacido se le aceptaba y el parto quedaba registrado en la mente de todos, como un acontecimiento feliz.

Siempre había convite, desde una botella de jerez y bizcochos hasta unos buñuelos de la churrería de la esquina con chocolate. A veces los parientes venían preparados de rosquillas del pueblo o de chorizos.

Naturalmente, la matrona participaba en la fiesta, en la alegría de todos, como una más de la familia, como si también ella hubiera parido al chaval.

Acaso de ahí proceda la denominación castiza de la profesión, puede que etimológicamente comadre y luego comadrona quisiera decir co-madre, alguien que es madre a la vez de otra.

Yo he asistido partos en vecindades sin agua y sin luz y hasta debajo de una manta clavada en un muro, remedio o reminiscencia de una tienda nómada, pero todos los partos acababan alegremente entre gente llena de optimismo y de esperanza, contemplando embellecidas al nuevo ser.

En cambio, he asistido en sanatorios de mala muerte, adonde yo llevaba mi propio instrumental, a mujeres que vivían en buenas casas, pero que habían solicitado el vidente de "distocia social" porque no sé que idea tendrían de las comodidades de un sanatorio o, quizás, únicamente porque pensaban que era más elegante parir en él.

En los años cincuenta, todas las embarazadas, hasta las más humildes podían elegir quién las asistiera en el parto y el lugar donde dar a luz. Incluso si elegían dar a luz en casa o en una clínica, siempre podían elegir matrona, pues en los volantes siempre venían varias y, a veces, sobre todo en las sociedades de seguro libre, una nutrida lista. Como nos pagaban por parto asistido, lo mismo le daba a la sociedad tener 8 que 80 matronas. En ese asunto había entonces una completa libertad.

Paradójicamente, con la instauración de la democracia en España, se han invertido los términos. Ahora en Madrid hay libertad para todo, menos para parir. Ahora las embarazadas ya no pueden elegir ni el sitio para parir y mucho menos la matrona que las asista, ni siquiera que sea una matrona quien lo haga. De las listas de servicios de las sociedades libres, el de matrona ha desaparecido. Ha pasado con ellas que ya no ofrecen su asistencia como alternativa al parto dirigido y cesárea al final, igual que ya no se usan sanguijuelas como alternativa a la sangría que tampoco se hace ya.

Todas las mujeres embarazadas tienen que ir el día que les digan a la clínica que les manden, dotadas de todos los adelantos modernos, desde luego, donde las asistirán "a máquina", en día y hora preestablecida de antemano, contra reloj, obligatoriamente fuera de casa y sola. La familia está absolutamente descartada en este asunto, igual que la propia mujer, cuyo único cometido es obedecer.

Ahora el parto es una cuestión que interesa únicamente al médico, la mujer es sólo el material con el que él trabaja y no se le concede mayor importancia de la que daría un ebanista a la madera con la que hace una mesa.

Eso sí, el interés por el niño se atiende muy bien. Aparte de monitores y demás inventos modernos para saber su estado, cualquier maniobra es lícita para averiguar defectos o anomalías en el feto antes de que nazca, sin más resultado práctico que el que no se pueda culpar al médico de una espina bífida o de un pie valgo, a costa de darle a la madre el consabido disgusto con anticipación. Claro que eso no tiene importancia, pues ya se sabe que la mujer carece no sólo de inteligencia, sino también de sentimientos, desde el punto de vista médico.

En resumen, en las postrimerías del siglo XX, parir en Madrid se parece a la función fisiológica normal que algunos nos empecinamos en ver en él, como un huevo a una castaña. Es una verdadera y grave enfermedad que se combate con una serie de medicaciones y maniobras sistemáticas, vengan o no a cuenta, encaminadas a confeccionar sendas estadísticas y que obligan a la organización sanitaria a ingentes gastos.

Fuera de la capital, en pequeños pueblos, es posible que alguna que otra mujer dé a luz como Dios manda, por no haber tenido tiempo de ir a un hospital a que "dirijan" su parto. Sobre esto no creo que haya estadísticas. Yo conozco únicamente un caso: el de una embarazada de Villazoquete de abajo que se escondió en la cuadra, no hubo forma de que los camilleros de la ambulancia dieran con ella y parió allí, completamente sola, un chicazo posiblemente tan bruto como su madre. Es de desear que el caso se divulgue para que no cunda el ejemplo.

En cada despertar

Esther Gally

Escritora y
educadora
sexual,
fundadora
de Editorial
Pax-Mex.

Amaremos nuestro cuerpo,
es algo digno y hermoso,
un templo a nuestro cuidado:
sano, sensible y valioso.
Es un conjunto armonioso
que requiere ser cuidado.
¿No es maravilloso —¡digan!—
el don que se nos ha dado?

En el ovario nace el óvulo
como la punta de un alfiler,
la trompa es la que recoge
esta semilla de mujer.
Y entre una regla y otra
es cuando el óvulo nace;
ella es muy fértil entonces
y puede que se embarace.

Ovulamos todos los meses
mientras no hay embarazo,
desde unos doce o trece años
hasta los cuarenta y tantos.
El hombre produce la esperma
al tener la relación;
cuando hay óvulo, fecunda;
¡importante su función!

Ambas semillitas
tan pequeñas que no verán,
al unirse en armonía
un nuevo ser crearán.
En la matriz va a crecer
el óvulo fecundado;
allí estará nueve meses,
un bebé se habrá formado.

En una bolsa de agua
bien protegido estará
y en la sangre de la placenta
por el cordón umbilical
pasan aire y alimento
de lo que come mamá.
¿Será niña o varoncito?
La semilla del hombre dirá.

Bienvenido, niña o niño,
y con bastante comida,
que la madre le dé el pecho
todo el tiempo que le pida.
Un regalo milagroso
que la Naturaleza da,
la bendición de la vida
en cada despertar.

Nacer en casa: una alternativa



Norma Escalante B.

El Grullo, Jalisco

**Soy médica cirujana y partera.
Llevo 17 años de recibir bebés y "ver"
pancitas los mismos años de impartir
educación prenatal (psicoprofilaxis).**

Mi segundo parto fue en casa. Estábamos en nuestra habitación sólo mi esposo y yo. En aquel tiempo teníamos ciertos prejuicios por lo que no permitimos a nuestro hijo de tres años presenciar el nacimiento de su hermano, por lo que esperó llorando detrás de la puerta. Le di instrucciones a mi esposo de cómo recibir al bebé y colarlo en mi vientre. Lo primero que hice fue aspirar sus flemas ¡era otro hombrecito!; y de nuevo esa plenitud indecible que se experimenta al dar a luz, pero esta vez lo tuve en mis manos inmediatamente al nacer, ¡qué diferencial! A mi primer hijo no lo toqué para nada hasta después de 30 horas. ¡Qué impotencia y frustración cuando las enfermeras continuamente pasaban por los pasillos o entraban al cuarto a ver "cómo estás" y hacían caso omiso a mi petición de ¡tráiganme a mi hijo!, ¿cuándo me traen a mi niño?

Durante los primeros 12 años de mi ejercicio profesional en una población de 30,000 habitantes aproximadamente, yo atendía a un promedio de 20 partos por mes, la mayoría de mujeres que venían de las rancherías y pueblitos circunvecinos; atendía su parto en mi casa convertida en una pequeña maternidad, un cuarto con 3 camas y una sala de expulsión muy modesta (mesa de expulsión, camilla, esterilizador eléctrico, suturas, posibilidad de aplicar bloqueos peridurales ocasionalmente, no oxígeno, no incubadora), de todos estos partos aproximadamente el 10 por ciento era atendido en la propia casa de la parturienta; labores prolongadas, primerizas, partos de nalgas, partos generalmente en casa. Eran mujeres con una tradición cultural, o mujeres (naturistas) con un franco rechazo a la tecnología y medicina alópata, mujeres que no podían pagar un servicio de maternidad, o mujeres que viviendo en el cerrito de la capilla no deseaban subir hasta su casa un día después del parto, era más cómodo quedarse en casa.

Cuando un parto se complicaba con ruptura prematura de membranas más carioamnioitis, presentaciones posteriores y detención por falta de rotación con sufrimiento fetal, postmadurez con sufrimiento fetal, etcétera, la paciente era trasladada a la unidad hospi-

talaria más cercana localizada en una población a 20 km. de la nuestra, por lo general requirieron la extracción por cesárea lo cual sucedía aproximadamente al 10 por ciento de todas mis pacientes. Puedo asegurar que con una vigilancia adecuada de signos vitales, progreso de trabajo de parto, foco fetal, todas las anomalías se detectan a tiempo para evitar complicaciones mayores y llegar sin riesgo a la unidad mencionada donde la cesárea se realizaba aproximadamente 45 o 60 minutos luego de determinar que el parto no se resolvería con resultados satisfactorios para la mamá o el bebé.

Desde luego que los casos de alto riesgo (placenta previa, preclámicas, parto vaginal después de cesárea) los atendía desde su inicio en el centro hospitalario. De todas aquellas pacientes complicadas que trasladaba y terminábamos por hacerles cirugía: ninguna muerte perinatal. Hubo casos de carioamniosis, infección neonatal, síndrome de disfunción respiratoria como morbilidad, consecuencia más de la misma condición que condujo a su traslado que al tiempo empleado en la extracción del bebé. Quiero mencionar que en muchas unidades urbanas o suburbanas, particulares o no, el tiempo empleado para resolver un parto operatorio puede llegar a 30 minutos o aún más en lo que tardan los preparativos y también por el hecho de que por lo general no hay anestesista de planta y hay que esperar su llegada. Las cosas han cambiado por acá. Hace seis años aproximadamente en la ciudad vecina se instaló un hospital regional de la Secretaría de Salud y, ahora, la mayoría de las mujeres prefieren atenderse ahí, por un lado porque no hay costo alguno en la atención de su parto si asisten a todas sus citas prenatales y, por otro, porque como población que tiende a urbanizarse es mejor irse a un hospital en donde se tiene infraestructura, más aparatos, más médicos "por si algo pasa". Ahora hay una explosión de partos operatorios de mujeres por toda la región.

Vemos que la era de la tecnología invade nuestra vida y también la práctica médica. Lo más triste es que invade la mente de los que laboramos con pacientes. Lo idóneo es que el médico use juiciosamente la tecnología y no que se deje llevar por ella. Hay que saber a qué le llamamos progreso. En muchas publicaciones científicas se menciona que a mayor intervencionismo, mayores complicaciones y partos operatorios y malos resultados perinatales. La finalidad de la obstetricia es lograr un parto vaginal exitoso y un bebé sano. ¿Cómo podemos, médicos y pacientes sustraernos a esta corriente ilusoria?

Busquemos alternativas y una de ellas, tal vez no la única, sea atender partos en casa.

Recetas, trucos y demás

Remedios para infecciones vaginales:

Como quedamos en el número anterior, en esta sección damos recomendaciones para la curación de enfermedades sexualmente transmisibles.

*Trichomona vaginalis*¹

¿Cómo se reconoce?

Síntomas:

- Flujo muy abundante, espumoso, verdoso o amarillento.
- Puede haber irritación interna de la vulva.
- Puede haber comezón y/o ardor.
- Dolor al tener relaciones sexuales (dispareunia).
- Puede haber dolor al orinar (disuria) si se contaminan las vías urinarias.

Signos:

- Puntitos rojos en el cuello uterino (petequia afresada).

Diagnóstico:

- Mediante *papanicolau*.

Plan:

- Corregir el pH de la vagina con dieta, suprimiendo alimentos refinados (por ej.: harina y azúcar blanca).

• Hacer lavados vaginales con solución de un litro de agua hervida y una cucharada sopera de yodo; diario, por 6 días, aumentando una cucharada de yodo por día hasta el sexto día. Continuar con esta proporción hasta el día 10.

• Despues de cada lavado se "inyectan" 10 cms. de yoghurt natural en la vagina. De preferencia se hacen los lavados en la noche.

• En caso de que el hombre esté infectado tendrá que dejar de eyacular por 10 días para que se mueran los bichos. Se sugiere que reciba tratamiento médico también.

• Tratamiento alopático por excelencia: *Secnidal*, dos tabletas por la mañana y dos por la noche. Si está embarazada no usarlo en el primer trimestre.

• Tratamiento homeopático: según la especificidad del caso.

1. La *Trichomona vaginalis* puede causar cervicitis crónica y/o infecciones de las vías urinarias.

2. Puede llegar a confundirse con líquido amniótico.

3. El bebé puede contagiarse si nace cuando hay una infección.

¹ Tomado del libro *Protocolos de partería*, Grupo TICIT (en prensa), México, D.F.

Informando

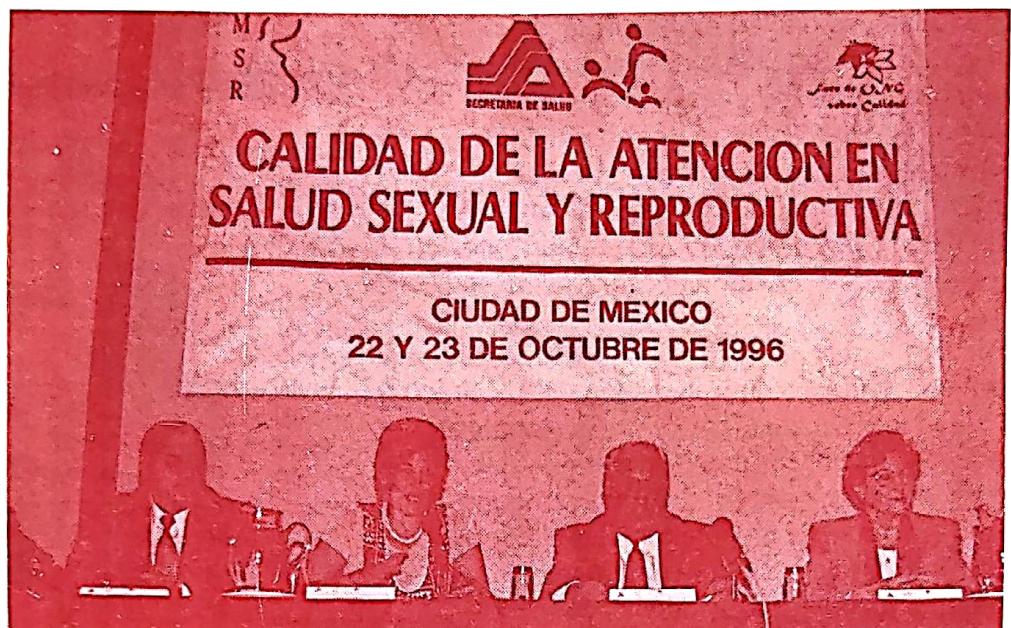


Foto: Rómulo Enciso

Encuentro sobre calidad de la atención de la salud sexual reproductiva

Dos días de intenso trabajo —22 y 23 de octubre— organizados por el Foro de ONG's sobre Calidad de los Servicios de la Salud Sexual y Reproductiva desde una Perspectiva de Género, junto con el Comité de Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos y la Dirección de Salud Reproductiva de la SSA.

En el encuentro se generaron discusiones coordinadas a partir de experiencias en la salud, y propuestas para trabajo y apoyo interinstitucional.

Este acercamiento sirvió, entre otras cosas, para darnos cuenta que existen personas abiertas, tanto en instituciones públicas, dispuestas a aprender de las organizaciones civiles, como en éstas, deseosas de ser escuchadas y poder colaborar conjuntamente en una labor urgente: lograr disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil, y, que a través del trato que se dé, su autoestima, bienestar y papel de protagonistas en el cuidado de su salud sea fortalecido.

La utilidad de estos foros debe trascender en acciones concretas para quienes más lo necesitan, especialmente ahora que cada vez más, el peso del cuidado a la salud recae en la población misma.

A continuación presentamos las reflexiones de una de las participantes

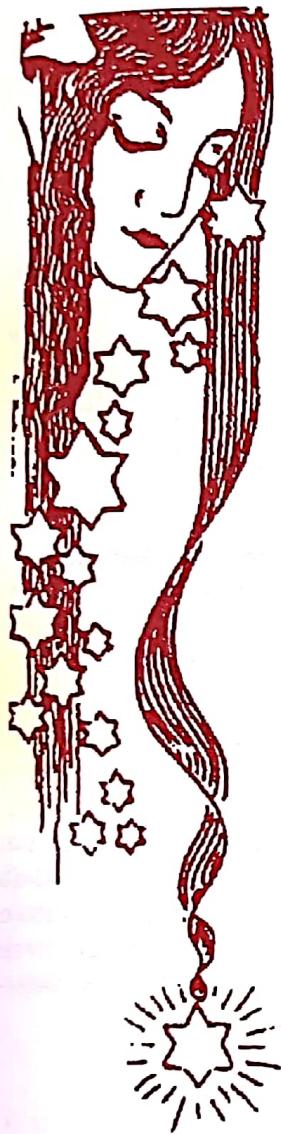
Yo saco no sólo partos sino todo tipo de enfermedades.

El hospital es muy duro, no hay apoyo. Luego las canaliza uno al Centro de Salud y les mandan ultrasonidos que no son necesarios, porque les dan un porcentaje a los médicos sin siquiera revisarlas. Creo que tenemos que tener la ayuda de Dios y toda la sabiduría para ayudar a quien no tiene ni para un parto, menos para ultrasonidos.

La clínica seguirá siendo siempre el arma más poderosa que las parteras tradicionales tenemos ya que jamás podemos ni siquiera alcanzar exámenes. Pedimos la valoración de los conocimientos de las parteras.

La realidad de las parteras es que las personas que nos toca atender viven en una grandísima pobreza. Díganme ustedes ¿cómo ayudar a esas mujeres que viven donde no hay ni agua para tomar, ni para comer?

*Sonia Muñoz Mainero
Partera de Cuernavaca, Morelos*



Buenas tardes, desde Perú

Gracias por el apoyo. Recursos genéticos de valor tradicional son aquéllos que han sido usados de manera ancestral por los pueblos aborígenes y que por su formación cultural han atribuido algún uso de carácter ritual, alimenticio o médico. En estos momentos dichos recursos están siendo estudiados ampliamente como estrategia para enfrentar hambrunas o enfermedades.

Paralelamente, estos recursos están adquiriendo valor comercial para las grandes empresas y se están patentando. Ello representa que muchas empresas u ONG's que aparentemente financian acciones de carácter etnológico o antropológico, en realidad están recuperando información valiosa de la que eran dueños los usuarios tradicionales; al patentarse este conocimiento y ser comercializados los productos, los usuarios tradicionales deberán pagar por el beneficio que significa su conocimiento al adquirirlo como producto de marca registrada.

Por ejemplo, en el Encuentro de Parteras que ha terminado, probablemente se haya hablado del uso de la hoja de algodón para favorecer al parto, o de la yerba Luisa para evitar los dolores por las contracciones. Pues bien, las parteras al "donar" voluntariamente esta información, están renunciando oficialmente al derecho de acceder a cualquier beneficio derivado del procesamiento de su conocimiento. Por decir, en el caso del algodón si el producto derivado fuese la oxitocina presentada como derivado de la hoja del algodón, al comprar la oxitocina comercial, ella pagará la patente y no percibirá ningún beneficio, a pesar

que la oxitocina se derivó de su información. Muchos recursos son usados tal cual, sin ninguna transformación de su forma natural porque funcionan como complejos activos, antes que como sustancias aisladas efectivas para curar o alimentar. Quizá les sea más fácil comprenderlo si piensan en alimentos. Pero ocurre que en USA se ha dado patente a una persona por el Ayahuasca. Quedan en vilo el uso que puedan realizar todos los curanderos de la cuenca amazónica del ayahuasca y sus derivados. Simultáneamente se presiona a los gobiernos de nuestros países para que acepten los mecanismos de acceso y protección de híbrido y derivados que ellos generan.

Este es un diario. El primero del niño recién nacido. Diario que escribirán sus padres para recordar y recordarle todos los eventos de su vida y su alrededor; de todos los días que pasaron juntos conociéndose y aprendiendo.

*Para pedidos e informes:
Ana Victoria Jiménez A.
Tel. y Fax: 590 6268*

Círculo de educadoras

Fármacos y procedimientos obstétricos: hallazgos actuales (1996) sobre sus efectos en la madre y el bebé

(Primera parte)

Doris Haire*

President American Foundation for Maternal and Child Health, New York, N.Y.

La seguridad y efectividad de muchos fármacos y procedimientos que una vez se consideraron como avances en el cuidado materno, están cambiando con la aplicación de controles al azar. Las conclusiones de estos controles subrayan que el mejoramiento de los resultados es consecuencia de las habilidades especiales de las parteras.

rutinas de la práctica médica, utilizada en el cuidado materno.

Venoclisis

No existe evidencia científica que justifique la administración de un suero por vía intravenosa en una parturienta sana, a menos que vaya a recibir anestesia. Además de interferir en la libertad de movimiento que la mujer en un trabajo de parto necesita, esta intervención se asocia con riesgo de infección materna y disolución de la sangre.

Ayuno forzado

El ayuno forzado, la práctica rutinaria de negar alimentos y bebidas a la mujer durante el trabajo de parto, no tiene ningún mérito científico. Una cuidadosa revisión de la literatura científica sobre la aspiración, muestra que no hay un solo caso documentado de aspiración ocurrida en una mujer a la que se le haya permitido comer y beber líquidos durante el trabajo de parto.

Investigaciones efectuadas por el anestesiólogo Kieran Fitzpatrick y la partera Angela Flanagan en el Hospital Jubilee, de Belfast, Irlanda, encontraron que el grupo de mujeres en su estudio, a quienes se permitió comer alimentos "ligeros" como pan tostado, huevos, sandwiches, yogurth, helado, gelatina o fruta fresca, tuvieron un trabajo de parto más corto —de una hora



La labor de la partera para apoyar a la mujer durante el trabajo de parto, y parto con un mínimo o sin drogas para aliviar el dolor o contracciones del útero, proporciona un estándar del cuidado contra el cual se comparan las ventajas y desventajas de las intervenciones obstétricas. Las parteras pueden muy bien defender las bases científicas de su práctica, si entienden completamente el conocimiento y riesgos potenciales inherentes a intervenciones como la inducción selectiva, la conducción del trabajo de parto, el ayuno forzado durante el trabajo de parto, analgesia epidural, episiotomía, etcétera.

De hecho, no existe hoy apoyo científico para la gran mayoría de las intervenciones que se han convertido en componentes comunes de las

hasta hora y media— y requirieron menos drogas para aliviar el dolor o estimular las contracciones. Además, los bebés de estas madres alcanzaron una puntuación mayor —según la escala de Apgar— inmediatamente después de nacer.

Amniotomía

En un metanálisis realizado por Brisson-Carrol et al., en Canadá, no se encontró apoyo para la hipótesis de que la amniotomía precoz rutinaria reduce el riesgo de cesárea. Por el contrario, los investigadores encontraron en un amplio estudio, una asociación entre la amniotomía precoz y la cesárea por sufrimiento fetal.

Episiotomía

Grupos controles al azar, reportados por Klein y sus colegas canadienses han confirmado que la episiotomía rutinaria no proporciona ventajas de salud ni a la madre ni al bebé.

No existe ningún apoyo para la antigua declaración de que la episiotomía mejora la función sexual de la vagina. En 1996 la revisión de la literatura por William Hueston, publicada en *Obstet-Gynecol*, encontró que la episiotomía, especialmente la episiotomía media incrementa la incidencia de desgarres perineales mayores del esfínter y del recto.

Lede y sus colegas no encontraron evidencia sólida de que el uso rutinario de la episiotomía tenga algún efecto benéfico, por el contrario, encontraron una clara evidencia de que la episiotomía puede causar daños como la necesidad de posteriores intervenciones quirúrgicas y una pobre capacidad sexual en el futuro.

Cordón umbilical

Pinzar el cordón umbilical antes de que haya dejado de latir incrementa la incidencia de anemia especialmente entre poblaciones vulnerables, según se ha mostrado mediante controles al azar. No hay una investigación propiamente controlada que muestra que pinzar inmediatamente el cordón beneficie a la madre y al bebé.

En 1996 en el Encuentro sobre Biología Experimental, en Washington, el doctor Pérez Escamilla reportó que pinzar inmediatamente el cordón umbilical predispone a los bebés a una anemia por deficiencia de hierro, condición que contribuye a un crecimiento y aprendizaje más lento. A los dos meses de edad, el 86% de los niños a los que se había pinzado el cordón inmediatamente después del nacimiento tenían signos de anemia temprana por deficiencia de hierro casi del doble que aquellos que no fueron pinzados rápidamente.

El neonatólogo británico Peter Dunn ha remarcado la importancia de pinzar inmediatamente el cordón como una forma de permitir que la sangre de la placenta ayude en la vascularización del tejido pulmonar del recién nacido y facilitar la inflación inmediata de sus pulmones.

* Haire, Doris (1996). *Update on Obstetrical Drugs and Procedures: Their effects on Maternal and Input Outcome*. 24 th Triennial Congress of Midwives, May 24-29, 1996, Oslo, Noruega, traducción de Leticia Sierra, Acce.



Apuntes para la historia de la partería

Pequeño departamento de partos reservados

Inaugurado en 1806 en el Hospicio de Pobres con la aprobación del Virrey Iturrigaray



I miedo, la vergüenza ó la desesperación que se apodera del corazón de las mugeres frágiles y livianas después de haber manchado con sus excesos su propia reputación, el honor de sus matrimonios, ó la distinguida clase de sus familias, las compelle para sepultarlos en el olvido, á abrazar los partidos más crueles, sangrientos y horribles contra sí mismas y los inocentes frutos de sus vientres, víctimas desgraciadas que sacrifican á su temeridad. Usan de los abortivos más poderosos, paren en lugares retirados sin auxilio, y socorridas de personas viles que publican su infamia por todas partes y lo que es más sensible con sus propias manos privan de la existencia á los hijos que trajeron nueve meses en sus vientres, cuando ellas debían ser los medios más seguros para socorrerlos en los instantes críticos de su tierna edad. Unidas la naturaleza, la religión y la piedad pública detestan maldades tan execrables. Los pueblos serían felices si nunca hubieran experimentado sus desgraciadas cuanto terribles consecuencias.

No será pequeño el bien, si se consigue minorar el número de esos atentados, y se proporciona un arbitrio capaz para asegurar á estas mismas madres abandonadas sus vidas, las de sus tiernos e inocentes hijos, el honor de los matrimonios, el decoro de las familias, la paz y tranquilidad que en ellas debe reinar, y para lo cual se establece este pequeño Departamento.

Él deberá formarse en lugar reservado, y sin que pueda ser registrado de persona alguna de las demás habitaciones que lo cerquen. Se compondrá del número de piezas que se estimen necesarias, y se formarán ellas de modo que aunque á un propio tiempo concurren diversas mugeres, no puedan verse ni tratarse [...]

En él se socorrerán únicamente á las mugeres españolas de todos los estados que no puedan parir en sus casas sin peligro de sus personas de su estimación y el de sus familias, quedando al arbitrio del diputado el calificar estas circunstancias [...]

Calificadas que sean por el Diputado las circunstancias de la muger que se presenta, se le destinará una de las piezas del Departamento para que permanezca en ella del modo más reservado que sea posible, sin que se le pregunte su nombre, estado ó condición por la Ama de confianza que en él debe haber, ni por las otras personas que la asistan, y quedado á su arbitrio el descubrirse ó no el rostro. En la pieza habrá una cama habitada de lo necesario y preciso para su descanso.

Inmediatamente á su arribo será reconocida por el Cirujano y en este acto se cubrirá el rostro para no ser reconocida. Si el

facultativo dixiere estar aun remoto el parto, se avisará al Diputado para que dicte la providencia que estime por más oportuna para asegurar su persona, pues en el Departamento solo deben quedar cuando estén muy próximas á él y probablemente no demoren muchos días [...]

Luego que los dolores anuncien la proximidad del parto se llamará a la Comadre, que debe ser persona de confianza e inteligencia y siempre una misma, y al tiempo de su nombramiento deberá jurar el guardar secreto, cuyo juramento también prestará la Ama de confianza.

Si en el acto de parir quisiera la parturienta estar con el rostro tapado, podrá estarlo, y por ningún caso se le persuadirá lo contrario, y solo que se prive, ó de otro modo sea necesario para ministrarle algún medicamento se descubrirá, y esto por solo la Ama de confianza y á su presencia en este preciso y único evento, podrán verle el Médico o Cirujano, quienes igualmente están obligados á guardar secreto.

Verificado el parto, el niño ó niña se pasará a la casa Real de Expósitos, previa noticia de la madre, la que dirá los nombres que deben ponérsele en el bautismo, y circunstancias con que se ha de asentar la partida, por si en algún tiempo quisiera recogerlo; pero si no señalare algunas, se hará en los términos comunes, sin expresar ha nacido en este Departamento.

Si la madre dixiere quiere llevarlo consigo, ó destinarlo en otra parte, no se le embarazará en modo alguno [...]

Si muriere la parturienta, dará inmediatamente cuenta la Ama de confianza al Diputado, y éste á la Junta de Caridad, sin decir su nombre, para su inteligencia, y se sepultará el cadáver con toda reserva, de parte de noche, y cuando todos los individuos del Hospicio están recogidos en la Capilla de él, llevando el rostro cubierto para que no lo vean las personas que lo carguen. El Diputado pondrá en el libro secreto la correspondiente partida, expresando su nombre y calidad y además una filiación exacta de su persona, señas de la ropa con todas las demás que estime por oportunas, la que firmará en unión del Vice-Presidente de la Junta de Caridad. Este libro será del todo secreto, y se custodiará en una arca de dos llaves, de las cuales una tenga el Diputado del Departamento y otra el Vice-Presidente de la Junta de Caridad, sin que pueda manifestarse en ningún caso, si no es por mandato judicial y cuando se trate del bien de los hijos nacidos de tales partos, y con previa orden del Excelentísimo, Sr. Presidente.

El Album de la Mujer. Antología ilustrada de las mexicanas, vol. II. Época colonial, Marcela Tostado Gutiérrez (comp.), Col. Divulgación, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, 1991, pp. 150-152.

Buzón

Desde La Paz, Bolivia

Estimadas amigas de TICIME:

Nos es grato informarles que su fabulosa publicación llega hasta los lugares más lejanos de las áreas rurales de Bolivia. Somos parteras (se dice "matronas" en Chile). Trabajamos en la capacitación de parteras empíricas y también a los médicos y enfermeras que pertenecen a los Centros de Salud de la Sección de Salud de Bolivia. Sus artículos son informativos y emocionantes. Muchas gracias por todos sus esfuerzos en la publicación y distribución. Me gustaría dar a conocer su boletín a mis colegas en Chile, pero no sé el precio ni el procedimiento para la suscripción. ¿Me pueden avisar? ¡Por favor, lo más pronto posible!

Les deseamos felicidades junto con sus seres queridos durante las fiestas que se aproximan, y éxito en sus labores el año nuevo y muchos años más.

Con cariñosos saludos
Ana Davenport y Gloria Metcalfe
28 de noviembre de 1996

Desde Capital Federal,

República de Argentina

Estimada Directora del

Boletín Conversando entre Parteras:

Me dirijo a ustedes para solicitarles tengan la amabilidad de hacerme llegar por correo el Boletín. Conocí el número del 2 de septiembre de 1991 y me resultó muy interesante. También he sabido de videos sobre el Parto en casa, el parto vertical, el parto bajo el agua y lactancia; me haré cargo del costo cuando me sean enviados.

Hago partos humanizados, preparo para el parto, soy instructor de lactancia y el método de la ovulación. Para la preparación de las embarazadas, hacia un parto humanizado imparto cursos y no cuento con videos, ni fotos, sobre las alternativas de nacer.

Sin otro particular les saludo muy atentamente.

Luis A. Naveiro

Desde Dublín, Irlanda

Junio 16, 1996.

Querida Laura:

En un viaje reciente a Dublín, Sheila Kitzinger me dio tu nombre y dirección. He estado involucrada como socióloga-médica en un proyecto reciente en Bolivia investigando los métodos tradicionales de manejo del parto y el crecimiento del sistema obstétrico de corte occidental. Sheila me comentó que ustedes estaban trabajando con parteras en México, organizando talleres en video porque sus habilidades se están perdiendo. No es necesario decir que hay un problema similar en las zonas urbanas y suburbanas de Bolivia con consecuencias probablemente desastrosas para las mujeres ya que no hay un camino fácil para que el Estado pueda subvencionar estructuras alternativas.

Incluyo un resumen de la introducción del proyecto. Creo que los datos que el equipo pudo obtener, especialmente sobre masaje, *manteos* y auto-cuidado puede dar una idea clara y convincente de porqué es tan urgente para las autoridades sanitarias bolivianas tener un enfoque más positivo y dar más apoyo a las parteras y los métodos comunitarios de apoyo durante el trabajo de parto.

Me encantaría tener correspondencia sobre su trabajo y mis colegas antropólogos en ILCA y TIPAF, el Dr. Denise Arnold y Cassandra Torrico también recibirían con gusto esta oportunidad.

Ahora estamos trabajando en un proceso de disseminación en los albores del proyecto y como prioridad en la agenda están los programas de radio. Pero la idea de usar un video abre una nueva dimensión que no habíamos considerado hasta este momento. Espero su respuesta. Con los mejores deseos,

Dr. Jo Murphy-Lawless
Investigadora. Universidad de Dublín

Desde Brasil
CAIS do Parto
Centro Ativo de integraçao do ser
Olinda, PE, nov. 1996

Laura:

Com alegria inicio contato com voce para trocarnos um pouco do trabalho que realizamos junto as parteras no Brasil.

Seu endereço foi-me enviado por Lilian do Bahia e a muito aguardamos para saber mais noticias.

Vai o material do Encontro para voce e gostaria mui-tissimo de receber uma cópia do seu video sobre as parteras e as publicações *Conversando entre Parteras*, diganos o que é preciso fazer. Abraço afetuoso.

Ivete Laurencio

Aquí los

Testimonio Raúl Minchaca Sanjuán

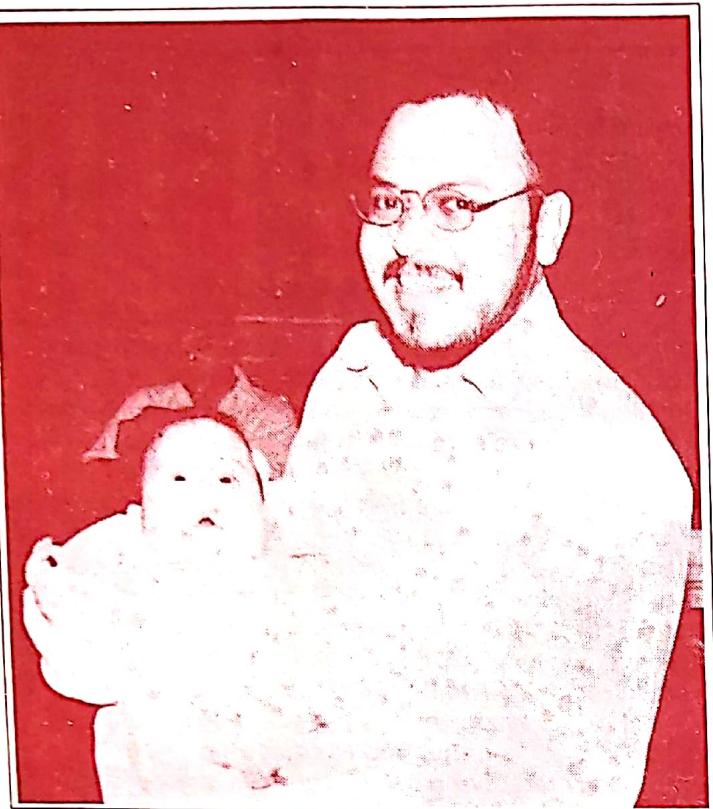


Foto: Judith Rendón de Minchaca

Desde antes de que mi mujer quedara embarazada de nuestro hijo, platicábamos acerca de la manera en que deseábamos se produjera este acontecimiento, acordando desde entonces que fuera por el sistema de parto natural y, de ser posible, un parto en agua, del cual ya teníamos cierto conocimiento, pero buscando siempre el bienestar tanto de la criatura como de la madre. Un apoyo fundamental para el correcto desenvolvimiento del parto, fue el curso psicoprofiláctico impartido durante el periodo de gestación, en el cual se nos enseñó cómo debía respirar la madre para controlar tanto el ritmo de las contracciones como el dolor que éstas producen, así como la forma en que el padre puede ayudar a su pareja durante este trance, además de preparar a los futuros padres psicológicamente para dicho acontecimiento.

Una vez que llegó el día del parto, la partera que siguió el desarrollo del embarazo y que atendería el parto, fue apoyada por otro médico, un médico naturista que se apegó mucho al uso de la acupuntura con calor para controlar el dolor y el ritmo de las contracciones.

Cuando todo estuvo listo y llegó la hora del parto, sucedió lo que se dice que siempre sucede: a la madre se le olvidaron las lecciones del curso psicoprofiláctico, sin embargo, tuvo la fortuna de recordarlas antes de que se produjera el alumbramiento y así pudo auxiliar con la respiración al correcto desenvolvimiento del alumbramiento.

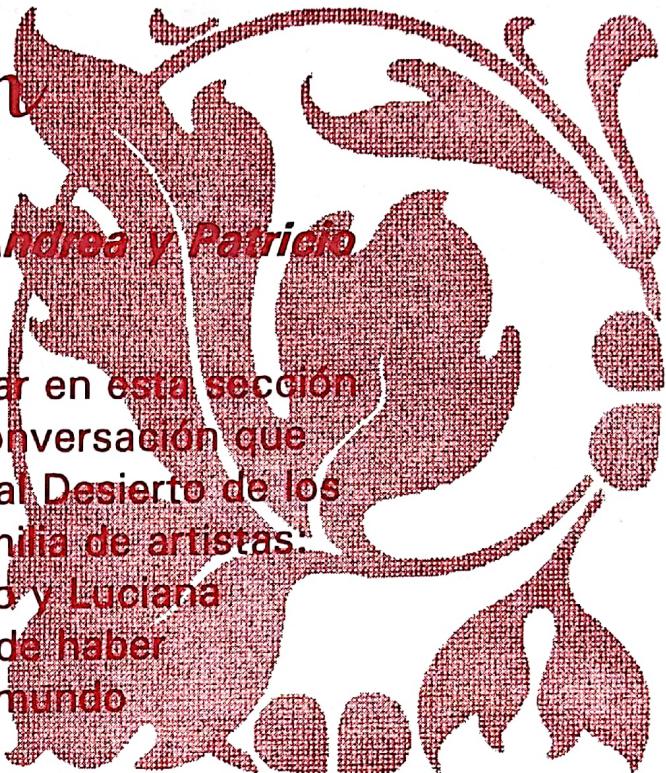
Finalmente, tras una labor de parto que no fue muy larga, nació la criatura, un bebé varón de 2 kilos 750 gramos y 49 centímetros de talla.

Respecto de todo esto, podemos decir, sin temor a equivocarnos, que quedamos plenamente convencidos y satisfechos con el resultado obtenido en el parto, tanto que deseamos que el próximo alumbramiento del que seamos partícipes como padres, sea realizado de la misma manera, y no sólo por la manera en que se desarrolló el parto y la atención en el periodo de gestación, sino también por el desarrollo ampliamente satisfactorio que hemos podido apreciar en nuestro primogénito en comparación con el desarrollo que tienen otros bebés de su edad, para lo cual, también es muy importante la alimentación que se le proporcione al niño, ya que en el caso de nuestro hijo su alimentación primordial está basada en el pecho materno, lo cual le ha producido buenas defensas y lo ha ayudado a crecer y desarrollarse rápidamente.

padres cuentan

Conversación con Andrea y Patricio

Nos da gusto presentar en esta sección
el resumen de la conversación que
tuvimos allá camino al Desierto de los
Leones con una familia de artistas:
Andrea, Patricio y Luciana
de 8 meses de haber
llegado al mundo.



ANDREA: Los primeros en ver a la bebé fueron Patricio y la doctora. Estaban todos nuestros amigos y la vieron todos los que estaban allí menos yo. No, en realidad me pusieron un espejito y ahí vi la cabecita. Pesó 2,800, peso estándar. El parto estuvo complicado porque traía dos vueltas de cordón umbilical, por tanto fue un parto larguísimo, larguísimo y yo creo que cuando haces ejercicio tienes el periné muy fuerte, se pone más difícil.

La verdad, al principio Patricio y yo no teníamos casi dinero para el hospital y entonces Marielena en el curso profiláctico nos enseñó varios videos de diferentes partos. Al último nos enseñó el video de una de sus alumnas y a mí me encantó. Los hospitalales, la verdad no me gustan para nada.

Entonces le empecé a preguntar a Marielena sobre el parto en casa y me recomendó con Judith y las personas que estuvieron en el parto. Fui con Judith y me cayó superbien... A mi mamá le dio el ataque, que era una irresponsable, que cómo iba a ser en casa, que qué tal si le pasaba algo a la niña. En lugar de que te den ánimos te los bajan. Mi mamá me trató de disuadir, pero yo le decía que me iba a sentir mucho mejor en casa de mi amiga que en un hospital donde no conozco a las enfermeras, ni al ayudante, se van a llevar a la niña quién sabe a dónde. Yo al entrar a un hospital me siento mal, me siento enferma. No te puedes concentrar por más meditación que hagas. Yo siento que sí es muy distinto.

PATRICIO: Yo no tenía idea de cómo se estilaba un parto en casa, pero sonaba interesante; el hospital es un poco impersonal, en casa significaba que podríamos vestir la casa con nuestros amigos. Yo soy muy aprehensivo, y durante el parto, a partir de cierto momento me sentía, sí, una figura importante en el parto, pero un poco inútil, impotente. De repente la situación lo rebasa a uno.

Bueno, nosotros nunca hemos tenido la otra experiencia, pero suponemos que es mucho más agradable tenerlo en casa. La energía, es como dijiste, una experiencia que te acerca a la vida y la muerte. Cuando nació ella estaba como en off, yo pensé que estaba muerta. Estaba entre los dos estados y me hinqué y me puse a rezar. Sentí que el alma se me iba lejísimos, un miedo horrible y cuando la bebé reaccionó, el alma me regresó, como un yoyo.

En algún momento, incluso, cuando nació mi hija, y quiero expresarlo porque así lo viví empecé a tener un debate entre Dios y no-Dios, entre la vida espiritual y la vida material. Y ahí tuve la confirmación de que la fuerza divina existe, fue muy explícito. Se notó en el paso de esta etapa a la otra (de la bebé) y que de pronto hubo una suspensión ahí donde la muerte estuvo más intensamente de lo que está ahorita porque en ese momento cuando la vida está surgiendo, la muerte se asoma también. Y de pronto, ¡pum! vuelve la vida y vuelve la magia y vuelve Dios. Eso no hubiera sido tan claro en un hospital y es muy rescatable aunque en su momento fue muy feo.

Durante el parto fuimos a caminar en la privada, después me metí a la tina. Más tarde me encerré en el cuarto de mi amiga. La bebé nació a las 7 p.m. Mis amigos seguían ahí aun que yo no me enteré. Las mujeres estaban escuchando detrás de la puerta y los hombres abajo. Mi mamá finalmente estuvo ahí y su concepto cambió, se convenció.

Cuando nació la bebé sí nos asustamos, pero la doctora fue maravillosa. En el hospital la hubieran inyectado, me hubieran hecho cesárea o ambas cosas. La doctora le dio un chochito de homeopatía, masaje y reaccionó de volada. Pronto estaba tomando pecho. Luego, la bebé estuvo mirando todo.

Yo sentía que el parto se alargaba, pero como la doctora y todas tenían una gran calma, nunca pensé que el parto estaba complicado y eso me ayudó muchísimo. De otra manera me hubiera dado el ataque.

Al parto en casa yo le veo ventajas sobretodo para la bebé. Ella nació y las dos primeras semanas estuvo tranquilísima. Para mí como mujer, también. Yo al darme cuenta me paré a ver qué ocurría también, pero desde antes, cuando el parto estaba fuerte, empecé a sentir que o le echas todas las ganas, o no la libra el bebé o no la libras tú. Yo siento que hay que perderle un poco el miedo a la muerte. Hubo un momento en que, como que yo la veía ahí pero estaba tranquila.

Todo esto para mí es una satisfacción. Como madre siento que en el hospital no parece que fuiste tú la que parió sino gracias al doctor. El parto es un proceso natural, como la preparación de los nueve meses. Yo no sentí mucha depresión postparto y tienes razón, la autoestima se eleva.

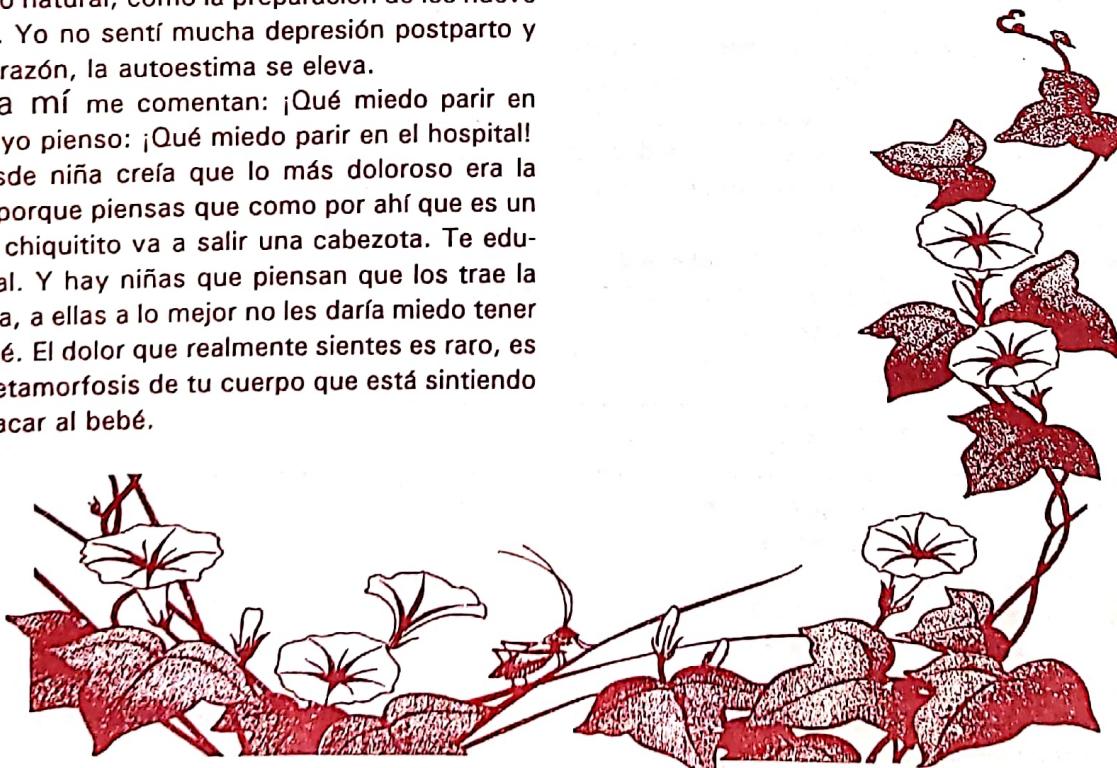
Cuando a mí me comentan: ¡Qué miedo parir en casa!, yo pienso: ¡Qué miedo parir en el hospital! Yo desde niña creía que lo más doloroso era la salida porque piensas que como por ahí que es un hoyito chiquitito va a salir una cabezota. Te educan mal. Y hay niñas que piensan que los trae la cigüeña, a ellas a lo mejor no les daría miedo tener un bebé. El dolor que realmente sientes es raro, es una metamorfosis de tu cuerpo que está sintiendo para sacar al bebé.

Por otro lado, hay que pensar que, como me dijo mi padrino, al que le hablé cuando empezó el trabajo de parto, me dijo: "Piensa que esto ocurre hace millones de años, y que la lista es favorable, que aunque uno de pronto sienta que está peligrando mucho no es cierto, son situaciones vitales que pasan cerca de límites fuertes pero que casi siempre es ventajoso. No es una ruleta rusa".

Exacto. Eso es cierto. Todo esto ocurre en esta época en otros aspectos, muchas cosas que nos pertenecen de pronto, por una cadena ancestral se empieza a pasar mal la información hasta el grado de tener ideas equivocadas, como la culpa, por ejemplo. Y dentro de esa manera de concebir el mundo, hay muchas limitaciones, y una de ellas es la idea de que una mujer vaya a un hospital y eso está más que asumido, cuando finalmente es la experiencia más propia que a uno le pertenece. También es recuperable para el que nace. Decirle a Luciana, mira en esa esquina, en esa casa fue donde tu naciste, será maravilloso.

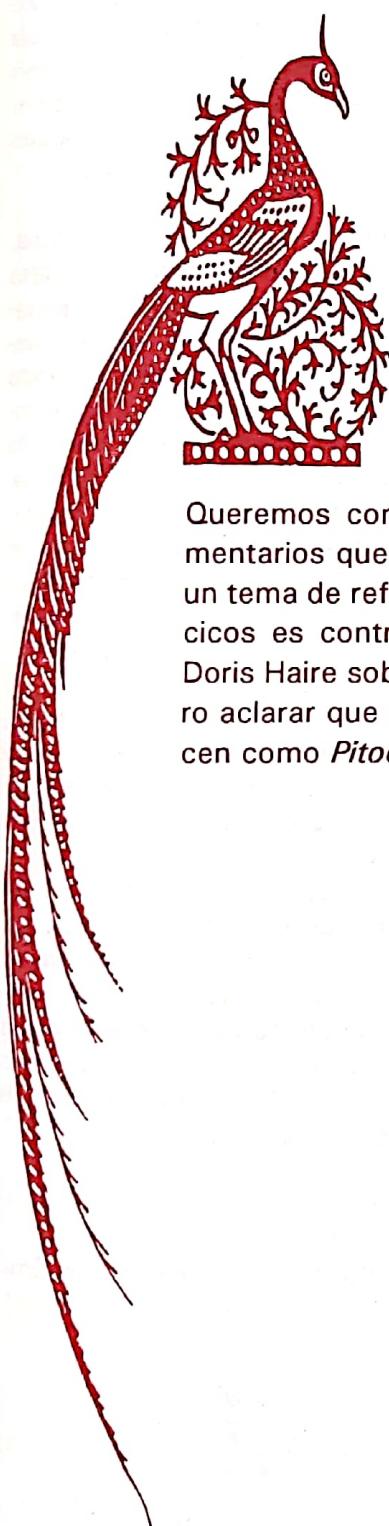
Creo que es muy rico cuando el parto es en casa porque es un acontecimiento único, tanto para los que tienen al bebé, como para los que lo reciben. La modernidad nos ha llevado a los grandes números. Como cuando pasé a la secundaria, yo me sentía único porque salí de una primaria donde nos inculcaban el sentimiento de individualidad. En la secundaria yo era el número 25 de ese salón.

*Entrevista realizada por Miriam Ruiz Mendoza
y Ma. Constanza Echeverri.*



Día Internacional de la Partera

Foro Abierto El uso de la oxitocina y los sueros



Tuvimos el gusto de abrir un diálogo sobre el uso de la oxitocina y los sueros en los partos durante un foro abierto que se realizó el 1º de junio de 1996 en la III Reunión de las parteras de MANA, México en San Miguel de Allende, Guanajuato. La moderadora de este foro fue Bárbara Wishingrad.

Queremos compartir en este artículo algunos comentarios que surgieron en el foro, ya que este es un tema de reflexión para todas. El uso de los oxitócicos es controversial. Les remito al reportaje de Doris Haire sobre sus peligros en este boletín. Quiero aclarar que en México estos oxitócicos se conocen como *Pitocina o Sintocinon*.

Antonia Córdoba Morales (partera de San Miguel de Allende, 10 años de experiencia). "Muchas mujeres quieren el suero o la inyección. Creen que con eso el parto será más rápido. Aquí en la clínica de CASA, intentamos atender a las mujeres lo más natural posible. Si vienen para sus prenatales les explicamos y educamos de antemano. Pero muchas que caen por primera vez a la clínica, llegan con la suegra, el esposo, muchos familiares y todos dicen: '*¿A qué horas le vas a dar el suero? Se supone que venimos para que se alivie y ya se quiten los dolores*'. Yo estoy trabajando con las parteras rurales para enseñarles que estas inyecciones intramusculares van a dar problemas, las va a hacer 'tronar'. Les llegan unos dolores

Alison Bastién
Barbara Wishingrad
San Miguel de Allende, Gto.

intensos, rápidos, demasiado fuertes que ya no sabe qué hacer la señora y puede entrañar muchos problemas para el bebé. Hasta puede tronar el útero".

Enriqueta Contreras (partera de Oaxaca, sobadora y curandera. 40 años de experiencia). "Como partera empírica, no me interesan ni me corresponden mucho estas cosas de los medicamentos. Nosotras, gracias a Dios, tenemos recursos igual de eficaces que nos dio la Madre Naturaleza. Y estas plantas sirven en la medida de lo que necesitamos según el caso. Lo que sucede con el suero es que el útero tiene que trabajar fuera de su tiempo. Si no hay forma de controlar y medir eso del suero, puede hasta morir la señora. ¡Y más razón para que nosotras no lo utilicemos! No es nuestro ramo. Tenemos nuestras hierbas, nuestro espíritu, nuestra forma de esperar el momento".

Hermelina Sánchez (partera de Yucatán, 48 años de experiencia). La señora dice que trabaja con sus plantas, pero yo no. Yo he trabajado con muchos médicos, muchos parteros y en el ISSSTE, y sí usamos la ampolleta. Si se necesita, se las damos".

Antonia: "Hay que ver cuándo y cómo. En la clínica de CASA usamos dos tipos de suero, el Hartman y el de glucosa. Si ya tenemos a la

mujer dos días en parto, toda cansada y deshidratada le damos una solución de glucosa. En un parto muy prolongado en el que la mujer ya no quiere saber nada del parto; cuando ha durado más de 24 horas o no dilata más que tres o cuatro centímetros, entonces le damos suero con media ampolla de sintocina con 6 gotas por minuto. Todavía le decimos que se ponga a caminar, a hacer sus actividades. Pero todo depende del estado de salud de la mujer; si la vemos bien no le aplicamos absolutamente nada o le damos un té de altamisa o de canela calentito.

"Si hay un sangrado postparto tenemos que ser conscientes de dónde sale el sangrado: un desgarro en el cuello o en la vagina no es para que le pongamos luego, luego un suero".

Esther Gally (escritora, terapeuta): "El poner al bebé a mamar hace soltar la oxitocina natural de su cuerpo y ayuda a prevenir o parar un sangrado del útero".

Antonia: "Si estamos en casa, mientras voy buscando el suero, la oxitocina, esto y lo otro, mientras se me puede morir la señora. No debemos ser tan pegadas al suero para parar una hemorragia. Podemos usar la compresión bimanual, el masaje, poner el bebé a la teta y decirle que ella tiene que dejar de sangrar. Nadie le puede parar el sangrado mas que ella..."

Enriqueta: "Nosotros en el medio rural, en las comunidades, no contamos con nada de esto. Yo no necesito de estas cosas. Para nosotros las

plantas son las medicinas. Tenemos que respetarlas. Y no voy a decirle que tome una planta si yo ni siquiera conozco esa planta. Podemos usar un té de tila, o flor de la manita para relajar a la señora. Tenemos que ver el medio ambiente y el núcleo familiar y no crear energía negativa".

Antonia: "Si la misma mujer dice que no puede aliviarse sin suero, le explicamos que hay ventajas de no usarlo: la libertad de movimiento, de caminar, de ir al baño, poder estar en diferentes posiciones, etcétera. En el hogar les explico que el suero no es el que va a dar a luz. Solamente ella va a tener el bebé. Les doy mucha agua para que no se desmayen y tengan fuerzas".

Una partera de Puebla: "Yo hasta les he dado suero solito y una ampollita de agua destilada. Les he dado hasta inyecciones de la pura agüita porque me están rogando, sufriendo, haciendo un escándalo para que les ponga la inyección. Les doy agüita y se alivian solas. Solitas".

Antonia: "Pero eso no nos quita del juego de que 'necesitas algo para aliviarte'. Mejor que ella se quite la idea de un salvador —sea inyección, suero o lo que sea— y piense que ella sola puede".

Ma. Elena Galante (enfermera-partera de EUA que reside en Tlacolula, Oaxaca). "Cuando a mí me piden un suero, yo les digo: ¿Qué es un suero? Es agua con un poco de sal y azúcar'. Está comprobado que es mejor tomarlo oralmente, así como un té endulzado".

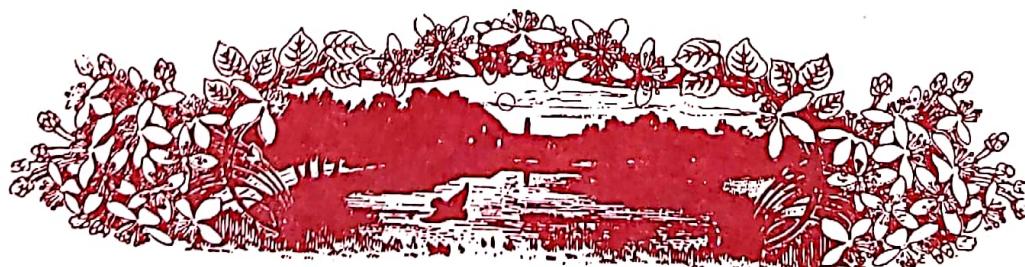
Un médico de la clínica de CASA: "Ni el suero, ni la oxitocina son varietas mágicas. Lo mejor es llevar un buen control prenatal y conocer bien el caso. El usar agujas y sueros representa un peligro hoy en día por el SIDA y estas cosas deben estar en manos de gente capacitada... Me dijeron algunas parteras rurales que pusieron 5 unidades de Sintocinon a la mujer ¡y meten 5 ampolletas por inyección! ¡Por un error de este tipo se puede hasta morir la señora!"

Naolí Vinaver (partera de Xalapa, Veracruz): "Para ayudar a un parto lento hay muchas cosas que podemos hacer. Podemos ayudarla haciendo que siempre esté tomando líquidos y darle miel en cucharadas. Podemos ayudarla a caminar, la mandamos a pasear en la camioneta en un paseo sobre las piedras. Una manteada. Le estimulamos el pezón. No hay que sentirse tan arrinconadas, tenemos muchos recursos. También allí está la Homeopatía".

La plática continúa y continúa. ¿Qué opina usted sobre el uso y abuso de los oxíticos? Escriba sus opiniones a *Conversando entre Parteras*.

Si desea obtener el video del "Foro Abierto sobre el Uso de los Sueros" tal y como se desarrolló en San Miguel de Allende, puede adquirirlo por 100 pesos si asistió a la conferencia, y por 150 pesos si no lo hizo. Por favor, envíe un giro con su pedido y datos personales a:

Barbara Wishingrad
A.P. 741
37700 San Miguel de Allende, Gto.



DIRECTORIO

Titular de la publicación
Laura Cao Romero

Domicilio de la publicación
Congreso 113 "E"-403, La Joya, 14090,
México, D.F. Tel. 573-7626
Fax 513-1752. e-mail: Ticime@laneta.apc.org

Imprenta
Multiediciones California, Xola 181-A,
Col. Postal, México, D.F.

Compilación y edición
Laura Cao Romero,
María Constanza Echeverri, Miriam Ruiz

Producción editorial
Ana Victoria Jiménez A.

Diseño y formación
Kenia Salgado S.

Relaciones públicas
Raúl Reyes Resano

Corresponsal en EUA (hispanohablante)
Pilar A. Parra, Tel. (607) 255-0063
e-mail: pap2@cornell.edu

Colaboradores y consultores por área

Obstetricia
Mercedes Ballesté

Partería
Patricia Kay

Lactancia
Lourdes Bravo

Medicina tradicional
Ignacio Bernal

Psicología
Beatriz Martín

Distribución
Grupo Ticime, A.C.
Congreso 113 "E"-403, La Joya,
14090, México, D.F.

Licencia de título
6811 Secretaría de Gobernación

Licencia de contenido
7315 Secretaría de Gobernación

Reserva de derechos
1740-93 Secretaría de Educación Pública

Conversando entre Parteras aparece cada seis meses, en junio y diciembre. Con tu donativo a Grupo Ticime, A.C. quedas inscrito a la Red de Parteras y recibes este boletín.

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 nahua.

¿Qué hace *Ticime*?

- Reúne 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 autor, no necesariamente de Grupo Ticime. Se autoriza su difusión por cualquier medio, siempre y cuando se dé el crédito correspondiente a su autor y a esta publicación.

El hijo

Se inicia y abre en ti, pero estás ciega para ampararlo y si camina ignoras por flores de mujer o espadas de hombre, ni que alma prende en él, ni cómo mira.

Lo acunas balanceando, rama de aire, y se deshace en pétalos tu boca porque tu carne ya no es carne, es tibio plumón de llanto que sonríe y alza.

Sombra en tu vientre apenas te estremece y sientes ya que morirás un día por aquel sin piedad que te deforma.

Una frase brutal te corta el paso y aún rezas y no sabes si el que empuja te arrolla sierpe o ángel se despliega.

Alfonsina Storni
De mascarilla y trébol, 1938.
En Alfonsina Storni. *Poesías, 50 aniversario*, Buenos Aires, Argentina, 1988.

*"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 Berghammer

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 Berghammer

Partera con 7 años de experiencia en Korneuburg, NO, 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.

Queridas Ticimes:

Estamos felices de que *Parir y Nacer* haya recibido tan entusiasta acogida en México y América Latina. Agradezco el envío del texto traducido al español pues la película fue escogida para participar en el Festival Internacional de Cine Científico a realizarse en Ronda, España. Les deseo buena suerte en su trabajo de promoción y apoyo a la partería y jojalá que México cuente pronto con escuelas para aspirantes a esta profesión!

Karin Berghammer, partera y autora de la película *Parir y Nacer*, Viena, Austria.

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

Parir y Nacer