

Conversando entre parteras

Boletín N° 22, invierno 1998



Salud y nutrición de la madre y el recién nacido

Índice

Editorial	2
Un calendario de IPAS	3
Aquí los papás cuentan	
Cuando la alegría llega del modo que no pensamos	4
Poema	6
Pensamientos	6
Lactancia y vínculo con el recién nacido	
Shantala, una caricia de estímulo a la vida	7
Apoyando la lactancia	
La leche materna	8
Buzón	11
Círculo de educadoras	
Postparto	14
Tu bebé por nacer oye... ¡Díselo con amor y música!	17
Entre parteras	
Bebés de agua	19
Testimonios	21
Consentimiento informado	22
Cómo me hice partera	23
Relato de una experiencia	25
Informando	25
Recetas, trucos y demás	
Recetas de Doña Queta	30
Recordando nuestras tradiciones	
Sobre el temazcal	31
Los médicos hablan	
El olvidado arte de la versión externa	32
Lo que otras publicaciones nos dicen	
Monitoreo Electrónico Fetal	33



Conversando entre parteras
Año 7, núm. 22, invierno 1998

Editorial

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

Nos da mucho gusto cerrar este año con cuatro números de nuestra revista, ¡como lo prometimos! Hemos sido muy afortunadas por contar con la participación entusiasta de parteras, padres y madres, educadoras y otros profesionistas de la salud. La interacción con parteras de otros países y también de la provincia mexicana va en aumento.

El cansancio, después de ocho años se compensa con un sentimiento de satisfacción. Al hacer una revisión de cómo nació este boletín, ahora ya una revista, vemos que su aparición fue inspirada por el intercambio de conocimientos entre distintos tipos de parteras, que tuvo lugar un día en que nos juntamos a celebrar el 5 de Mayo de 1991, el Día Internacional de la Partera.

Algo nos decía que de continuar con su publicación, a pesar de condiciones adversas, lograríamos despertar en ustedes un creciente entusiasmo por ésta nuestra red de apoyo a la partería. Sus cartas y artículos, así como las dudas y los retos de mujeres y hombres, especialmente en la etapa cercana al parto y a la tarea real de la maternidad, han sido una inspiración y fuente de información creciente.

Hacer accesible información actualizada tiene como finalidad que las mujeres embarazadas no se conformen con una atención mediocre, sino que tengan más elementos para elegir o demandar servicios satisfactorios. Tener un diálogo franco y respetuoso con quienes las atienden es un asunto de dos.

En la actualidad, una mujer no debe sentirse cohibida por exponer sus dudas ni tampoco pasar por alto el conocimiento que sobre sí misma tiene, así como su responsabilidad de leer, preguntar e interconsultar con otro personal de salud ante la más leve duda de un primer diagnóstico o tratamiento. Cuando el servicio que se otorga es satisfactorio para quien lo da, pero mucho más para quien lo recibe, estamos logrando que éste sea un servicio de calidad.

Deseamos que terminen este año con sus proyectos avanzados y con más claridad para los planes a desarrollar en el próximo, que se den un buen descanso y llenen sus tanques de energía para el 99, año en que necesitaremos una gran capacidad de esfuerzo, paciencia y esperanza... Sí!

Con ustedes,

Laura Cao-Romero



Para trasladar, toda la comunidad ha de colaborar.

De las complicaciones hay que saber para evitar que se muera la mujer aunque yo tengo mucho de partera a veces el sangrado desespera o la placenta cuando se tarda en salir son causas por las que llegan a morir

Cuando se presenta algún sangrado si es abundante el suero es obligado o si la matriz es floja y no se puede contraer en ambos casos a trasladar a la mujer

No queremos que por falta de atención alguna madre se nos vaya hasta el panteón a todos debemos de convencer de los peligros actuales del nacer estamos listas para ayudar con las habilidades que pudimos mejorar.

Después de aborto o nacimiento debe tomar a sus horas el medicamento si hay calentura o le huele su desecho no importa si está afuera o bajo techo ay Dios, tal vez hay infección al médico debe ir a revisión

En ningun caso hay que esperar ni en las hierbas o rezos solo confiar hay que llevarla al hospital y prevenir que vaya a quedar mal

Partera



- 1999 -

ENERO							FEBRERO							MARZO						
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	7	8	9	10	11	12	13
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	14	15	16	17	18	19	20
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	21	22	23	24	25	26	27
24	25	26	27	28	29	30	28							28	29	30	31			
31																				
ABRIL							MAYO							JUNIO						
4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12
11	12	13	14	15	16	17	9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19
18	19	20	21	22	23	24	16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26
25	26	27	28	29	30		23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30			
							30	31												
JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE						
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25
25	26	27	28	29	30	31	29	30	31					26	27	28	29	30		
OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30					26	27	28	29	30	31	
31																				



Aquí los papás cuentan

Cuando la alegría llega del modo que no pensamos

Samuel Gallegos
México D.F.

En la vida no todas las cosas salen como uno desea. Mi esposa Martha y yo, después de cuatro años de casados, decidimos tener un hijo. Era algo muy importante y hasta podría decirse que inusitado, dado que nos habíamos casado pensando en no tener hijos por lo que la experiencia de tener uno, en las condiciones en que lo tuvimos, ha sido muy fuerte.

Después de que quedamos embarazados (y digo bien, porque descubrí que no sólo la mujer se embaraza, sino también el hombre), platicamos sobre las condiciones para el nacimiento de nuestro hijo. Yo estaba influido por el modo en que Víctor, mi mejor amigo y su esposa habían cuidado de su embarazo y cómo habían tenido a su hija. Había seguido muy de cerca todo el proceso, en parte por lo que veía, pero más influyó la manera en que mi amigo lo vivió y cómo me lo transmitió al contármelo, fue cuando oí por primera vez el nombre de Laura Cao y me di cuenta de las bondades del parto natural, de tal forma que para mí era la mejor manera de tener un hijo; yo pensaba en el parto natural, pero ella no. Martha pensaba en hospital, quirófano, médicos y enfermeras en bata azul o verde, y no llegamos a ningún acuerdo. Sólo pensé: "esto va a ser más difícil de lo que creí".

Un día, Martha me dijo: "Vayamos a ver a Laura Cao, pero no te prometo nada. Sólo quiero saber cómo trabaja. Luego vamos a ver a la ginecóloga que nos recomendaron". Fuimos a ver a Laura (entonces yo sólo la conocía por oídas) y después de una amplia plática, de preguntas y respuestas, y de una deliciosa jarra de agua de limón, salimos. Yo le dije mi gran

interrogante a Martha: "¿qué piensas?"... "Voy a tratar -me contestó- a ver qué pasa. Si no me gusta, entonces vamos con la ginecóloga que nos recomendaron". La decisión final tomó esta forma: Martha se atendía con Laura Cao, pero el bebé nacería en una clínica. A partir de entonces hubo muchos cambios. Empezando porque se fue gestando una re-programación en la manera de ver las cosas con respecto al nacimiento de nuestro futuro hijo. Creo que el trabajo más fuerte en este sentido fue de Martha, aunque definitivamente yo tuve que hacerlo también. Comenzamos a ver a Laura regularmente y conocimos a Judith Cano. Cambiamos nuestra alimentación, lo cual nos costó algo de trabajo. Entramos en un curso psicoprofiláctico con Alina Bishop, lo cual fue una verdadera bendición porque nos dotó no sólo de información respecto de lo fisiológico del parto, sino también de lo concerniente a lo psicológico, lo emocional, tanto individual como de pareja, etcétera. El caso es que nos sentimos muy entusiasmados con todo el proceso; hacíamos nuestros ejercicios de respiración, leíamos libros sobre embarazo, veíamos videos de partos naturales y nos emocionábamos pensando en que nuestro hijo nacería así. Después de varios meses, Martha y yo estábamos listos para tener un parto natural.

El día en que empezaron las contracciones regulares fue un sábado a las cuatro de la mañana. Las contracciones eran leves y presentaban una continuidad a la que no le prestamos mucha importancia. Eran contracciones que venían en intervalos que variaban de 3 a 10 minutos. Es decir, a veces había un intervalo de 3 minutos, otras era de 5 min., otras de 7, luego de 4, brincaba a 10, bajaba a 6,

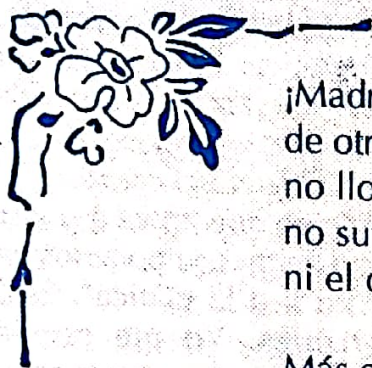
etcétera. Todavía nos dimos el lujo de ir al Zócalo por algunas cosas que necesitábamos. Las contracciones, en la noche del sábado, seguían teniendo el mismo patrón, pero se intensificó la agudeza del dolor. La madrugada del domingo la cosa ya era muy intensa. Yo esperaba –y creo que Martha también– que tomarían una regularidad de 5 minutos constantes, pero tal cosa nunca llegó. Creo que interpretamos extremadamente literal la información de que las contracciones se presentan cada cinco minutos cuando ya está cerca el momento del nacimiento. Esta esperada regularidad hizo que no le diéramos la importancia debida al asunto. De hecho, aun cuando hablamos con Laura en la madrugada del domingo, y ella nos había dicho que si seguían con ese patrón las contracciones le hablaríamos en una hora, no lo hicimos, hasta que ya habían pasado dos horas o más y el dolor era intensísimo. Ya era de mañana.

En la mañana del domingo, no recuerdo ni a qué hora, llegaron Laura y Judith. Revisaron a Martha y nos dijeron: “ya tiene 8 de dilatación, creemos que nace en una media hora. ¿Qué les parece si nace aquí en su casa?, para ya no movernos a la clínica, no sea que nazca en el camino”. Martha estuvo de acuerdo y yo pensé: “¡fantástico! Parto natural y en la casa”. Quiero decir que el sufrimiento compartido con mi esposa en el trabajo de parto, para mí fue una cosa espantosa, difícil, dura. Yo veía a Martha cansadísima. Su dolor me penetraba los huesos, nunca he sentido más impotencia que en esos momentos. Buscamos maneras de aliviar el dolor. Bailamos juntos al sonido del ¡aaahhh! con el que Martha trataba de llevar un ritmo de respiración y del “abajo, amplio, afuera”, recitamos textos de la Biblia, le pedimos a Dios ayuda, cantamos himnos de nuestra tradición religiosa. Sentía admiración por la manera en que Martha llevaba el dolor. Me dije que yo sería incapaz de aguantar tanto. Yo lloraba tratando de que no me viera Martha. Si alguna vez la he visto digna, ha sido en el momento del trabajo de parto.

Pasó la media hora. Pasaron varias medias horas más y nada pasó. El bebé estaba atorado. No daba la vuelta definitiva. Después de un esfuerzo que se me antojaba sobrehumano, y de ver la lucha que Martha sostenía para que naciera nuestro hijo y de estar checando el corazón del bebé, Laura nos dijo: “creo que no va a poder nacer naturalmente. No tiene caso ponerlos en riesgo. Prepárense para ir a la clínica”. Esas palabras fueron terribles. Yo me quedé petrificado. Martha lloró un ¡noooooo! desgarrador. Sentí que toda la preparación que habíamos tenido no había servido para nada. Sentí que hasta Dios era injusto con nosotros, pues le habíamos pedido que todo saliera bien. Claro que para nosotros eso significaba que nuestro hijo naciera por parto natural. Nos fuimos a la Clínica. Llegando, todavía teníamos una esperanza. La Dra. Nayeli Alemán nos dijo que se haría el último intento. No se pudo. Martha entró a quirófano y a las 17:05 horas del domingo 18 de octubre, nació Devi Naeel (“Dios es vida, nos alegramos en él”), por cesárea.

Después de todo lo acontecido, me queda la satisfacción de que hicimos el esfuerzo por que todo fuera natural. El dolor ha pasado y se ha convertido en gozo. Devi es un niño sano y fuerte. La alimentación que llevamos hizo que naciera un niño de 3,650 kg y midiera 53 cm. Aún seguimos creyendo en el parto natural, aún seguimos creyendo, a pesar de las sensaciones experimentadas en el trabajo de parto que todo lo que aprendimos, que las instrucciones que seguimos, el acompañamiento que tuvimos, valen la pena. Tal vez una de las cosas que faltó en la instrucción que recibimos y que debimos pensar es que, aunque uno se prepare para un parto natural, puede ser que éste no se dé por ciertas circunstancias. Dicho de otro modo, hay que tener en cuenta que en la vida no todas las cosas salen como uno desea y que, sin embargo, al final pueden dar mucha alegría.





Poema *

¡Madre! No floreció en tu vientre la semilla
de otro ser. De tus senos.
no llovió el río humano de la leche;
no sufriste la espera
ni el dolor infinito del duro alumbramiento.

Más el Señor te envió
por la vía entrañable del amor, dos criaturas
que son como dos rosas brotadas de tu sangre,
como dos corazones
que laten al unísono en tus venas,
y hoy plenos de ternura te bautizan
con este nombre: **¡Madre!**

* **Altamar.** Oscar Echeverri Mejía, Cali, Colombia, 1996.



Pensamientos

Damos gracias por el don recibido,
por habernos permitido ser vehículo para que un alma
(espíritu)
reencarne através de nosotros,
obsequiamos al Padre esta oración por la semilla que
llevamos dentro.

Los dos somos capaces de crear, de llevar dentro un
ideal
y un lugar sagrado en el corazón para que nazca un
bebé,
un lugar donde la culpa y la incapacidad
no se conoce y abunda el apoyo,

Pienso en Mario (Ángeles) que me apoya,
cuya bondad recibo incondicionalmente
y su energía honrará al bebé con el respeto que merece.

Nosotros decidimos quién entra y lo que cada persona
traerá.

Los conflictos no resueltos se quedan afuera,
los alejamos de tu nacimiento para que nuestros
corazones
estén llenos de respeto y reverencia por ti.

Mi (su) cuerpo con sabiduría hará el trabajo de parto.
Él conoce su reloj interno, su propio ritmo.

Cada manifestación es una oleada de energía,
las sensaciones del cuerpo son por naturaleza
saludables.

Cuando haya pasado el tiempo suficiente
nuestro bebé vendrá al mundo.

La transición del embarazo a la paternidad-
maternidad,
la haremos con la tranquilidad de que caminamos
sobre un puente bien construido,
donde cada piedra ha sido colocada cuidadosamente
de modo que es estable, fuerte y capaz de soportar
cualquier peso.

Estamos creando la atmósfera y el lugar adecuado
para la delicada sensibilidad del bebé.

Nuestro lugar, refleja unión y armonía,
así serán nuestros momentos con el bebé.

Dulcemente lo recibiremos.
Estamos rodeados de energía, de apoyo y cariño,
Y nos sabemos bendecidos por esta experiencia.

Mario y Ángeles
México, D. F.

Lactancia y vínculo con el recién nacido

Shantala, una caricia de estímulo a la vida*

Dr. Frédérick Leboyer,
Reseña Claudia B. Crevenna
México, D. F.

El masaje *Shantala* es una técnica de masaje originaria de la India, tradicionalmente pasada de madre a hija. Este masaje puede ser aplicado por cualquier mamá a su bebé, es un toque cariñoso y sutil capaz de romper temor, tensión, bloqueos, nódulos, cólicos, insomnio, neurosis y problemas futuros. La técnica es simple y profunda, con intuición, a través de caricias suaves se calma al bebé, se torna más equilibrado y mejora la salud y su desarrollo psicomotor.

En el vientre de la madre, la vida es de una riqueza infinita. Sin hablar de los ruidos y los sonidos, para la niña o el niño todo está en constante movimiento. Puede ser que la madre se levante y camine, que se dé vuelta, que se agache, o que se ponga de puntas, que limpie las verduras, o que se ponga a barrer...

Cada cosa es una ola, cada cosa es una sensación para el o la bebé. Y aunque la madre descansa, aunque tome un libro y se siente o aunque se acueste y se duerma, no por eso cesa su respiración cuya tranquila marejada, cuya resaca, continúa acunando a la(el) bebé.

Será un grave error imaginar que el nacimiento es necesariamente doloroso para el niño o la niña. El dolor no es ninguna fatalidad en esto, no más

que en el parto. Así como "dar a luz" puede ser para la mujer, si se libera el temor, una experiencia embriagadora a la que nada puede compararse; el nacimiento puede ser para el bebé, la más

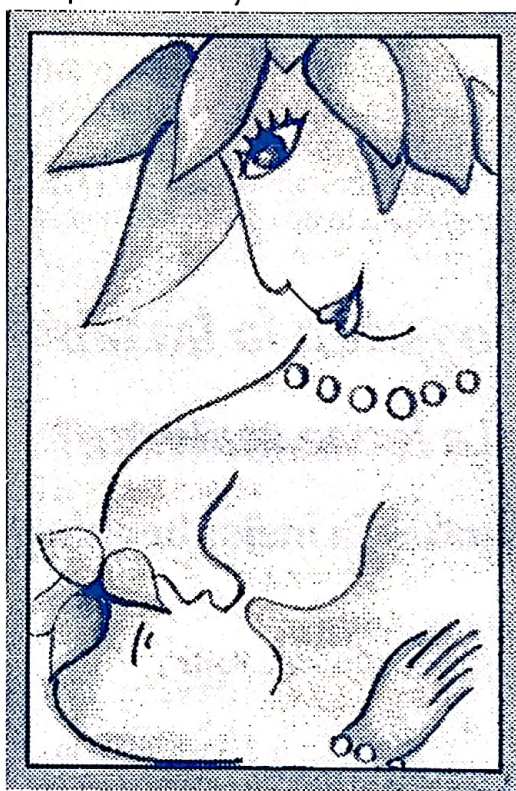
extraordinaria, la más fuerte, la más profunda de las aventuras. Así, su grito al nacer no es más que una protesta apasionada contra el hecho de que un placer tan intenso acabe bruscamente.

Y después, pasada la tempestad del nacimiento, la niña o el niño está ahí, sola(o) en su cuna. O quizás dentro de esas camitas que parecen jaulas para los recién nacidos.

¡No hay nada más que se mueva allí dentro! El desierto. Y el silencio. El mundo alrededor súbitamente se ha congelado, se ha fijado en una total y aterradora inmovilidad.

Si los bebés aúllan cada vez que se despiertan, no es por que el hambre los amenace. No están muriendo de inanición. Están aterrados por la novedad de la sensación, por ese "algo dentro" que toma proporciones inmensas justamente porque afuera, el mundo ha muerto.

Hay que alimentar a los bebés, sin duda alguna. Alimentar su piel tanto como su vientre. Y, después en ese océano de lo nuevo, de lo desconocido, hay que devolverle las sensaciones del pasado. Que



son las únicas, por el momento, capaces de aportar un sentimiento de paz y seguridad.

Esa piel, esa espalda, no han olvidado el movimiento en el vientre materno, el abrazo de las contracciones cada vez más intenso, esa fuerza que poco a poco se adueñaba de la criatura, que la aplastaba y después la dejaba estupefacta y saciada. Conforme avanza el trabajo de parto este abrazo se va volviendo más apasionado y poderoso para, finalmente, culminar en el delirio, en la embriaguez del parto, del pujo.

Así, al prolongar esta poderosa sensación, lenta, rítmica, al hacerla morir lentamente, se evita la ruptura brutal, causa de sufrimiento y de rechazo. De esta manera al niño(a) le parece que la contracción lo acompaña hasta el final, para no abandonarlo sino cuando esté bien establecido en esa nueva y mareante libertad de su nuevo mundo.

Lo que se hace en el nacimiento hay que repetirlo cada día, durante semanas, durante meses. Para ayudar a los bebés a atravesar el desierto de

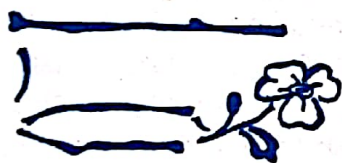
los primeros meses de la vida, para que no experimenten más la angustia de sentirse aislados, perdidos, es necesario hablar a su espalda, es necesario hablar a su piel que tienen sed y hambre, igual que su vientre.

Las y los bebés tienen necesidad de leche, sí. Y de recibir caricias. Pero más todavía de ser amados.

En los países que han conservado el sentido profundo de las cosas, las mujeres saben todavía todo esto. Aprendieron de sus madres y enseñaron a sus hijas este arte profundo, simple y muy antiguo, que ayuda a los recién nacidos a aceptar el mundo y los hace sonreír a la vida.

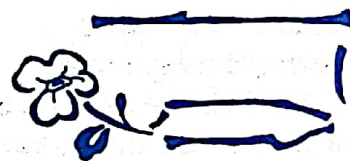
Si te interesa saber más sobre esta antigua técnica de masaje para bebés puedes acudir a nuestro Centro de Documentación para su consulta, o a una librería para conseguir este maravilloso libro.

Frédéric Leboyer. *Shantala. Un arte tradicional, el masaje de los niños*, versión castellana de Rafael H. H. Freda, Librería Hachette, Buenos Aires, Argentina, 1978.



Apoyando la lactancia

La leche materna*



El mejor alimento y la mejor bebida para un bebé

Primera Parte

1

La leche materna constituye por sí sola el mejor alimento y la mejor bebida que pueda darse a un niño durante los cuatro a seis primeros meses de vida.

° La leche materna proporciona al lactante toda la alimentación y todos los líquidos que necesita desde su nacimiento hasta los cuatro-seis meses de vida. *Es el alimento más completo que puede recibir un niño o niña.* Todos los sucedáneos, incluidos cereales, son de inferior calidad.

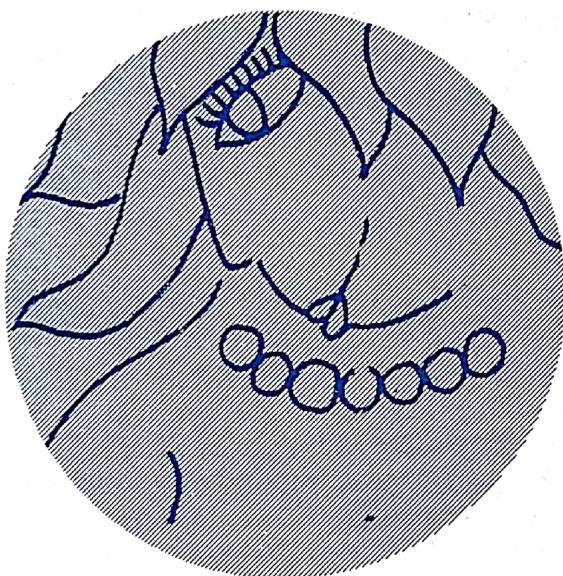
*Tomado de *Para la vida*. OMS/UNICEF/UNESCO, Barcelona, España.

° Incluso en los climas secos y calurosos, el agua contenida en la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos de un lactante. *No es necesario darle más agua o bebidas azucaradas para saciar su sed.*

° La leche materna contribuye a proteger al lactante contra la diarrea, la tos, los catarros y otras enfermedades comunes de la primera infancia. Esta protección es máxima cuando el lactante toma solamente leche materna durante los cuatro a seis primeros meses de vida.

° A partir de los cuatro a seis meses es necesario introducir otros alimentos y líquidos. Hasta la edad de nueve a diez meses, la criatura debe ser amamantada antes de ingerir otros alimentos. La lactancia materna debe continuar hasta entrado el segundo año de vida y prolongarse si es posible.

° Dar el pecho con frecuencia, tanto de día como de noche, contribuye a retrasar la reaparición de la menstruación y de este modo ayuda a posponer el siguiente embarazo. Ahora bien, la lactancia materna no constituye por sí misma un método seguro de planificación familiar.



2

Los recién nacidos deben iniciar la lactancia materna lo más pronto posible después del parto.

° Iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la producción de leche de la madre. Siempre que sea posible, el recién nacido deberá empezar a mamar no más de una hora después del parto.

° En algunos países se aconseja a las madres que no den a sus hijos el calostro (leche amarillenta) que se produce durante los primeros días después del parto.

Es un consejo equivocado. *El calostro es bueno para los recién nacidos y contribuye a protegerles contra las infecciones más comunes.* El recién nacido no necesita recibir ningún otro alimento ni bebida durante el tiempo necesario para que se produzca un nuevo flujo de leche de la madre.

° Muchas madres necesitan ayuda para iniciar la lactancia materna, sobre todo cuando se trata de su primer hijo. Una persona experimentada y comprensiva, por ejemplo una mujer que haya amamantado con éxito a su bebé, puede ayudar a la madre a evitar o a resolver los problemas más frecuentes.

° Todas las madres producen leche suficiente si:

- a) el lactante toma el pecho en una posición adecuada;
- b) el lactante mama con tanta frecuencia como lo desee, incluso durante la noche.

° La posición con que el lactante toma el pecho es muy importante. Una posición incorrecta puede causar problemas, como por ejemplo:

- dolor y grietas en los pezones;
- insuficiente producción de leche;
- rechazo de la alimentación;

° Las siguientes indicaciones permiten apreciar la posición correcta del lactante.

- a) El cuerpo del lactante debe mantenerse vuelto hacia la madre;
- b) El lactante debe succionar largamente y con fuerza;
- c) El lactante debe estar tranquilo y contento;
- d) La madre no debe sentir dolor en los pezones.

° Cuando un lactante llora entre una y otra amamantada, el motivo no suele ser el hambre. Habitualmente es señal de que el niño necesita recibir mayores cuidados y de que le tengan en brazos más a menudo. Algunos niños necesitan succionar el pezón simplemente para consolarse. El llanto no indica que el niño necesite recibir

alimentación artificial. Si el lactante tiene hambre, una succión más intensa producirá más leche.

° Las madres que temen no tener suficiente leche a menudo dan a sus hijos otros alimentos o líquidos durante los primeros meses de vida. Pero el resultado es que el lactante toma el pecho con menos frecuencia, con lo cual se reduce la producción de leche materna. Para evitar que esto ocurra, es preciso tranquilizar a las madres y asegurarles que pueden alimentar a sus hijos pequeños exclusivamente con su propia leche. Para ello necesitan recibir estímulo y ayuda práctica de sus familias, del padre del niño, de sus vecinos y amigos, de promotores(as) de salud y de las organizaciones de mujeres.

° Las madres que trabajan fuera del hogar necesitan permisos de maternidad adecuados y la posibilidad de interrumpir la jornada laboral para la lactancia, además de disponer de guarderías que se encarguen de la atención de sus hijos lactantes en el lugar de trabajo. Por tanto, las empresas y los sindicatos también pueden contribuir a favorecer la lactancia materna.

3

La succión frecuente estimula la producción

de leche materna en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del lactante.

° El recién nacido debería ser amamantado cada vez que lo desee desde el mismo momento del parto. Este deseo se manifiesta habitualmente llorando y/o chupándose la mano. La demanda de alimento es lo más conveniente tanto para el lactante como para la madre. La succión frecuente es necesaria para estimular una producción más abundante de leche materna. *A mayor succión, mayor producción de leche.*

° La succión frecuente ayuda a evitar la hinchazón (congestión) y el dolor en los pechos.

° "Completar" la lactancia materna con preparados de leche en polvo para lactantes, leche de vaca, agua u otros líquidos reduce la cantidad de leche materna que toma el lactante. Ello disminuye la producción de leche de la madre.

° El empleo de un biberón para dar otros líquidos al lactante puede inducirle a abandonar por completo la lactancia materna. La acción de succionar un biberón es muy distinta de la que exige la lactancia materna y el lactante generalmente prefiere el biberón, porque requiere de un menor esfuerzo.



Fotografía Alejandro Tovilla Cao R.





Buzón

Estimadas amigas:

La Biblioteca del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, agradece el envío de sus interesantes publicaciones: **Conversando entre parteras**.

Dichas publicaciones ya forman parte de nuestra colección, por lo que agradecemos vuestro gentil envío.

Atentamente,

María Rivero Morán
Asistente de Biblioteca
Lima, Perú

Estimada Claudia:

Te escribo por encargo de Marisa Matamala que en estos momentos está fuera de Chile, para agradecerles el envío de los últimos números del boletín **Conversando entre Parteras** versión rural. Desde ya las felicitamos por la calidad del material y de las ilustraciones, que lo hacen muy fácil de leer y comprender, además de reflejar fielmente el trabajo de las parteras con las mujeres embarazadas.

Por otra parte, nos interesa conocer las conclusiones de la reciente Conferencia de Parteras que fue organizada en México, de tal forma de darlas a conocer en nuestra **Revista Mujer Salud**. Si fuera posible, les rogaríamos mandarnos algún material escrito sobre la misma con esos fines.

Gracias de antemano por su colaboración. Un saludo cordial de

Adriana Gómez
Editora Jefe
Red de Salud de las Mujeres
Latinoamericanas y del Caribe
Santiago, Chile



Grupo Ticime, A.C.:

Fortaleza, 15 de septiembre de 1998

Muy estimadas señoras:

Me llamo Yayoi Taguchi y trabajo en JICA (Cooperación Internacional de Japón), Fortaleza, Ceara, Brasil. Nuestro programa «Proyecto Luz» tiene como meta mejorar la Salud Materno-Infantil especialmente en el periodo de pre-parto, parto y post-parto.

Hemos adquirido el video que se llama **Parir y Nacer** que ustedes distribuyeron. Como el video tiene mucho valor, queremos hacer una versión portuguesa. Aquí en Brasil, algunos médicos y enfermeras creen que el parto cesareano es mejor que el parto normal y que el porcentaje de cesáreas en algunos estados de Brasil marca como 60%.

Para proveer información correcta a estos profesionales de salud, hacer la versión portuguesa de este video es muy importante. Hagan el favor de avisarnos con quién y dónde tenemos que contactar para este objeto.

Muchas gracias por su atención.

Atentamente,

Yayoi Taguchi
WID Officer,
JICA/SESA

Estimada Claudia:

A nosotras nos interesa mucho saber cómo se trabaja con las parteras tradicionales. En Brasil hay un movimiento nacional por su reconocimiento y en julio hubo un encuentro de las parteras de La Floresta, en el norte. Nosotras, del estado de São Paulo, intentamos comenzar un curso para técnicas en obstetricia humanizada, vamos a ver si nos sale...

Hay un diputado federal que formuló un proyecto de ley sobre eso. En los Congresos, el último, de Epidemiología fue en agosto, hemos colectado firmas de apoyo a estas medidas.

En cuanto a eso, hay un movimiento nacional por el parto humanizado que se inició, ya hace unos 5 o 6 años, esperamos sea bien recibido.

Un gran abrazo.

Dra. Daphne Rattner
Sao Paulo, Brasil

¡Saludos de la Fundación Hesperiana!

Somos una organización no gubernamental y sin fines de lucro en los Estados Unidos que edita libros y otros recursos educativos para promover la salud en las comunidades pobres de todo el mundo. Uno de los libros se llama **Donde no hay doctor**, que es uno de los libros más utilizados en América Latina, Asia y África.

Acabamos de traducir y editar en español uno de nuestros libros, un **Libro para parteras**, y le estamos solicitando su ayuda para hacer contactos con otras organizaciones de salud femenina en América Latina que puedan utilizar dicho libro.

Muchas gracias por su atención.

Atentamente,

Ella Lazarte
Fundación Hesperian
elazarte@yahoo.com

Dear Laura Cao:

The world is so small with e-mail!

Write to me about what you are doing in Mexico. I lived four years in Guatemala and had a waterbirth center there. I left the center with a midwife from Virginia. Now we are opening a waterbirth center here in Oregon.

I would love to come to Cuernavaca next June to teach a workshop on waterbirth at the Regional MANA Conference. Just let me know if I am needed.

De plano hablas español, ¿no? Dime un poco de ti. ¿Eres mexicana? La familia de mi esposo es de México. Yo nací en Puerto Rico, pero he vivido en muchas partes de Latinoamérica: Argentina, Uruguay, Costa Rica, Honduras y Guatemala.

Espero poder servir a las familias latinas de aquí en Oregon con el centro de parto.

Bueno, tengo mucho que hacer, así que podemos platicar más después. Feliz día y que Dios te bendiga en todo.

Con cariño,



Jennifer Gallardo
Partera Portorriqueña
Portland, Oregon, EUA

Grupo Ticime, A.C.

Saludos desde Washington. Mi nombre es Lucía Kramer y trabajo en la Academia para Desarrollo Educativo. Con emoción encontré dos ejemplares de un hermoso material desarrollado por su institución para parteras. Estoy interesada en saber más sobre estos novedosos materiales, Felicitaciones!!!!

Actualmente estoy recopilando muestras de materiales desarrollados para parteras pues soy parte de un equipo que está trabajando en el diseño de materiales similares para el Ministerio de Salud de Mozambique en su esfuerzo de reducir la mortalidad materno-infantil en dicho país.

Encontré dos ejemplares de sus materiales **Conversando entre parteras**, quisiera felicitarlas por el esfuerzo de entregar material apropiado al grupo de parteras.

Quisiera solicitar información adicional sobre estos materiales y solicito su colaboración al respecto. Asumo que estos dos ejemplares forman parte de un paquete más extenso pues sólo tengo copia de los libros 5 y 6. ¿Cuáles son los otros temas que se cubren en la serie? ¿Dónde puedo encontrar estos libros?

Asimismo quisiera saber si estos materiales forman parte de alguna capacitación?, en este caso ¿podrían darme información al respecto? ¿Cómo se entrega el material a las parteras y cómo usan las parteras este material?

Saludándoles cordialmente, me despido esperando su respuesta.

Atentamente,



Lucía Kramer
AED,
Washington, EUA

Amiga Laura:

Las palabras tuyas desde México después de tu regreso del viaje por el sur de nuestro continente, todavía vibran en mi corazón. Gracias por las felicitaciones por el trabajo; resulta que en medio de tanta gente que poco entiende sus objetivos, hasta uno mismo empieza a dudar. Es por eso que la amistad con personas que trascienden las fronteras son tan importantes, y es por esto mismo que tu labor como mensajera internacional es tan importante.

Te envío un pequeño boletín, el número 1 del INMETRA, el cual fue sacado por inspiración tuya; se llama **Conversando entre madres, parteras, obstetrices y médicos** (su publicación formal recién sale en dos

días de la imprenta). Me encantaría tener tus comentarios sobre el mismo.

Bueno, Laura, te dejo.

Con gran cariño para ti y para México entero, una amiga para siempre.

Dra. Ángela Brocker
INMETRA
Lima, Perú

¡Hola Ticimes!

Perdonen mi tardanza pero es que soy una mala corresponsal. Espero que todo vaya bien con ustedes.

Mis investigaciones con mujeres embarazadas van bien, aunque todavía estoy entrevistando. Les enviaré los resultados, espero que sea pronto.

Ojalá que mi español mejore. Regreso a mi trabajo. Gracias para enviarme los **Conversando**.

Abrazotes.

Catí (Catherine Harbour)
Boston, Ma., EUA

Estimadas amigas de Ticime:

En estos días han llegado a mis manos unas publicaciones de los años 94, 95 y 96 con artículos muy interesantes. Al leerlos me he sentido plenamente identificada.

Yo soy Partera Universitaria trabajando como tal en dos instituciones del Uruguay y luchando desde dentro y fuera de las mismas por un parto más humanizado y respetuoso de las necesidades de cada pareja, un parto natural. Quisiera integrarme si es posible a esta Red de Parteras Latinoamericanas manteniendo una comunicación fluida con ustedes y a la vez comunicarles que para el mes de junio de 1999 se está programando realizar en la ciudad de Montevideo el Primer Seminario sobre Embarazo y Parto Natural, del cual les enviaremos información.

Esperando sigan adelante, les envío un abrazo fraterno.

Partera Laura Valli Hernández
Montevideo, Uruguay

Estimada Claudia:

El tuyo ha sido el primer mensaje que he recibido desde México y me ha llenado de alegría. Llegué a una maravillosa primavera en mi país y muy bien después de una estadía hermosísima en México.

Estoy preparando ya lo que me solicitas y te lo enviaré a la brevedad, me refiero a las estadísticas

de partos y controles prenatales, junto con mi opinión, claro.

Aún no he exhibido el video **Parir y Nacer**, que estoy segura deleitará a mis colegas y alumnas, pero ya he iniciado mi trabajo en la Universidad de Concepción, aunque no aún en el Hospital Clínico Regional.

Te saludo con mucho cariño y también a Laura.



Matrona Gloria Espinoza Reyes
Concepción, Chile

Montevideo, 1º octubre de 1998

Hola Claudia:

Bueno, van más datos. Mi trabajo en Montevideo es en una ONG, «Casa de la Mujer Unión». Soy una de las fundadoras y también soy la coordinadora del Área Salud, una de las primeras áreas de la Casa.

Comenzamos atendiendo todo lo que es prevención en la salud de las mujeres, desde hace un par de años estamos trabajando con adolescentes, primero con mujeres y luego con grupos mixtos y ahora estamos formando un «Espacio adolescente» en la Casa, incluyendo a las adolescentes embarazadas. Hacemos un trabajo de prevención en salud, por todos los barrios de Montevideo a grupos de mujeres, con dinámicas de taller.

Estamos trabajando con grupos de adolescentes de ambos sexos, de barrios carenciados y que han dejado de estudiar.

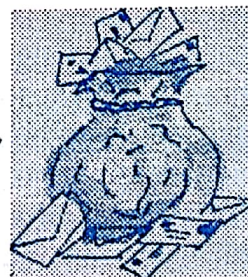
Además, Soy Partera, en una ciudad del interior de Uruguay llamada Mercedes, en ella hago todo el lindo trabajo de las parteras:

- * Policlínica de control de embarazo,
- * Preparación para las parejas embarazadas,
- * Pre-parto, trabajo de parto y parto,
- * Atención del recién nacido,
- * Puerperio,
- * Lactancia natural.

Espero que te sirva, si necesitas más avísame, un gran abrazo.

Partera Gilda Vera
Montevideo, Uruguay

Buzón



Círculo de educadoras

Postparto



Guadalupe Trueba

Educadora perinatal y doula profesional
México, D.F.

Los meses que sobrevienen después de tener un bebé son una mezcla de grandes cambios en los que se experimentan sensaciones y emociones muy intensas y además desconcertantes.

En nuestra cultura, la maternidad representa un periodo de gran celebración, pero también implica un reto a nuestro bienestar. Muchas veces asumimos nuestro papel de madres como «*nutridoras de tiempo completo*» y enterramos nuestras propias necesidades de compañía de otros adultos, de recibir atención y cuidado, de sexualidad. Un buen número de nosotras estamos bajo estrés crónico ocasionado por el ajuste al rol de madre, esposa, amante y trabajadora o profesionista. Esto nos hace descuidar nuestra salud física y mental, aun para aquellas de nosotras que deseamos fervientemente convertirnos en madres y no tenemos problemas de índole económica, de ayuda y apoyo adecuados y de la cercanía de familiares y amigos. El estrés es aún mayor en mujeres de recursos económicos limitados o que carecen de un buen sistema de apoyo social, o bien que no deseaban el embarazo.

La maternidad puede ser un tiempo de introspección y desarrollo personal. La tarea

realizada en el parto y la lactancia nos permite sentir gran respeto por nuestro cuerpo. A través del cuidado, el juego y la protección al bebé, descubrimos nuevas dimensiones de ese sentimiento llamado amor.

Muchas de nosotras nos enfrentamos, como nunca antes, a la tarea de ser no sólo mujeres sino también cuidadoras, ya que el bebé depende total y completamente de nuestras habilidades, recursos, fortaleza y sobretodo de nuestro amor.

La experiencia del postparto es una experiencia física, emocional, espiritual y social, y los ajustes que tenemos que realizar en este periodo de nuestras vidas, resultan muy abrumadores.

Muchas mujeres describen tres fases del periodo del postparto. Durante los primeros días después del parto, se tiene que lidiar con los efectos físicos y emocionales de haber dado a luz al hijo. En los siguientes meses se aprende el significado de «ser padres» y nos ajustamos a la vida con el bebé. Eventualmente, después de que la vida cotidiana se ha restablecido (usualmente en la segunda mitad del primer año después del nacimiento), comenzamos a enfrentarnos con muchas otras de las situaciones que resultan de la experiencia de ser madres. Esto no significa que estas fases siempre ocurran de esa manera o en estos periodos; ni los ajustes terminarán al finalizar este año decisivo en nuestras vidas. Se pueden presentar algunos de estos sentimientos a diferentes tiempos y en diferentes niveles de



intensidad en los años subsecuentes. El postparto, como el parto, es una experiencia muy individual.

La Primera Fase: Transición hacia la maternidad

Durante los primeros días del postparto, se lleva a cabo la transición del embarazo a la maternidad. Estos son tiempos de enormes cambios; físicamente nuestro organismo se recupera del esfuerzo que representó el dar a luz y comenzar a amamantar al bebé. Emocionalmente tenemos muchos sentimientos que van desde la excitación y la alegría hasta el sentirnos exhaustas, con incertidumbre y tristeza. La manera como evolucionó el evento del nacimiento puede afectar también la forma como nos sentimos. Si la experiencia del parto resultó altamente satisfactoria en cuanto a las expectativas que teníamos ante esta tarea, el concepto de sí mismas se traduce en sentimientos de orgullo, confianza y mayor seguridad ante el reto que representa la maternidad. Si en cambio, el parto no resultó como esperábamos, es decir se presentaron complicaciones, se efectuaron intervenciones o procedimientos médicos no esperados, no pudimos o no supimos ser las protagonistas del evento; en pocas palabras no tuvimos una experiencia plena y satisfactoria, los sentimientos pueden ser de incompetencia y falta de confianza a pesar del apoyo que tengamos de la pareja, familiares y amigos.

Si el parto resultó una buena experiencia y el bebé está saludable, una se siente increíblemente feliz, muy aliviada y orgullosa de lo que se ha logrado a través del esfuerzo y el trabajo que representó el dar a luz.

Dentro de los primeros días después de nacido el bebé, es común que se experimenten sentimientos que nos llenan de confusión. A estas emociones se le conoce como «la tristeza del postparto». Esta puede aparecer con emociones de inexplicable tristeza, pero también con franca depresión que nos incapacita temporalmente. Se llora inesperadamente y sin haber explicación alguna o se tienen alarmantes preocupaciones sobre la habilidad para atender adecuadamente

al bebé o sentir que carecemos de sentimientos maternos. Muchas de nosotras tenemos sueños y fantasías que nos preocupan porque van relacionadas con la salud y el bienestar del bebito y de que algo terrible le suceda.

Los cambios hormonales que ocurren en los días posteriores al nacimiento pueden ser en parte la razón de estas altas y bajas en nuestro estado de ánimo, y la depresión se puede intensificar cuando se está físicamente agotada, anémica o exhausta por la falta de sueño al tener que despertarse repetidamente por las noches para alimentar al bebé. Normalmente, éstos sentimientos duran uno o dos días y comienzan a desaparecer cuando se adquiere seguridad con los cuidados del bebé y cuando la confianza en nuestra habilidad va creciendo conforme lo vamos conociendo mejor. Platicar con la pareja, familiares y amigos sobre nuestros sentimientos, emociones y preocupaciones, ayuda a sobrellevar estos momentos y disminuir el periodo de esta tristeza o depresión postparto.

Cuando la depresión dura más de unos cuantos días y nos sentimos abatidas, sin ganas de atender al bebito, abandonadas en la cama, sin cuidar de nuestro arreglo personal y teniendo inclusive pensamientos devastadores, es conveniente buscar ayuda profesional

La Segunda Fase: El ajuste a la convivencia con el bebé

Es durante los primeros meses después del nacimiento que aprendemos lo que realmente significa tener un bebé en nuestra vida. Muchas mujeres describen el postparto temprano como un periodo de caos y desorganización que se va resolviendo conforme pasa el tiempo y encuentran la mejor forma de cooperar con los cambios que van ocurriendo.

De todas las situaciones que ocurren durante el postparto, la fatiga es uno de los problemas que más agobian a los nuevos padres. Tarde o temprano, todos nos sentimos al borde de un colapso por la falta de descanso debido a noches y noches de sueño interrumpido. Para algunos,

esto ocurre por algunas semanas, para otros en cambio puede prolongarse durante meses. Adicionalmente, la nueva madre tiene algunas otras molestias físicas que incrementan su fatiga. Las más comunes y que duran de dos a tres semanas, son los sudores nocturnos, pérdida de apetito, sed constante y constipación. Si además se ha tenido una episiotomía (un corte en la vagina que es muy común en la atención del parto en nuestro país), o bien una cesárea, las molestias de la recuperación incrementan la incomodidad.

En cuanto a la sexualidad se refiere, muchas mujeres nos sentimos con falta de interés en reanudar las relaciones sexuales por algún tiempo. Esto puede ser resultado de los ajustes a la maternidad. Nos sentimos exhaustas por el desgaste que representa el cuidado del bebé o bien miedo al dolor causado por la episiotomía y la falta de lubricación vaginal por la baja en los estrógenos. Sin embargo, la necesidad de contacto físico, caricias y amor son indispensables para sentirnos confiadas y seguras. Si bien podemos no tener deseos de un coito, esto no implica que se busque abstenerse de todo contacto físico. La mujer, debido a todos los cambios que están ocurriendo a nivel físico y emocional, necesita confirmar que su pareja la ama y la desea. Por lo que deben buscarse formas alternativas de expresarse amor y cariño como parte fundamental para contrarrestar el estrés que representa éste periodo en su vida como pareja.

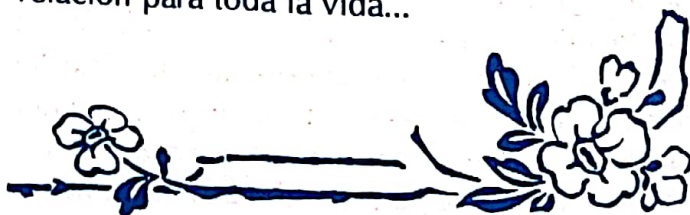
Se aprende a ser madre con un hijo en brazos. Nuestra cultura nos ha hecho creer que, por el hecho de ser mujeres, supuestamente debemos saber como cuidar de nuestros bebitos. La tarea no es así de fácil. Se aprende a ser madre a través del ensayo y el error, y es la experiencia de día a día la que nos va mostrando el camino. No debemos esperar sentirnos felices con nuestro rol de madres todo el tiempo. Por ejemplo, cuando el bebé duerme por periodos prolongados, se despierta para amamantar, nos sonrío al terminar y se queda dormido de nuevo, el negocio de ser madres resulta una verdadera dulzura. Pero cuando tiene cólico y no deja de

llorar por horas y horas, la paciencia y la tolerancia pueden llegar a límites indescifrables. No hay nada más desesperante que escuchar el llanto constante de un bebé y no encontrar la manera de calmarlo. En estos casos los sentimientos de los padres son de impotencia, culpabilidad y enojo muy comprensibles. Hay que recordar sin embargo que la naturaleza es tan maravillosa, que la madre que amamanta de forma exclusiva a su bebito produce grandes cantidades de prolactina (hormona de la ternura), que la hace sentir más dispuesta a pesar del cansancio y el sueño.

La Tercera Etapa: El regreso a la Vida Cotidiana

Una vez que la vida con el bebé nos impacta por completo, muchos sentimientos y conflictos internos, pensamientos y miedos pueden surgir. La mujer supone que es su deber sentirse siempre feliz ahora que es madre, pero tiene sentimientos ambivalentes. Quizá tiene que regresar a su trabajo y teme perder contacto con su bebé por las horas de ausencia de casa; no puede cubrir personalmente las necesidades de su hijo todo el tiempo y no tiene tiempo para atender otros intereses; siente que ha perdido su independencia; se siente confusa al pensar que nada podrá ser como antes; en pocas palabras necesita que alguien cuide de ella también.

Ser mamá no es una tarea fácil. Los ajustes en los primeros meses requieren de mucho amor, amor desinteresado como el que naturalmente se tiene por los hijos. A pesar de los momentos difíciles, el postparto resulta ser una experiencia maravillosa cuando vamos descubriendo en nuestros bebitos su clara y apacible mirada, su sonrisa, y sobretodo la maravilla de ver en ellos el milagro de una nueva existencia y el valor que representa poderles dar el mejor inicio de una relación para toda la vida...



Tu bebé por nacer oye...



Crear un vínculo afectivo prenatal es una experiencia de seguridad y renovación, como una fuente de placer para ambos: padres y bebé por nacer. Las voces, la música y tu presencia cálida son recursos necesarios para crear momentos llenos de amor, alegría y belleza y formar un vínculo afectivo prenatal. Dar amor y percibir a tu bebé por nacer no es posible si no hay paz en tu corazón. Para buscar la armonía en tu corazón puedes escuchar durante tu embarazo, al menos diez minutos diarios una selección de música barroca y clásica. Para ello, te sugiero elegir un lugar cómodo y especial para ti donde puedas estar, respirar rítmicamente, escuchar y desechar toxinas mentales. La vida cotidiana está llena de momentos fáciles y otros difíciles, por medio de la música hay la posibilidad de encontrar un equilibrio.

Este momento es para descubrir el *territorio propio*. Para atender tus propias necesidades, concentrarte en ellas y cubrirlas. Tenemos la tendencia de alejarnos de él (el territorio propio), de buscar refugio en otro lado, de prender la televisión, tomar alcohol, comer en exceso, hacer llamadas telefónicas a los amigos por el temor a descubrir nuestros miedos, angustias o sufrimientos. Descubrir la verdad personal, puede causar dolor.

Es necesario tener la capacidad de abrazar el propio dolor y la tristeza para aliviar el sufrimiento. Identificando la naturaleza de tus miedos y angustias, a través de la música podrás revivirlos y tendrás la posibilidad de reconocerlos, nombrarlos y transformarlos positivamente. La música barroca y clásica te ayudarán a eliminar tensiones y a restablecer tu vitalidad.

Es importante retomar la vida interna para restaurar en ti la armonía y la alegría. Para estar en el momento actual, con tu presencia tanto física como mental, podrás reconocer, mirar profundamente, sentir y percibir la presencia del "otro": **¡Tu bebé por nacer!** Plenitud significa tener la capacidad de observar lo que sucede en ese momento. El bebé por

¡Díselo con amor y música!

Renée Guindi

Directora del Centro de Música In Útero
México, D. F.

nacer necesita tu mirada que significa estar ahí con tu verdadera presencia, escuchando profundamente, regando sus semillas y observando cómo florece lo más bello y lo más hermoso de la vida: *tu bebé por nacer*. Con este discurso afectivo, el corazón de tu bebé por nacer empieza a abrirse, se baña de los sonidos, resonando en su corazón. Detrás de tus pensamientos, está la memoria del bebé por nacer. Sus movimientos son la forma de expresar con la piel, sus pensamientos y su profundo significado hacia la vida.

Uno de los regalos más grandes que se le puede ofrecer al bebé por nacer es tu presencia verdadera y plena: *"Mi amor, estoy aquí para ti, sé que estás ahí y estoy muy contenta"*. Inolvidables momentos en este, el primer acto de amor. En la memoria del bebé por nacer se guardan recuerdos del primer contacto. La personalidad, el temperamento y el comportamiento del bebé por nacer se verán reflejados en sus respuestas sucesivas a tu amor.

Al estar tú concentrada y presente, se producirá un momento de sonidos y amor que se comparten con el bebé por nacer. Estos momentos, serán en el futuro los que el niño podrá evocar para expresar sus sentimientos, encontrando a alguien que lo acepta en forma incondicional, lo toma en cuenta seriamente, lo entiende y lo apoya.

El bebé por nacer tiene como necesidad primaria ser visto y respetado. Aludiendo a su integridad, en un medio ambiente de tolerancia y respeto hacia sus emociones, expresiones y sensaciones. El bebé por nacer necesita unos padres abiertos y con empatía, comprensivos, honestos, accesibles, cariñosos, transparentes y claros. Al crearse este vínculo afectivo-musical, el bebé por nacer desarrollará la capacidad de la confianza y contará con unas raíces sólidas para ser saludable, feliz, inteligente, atento, sensible e independiente. Con esta actitud hacia los hijos, hay menos posibilidades de desarrollar síntomas

patológicos enfermizos en ellos. Estos cuidados son esenciales para sobrevivir.

Desde el principio de la humanidad, existieron padres que estuvieron conscientes de la presencia del bebé por nacer e inventaron canciones, palabras y bailes para relacionarse con ellos desde antes de la concepción.

Los antiguos chinos, por ejemplo, tenían tradiciones alrededor del embarazo, particularmente hacia las necesidades especiales del bebé *in útero*, a través de buena alimentación, música y conversación. Para estas madres, el embarazo estaba atendido y controlado por constantes de calidad.

En las ciudades urbanas modernas, una estimulación de este tipo puede parecer difícil, pero hay que entender que no se trata de vivir un embarazo fuera del flujo normal de la cotidianidad, sino sólo de buscar unos minutos al día para vincularse con el bebé por nacer a través de la música, para enriquecer y compartir momentos llenos de alegría y ternura con él.

La música es un hermoso recurso para establecer y nutrir el vínculo afectivo con el bebé por nacer. A través de canciones de cuna, se puede expresar amor, los deseos y anhelos de la madre respecto de su hijo. Al escuchar una selección de música barroca y clásica, durante diez minutos diarios, al menos, se enriquece el mundo interno de madre e hijo y se intensifica el contacto físico y emocional entre ellos.

La música es una forma de evocación que conecta las dimensiones afectivas más profundas entre madre e hijo, transformando los estados de ánimo y permitiendo que emerja la expresión emocional. Alienta en las futuras madres reír, llorar, la calma y estimula en ellas cualidades de afecto.

Una de las estimulaciones prenatales más importantes es la creación del vínculo afectivo a través de la música, donde *el afecto —el sentido del amor— es mucho más importante que el efecto*. Por tanto, *el bebé por nacer no oye para aprender, sino que aprende escuchando*.

Cuando el bebé nace y escucha la música que oyó prenatalmente, asocia de manera natural la música con sensaciones de placer y seguridad, duerme más, come mejor, llora menos, tiene menos predisposición a cólicos y podemos tener la certeza de que ha quedado

implantada en él la semilla del amor a la música... del amor a la vida.

Los niños que han sido estimulados acústicamente durante el periodo prenatal, se desarrollan mejor tanto física como intelectual y, por supuesto, emocionalmente, con la dosis de amor que recibe a través del afecto.

Es importante tener la actitud correcta en lo que toca a amar y ser amado. Así, tenemos la oportunidad de contribuir para formar generaciones con mayor seguridad, estabilidad e inteligencia.

Las conexiones de las primeras experiencias vitales explican —más de lo que suponemos— lo que somos ahora. Es como una forma de continuidad.

El mensaje que hoy recibe tu bebé por nacer, será su voz al mundo; tu semblante, su mirada; tu alegría, su voz; tu sonrisa, su sentido del humor; tu calidez, su confianza; tu amor, su sentido de vida, y tu presente, de algún modo, será su futuro.

Concluyendo: la voz materna y la música son dos de los más efectivos estímulos para influir positivamente en la percepción y el aprendizaje en el bebé por nacer.

Crear un vínculo afectivo a través del canto, de oír música clásica, hablar y expresar amor maximiza el potencial humano, creando adultos dotados de sentido y potencialmente significativos.

La música va del oído de la madre al corazón del bebé por nacer. La belleza del sonido abre las emociones del amor, y el amor es lo que abre el corazón a la belleza.

Pero es muy importante que nos quede claro que *es el amor lo que hace posible la estimulación y no es el estímulo por sí sólo (la música) el que da vida a todos estos procesos maravillosos*.

Despertar con el corazón hacia la maternidad, hacia la paternidad amorosa, debe ser el principio de todo ser humano..., de todo ser humano que aspire, de verdad, a serlo plenamente..., particularmente con sus hijos.

Espero, con estas líneas, contribuir para la formación de nuevas generaciones de seres humanos confiados, protegidos, felices y para evitar, dentro de lo posible, el dolor y las heridas que ocasiona no ser reconocido, no ser amado oportuna, cordial y suficientemente.



Entre parteras

Bebés de agua*



El parto acuático, una opción para la que sólo se necesita una buena tina

Ruth Lozada
Lima, Perú

Se dice que el agua es el principio de todo, la madre de todas las cosas. Es más, la primera letra de la palabra "mamá" y su inversa la "W" proviene de ideogramas egipcios que representan el agua en forma de olas.

Quizás éstas sea la razón por la que el ser humano se siente tan fuertemente atraído por el agua cuya visión, olor y sonido le transmiten una compleja gama de mensajes. De allí que algunos especialistas hayan visto en el agua un magnífico medio para traer los bebés al mundo.

Los partos en agua se practican en Europa desde hace 20 años. El pionero en Europa fue el ginecobstetra Michel Odent, médico en jefe de la clínica Pithiviers, cerca de París, quien ha publicado al respecto diversos libros. Junto a él hay que mencionar al biólogo ruso Igor Tjarkovsky, primero en establecer un método para enseñar natación a los bebés.

En Lima, la doctora Ángela Brocker, quién postula el parto natural y en casa, ha asistido, en lo que va del año, cuatro partos en agua. "No fue mi elección, pero estoy convencida de que es una buena opción, las mujeres quieren hacerlo y me lo piden", dice.

Graduada en la Universidad Cayetano Heredia, la doctora Brocker forma parte de una corriente médica que ve al paciente como un ser ecológico, parte de su familia, grupo de amigos, medio ambiente y universo. Para estos especialistas el

parto debe ser suave y amigable, en casa. Para ello usan luces bajas, crean un ambiente acogedor, calmado, de temperatura agradable, dejan participar a las personas de mayor confianza, se avienen a los deseos de la parturienta y establecen inmediato contacto entre la madre y el recién nacido.

"A las parejas que llegan a mi consultorio les hablo de toda la gama de posibilidades y junto a ellas está la propia creatividad de la pareja. Ellos pueden encontrar otras posibilidades. Recuerdo a una joven mujer que ya estaba en el momento del parto pero el bebé no salía y comenzó a bailar porque sentía que así estaba bien. Las sabidurías no están escritas, están dentro de cada mujer. Cada mujer sabe cómo parir".

La doctora Brocker es bien clara sin embargo en establecer que ella no rechaza ni la tecnología ni el conocimiento científico. Los partos en casa los realiza sólo en aquellas mujeres que han tenido un embarazo sin complicaciones y a condición de que frente a la puerta haya un carro funcionando. Previamente se habrá realizado coordinaciones con una clínica a donde acudir en caso de emergencia.

El parto en agua se presenta así como una alternativa distinta. En Alemania, según la doctora Brocker, se permite a las mujeres dar a luz paradas, acostadas e incluso hay las que se sienten mejor colgándose de una sogá, pero siempre hay un médico al lado que da la seguridad de que el bienestar de la mujer no escapa de los cánones de la salud.

María Angélica Vega, actriz, tuvo a Marcel en la tina de su casa. "Fue como acercarme a la naturaleza. Ingresé a la tina 20 minutos antes y casi no sentí las

* Tomado de la revista **Caretas**, 25 septiembre, 1997, Lima, Perú.

contracciones. Intuía que el parto es un momento único y quería que fuera algo especial”.

Según el doctor Odent, a la sola mención del agua la mayoría de las parturientas se relajan y una vez dentro de ella sienten alivio y bienestar al hacerse menos intensas las contracciones. Si paralelamente las luces se atenúan, el esposo participa y el obstetra mantiene un perfil bajo, es probable que la dilatación se complete rápidamente.

Para el parto en agua se necesita un jacuzzi o tina bien desinfectados y lo suficientemente altos como para que la mujer quede bien cubierta de agua. Esta puede ser agua de la llave a una temperatura de 37 grados a la que se le agrega vinagre blanco para neutralizar la presencia de bacterias y otros gérmenes.

Lo importante es que el bebé al salir no tenga inmediato contacto con el aire. Puede permanecer

de 10 a 20 segundos en el agua. El hecho de salir de su medio intrauterino que es acuático a otro similar, de igual temperatura, hace del nacimiento un acto menos traumático y le sirve para adaptarse al nuevo medio ambiente. Luego al entrar en contacto con el aire se produce el reflejo nervioso que actúa a nivel del cerebro y realiza su primera inhalación. Mientras tanto sigue recibiendo oxígeno a través del cordón umbilical que se corta sólo cuando éste deja de latir.

El nacimiento en agua sigue, sin embargo, siendo cuestionado por el riesgo a infecciones y al daño que puede sufrir el bebé por aspiración de agua. A ello sus adeptos responden que hay veinte años de experiencia que demuestran que es una opción con los riesgos de cualquier otra, pero, lo más importante es que debe ser orientada por manos profesionales y para mujeres con embarazo sin complicaciones.



Luces bajas crean un ambiente cálido y acogedor para el bebé que lacta de inmediato en contacto con la piel de su madre. Fotografía Caretas.



Testimonios

¿Por qué???

Hanneke Rota
Partera holandesa
Cusco, Perú

Un ultrasonido confirmó que el bebé de Tineke no daba señales de vida. Apenas si lo podía creer, pues todo había transcurrido en forma normal durante su embarazo. Ahora, más que nunca, Tineke me necesitaba.

Atendí su parto en la clínica, al lado de una ginecóloga que quería 'apurar' el proceso para regresar a su casa pronto.

En hora y media Tineke, que era primípara, tenía dilatación completa: ¡9 a 10 contracciones cada diez minutos! ¡Había abierto el suero con oxitocina, totalmente!!! ¡Pobre de Tineke! Pero las aguantó muy bien.

La doctora me dejó atenderla, entonces todo salió más fisiológico que si no hubiera estado yo ahí, aunque hubo muchas cosas que me molestaron muchísimo durante la expulsión, etcétera. La doctora al final aceptó que no hiciera una episiotomía rutinaria, entonces su perineo quedó intacto.

Recibió a su bebé en sus brazos. Y en vez de, como es costumbre, llevárselo a otro cuarto inmediatamente. Tineke, en ningún momento, dejó que sacaran a su bebita.

Dio a luz a los 39+5 días. El peso de la bebita fue 3,160 grs. y estaba llena con crema todavía, entonces no era postmadura. La placenta tenía algunos infartos, pero con frecuencia la encontra-

mos así. La bebé no tenía ninguna anomalía. Así como tampoco nos encontramos en ningún momento durante su embarazo con una duda sobre algo. Entonces, la gran pregunta era: ¿Por qué???

Mandé todo el registro del embarazo con todos los detalles del parto y posparto por fax a un profesor en obstetricia de alto nivel en Amsterdam, Holanda, para que evaluara el caso. Cinco páginas sin dejar de lado ningún detalle; todo, mis políticas (protocolos), los controles hechos por mí, etcétera. Nos dio su opinión con toda transparencia. Su respuesta y consejos para el próximo embarazo fueron muy claros y amplios. Conclusión: según él, muerte causa ignota, o sea, sin motivo que nosotros podamos entender.

Para el próximo embarazo: probablemente el riesgo no será más elevado que el de este embarazo. Pero para su próximo embarazo yo ya no estaré aquí y ella no tiene y yo tampoco, confianza en las interpretaciones de médicos de acá, de posibles ecografías o CTG's. Entonces para su próximo parto ella, a las 32-33 semanas irá a Holanda y, ojalá que yo la pueda atender allá. Puede ser bajo la responsabilidad de un ginecólogo en Holanda, pero se aceptará trabajando como equipo. Para el próximo embarazo, el único examen que, según el profesor en Ho-

landa, puede dar algún resultado que tenga sentido, será tal vez con un doppler para medir el flujo en el cordón. Él tiene dudas del efecto de ecografías y CTG's. Entonces, vamos a ver durante su próximo embarazo cómo se desarrolla fisiológicamente, pero, más importante o determinante será cómo se sienten ellos psicológicamente. Él nos dijo que por el estado emocional de una pareja muchas veces se induce el parto a las 38 semanas.

Entonces, todo está abierto, flexible. Vamos a ver cómo va la próxima vez.

La bebé fue con Tineke y su compañero a su casa y ellos la cargaron ¡dos días! La bebé no se volvió dura ni fría. Y a las 36 horas, después del parto, pasó montón de meconio. Por eso ellos, antes del entierro después de esos dos días, me dijeron:

Hanneke, sabemos que está muerta, pero nos parece raro que no esté dura, ni fría, pasando meconio (tuvieron que bañarla), y las heridas en su cabeza (de ampollas rotas, a causa del primer grado de maceración), parece que están cerrando/curando. Entonces, por eso nos parece raro enterrarla. Hanneke, ¿podrías escuchar sus latidos? ¡Pero claro que sí! Es muy importante! Primero yo escuché y sin decir nada, los dejé escucharse a ellos mismos con estetosco-

pio, para que ellos mismos tomaran la decisión. Eso fue suficiente para ellos; concluyeron lo que ya sabían, que ella estaba muerta y había que enterrarla.

Ellos la cargaron hasta el cementerio y sólo hasta el último momento entró en su cajoncito. El entierro fue muy bonito, pero ¡qué horrible tener que dejar tu bebé en la tierra! De allí vino la época en donde ellos se sintieron muy

vacíos... ¡qué doloroso, qué feo, qué inexplicable, qué...! ¡no hay palabras...!

Tenemos muy buena relación, hablamos mucho, lloramos, no hay dudas en mí (¡felizmente!) Saben que todo se desarrolló sin problema y que tienen que vivir con el motivo de la muerte, de «tener muy mala suerte», no más.

Así fue, más o menos, porque no puedo explicar todos los deta-

lles de todos nuestros momentos conjuntos. En esos momentos, no pensé mucho en mi aborto... (el que tuve espontáneamente, ese mismo día o el día anterior), pero de repente durante los momentos de llorar con ellos, por su tristeza, allí entró también mi propio dolor..., no se sabe..., no importa..., si sentiré algo todavía, lo dejaré subir y venir...

¡Vamos a ver!

Consentimiento Informado

Alison Bastien

San Miguel de Allende, Eto.

Dentro de la partería, como en otras áreas de la salud, existe el concepto del **Consentimiento Informado**. Es un buen concepto que básicamente implica que la mujer embarazada y su familia tiene el derecho de saber a quien está contratando, cuáles son sus habilidades, filosofía y forma de trabajar. Con base en estos datos, ella puede escoger mejor con quién se quiere aliviar y dónde.

Las parteras afiliadas a MANA (Alianza de Parteras de América del Norte) están obligadas a proveer esta información a todas sus clientas por medio de un escrito. Los médicos en general no tienen una obligación semejante.

Consentimiento Informado se refiere al desglosamiento de información sobre el terapeuta. A la elección del procedimiento o terapia específica se llama **Decisión Informada**. Las dos van de la mano.

La mayoría de los médicos se ofende o disgusta cuando una embarazada quiere saber el porcentaje de sus partos que terminan en cesárea, o cuántos resultan con episiotomía, aunque son preguntas muy prácticas.

Tener un escrito de **Consentimiento Informado** nos protege como partera, al igual que protege a nuestra clienta, porque en este documento se aclara qué es lo que podemos o no podemos hacer, y evita malos entendidos a la hora del

parto, facilitando la confianza entre ambas personas.

Un ejemplo del desglosamiento de un escrito de **Consentimiento Informado** incluye, pero no se limita a, lo siguiente:

- Nombre y dirección de la partera.
- Título profesional o educación.
- Lugar y tiempo de entrenamiento.
- Número de partos como aprendiz y como encargada.
- Tipo de complicaciones que maneja o traslada (gemelos, sentados, cesáreas, etcétera).
- Filosofía, en breve, de la salud y del parto.
- Cuidados que puede ofrecer a sus clientes (cuidado prenatal, clases, homeopatía, revisión ginecológica, etcétera).
- Lo que pide a sus clientes: qué tan seguido son las consultas, tipos de análisis de laboratorio, preparación, cuál es su responsabilidad y otras.
- Su plan de respaldo médico; a dónde se dirigirá en caso de emergencia, con cuáles médicos cuenta, etcétera.
- Sus honorarios y plan de pago.
- Otros detalles importantes, por ejemplo, cuándo quiere que la embarazada se comunique con ella al iniciarse el parto y cuándo acude la partera.

A veces, la partera pide a sus clientes que firmen una hoja en la que se ponen de acuerdo en el plan de pago.

Otras veces, los clientes firman una hoja en donde la partera explica cuáles son sus habilidades y sus limitaciones, asumiendo así la madre y el padre, la responsabilidad de haberla contratado. Esto es más común en Estados Unidos donde la gente se demanda una a otra con más frecuencia.

Muy en el fondo, estos documentos sirven para aclarar que quien tiene la responsabilidad de su propia vida, su cuerpo, su bebé y sus decisiones concernientes a los tratamientos ofrecidos, es el o la cliente(a).

A menudo, la pareja se siente engañada a fin de cuentas, sobre todo cuando se han preparado mucho. Toman clases, leen libros, se quieren mucho, hacen los ejercicios, comen bien, hablan con varios médicos y eligen a uno que les da mucha confianza y hasta le muestran su Plan de Parto por escrito, todo lo que quieren, lo que no quieren, etcétera, el médico dice que está bien, todo natural, a menos que haya una razón para intervenir. Al rato, escuchamos su relato acerca de la cadena de intervenciones médicas justificadas por el médico, que les condujo a la cesárea.

Hay dos cosas que suceden comúnmente en estos casos. Uno es que la pareja se informó de todo, menos de quién es su médico realmente y cómo maneja en realidad sus partos. El hecho



de que un médico no quiera decir o se moleste porque le preguntamos, también nos está dando información.

El segundo punto es que al hacer un Plan de Parto, al prepararse mucho, al llevar a cabo el procedimiento de **Decisión Informada y Consentimiento Informado**, ambos, clienta y proveedor están dando pasos para que los puntos queden más claros y se eviten malos entendidos.

Hay, sin embargo, otro paso definitivo que es entender que la vida en sí, el parto en especial, tiene su propio desenlace. Podemos tener información, tomar nuestras decisiones propias y tener la confianza de que hicimos lo mejor que pudimos en las circunstancias que nos encontramos, pero las cosas no salen como estaban planeadas. En este sentido somos responsables, lo cual es muy distinto de ser culpables.

Pero ni el mundo, ni el parto, ni los demás, se encuentran bajo nuestro control o mando. Cada bebé, cada parto, cada vida, tiene su propio destino, su propia expresión. El uso del Consentimiento Informado nos ayuda a ser más claros en nuestra parte del desenlace. Nos da más información para poder tomar nuestras decisiones de con quién vamos a compartir este milagro del parto. Ayuda a la misma partera o médico a ser más claros sobre quiénes son y en qué creen, porqué y hasta dónde llegan.

Y ya cuando todo está dicho y hecho, el bebé nos enseña que la vida misma nos pide su presencia.

Voy a contarles el dicho de antiguos guerreros indígenas acerca del éxito personal y espiritual del guerrero:

1. Aparecer.
2. Poner atención.
3. Hablar con la verdad.
4. Desligarse de las expectativas y deseos de lo que sucederá.

Es decir, ¡prepárate bien, está presente y ábrete a lo que sea! ¡Así entran los milagros!

Cómo me hice partera



Con la experiencia dentro del contexto africano pude comprender la verdadera filosofía de lo que es la partería

Entrevista a Margarita Kindl, realizada por Laura Cas - Romero

Margaritha Kindl, fundadora y directora de la **Hebammen-akademie** (Academia de parteras) en Mistelbach, Austria, una nueva e innovadora escuela que apenas se encuentra en su tercer aniversario, nos concedió una entrevista en donde nos relata cómo se fue involucrando en la profesión de partera, así como algunas de sus experiencias tempranas.

Estaba trabajando como enfermera, especializándome como asistente de cirugía, cuando decidí irme como voluntaria a África. Conseguí un trabajo en Zambia como supervisora de un hospital de distrito donde, por primera vez, me confronté con el trabajo de partería. Durante este periodo atendí numerosos partos bajo la supervisión de una partera irlandesa. Eso dio un viraje a mi vida, pues más y más me involucré en el trabajo de una maternidad: atención de partos y seguimiento, antes y después del parto.

Decidí entonces, que quería regresar a Austria para recibir un entrenamiento formal como partera. Durante mis estudios en Viena, tuve la fortuna de estudiar con pioneros en el campo del parto natural, como el Dr. Rockenschaub, quien introdujo el concepto de alojamiento conjunto y contacto inmediato, entre mamá y bebé, al momento del alumbramiento, en los hospitales. Era uno de los pocos médicos convencidos de que el cuidado de la madre y el bebé debían regresar a manos de las parteras, a donde pertenece.

El Dr. Rockenschaub no permitía que utilizáramos el tococardiógrafo, excepto en casos especiales. Enfatizaba mucho que usáramos nuestros sentidos por medio del Pinard (fetoscopio para auscultar el latido fetal) y las maniobras de Leopold, para evaluar el progreso durante el trabajo de parto. Estaba en contra de hacer tactos vaginales con mucha frecuencia, sin antes hacer una evaluación abdominal.

Tuvimos también como profesor al Dr. Czermak, quien resaltó la importancia que tiene el apoyo que debe darse a la madre durante la lactancia y el puerperio, con todas las tareas que implica para ella este periodo. Enfatizaba cuan importante es el contacto 'piel a piel'

entre la madre y su bebé, además de los beneficios del amamantamiento. Nos animó a apoyar ese vínculo aconsejando y enseñando a las mujeres a usar un chal (rebozo).

El Dr. Czermak también contribuyó a hacer operativa la medicina preventiva durante el cuidado materno infantil, por ejemplo, mediante la creación del Carnet de Salud Madre e Infante, en el que se registran los datos de los exámenes estándar realizados en las clínicas, desde que una mujer se encuentra embarazada hasta que su hijo o hija cumplen cinco años.

Afortunadamente, con la experiencia de haber vivido dentro del contexto africano, durante mi estancia en Zambia, no tuve problema alguno en comprender la filosofía de lo que la partería es en realidad.

Al terminar mi entrenamiento en Viena, decidí regresar a África, esta vez a Zimbawe, donde estuve encargada de dirigir un hospital que, a su vez, prestaba ayuda a ocho centros de salud en el distrito. No había médicos ahí. Trabajé no sólo como partera sino también como enfermera general, encargándome del laboratorio, coordinando al personal de salud, etcétera. Conmigo trabajaba también una enfermera partera de España. En total se atendían en todo el distrito, alrededor de 200 partos al mes. Para ello tuvimos que entrenar a personal local con estudios de enfermería auxiliar y así, ellas pudieron encargarse de atender los partos normales.

T: ¿No había parteras en Zimbawe?

Existían pocas escuelas en esa época, pero al egresar de ellas, las parteras no eran asignadas a hospitales de lugares remotos, como en el que yo me encontraba.

Conectarme con otras organizaciones de salud locales nos ayudó mucho en el logro de la aproximación holística y de prevención a la salud de las comunidades (nutrición, planificación familiar, enfermedades crónicas, tales como el cólera, la tuberculosis, etcétera) que queríamos. El bienestar y la recuperación de la salud que posee una determinada comunidad es, asimismo, muy importante para la salud materna. Los problemas

sociales también incidían en la salud, pues dado que en esos tiempos esa zona se encontraba ocupada por el ejército, era difícil para la comunidad obtener apoyos básicos. Abundaban las enfermedades de transmisión sexual, el alcoholismo, la violencia, entre otras.

Una vez entré en contacto con parteras tradicionales, me familiaricé con su manera de atender y, poco a poco, fui ganándome su confianza. Inclusive empezaron a llamarme cuando les llegaba algún parto difícil.

Conducía talleres sobre temas tales como procedimientos higiénicos y utilización de herramientas básicas. Creo que el resultado más importante de este proceso de contacto y comunicación fue que las «mbuyas» (parteras tradicionales) transfirieran a tiempo, casos complicados a la clínica pues sabían que ahí respetábamos su trabajo y que estábamos más para ayudarlas que para criticarlas.

Inclusive, me regalaron un gran brazalete de cobre que típicamente se otorga a las parteras tradicionales en su región, en reconocimiento de que era una de ellas; trabajando con ellas, a su lado.

Promoví que los partos normales se atendieran en casa, dejando así los complicados para el hospital. De esta manera los escasos recursos se reservaban para aquellos casos en que eran indispensables. De ahí que el seguimiento y registro del cuidado prenatal fue la parte más importante de nuestro trabajo por la salud materna.

Actualmente, en mi trabajo al diseñar el programa de esta escuela de parteras en Mistelbach, he aplicado algunas de las cosas aprendidas en esos cinco años. El calendario semestral permite que las estudiantes regresen a practicar a sus lugares de procedencia. Lo hacen siempre junto a parteras expertas. Después nos volvemos a reunir, intercambiamos experiencias y repasamos cosas en las que aún se consideran vulnerables. También creo que si bien, la partería es una profesión en sí, diferente de la de enfermería, necesita, especialmente si va a trabajar en comunidades alejadas, un fuerte entrenamiento en enfermería básica que le permita manejar otros problemas de salud pública.

Relato de una experiencia



Ignacia Lamas Cháñez
Partera de Jesús María,
Mpio. de El Nayar, Nayarit

Me gustaría que se diera un curso, para conocer más de lo que tienen los Boletines *Conversando entre parteras* y me lo explicaran mejor.

El libro* tiene cosas que ampliaron lo que yo sabía, como la planta para parar la hemorragia.

La primera vez que atendí un parto, fue con un familiar, yo no iba a eso, nada más iba a acompañar a mi sobrina, por que mi hermana así me lo pidió. Ya estando ahí se me hizo fácil ayudarla, pero sin tener ningún conocimiento como partera. Me daba lástima porque no podía nacer el bebé y por eso me acomodé. Al pulsarlo se me hizo que no estaba bien, hasta que más o menos se lo acomodé, entonces le dije que volviera a hacer la lucha a ver si ahora sí ya podía, y fue cuando nació el bebé. Como buena suerte me tocó, no le batallé y como no había nadie en mi comunidad que atendiera los partos, pues ni a quién preguntarle, sólo como se me venía a la mente. Es lo que hice y desde entonces me empezaron a recomendar con las demás personas que viven ahí mismo en la comunidad, y como no había más quién, ahí iban todos conmigo: embarazadas, personas falseadas, ya fueran hombre o mujer, lastimadas, niños caídos de la mollera, o personas que parecen de latido, también los he sobado y se han aliviado.

Tengo 14 años de trabajar como partera, por que me gusta esta carrera, de tanta gente que me mandan, pues ya estoy más segura de todo. Es todo lo que tengo que platicar.

Apoyo: Dr. José Antonio Guzmán Hernández, Director del Hospital Mixto de Jesús María.

*Boletín Rural *Conversando entre parteras* Núm. 5.

Informando

El CLAP informa sobre las siguientes investigaciones en la región:

Presentación podálica a término

Estudio comparativo multicéntrico que compara la prueba de parto planificado con la cesárea electiva en la presentación pelviana a término. Dicho estudio está coordinado por la Dra. Mary Hannah, Unidad de Epidemiología Clínica Perinatal, Women's College Hospital, de la Universidad de Toronto, Canadá y participan más de 120 países. Espera ser completado hacia el primero de junio del 2000, reclutando 2800 mujeres (1400 por cada grupo). Se evaluará la morbi-mortalidad perinatal y complicaciones maternas hasta los 3 meses postparto. Para mayor información contactarse con los Dres. J. Corbelli, E. Ábalos y A. Leroux.

Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP).
San Luis 2493.2000
Rosario, Argentina
Fax: + 5441-483887
correo electrónico:
crep@satlink.com

Estudio Latinoamericano de Cesáreas (ELAC)

Este estudio evaluará una intervención tendiente a disminuir el alarmante incremento en el índice de cesáreas que se observa en Latinoamérica. Ésta se está constituyendo en la región con el mayor índice de cesáreas del mun-

do, el que presenta una tendencia a continuar aumentando. Es necesario establecer conductas que tiendan a paliar esta situación ya que de continuarlas así las cifras alcanzarán valores aún mayores, lo que implica graves consecuencias para las madres, sus hijos(as) y altos costos en los sistemas de salud. No existen estudios probados en forma rigurosa que permitan a organismos rectores (OMS, OPS) recomendar su uso para poder llegar a cifras racionales de esta operación. La propuesta a llevar adelante consiste en una investigación que comprenderá alrededor de 60 Hospitales de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Guatemala y México, que probarán en forma científicamente rigurosa la intervención que parece más eficiente para este fin. La misma, que consiste en una segunda opinión ante la decisión de realizar una cesárea, representa la asimismo una intervención factible y de bajo costo a ser aplicada en nuestra realidad. Por otro lado al ser probada en diversos y variados países de la región permitirá evaluar su factibilidad en las variaciones regionales. Se pretende asimismo, a través de esta iniciativa, establecer en toda la región un mecanismo de relevamiento epidemiológico del índice de cesáreas que permita valorar el impacto a largo plazo de la aplicación de esta intervención en la práctica médica en la región. El estudio durará 19 meses.

Para mayor información contactarse con el Dr. Fernando Althabe. CLAP. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Fax: +598 2 487 2593,
correo electrónico:
althabef@clap.edu.uy

Campaña Hombres en contra de la violencia hacia las mujeres

Un grupo de hombres se ha organizado para sensibilizar a otros hombres sobre la violencia que cotidianamente ejercen contra las mujeres. El objetivo es hacer un llamado para detener la violencia y construir relaciones más equitativas y de respeto.

Esta campaña no tiene filiación institucional, política o religiosa, más allá de los contenidos mismos de la campaña, pues se busca sumar los más amplios esfuerzos en contra de la violencia hacia la mujer.

Manifiesto Hombres contra la violencia hacia las mujeres

CADA DÍA QUE VEMOS Y ESCUCHAMOS QUE:

Las mujeres son constantemente violentadas por un hombre en el hogar, el trabajo, la calle o en lugares públicos, sin que hagamos algo por cambiar...

las mujeres más cercanas también están en peligro de ser atacadas por otro hombre...

miles de hombres sufren lesiones o mueren violentamente en manos de otros hombres y otros tantos terminan solos o en la cárcel.

POR ESTO TE INVITAMOS A REFLEXIONAR QUE:

La violencia hacia las mujeres no es natural y es un problema de salud pública con graves consecuencias para el bienestar físico y emocional de ellas, además de un gran empobrecimiento para nuestras vidas.

Los hombres aprendemos a ser violentos a través de la educación, la presión de otros hombres, las costumbres y los medios de comunicación que refuerzan las creencias de superioridad y los supuestos derechos sobre la vida de las mujeres.

Los hombres podemos aprender a relacionarnos de manera no-violenta con las mujeres, tomando responsabilidad por parar nuestra violencia y buscando el diálogo y los acuerdos ante los conflictos.

TAMBIÉN TE CONVOCAMOS A SUMARTE A LA CAMPAÑA: *"Hombres en contra de la violencia hacia las mujeres"*

Y TE INVITAMOS A:

- Rechazar toda forma de violencia hacia las mujeres.
- Romper el silencio y la complicidad con hombres violentos.
- Construir relaciones equitativas entre hombres y mujeres.

Mayores informes: Comité Coordinador de la Campaña "Hombres en contra de la violencia hacia las mujeres". Tel-fax: 604 11 78 México D.F.
 e-mail: chcv@laneta.apc.org

Informe de la participación de *Ticime* en las III Jornadas Obstétricas Platenses*

Estas Jornadas Obstétricas fueron organizadas por el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, Distrito 1, La Plata, los días 15, 16 y 17 de octubre de 1998, en la ciudad de La Plata, Argentina.

Países participantes: Argentina, Chile, Uruguay, Inglaterra, Perú y México.

La conferencia estuvo dirigida en su mayoría a estudiantes de obstetricia y se contó con una asistencia de 200 participantes.

Los principales objetivos de la conferencia fueron:

- Planteamiento de la situación actual de la Obstetricia en Argentina y América Latina.
- Ofrecer a las estudiantes ponencias de aprendizaje y la oportunidad de conocer diferentes modelos de atención.

La participación de México fue con la presentación de la ponencia: ***Pasado, presente y futuro de la partería en México.***

Fue muy interesante conocer los modelos de atención de la partería profesional de Argentina, Chile, Uruguay, Perú e Inglaterra, así como los programas de estudio de cada uno de ellos.

En Argentina existen varias escuelas de partería con estudios de entre 3 y 4 años a nivel superior. En Chile existen 9 escuelas de partería con estudios de 5 años y opción a especialización, maestría y, próximamente, doctorado. En Uruguay y Perú se maneja más o menos en forma similar.

En todos estos países la partería se regula prácticamente bajo las mismas normas, el 98-99% de los partos son atendidos en hospitales y por parteras. La práctica de episiotomía, inducción y monitoreo es prácticamente rutinario y el índice de cesáreas es alto, de 19 a 23%.

Nuestra impresión general es que las obstetras del Colegio de Obstetricia de la Provincia de

Buenos Aires, Distrito 1, La Plata y los países participantes están buscando alternativas y opciones de cambio, ya que a pesar de los años de estudios y del apoyo médico y hospitalario que hay en estos países, las parteras en realidad no cuentan con una verdadera autonomía y algunas de ellas sostienen que el modelo de atención que manejan debe transformarse hacia un modelo con menos intervenciones.

Una atención en donde se recupere el cuidado de la fisiología del proceso reproductivo, una en donde además, se considere a la mujer como parte importante y central del proceso del embarazo y el parto. Por otro lado, hay un gran interés por parte de las parteras universitarias por defender la profesión ya que existe temor de que la partería como tal, desaparezca ante el surgimiento de la enfermera-partera. Consideramos que sería muy enriquecedor que se pusiera a discusión el rol de la partera y su formación, incorporando las prácticas en el cuidado perinatal y nacimientos normales recomendadas por la OMS, además de tomar en cuenta la experiencia de las parteras como medio para colaborar en la disminución de la cesárea y de la mortalidad materna, dentro del marco de los esfuerzos que realiza el Comité por una Maternidad sin Riesgos.

El contacto con otras parteras latinoamericanas es un comienzo para trabajar en forma coordinada modelos en los diferentes países que se parezcan, pero al mismo tiempo sean adecuados a las necesidades y circunstancias de cada región. Llegar a acuerdos en la atención al embarazo, parto y puerperio, como una parte esencial del gran rubro que es la salud sexual y reproductiva, tienda hacia un trato más humanizado y una excelente atención para todas las mujeres y los bebés.

* Grupo Ticime, A.C. agradece el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y de UNICEF por haber financiado el transporte para poder participar en este evento.

Los buenos y malos usos de la oxitocina

Erika Cervantes
CJMAC

Los oxitócicos son medicamentos muy importantes, pero peligrosos. Hablamos de productos tales como el *pitocón*, *oxitocina*, *pituitrina*, que contienen una hormona sintética (la oxitocina), que causa contracciones de las venas y arterias de la matriz. Son medicamentos muy importantes, pero mal usados pueden reventar la matriz y causar la muerte de la madre y su bebé. **Usadas correctamente pueden salvar la vida.**

Los usos adecuados de este medicamento son los siguientes:

1. **Para controlar la hemorragia después del parto.** Este es el uso más importante de este medicamento. En caso de hemorragia abundante y después de que ha salido la placenta, se debe inyectar una ampollita intramuscular.
2. **Para ayudar a prevenir la hemorragia después del parto a una mujer que ha padecido de hemorragias después de partos anteriores,** se puede inyectar intramuscular, una ampollita de oxitocina inmediatamente después de la salida de la placenta.
3. **Para controlar las hemorragias de un aborto.**

En casos excepcionales, si el trabajo de parto es muy prolongado, un médico o la persona que está atendiendo el parto, puede decidir administrar oxitocina intravenosa diluida en suero.

Solamente una persona bien capacitada la puede usar, no para apresurar el parto o dar fuerza a las contracciones uterinas, ya que es peligroso para ella y el bebé. Nunca debe ser inyectada antes de que nazca el bebé, ya que puede matar a la madre, al bebé, o a ambos. Un daño cerebral es más probable si el bebé tarda en respirar al nacer, o si el médico o la partera inyectan oxitocina a la madre antes de que nazca el bebé.

Por desgracia algunos médicos y parteras usan oxitocina inyectada para apurar los partos. Costumbre peligrosísima, pues puede matar a la madre o la hija(o). Deben inyectarla únicamente para el control de hemorragias después de que nazca el bebé.

Con gusto informo que ya tenemos las fechas para la próxima VI Convención anual de parteras, MANA-México

En esta ocasión se llevará a cabo en la hermosa ciudad de la eterna primavera, Cuernavaca, Morelos, los días 25, 26 y 27 de junio 1999.

Como podrán observar estamos agregando un día al evento, esto se debe al éxito de las pasadas convenciones, es un reflejo del interés que tenemos todas las parteras y simpatizantes por compartir nuestras experiencias, aprendizajes y habilidades.

El comité organizador agradecerá sus sugerencias, ideas, ayuda voluntaria y donativos.

Estén pendientes de los detalles de la Convención en el próximo boletín, por lo pronto váyanlo marcando en sus calendarios y... ¡nos vemos en Cuernavaca!

Paulina Fernández
(5) 568-4886
México, D. F.
paulinaf@mpsnet.com.mx



Festival por una Maternidad Gozosa

El 5 de noviembre de 1998 en el Teatro Metropolitano de la ciudad de México el sonido de los Mariachis anunciaba el comienzo del Primer Festival "Por Una Maternidad sin Riesgos", que formaba parte de las celebraciones para conmemorar el **mes de la salud reproductiva**, al que asistieron 3000 personas entre embarazadas, sus familiares y prestadoras/es de servicios de salud.

Este festival, primero de su tipo en México, se desarrolló en un ambiente de alegría en donde se combinaron números musicales, mensajes alusivos al cuidado del embarazo, la importancia de la lactancia materna y rifas de artículos, cursos de preparación para el parto para las parejas, y partos gratuitos en algunos hospitales de la ciudad de México. Se contó con la participación y colaboración de artistas, organizaciones civiles, el gobierno del Distrito Federal, la Red por la Salud de las Mujeres del D.F. y Argos, entre otros.

Comparten parteras la maternidad con hombres, buscan un cambio cultural en Oaxaca

* Un grupo de parteras se organizó para sensibilizar a los varones de que parto y embarazo no son sólo «cosa de mujeres».

* Oaxaca, uno de los estados con mayor índice de mortalidad materna.

* Promotores trabajan en un proyecto llamado «Formación de promotores comunitarios para propiciar la participación masculina en el cuidado de la salud reproductiva», en dos comunidades indígenas, Teotitlán del Valle, que cuenta con 5,083 habitantes y San Pablo Güilá con 1,200 hab., ambos del municipio de Tlacolula, Oaxaca. Este proyecto busca «propiciar un cambio en las relaciones de género que permita mejorar las condiciones de salud reproductiva de hombres y de mujeres en edad reproductiva».

En Tlacolula ya existe un grupo de parteras (*Guishis* que es partera en zapoteco) con el propósito de sensibilizar a los varones en torno a la necesidad de que el embarazo y el parto sean concebidos como un asunto familiar y de pareja y no algo que sólo concierne a las mujeres. Estas parteras, conocedoras de las condiciones de vida de las mujeres de sus comunidades, fueron descubriendo que «muchos de los problemas que se presentan en el embarazo, el parto y el puerperio tienen que ver con las condiciones de trabajo y de vida de las mujeres; con problemas de violencia; con que tienen un montón de hijos y sin apoyo; con que tienen la creencia de que si no trabajan mucho son flojas y no son buenas mujeres».

Oaxaca, uno de los estados más pobres, con mayor índice de mortalidad materna (en 1994 era de 9.6 por cada 10 mil nacidos vivos), una alta tasa de muertes por cáncer cérvico-uterino y un alto número de infecciones por el VIH/SIDA, es el espacio en el que se desarrolla el proyecto.

En las regiones rurales e indígenas de Oaxaca, las parteras tradicionales constituyen el recurso más importante en la atención de la salud materna: 54.9 por ciento de los partos son atendidos por parteras, y de éstos más del 90 por ciento corresponden a la atención en el medio rural.

Las parteras siguen siendo una opción importante en el medio rural porque proporcionan una atención profesional, cálida y respetuosa, porque pertenecen a su misma cultura, conocen las condiciones de vida y las contradicciones del entorno social y gozan de

reconocimiento en la comunidad lo que les da un lugar privilegiado para promover una visión amplia e integral de la salud de la mujer.

La idea es que los promotores, formados a través de Coriac (Colectivo por Relaciones Igualitarias, A.C.), sensibilicen a los hombres y luego juntar ese trabajo con el de las parteras, más la experiencia del Centro de Estudios de la Mujer y la Familia, A.C (Cemyf). Las parteras trabajarán con las mujeres y los promotores con los hombres para detectar cuáles son los elementos de la cultura tradicional que favorecen u obstaculizan los cuidados en salud reproductiva.

Lo que se busca es encontrar soluciones y propuestas locales para mejorar y tomar algunas iniciativas modestas, pero que incidan en la forma de concebir la salud entre los hombres.

Hombre, padre y compañero

«El papel que juega el hombre dentro de la pareja es vital en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y en contra de la violencia hacia las mujeres y niñas(os), así como en el cuidado de la salud, de ahí la importancia de propiciar un proceso de reflexión entre varones en el cuidado de la salud familiar y en el ejercicio de la paternidad.

Y mientras los varones sensibilizan a otros hombres, las parteras ya promueven la reflexión entre mujeres sobre su identidad como mujeres indígenas, madres y trabajadoras.

Posteriormente, según se plantea en el proyecto, habrá un diálogo entre grupos mixtos sobre los problemas de salud sexual y reproductiva que aquejan a la comunidad centrando la reflexión en la equidad de género y su relación con los riesgos para la salud. Aparejado al trabajo de reflexión, contarán con información básica para el cuidado en salud reproductiva y sexual.

Finalmente, se busca generar propuestas comunitarias para mejorar las relaciones entre hombres y mujeres y aumentar la participación de éstas en los procesos colectivos de toma de decisiones a partir de los recursos locales y del contexto cultural.

Al final de cada etapa se realizarán encuentros entre hombres y mujeres para comparar propuestas de solución y cambio, y ver la mejor manera de darlos a conocer al resto de la comunidad; esto incluye, por ejemplo, un video educativo. En un último taller de evaluación mixto en cada localidad, se presentarán las propuestas a nivel de asamblea comunitaria. La meta más ambiciosa de este proyecto es construir un modelo de trabajo en salud sexual y reproductiva dirigido a hombres y mujeres de comunidades indígenas que aproveche tanto la experiencia como el prestigio de las parteras tradicionales, como los de un grupo de promotores de salud.

Recetas, trucos y demás...

Recetas de Doña Queta

Enriqueta Contreras
Partera tradicional, Oaxaca

El flujo por infecciones puede provenir por la falta de higiene de quien atiende a la mujer en el parto, durante relaciones sexuales si nuestra pareja tiene alguna infección, por comer alimentos sucios (contaminados), por la forma inadecuada de limpiarnos al ir al baño (después de evacuar), en lugar de que la limpieza sea de adelante hacia atrás lo hacemos al contrario y ahí es donde se puede provocar una infección con un flujo muy severo, esta infección pueden pasar del recto a la vagina y a las vías urinarias afectando al bebé cuando éste ha cruzado el canal vaginal. Para esto recomendamos la plantas en forma de té las cuales no son perjudiciales para el bebé o la mamá.

Signos y síntomas

La mujer siente comezón, irritación, ardor, inflamación en su parte (genitales), el flujo puede ser blanco, verdoso, espeso y con mal olor.

Tratamiento

- té de hoja guayaba.
- té de corteza de cáscara de granada roja.
- la fruta de la granada roja.
- té de granitos de la granada roja.
- té de corteza de palo de ciruela.
- té de ciruela de hueso grande.
- té de hueso de aguacate criollo (chico).

No se debe dar té de epazote, ni el morado, ni el zorrillo, ni el blanco durante el embarazo, porque son abortivos.

El hueso de aguacate criollo nos puede ayudar a matar parásitos, limpia el canal vaginal y desinflama

Las hojas de guayaba y cáscara de granada son anti-inflamatorias y matan los parásitos.

Modo de empleo

1. Cuando es corteza o hueso de aguacate sólo se ocupa un pedazo pequeño. Hervir por 15 minutos en un cuarto de litro de agua y tomar en ayunas por 7 días.
2. Si son hojas, debe hervir 5 minutos el agua y luego agregar de 3 a 5 hojas de guayaba y dejar hervir 5 minutos para evitar perder la sustancia natural y curativa, se cuele y se da a tomar caliente, por 7 días.

Es importante el baño diario y el aseo vaginal con jabón hecho de plantas como *sávila*, *malva*, *árnica* (que son anti-inflamatorios); de *mercadela*, de *rosas de castilla*, de *rosas blancas*, etcétera, así como también es importante el uso de ropa de algodón para favorecer la ventilación.

Con la desinfección de la mujer también es importante que se desinfecte a su pareja para evitar el contagio. Explicar a la pareja la razón del tratamiento así como también la necesidad del baño diario y aseo de los genitales.

En el caso de que el hombre tenga señas de infección que son visibles a simple vista se puede utilizar un baño en tina preparado con plantas de *mar rubio*, *malva*, *cuanasana*, *hoja de nogal*, *pingüica*, *amole*, *pericón* (que tiene un olor fuerte) y la *Santamaría*; todas éstas son amargas; el hombre entra en la tina con el preparado que se ha hecho con estas hierbas lo más caliente que soporte. Se pueden utilizar las mismas hierbas a manera de zacate.



Códice Nutall en
"El mundo de la mujer", p. 117
La vida cotidiana de los aztecas.
J. Soustelle.

Recordando nuestras tradiciones Sobre el temazcal

Recopilación de
Francisca Hernández
México, D. F.

El baño de vapor se usaba con mayor frecuencia durante el embarazo pues se pensaba que "la médica de la noche arreciaba y reforzaba los cuerpos de los niños" para mejorar el parto.

Al sentir los primeros dolores del parto la preñada debía tomar otro baño de vapor y repetirlo días después del nacimiento de la criatura, para sanar y para purificar la leche.¹

Sahagún al hablar de este baño, dice lo siguiente:

Temazcalli significa el lugar donde se ponía a la persona, como si fuera a sufrir un cocimiento.

La partera hablando con los padres de una mujer casada próxima a alumbrar les decía: "he oído y entendido vuestras palabras, vuestro llanto y la angustia, por causa de vuestra piedra preciosa y de vuestra pluma rica que es esta niña que es pedazo de vuestro cuerpo y primogénita, o por ventura la postrera que habéis engendrado, por cuya causa ahora llamáis y dais voces a la madre de los dioses, de la medicinas y los médicos y que es madre de todos nosotros la cual se llama yoalticiti, que tiene poder y

autoridad sobre los temazcales que se llaman *xihucalli*, lugar en que esta diosa ve las cosas secretas y adereza las desconcertadas en los cuerpos de los hombres, y fructifica las cosas tiernas y blandas, en cuyas manos, regazo y espalda, poneis y echais ésta vuestra piedra preciosa y ésta vuestra pluma rica; y también la que tiene en el vientre es la merced que dios le ha hecho..."

...y contestando los parientes a la partera le dicen: "muy amada señora y madre nuestra espiritual, haced señora vuestro oficio, responded a la señora y diosa nuestra que se llama Quilaztli; y comenzad a bañar a esta muchacha; metedla en el baño que es la flor de nuestro señor que le llamamos temazcalli, donde está y donde cura y ayuda la abuela, que es diosa del temazcalli que se llama yoalticiti". Oído esto, la partera, ella misma, comienza a encender el fuego para calentar el baño y si la partera se hallaba mal dispuesta o era muy vieja, otra por ella encendía el fuego del baño; y luego mete en él a la moza preñada y la palpaba con las manos en el vientre para enderezar la criatura y si, por ventura estaba mal puesta, la movía

de una parte a otra hasta acomodarla. Después de sacarla del baño de temazcal, le palpa la barriga, y esto lo hace en muchas ocasiones, a esto se le llama palpaciones en seco; y como es costumbre que a los que se bañan los azoten con hojas de maíz (cocidas en la misma agua del baño) en la espalda, la partera mandaba que no se hiciese este procedimiento cuando se bañase a la preñada. También mandaba en otras ocasiones que no se calentara mucho el agua porque decía, había peligro de que el feto se tostase y se pegaría al vientre de la madre, de tal manera, que no podría nacer bien. Es por esta razón que mandaba que no se golpeará a la mujer preñada en la espalda, ni el agua estuviese muy caliente para que no peligrase la criatura.²

¹ Vivó, Jorge A. (compilador). México Prehis-pánico, cultura deidades monumentos, Rafael Loera y Chávez para ed. Ema Hurtado, México, D. F., 1935, p. 740.

² Ethnos, revista mensual para la vulgarización de estudios antropológicos sobre México y Centro América t. I, 1920-1922, pp. 29-30.

Los médicos hablan

El olvidado arte de la versión externa

Primera Parte

Dra. Norma Escalante B.
El Grullo, Jalisco.



La **versión externa** ha sido una práctica tradicional y confiable entre las parteras de todos los tiempos, y también lo fue para los obstetras de siglos pasados, que con el tiempo fue cayendo en desuso e incluso considerada como obsoleta entre la comunidad médica moderna; siendo sustituida por medios más tecnificados (por no decir intervencionistas y productivos) para eliminar el problema (sin resolverlo) con una cesárea. Sin embargo en los últimos 10 a 20 años, la obstetricia moderna vuelve a interesarse en ella, utilizando (para sentirse más seguros) las imágenes de ultrasonido y medicamentos para poner a la matriz en "reposo" y evitar así posibles riesgos. Desde luego que ninguno de estos medios tecnológicos son indispensables ni necesarios para practicarla, y cualquier partera, en su propio medio, aprende a "acomodar al bebé". Y es que esta maniobra de "acomodar" se aprende poco a poco, al lado de la mujer, palpando y deslizando sus manos con tacto y presión, suave y firme, sobre las partes fetales, con paciencia, esperando que el bebé reaccione, se mueva, nos siga... Sólo de esta manera *nunca* tendremos una complicación derivada de esta práctica.

Esta habilidad está salpicada de intuición, mucho sentido común, ética, y una actitud sincera de apoyo y respeto por este binomio de vida que se confía a ti. Este es todo un arte, en donde la belleza radica precisamente en saber combinar en cada momento y en cada caso dosis diferentes de cada uno de estos ingredientes para lograr tu propósito.

La **versión externa** es una maniobra que se realiza con las manos para voltear al feto a una posición mas adecuada para el nacimiento y se realiza a través del vientre materno. Antes del

séptimo mes de embarazo el bebé está rodeado de abundante líquido y tiene mucha libertad de movimiento, por lo que es común encontrar al bebé en posiciones no adecuadas para el nacimiento. Llegado el séptimo mes espontáneamente se acomoda cabeza abajo ayudado por el peso de la misma y el efecto de la gravedad. Si no es así, el tiempo más propicio para hacer una **versión externa** es entre los siete y ocho meses, pues después de los ocho meses resulta más difícil, aunque no imposible y siempre deberá intentarse. Al final del embarazo es común que el líquido que rodea al bebé se vaya reduciendo y también las partes que se presentan (hombro, nalgas o pies) tienden a "meterse" en la pelvis, para lo cual recurrimos, antes de realizar la maniobra, a acostar a la mujer con las caderas más elevadas ayudándonos con una almohada o dos y a meter nuestros dedos entre el cuerpecito y el pubis, para sacarlo de la pelvis y facilitar en seguida la versión.

¿Cuáles son las **causas** por las que el feto no esté bien presentado? Es probable que suceda por uno o varios de los siguientes motivos:

- Caídas de la madre durante el embarazo, malformaciones de la pelvis femenina por caídas también, o por haber padecido polio en la niñez (cuando la pelvis está muy cerrada es frecuente que el bebé se acomode de nalgas), tumores grandes de la matriz, placenta previa, o sea implantada el cérvix.

NO DEBEMOS INTENTAR una versión externa cuando hay sangrado vaginal, tumores de la matriz, placenta previa, tampoco en el embarazo de

gemelos y debemos considerarlo mucho y hacerlo con mucha precaución en casos de diabetes, toxemia o feto desnutrido, ya que en todos estos casos la placenta no funciona adecuadamente, generalmente se acompaña con poca agua y en el caso de toxemia hay peligro de que se desprenda la placenta. Ante la sospecha de alguno de estos, **sí es importante** recurrir a un examen de ultrasonido para verificar el diagnóstico.

La **OBSERVACIÓN, LA PALPACIÓN** y escuchar el corazón del bebé con el fetoscopio, nos ayudarán a hacer el diagnóstico de la presentación fetal, la

forma de la panza más alargada en sentido a lo largo del cuerpo materno (Fig. 1) o más alargada en sentido transverso al cuerpo materno (Fig. 2), nos dirán si el bebé está en posición vertical o acostado; utilizar el canto de la manos para rodear el cuerpecito del bebé nos orientará sobre su posición. La mamá también nos dirá si siente las pataditas cerca de la vejiga urinaria o si siente una "bola" (la cabeza) debajo de las costillas. Y desde luego que los signos definitivos para encontrar la posición del bebé serán, el palpar la dureza y lisura de la espaldita, las pequeñas partes (manos y pies) y el peloteo de la cabecita fetal.

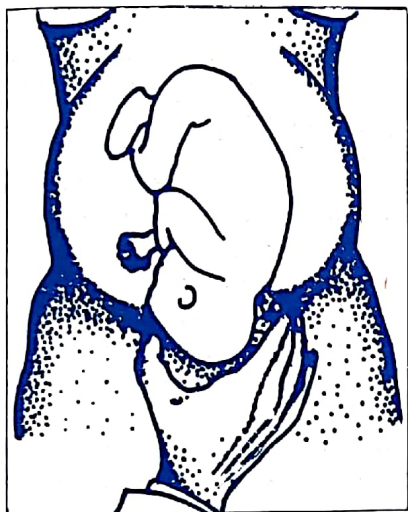


Fig. 1



Fig. 2

Lo que otras publicaciones nos dicen **Monitoreo Electrónico Fetal**

Henci Goer

Traducción y resumen Laura Cao

Henci Goer, es una educadora perinatal y doula pero más que eso, es una reconocida escritora de temas médicos. A ella le han inquietado, como a muchas de nosotras, la alta incidencia de cesáreas, el manejo 'moderno' del embarazo y trabajo de parto, convertidos en 'dogmas' del dominio médico y hospitalario. En su primer libro de hace tres años, reunió la literatura científica en donde se revisan prácticas rutinarias, que muchas veces, por su uso rutinario, conducen a entorpecer el resultado normal del embarazo y parto transportándolo al área de la patología.

El trabajo de Henci es una importante contribución para quienes acostumbrados a utilizar métodos convencionales, pero con la inquietud de cambiar sus rutinas por procedimientos más de acuerdo a la fisiología y naturaleza del parto, se animen a ampliar su visión. Ella nos provee con una buena evidencia científica de la obstetricia actual de primera línea y con ella cuestiona la validez de prácticas convencionales tales como, ruptura artificial de membranas, episiotomía de rutina, anestesia epidural y uso indiscriminado de la cesárea, entre otras.

La escritora decidió este año hacer llegar esta información a más gente, sin preparación médica necesariamente, y lanza su segundo libro del cual nos permitió tomar algunos datos en torno a la desmitificación de dichas prácticas.

El uso rutinario del monitoreo electrónico fetal (MEF), con frecuencia conducente a la operación cesárea, tan socorrida en México, nos ha preocupado desde hace tiempo. Hasta encontrar la información recopilada por esta investigadora hemos podido darle su justa medida.

La manera más usual de llevar a cabo el MEF es mediante el *cardiotocógrafo*, máquina que escribe la frecuencia cardíaca fetal al mismo tiempo que registra las contracciones uterinas durante el trabajo de parto. Con esto se trata de mostrar la reacción del corazón fetal ante ellas. Cualquier distorsión en el rango normal de frecuencia se asocia con hipoxia o asfixia (falta de oxígeno) fetal, y ésta con retardo mental o parálisis cerebral en el bebé. Sin embargo, sólo en pocos casos la literatura científica ha encontrado que esta condición en los recién nacidos es causada por la falta de oxígeno al nacer; casi siempre coexiste con otros factores y parece correlacionarse más con una infección 'in útero'.

La autora señala que si el uso del monitoreo electrónico fuera tan efectivo, su popularidad a lo largo de casi dos décadas coincidiría con una disminución en la incidencia de parálisis cerebral, cosa que no ha sucedido.

En segundo término, nos refiere a la literatura científica en donde se concluye que no existe realmente una gran conexión entre el comportamiento del corazón del bebé durante el trabajo de parto y su calificación al nacer, determinada por el Ph de su sangre o por la evaluación del Apgar. Y señala cómo los datos arrojados por el monitor, con frecuencia resultan ser falsos positivos o falsos negativos.

Lo que se ha favorecido con su uso es que el personal de salud tenga a esta máquina en un pedestal y no se la utilice selectivamente. En la sala de labor se vuelve más importante mirar y consultarla que observar a la misma parturienta. Una forma de monitorear más sensata y con buenos resultados es mediante el 'doppler' utilizándolo de manera intermitente, aconseja Henci. Esto, además, tiene la ventaja de que no se obliga a la mujer a estar inmóvil, sino que ella puede adoptar la posición en la que mejor se sienta.

Después de hacer una comparación entre el monitoreo externo (cardiotocógrafo) y el interno (alambre terminado en aguja de forma espiral que se engancha a la parte que el bebé presenta), la Sra. Goer puntualiza las situaciones en que el MEF se hace necesario, y, por otro lado, las recomendaciones para evitar las consecuencias desventajosas para la mamá y para el bebé.

¿Cuándo es aconsejable el uso del MEF?

- Durante la aplicación de oxitocina.
- Si el monitoreo intermitente con 'doppler' sugiere alguna condición anormal del corazón del bebé.
- En un parto vaginal después de una cesárea

¿Cómo alejarse de los inconvenientes que el uso del MEF ocasiona?

- No tenga su parto en el hospital
- Evite su uso hasta donde se pueda; insista, en su lugar, la auscultación intermitente o, cuando mucho, unos quince minutos por hora del monitor. Si su lectura dice que su bebé está bien, pida que la desconecten.
- Rehuse un MEF interno. Pregúntese: «¿De qué problema se trata?» y, «¿De qué manera la información obtenida puede significar un cambio en el tratamiento?»
- No acepte que registren sus contracciones internamente con el monitor en forma rutinaria.
- Evite el bloqueo epidural
- Si suponen una complicación, haga que la confirmen mediante otro examen.
- Muévase y cambie constantemente de posición, ya que esto promueve el progreso del trabajo de parto.
- Si la conectan al monitor, cúbralo con una toalla para no verlo y bájale el volumen. Y si el cinturón le aprieta pida que usen una banda más suave.

¿Y a su bebé? EVITE:

- Epidurales.
- Oxitocina, o su consecuencia, medicamentos para reducir la frecuencia de las contracciones.
- Narcóticos como analgesia.
- «Amniotomía» de rutina (ruptura artificial de las membranas).
- Aguantar su respiración más allá de 6 segundos, mientras puja.

La autora no desalienta el uso del monitor sólo porque sí, sino que se opone a que su uso indiscriminado ya que puede conducirles a una operación innecesaria y no siempre a que su bebé nazca en las mejores condiciones.

Hacemos votos porque este libro pronto sea traducido al español por la información tan importante que nos aporta. Muchas gracias, Henci por permitirnos compartir un avance de tu valioso trabajo.

¹ *Obstetric Myths Versus Research Realities. A Guide to the Medical Literature*, publicado por Bergin & Garvey, Westport, Connecticut, London, 1995.

Directorio

Titular de la publicación
Laura Cao-Romero

Domicilio de la publicación
Grupo Ticime, A. C.
Congreso 113 E-403, La Joya, 14090
México, D. F. Tel. (52-5) 573-76 26
Fax (52-5) 513-1752 e-mail:
ticime@laneta.apc.org

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

Compilación y edición
Laura Cao-Romero y
Claudia B. Crevenna

Producción editorial
Ana Victoria Jiménez A.

Diseño y formación
Mayra Novella

Colaboradoras
Maritza Balbuena C., Lourdes Bravo, Andrea
Bolongaro, María Constanza Echeverri, Paulina
Fernández, Francisca Hernández y
Guadalupe Trueba

Corresponsales en EUA (hispanohablantes)
Pilar A. Parra Tel. (607) 255-0063
Internet: pap2@cornell.edu

Distribución
Grupo Ticime, A. C.

Licencia de título
6811 Secretaría de Gobernación

Licencia de contenido
7315 Secretaría de Gobernación

Reserva de derechos
1740-93 Secretaría de Educación Pública

Conversando entre parteras
aparece cada cuatro meses.
Con tu donativo a Grupo Ticime, A. C. quedas
inscrita a la Red de Parteras y recibes este boletín.
Se imprimieron 500 ejemplares.

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

¿Qué significa Ticime?

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

¿Qué hace Ticime?

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

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

¡Especie en extinción!!

Si saben de alguien interesado en que las parteras, al igual que las ballenas, no desaparezcan, les pedimos que nos den ideas para que esta publicación sobreviva.

Solicitamos su ayuda en especie (papel, timbres, sobres, pago de imprenta o diseño) o donativos de la cantidad que sea.

El trabajo de escribir, compilar, editar, corregir, diseñar, imprimir, promover y distribuir la revista requiere de un sustento económico que no alcanzamos a cubrir con el monto de las suscripciones.

¿Qué nos sugieres?

Las Ticime

*"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

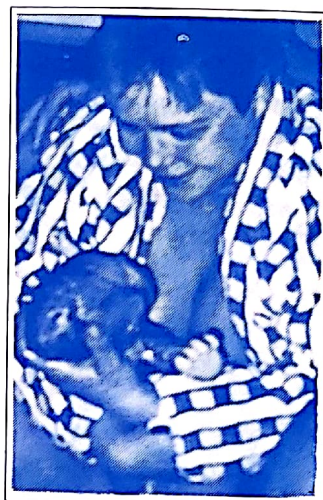
Película sobre el proceso
fisiológico del nacimiento

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, NÖ, Austria.

Escuela de Cine ...,
Berlín, Alemania.

Dr. Regine Ahner

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

Prof. Dr. Peter Husslein

Director del Dpto. de Perinatología
y Ginecología, Hospital General, Viena, Austria.

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 ¡ojalá 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