



RELACAHUPAN - URUGUAY

PARTO HUMANIZADO

Recopilación de folletos y artículos sobre el tema

Material de apoyo para los talleres de capacitación

Coordinación:

Partera Elvira Lutz
Ps. Sandra Misol

2006 - 2007

SUMARIO

1. Relacahupan América Latina.
2. Relacahupan Uruguay.
3. Conceptualización sobre la humanización de la atención a la mujer embarazada.
4. Parto Humanizado; respeta los derechos de las mujeres y sus bebés - OMS.
5. El Movimiento de Humanización del Embarazo, el Parto y el Nacimiento. Ana Cris Duarte: "Amigas do parto" - Brasil
6. El nacimiento no es una enfermedad. - OMS.
7. Diez Principios del Cuidado Prenatal - OMS.
8. Derechos Sexuales y Reproductivos. Estás embarazada, tenés derechos.
9. Calidad de atención desde la mirada de género. María Isabel Matamala / Pilar Maynou Osorio. MYSU - Mujer y Salud en Uruguay: Cuaderno de Divulgación sobre Derechos y Salud Sexual Reproductiva. Mayo 2007
10. Como acortar la brecha entre los discursos y los hechos.
11. **Artículos:**
 - "Nuestros pasos vienen de lejos". Ayiquen. Obstetricia. "La moda de parir en casa". Parir como las diosas. Analía Bernardo. Sexualidad y nacimiento. Ina May Gaskin. Las Doulas. Michel Odent.
 - ¿Qué es una doula? Laura Gutman
11. **Semana Mundial por el Parto Digno y Respetado**
 - "¡No más Episiotomías!" Mayo 2004**
 - "¿Debemos seguir haciendo episiotomías en forma rutinaria?" CLAP
 - Ejercicios de Kejel
 - "Las Posiciones para Parir". Mayo 2005**
 - "¿Qué es el parto vertical?" Dr. Eduardo Alvarez Palacios
 - "La Hora Dorada", "El Tiempo de Nacer". Mayo 2006**
 - "Respetemos el tiempo de nacimiento". Relacahupan Argentina
 - "Nacimiento respetado". Mayo 2007**
 - "Por un nacimiento respetado". Enrique Blay
12. Bibliografía general
 - Anexo**
 - Presentación RELACAHUPAN-LA.
 - Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo del parto normal. Caldeyro Barcia

RELACAHUPAN América Latina

La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (**RELACAHUPAN**) es un conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que propone mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer.

Se formó luego del Congreso "Humanización del Parto y el Nacimiento" en Ceará, Brasil, en noviembre del año 2000.

A partir de esa fecha se fueron sumando más personas de diversos países que no habían podido asistir a ese congreso y que son gente activa por los mismos objetivos de la Red.

Los grupos o personas de cada país tienen autonomía de acción, lo que las une es el trabajo desinteresado para mejorar la vida en el planeta por medio de un parto y un nacimiento sanos y satisfactorios.

Por medio de la Red, los grupos y personas intercambian información e interactúan como parte de una campaña continental por la humanización del parto.

Coordinación regional:

Gilda Vera López givera@internet.com.uy

Debbie Díaz Ortiz coa64@hotmail.com

Gabriela Cob gabi@cosmovisiones.com

Coordinaciones nacionales:

Argentina: Sonia Cavia

Bahamas: Julie Thompson

Bolivia: Ineke Dibbits

Brasil: Adailton Salvatore

Chile: Delia Veraguas

Colombia: Susana Fergusson

Costa Rica: Gabriela Cob, Marie Tyndall

Ecuador: Isabel Puyol

Jamaica: Heidi Eames

México: Laura Cao-Romero, Mónica Jiménez

Nicaragua: José Antonio Medrano, Josefina Espinosa

Paraguay: Nelli Goiriz

Perú: Lucía Sosa

Puerto Rico: Aida González, Cristina Rehbein

Rep. Dominicana: Gladis Baez Peralta

Trinidad y Tobago: Hazel Brown, Gina Watson y Debra Lewis

St. Thomas: Lisa Uncles

Uruguay: Elvira Lutz, Sandra Misol

Venezuela: Taumanova Álvarez

Ver más información en archivo: "Relacahupan AL Presentación", que es parte del contenido de este CD.

RELACAHUPAN - Uruguay

“Por el cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres”

La **RELACAHUPAN -Uruguay** integra la Red Latinoamericana y del Caribe, por la Humanización del Parto y del Nacimiento que contribuye a la reflexión sobre diversos procedimientos y prácticas en obstetricia, que **no son necesarios** y que se aplican en forma indiscriminada.

* No se trata de cuestionar los métodos obstétricos, sino el criterio con que se manejan

* No se trata de ignorar la tecnología, sino de ubicarla en su lugar y medida, que deben ser sólo los imprescindibles.

A la luz de la medicina basada en las **evidencias científicas**, hoy podemos asegurar que **“el nacimiento no es una enfermedad”**. OMS (Organización Mundial de la Salud)

La RELACAHUPAN-URUGUAY

Está integrada por: parteras, médic@s enfermeras, psicólog@s, asistentes sociales, docentes, nutricionistas e integrantes de otras disciplinas; madres, instituciones, ONGs, interesadas en el desarrollo y práctica de la humanización del embarazo, parto y nacimiento, enfatizando básicamente conceptos claves como:

- el respeto por los derechos sexuales y reproductivos.
- el respeto a la mujer embarazada, como ser individual e integral.
- el respeto a la evolución natural del proceso fisiológico del embarazo, parto y nacimiento.

La Integran

Nacer Mejor

Dando Luz

MYSU: Mujer y Salud en Uruguay

Casa de la Mujer de la Unión

Mujeres en Movimiento: Cerro de los Burros, Playa Hermosa, Piriápolis

Ceuta (Centro de Estudios y Tecnologías Apropriadas)

AUPF (Asociación Uruguaya de Planificación Familiar)

Nuestros Objetivos:

- ◆ **Promover** la Humanización del embarazo, parto y nacimiento y así, el redescubrimiento de lo que es normal en la sexualidad de la mujer, durante el ciclo reproductivo y neonatal.
- ◆ **Favorecer**, desde antes del embarazo, los derechos y el rol protagónico de la mujer que pare y el bebé que nace.
- ◆ **Ofrecer** un ambiente de seguridad, confianza y respeto, en cualquier lugar donde se asistan partos; sea en las Maternidades de Salud Pública, en las Mutualistas, en las Casas de Parto, o en el domicilio de la embarazada.

- ◆ **Reconocer y fomentar** el potencial que tienen las Obstetras-Parteras en el seguimiento y la atención del embarazo, parto, puerperio normal y lactancia natural.
- ◆ **Propiciar** el inicio y la evolución de estrategias y acciones conducentes al mejoramiento de políticas y programas gubernamentales basadas en las evidencias científicas.
- ◆ **Difundir información** y desarrollar estudios en relación con modelos y prácticas benéficas en la atención del parto, tanto en sistemas modernos como en las prácticas indígenas.
- ◆ **Hacer efectiva** la incorporación de Las Recomendaciones, para la atención segura del parto y nacimiento propuestas por la Organización Mundial de la Salud.
- ◆ **Impulsar** el mejoramiento de la Calidad de Atención de salud de las mujeres y la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

¿Qué actividades desarrollamos?

Promoción y defensa de los derechos de la mujer y del niño/a en el embarazo, parto y nacimiento.

- Reuniones mensuales con las integrantes de la Red para definir acciones.
- Capacitación a profesionales de la salud, sobre Calidad de Atención y Género con énfasis en Parto Humanizado, en Maternidades de Montevideo e interior de la República.
- Coordinamos talleres sobre embarazo y parto humanizado.
- Participamos activamente en todas las instancias de coordinación con el Movimiento de Salud de las Mujeres en:
 - 8 de Marzo, Día Internacional de la Mujer.
 - 28 de Mayo Día Internacional de Acción por la salud de las mujeres.
 - la Semana Mundial por el Parto Digno y Respetado.
 - la Semana Mundial por la lactancia Materna.
 - 31 de Agosto: Día Internacional de la Partera.
 - 25 de Noviembre Día de Acción contra la Violencia hacia la mujer.
- Foros Sociales.
- Participamos en instancias de capacitación
- Participamos en encuentros nacionales e internacionales
- Participamos en medios masivos de comunicación.

“El parto y el nacimiento son el principio y el punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituye una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras.”

Declaración de Ceará sobre la Humanización del Parto. Fortaleza Brasil 2002

Conceptualización sobre la humanización de la atención a la mujer embarazada

El movimiento de **humanización del embarazo, el parto y el nacimiento** se inscribe en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en la reivindicación de los mismos.

Este Movimiento está contribuyendo a que reflexionemos sobre diversos procedimientos y prácticas en obstetricia, que se habían instalado casi como algo necesario.

Lo más importante es que felizmente estamos poniendo en cuestión todo aquello que tanto profesionales como pacientes y usuarias repetíamos sin la más mínima autocrítica.

Habíamos asistido pacientemente al incremento cada vez más sofisticado de un intervencionismo médico, sólo necesario, en casos especiales, o extremos en que se presenta alguna patología o hay dificultades en el embarazo o en el parto.

Es fundamental la actualización, que nos permita revisar y confrontar las rutinas en las que se había caído.

A la luz de la medicina basada en las evidencias científicas hoy podemos asegurar como lo dice la OMS que **"el nacimiento no es una enfermedad"**. (1985) Informe sobre "Tecnologías de Parto apropiadas".

Este movimiento en creciente desarrollo en el mundo nos invita a crear nuevos paradigmas y a tener otra mirada acerca del embarazo, el parto y el nacimiento.

Parto Humanizado

El parto humanizado respeta los derechos de las mujeres y de sus bebés (OMS)

Muchos profesionales aún realizan prácticas obsoletas y peligrosas. Permanecer en posición ginecológica durante el proceso del parto dificulta, prolonga e imposibilita el nacimiento del bebé, además de ser doloroso para la mujer.

En Costa Rica más de 80 mil mujeres son madres cada año por lo que se ha lanzado una campaña a favor del llamado **Parto Humanizado**, cuyo objetivo es que todas las mujeres vivan esta experiencia de la forma más enriquecedora, a la vez que tengan la libertad de elegir sobre la forma como desea que nazcan sus bebés.

De acuerdo a un estudio hecho en este país, desde hace muchos años diversos organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han insistido en que **no debe utilizarse la posición ginecológica** debido a los riesgos que conlleva.

"Las mujeres no deberían permanecer acostadas sobre la espalda durante el trabajo de parto: se les debería estimular a caminar mientras progresa la dilatación y elegir la postura que deseen para el momento del parto", explica el documento.

"La libertad de movimiento para las mujeres en cualquier etapa del parto corresponde a un derecho humano fundamental, por lo tanto, reconocerlo y disfrutarlo no debería depender de la institución hospitalaria y de la decisión de un grupo de médicos -en su mayoría hombres- que jamás podrán sentir y vivir la experiencia del parto" indicó la OMS.

Ningún procedimiento debería existir simplemente por la comodidad del personal hospitalario. **El Parto Humanizado**, requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria, para servir las necesidades individuales y deseos particulares de la mujer.

Moverse libremente debe ser una norma, tanto en la labor del **parto** como en el **parto mismo**. Una de las claves para la **humanización del parto** es que las mujeres sean las protagonistas en los procesos del **parto y del nacimiento**.

Una forma de comenzar el proceso hacia un **parto humanizado** es exigir que se respete la libertad de movimiento de las mujeres a la hora del **parto**.

Ref.: (CIMAC) San José de Costa Rica, Abr. 25, 2002

Por la Semana del Parto Digno y Respetado del 23 al 29 de mayo /2005:

"Las posiciones para parir, el respeto a la libre elección".

Por el 28 de mayo: DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN POR LA SALUD DE LA MUJER.

"SALUD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PLENOS"

RELACAHUPAN-Uruguay - Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y el Nacimiento

AUPF - Asociación Uruguaya de Planificación Familiar

Area Mujer y Género - MSP

RSMLAC - Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe

¿ Qué es “Parto Humanizado?”

La idea de humanizar el parto viene de hecho, de que muchos servicios médicos no han incorporado las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos que reglamentan la atención del parto.

Estas son algunas de las intervenciones que son cuestionadas pero que continúan en la práctica, en las rutinas de las maternidades de hospitales y en muchos centros privados.

INTERVENCION	POR QUE TODAVIA SE HACE	POR QUE DEBERIA SER ABOLIDO
La prohibición de la presencia de un/a acompañante, que ya es aprobada por ley estatal en muchos estados...	Se dice que los acompañantes entorpecen y que no hay espacio para ellos.	Porque la acompañante da mas tranquilidad a la parturienta e inhibe abusos del equipo hospitalario.
enemas	Se dice que acelera el trabajo de parto y que las heces podrían contaminar al bebé.	Es incomodo para la maniobra de las mujeres y los estudios comprueban que su uso no trae ninguna ventaja.
Rasurado del pubis	Se hace porque se asegura que el parto es más higiénico.	Puede haber inflamación local y el crecimiento del vello es incomodo. Se ha comprobado que su practica no es necesaria.
Uso de violencia verbal y psicológica, frases como <i>no grites que no te voy a ayudar, cuando lo hiciste no gritabas</i>	Se asegura que las palabras de orden y bronca pueden calmar mujeres nerviosas y asustadas y así organizan el servicio medico.	Lo que hace una mujer gritando perdiendo el control en el trabajo de parto, generalmente puede ser resuelto con un halago y un poco de atención.
Uso rutinario de suero con hormona oxitocina	Porque provoca mas contracciones y logrando así que el parto sea más rápido y que la cama quede libre	Los dolores de parto con oxitocina son insoportables y pueden provocar sufrimiento fetal.
Ayuno durante el trabajo de parto.	Se dice que en caso de una cesárea, puede haber problemas de aspiración de alimentos.	El ayuno provoca debilidad y puede causar serios problemas en el parto. el hecho de aspiración es tan raro que no puede ser usado como justificativo

Restricción de movimientos haciendo que la mujer quede acostada durante todo el trabajo de parto.	Se dice que no hay espacio en los centros obstétricos para que las mujeres caminen y cambien de posición y que esto es mas seguro.	Los estudios probaron, hace mucho tiempo, que la mujer debe tener libertad de posición y movimiento durante todo el trabajo de parto.
Parto en posición ginecológica con la mujer acostada de espalda con las piernas en alto.	Facilita la acción y la intervención del medico	Hace que el parto sea mas lento, disminuye la oxigenación del bebé y no es cómodo para la mujer.
Uso rutinario de episiotomía (corte para aumentar la abertura de la vagina) en un 70 u 80 % de partos normales, cuando solo es recomendado en un 15 o 20 %.	Se dice que la episiotomía es necesaria. La verdad es que hay una gran desinformación de los médicos sobre la necesidad de este procedimiento.	Aumenta la chance de sangrado, inflamaciones e infecciones. Puede causar problemas en la relación sexual. Puede provocar incontinencia urinaria.
Separación del bebe después del parto , sin que él y la madre se puedan tocar, oler y tener la primera posibilidad de amamantamiento.	Está hecho para que el bebé sea examinado y lavado.	Después del parto es el momento más importante para la madre y el bebé, ya que allí se establece el vínculo. El amamantamiento provoca mas rápidamente la salida de la placenta y con menos sangrado.

Vemos que falta un largo camino a recorrer en nuestros hospitales y maternidades, hasta que las mujeres tengan acceso a una atención de parto seguro, acogedor y que se respete sus necesidades físicas, emocionales, psicológicas, sociales y espirituales.

Ya es hora de que las mujeres comiencen a luchar por estos derechos, algunos ya garantizados por ley, otros ya comprobados por numerosos trabajos científicos y largamente difundidos, en el mundo entero. Es a partir de nuestras exigencias que los servicios médicos se verán forzados a actualizarse y ofrecer una verdadera atención humanizada.

Ana Cris Duarte: "Amigas do parto"

El nacimiento no es una enfermedad

Aquí están 16 recomendaciones generales de la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre los derechos de la mujer embarazada y su bebé. Fueron publicadas y reconocidas en la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil), entre el 22-26 de Abril de 1985. La conferencia ha formulado un cierto número de recomendaciones partiendo del principio de que toda mujer tiene el derecho fundamental de beneficiarse de los cuidados prenatales adecuados, de que la mujer tiene un rol esencial a jugar en todo lo que concierne a estos cuidados, siendo un miembro activo que participe de su planificación, su prestación y su evaluación correspondiente. Y es preciso tener en cuenta absolutamente los factores sociales, afectivos y psicológicos, si se quiere plantear y ofrecer cuidados prenatales adecuados.

1. Que toda la comunidad debería estar informada sobre las diversas formas de cuidados en relación con el parto, con el objetivo de que cada mujer pueda optar por ella misma por lo que más le conviene.
2. Sería necesario animar y favorecer la formación de comadronas y de parteras o matronas tradicionales, que serían las responsables de las atenciones a dispensar en caso de embarazo normal, parto y posparto.
3. Sería preciso difundir entre los usuarios de los distintos hospitales, informaciones sobre las prácticas en vigor en los hospitales respectivos, en materia de partos y nacimientos (tasas de cesáreas, episiotomías).
4. Los países en los que las tasas de mortalidad perinatal son las más bajas del mundo, tienen también las tasas de cesáreas inferiores al 10 por 100. No hay pues ninguna razón que justifique que existan, en ningún país, tasa de cesáreas superiores a ese número.
5. No existe nada objetivo que demuestre la necesidad de una cesárea en las mujeres que hayan sufrido anteriormente una cesárea segmentaria transversal. El parto por vías naturales en las mujeres con una cesárea anterior debería ser estimulado, cada vez que se disponga de una infraestructura quirúrgica en caso de urgencia.
6. No está demostrado que la monitorización fetal de rutina durante el parto tenga un efecto positivo sobre el bebé o sobre la mamá.
7. El rasurado de pubis o la administración de un enema (lavativa) antes del parto, no son necesarios en absoluto.
8. Las mujeres no deberían ser acostadas sobre la espalda (en posición obstétrica tradicional) durante el trabajo del parto. Se las debería estimular a caminar durante el trabajo de dilatación y a elegir la postura que deseen para el momento del parto/nacimiento.
9. La episiotomía (corte en el periné) sistemática, no está justificada en absoluto.
10. El parto no debería ser provocado por comodidad y no debería provocarse artificialmente ningún parto que no lo requieran las indicaciones médicas precisas y justificadas. Ningún país deberá tener tasas, de provocación artificial del parto, superiores al 10%.
11. Durante el desarrollo del parto, sería preciso evitar la administración sistemática de analgésicos o anestésicos que estén expresamente indicados para tratar de prevenir una complicación real.
12. La ruptura artificial de membranas no es indispensable antes de un estadio muy avanzado del trabajo de parto.

13. El recién nacido debería estar siempre con su madre, siempre y cuando el estado de salud de los dos lo permita. Ningún examen justifica que se separe a un recién nacido sin problemas de salud, de su madre.
14. La lactancia materna debe ser estimulada lo antes posible, antes incluso de que la madre abandone la sala de partos.
15. La evolución de la tecnología debería revestir un carácter multidisciplinario e incluir desde las personas que rodean y prestan sus cuidados y atención a la embarazada, hasta epidemiológicos, especialistas en ciencias sociales y autoridades sanitarias. Las mujeres deberían participar en la planificación de la utilización tecnológica, así como de la evaluación de sus resultados y de la difusión de estos. Estos resultados deberían ser comunicados a todos aquellos que tienen permiso de obtenerlos, así como a las diversas colectividades que han participado en la elaboración de esta búsqueda.
16. Los gobiernos deberían dotarse de los medios necesarios para la realización de encuestas colectivas que permitan evaluar la tecnología obstétrica, y deberían establecer políticas muy claras y específicas sobre la introducción de la misma tecnología en los servicios de salud.

Estas recomendaciones son tomadas de un reporte sobre Tecnología Apropriada para el Parto y Nacimiento por la OMS en Abril 1985

Diez principios del Cuidado Perinatal que señala la OMS

El cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no sólo de la mujer y su hijo, sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento

- Promover apoyo sicosocial a las mujeres.
- Contacto madre-hijo irrestricto.
- Escaso beneficio de una tasa de cesárea superior al 7%.
- Posición levantada durante el trabajo de parto.

Cuidado sicosocial

- Promover preparación durante el embarazo, parto y para la paternidad. Brindar adecuada preparación e información como parte del cuidado. Incluir compañías que la mujer elija en esta preparación. Reconocer que los padres tienen necesidades propias como individuos y no solamente como compañeros o acompañantes de la pareja.
- Evaluar factores de riesgo psicosociales potenciales que puedan influir en la mujer y su familia.

- Proveer a las madres de la historia clínica de su embarazo y parto. Las madres guardan estos documentos para asegurarse que los mismos van a estar disponibles siempre que los necesiten.
- Brindar a las mujeres información basada en evidencias científicas, y estimular su participación en las decisiones acerca de su cuidado.
- No sentirse obligados, en ningún momento del embarazo o el nacimiento, a brindar cuidados que no estuvieran basados en evidencias científicas, aunque éstos cumplieran con los intereses de la madre y el niño, y fueran requeridos por la mujer o su familia.
- Ofrecer un enfoque individualizado acerca de la atención en todo momento.
- Alentar el desarrollo de protocolos locales de atención.

Alimentación del Niño/a

- Estimular la lactancia materna como el mejor método para alimentar al niño/a. No recomendar ninguna preparación para las mamas, ya que ésta no es efectiva.

Promover el contacto madre - hijo y el amamantamiento

- Seguir las guías de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño para la alimentación infantil: incentive la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento y evite cualquier suplemento para el bebé que contenga agua, glucosa o sustitutos de leche materna.
- Ofrecer el alojamiento conjunto para todas las madres y bebés las 24 horas del día.
- Incentivar el contacto piel a piel durante la estadía postparto en el hospital.

Formas de cuidado que deberían ser abandonadas

- No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres.
- Insistir en el confinamiento institucional universal.
- Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- Rasurado de rutina.
- Enema rutinario.
- Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo.
- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto.
- Episiotomía rutinaria.
- Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior.
- Inducción el parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.
- Uso de sedantes / tranquilizantes de rutina.
- Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido.
- Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud.
- Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los niños amamantados.

- Lactancia con restricciones.
- Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
- Prohibir las visitas de los familiares.

Argumentos esgrimidos por el personal de salud justificando el aislamiento de la mujer durante el trabajo de parto y parto son:

- Falta de espacio.
- Los familiares realizan preguntas molestas.
- Los padres usualmente se desmayan durante el parto.
- Las situaciones de emergencia son estresantes para los familiares.
- El parto es una potencial situación de riesgo y la presencia de familiares alrededor dificulta la realización de maniobras.

Período expulsivo

- Usar una posición levantada si la mujer lo elige durante el parto. Evitar el uso de la posición de litotomía (con las piernas levantadas). Abandonar las camas de parto tradicionales para los partos normales.
- No realizar episiotomía de rutina (o perineotomía o incisión mediana).
- No suturar rutinariamente los desgarros o los cortes menores: las pequeñas heridas pueden usualmente cicatrizar solas. Suturar cuando esté indicado.
- No realizar exámenes del cuello después del parto en forma rutinaria excepto que exista evidencia de hemorragia.
- Las tasas de cesárea deben ser entre 5% y 15% en cualquier institución dependiendo del nivel de atención.
- Usar la tecnología más sencilla disponible en lugar de técnicas sofisticadas si esta tecnología está apoyada por evidencia fuerte acerca de su utilidad.
- No aumentar los costos en cuidados que no sean esenciales; una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo.

Apoyo sicosocial

- Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.
- Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Proveer acompañantes entrenados en el caso de ausencia de una persona, y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiere.
- Usar un sistema rotativo de parteras para facilitar el trabajo en los momentos de mayor actividad.
- Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.
- Ser sensible a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias.

Derechos Sexuales y Reproductivos

Asentamos nuestro aporte en un postulado indiscutible:

Todos los planes y todos los programas tienen el significado y el alcance que les confieren las personas que los ejecutan.

Si esto es así, no nos puede extrañar que exista tanta distancia entre los derechos reconocidos en los documentos escritos y en los discursos y su materialización en derechos reales y efectivos.

Por algo para las reivindicaciones de los grupos de mujeres en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos hemos elegido el lema: “QUE LOS DERECHOS SEAN HECHOS”.

Porque en “los hechos”, los Derechos Sexuales y Reproductivos siguen resultando casi universalmente **conculcados y violados**.

Si esta es la realidad mas allá de la retórica de las declaraciones, la pregunta que se impone es ¿cómo capacitar al personal que ejecuta los planes y los programas, en nuestro caso, a trabajadoras /es de la salud y en especial a personal que desarrolla actividades en las maternidades, para que sean **efectivas/os ejecutoras** de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas que buscan asistencia en los diferentes centros de salud?

No se trata de aumentar la “CAPACITACION TECNICA”.

Técnicamente descontamos la idoneidad de las trabajadoras /es de la salud.

Nosotras ponemos el énfasis en la CAPACITACIÓN IDEOLÓGICA Y ÉTICA.

Lo que respalda la reivindicación y la concreción de los DDSRR en tanto DDHH es la adhesión a **una ideología humanista y solidaria**. Nosotras sabemos por experiencia propia que no se nos forma para desarrollar una actitud y un compromiso militante. Más bien se nos orienta para funciones burocráticas.

Seguimos viviendo en una sociedad con actitudes y conductas sesgadas por las contradicciones de género.

Desarrollamos nuestras actividades en ámbitos donde predomina el autoritarismo, mayoritariamente masculino, pero también las mujeres actualizamos formas autoritarias y agresivas en la relación con las personas que se atienden. En esta realidad, hablar de “**DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** es hablar, de hasta donde se violan cotidianamente los derechos de las personas y en particular de las mujeres, en nuestro caso de las embarazadas, en el parto y en el post parto.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos están escritos y expresados en variados documentos que circulan en nuestra sociedad. Como ayuda memoria veamos el siguiente listado:

Los Derechos Sexuales son:

- Derecho a vivir la sexualidad libre y responsable, a decidir la orientación, las preferencias sexuales y las formas de protección para que las prácticas sexuales sean seguras.
- Derecho a ejercer la sexualidad sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.
- Derecho a la igualdad, al respeto mutuo y a la responsabilidad compartida en las prácticas sexuales.

- Derecho a que se respete el consentimiento para cualquier practica sexual.
- Derecho a la asistencia legal en caso de abuso sexual, violación o acoso sexual.
- Derecho a prevención, diagnóstico y tratamiento ante posibles infecciones de transmisión sexual.
- Derecho a acceder a la educación e información para poder decidir y disfrutar de manera plena la sexualidad.

Los Derechos Reproductivos son:

- Derecho a decidir libre y responsablemente tener o no tener hijos, cuándo, cuántos y con quién tenerlos.
- Derecho a información y consejería para ejercer la maternidad y la paternidad de forma responsable.
- Derecho a la información clara y oportuna sobre las distintas opciones en anticoncepción y tener garantizado el acceso a los diversos métodos, para poder elegir libremente y adoptar el método de preferencia, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Derecho a métodos irreversibles como ligadura de trompas y/o vasectomía.
- Derecho a una atención que ofrezca privacidad, confidencialidad, seguridad y respeto a la dignidad para las usuarias y usuarios en todas las consultas sobre salud sexual y reproductiva.
- Derecho a una atención humanizada en el embarazo, parto y puerperio.
- Derecho a servicios de información en situación de embarazos no deseados o inoportunos, brindados con respeto y calidad de atención.
- Derecho a métodos confiables de diagnóstico y de tratamiento de enfermedades del aparato reproductivo.
- Derecho al acceso y uso de nuevas tecnologías reproductivas para la prevención y tratamiento de la infertilidad, que incluya información científica objetiva sobre beneficios y riesgos.
- Derecho a tener educación e información para poder decidir y disfrutar de manera plena la vida reproductiva.

E. Lutz / oct. 2006 - Ref: MYSU.

Estás embarazada... ¡Tenés derechos!

1. La mujer embarazada tiene derecho a ser informada sobre la sexualidad durante el proceso de gestación.
2. La mujer embarazada tiene derecho a disfrutar de las relaciones sexuales. El embarazo no es una enfermedad.
3. La mujer embarazada debe estar informada sobre los efectos secundarios que pueden tener los medicamentos o la aplicación de determinadas tecnologías actuando directamente sobre el feto. No se ha probado la inocuidad de ninguna droga para el feto antes de nacer.
4. Toda embarazada tiene derecho a un parto natural, y a negarse a intervenciones innecesarias como rasurado, enema, rotura de membranas, episiotomía rutinaria, que alteran su normal desarrollo.
5. La mujer embarazada tiene derecho a saber con anticipación si va a requerir una cesárea, los motivos de su indicación y los riesgos que puedan existir para ella y su bebé.
6. La mujer embarazada tiene derecho a ser informada sobre el nombre y marca de la medicación que va a recibir a efectos de informar al profesional si es alérgica a la misma.
7. Tiene el derecho a determinar por sí misma si acepta o rechaza cualquier tratamiento asumiendo los riesgos.
8. “Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional”. Ley 17.386
9. La mujer embarazada tiene derecho a escoger la posición en el trabajo de parto y en el momento de nacimiento, que le resulte más apropiado y menos tensionante.
10. Tiene derecho al contacto inmediato con su bebé (si el mismo está en buen estado de salud) en su cama, y amamantando según sus necesidades independientemente de las normas institucionales.
11. Tiene derecho después del parto a ser informada sobre su estado de salud y el de su hijo/a recibiendo información clara en caso de cuidados especiales que pudiera requerir antes de retirarse de la maternidad.
12. Tiene derecho de disponer de la Historia Clínica.
13. Tiene derecho a recibir información sobre su salud sexual y reproductiva que favorezca en el ejercicio de una sexualidad plena, incluyendo información sobre anticoncepción y los servicios privados y públicos que los brindan.
14. Tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso del personal de salud.
15. Tiene derecho a ser escuchada y atendida en sus apreciaciones y sentimientos, respetándola en su intimidad y privacidad.

Leyes vigentes en Uruguay

1. Ley 16.104, Lactancia. 2 descansos de media hora durante un lapso fijado por el Instituto Nacional del Menor a través de sus servicios médicos.
2. Ley 17.215, Gravidez y cambio de tarea. Toda trabajadora pública o privada que se encontrare en estado de gravidez o en período de lactancia tendrá derecho a obtener un cambio temporario de las actividades que desempeña, si las mismas, por su naturaleza o por las condiciones en que se llevan a cabo, pudieren afectar la salud de la progenitora o del hijo.
3. Ley 11.577, Prohibición de despido- Decreto Ley 8950. Se prohíbe despido de la trabajadora grávida o que ha dado a luz. Obligación de conservarle el puesto de trabajo, si retorna en condiciones normales. En caso de despido: indemnización especial de 6 meses de sueldo acumulable a la común.
4. Ley 15.084, Licencia por maternidad. 6 semanas antes y 6 semanas después del parto. Licencia suplementaria por enfermedad: máximo 6 meses.
5. Ley 16.045, Prohíbe suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia.
6. Ley 17.386, Ley de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda gestante tendrá derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto, y parto (vaginal o cesárea).

MSP Oct./2006

CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA MIRADA DE GÉNERO

La atención que el sistema de salud brinda a la población, sana o enferma en los diferentes niveles posee determinadas características; en algunos casos aceptable, en otros deja bastante que desear.

Estas características son valoradas y descritas de diferente manera según la persona que las evalúa:

si se trata de la usuaria/o o

si se trata del prestador/a de servicios, del personal que asiste.

Las usuarias caracterizan la atención de acuerdo a como se ha resuelto su problema de salud, en lo que se refiere a la comprensión y al trato que han recibido.

Cuando se realiza la atención desde una perspectiva psicosocial y de género, se contempla la satisfacción de necesidades y el respeto por la condición humana de las personas que consultan.

Esto último supone tener en cuenta la **noción de salud integral y eliminar diferentes formas de discriminación**, en particular las que derivan del sexo de pertenencia y los derechos de las personas.

Si la atención esta centrada en el concepto de **salud integral** que incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, ambientales, culturales, las personas atendidas en este marco, se sentirán fortalecidas en su condición humana y se favorecerá su autodeterminación, su autonomía.

BUENA CALIDAD DE ATENCION ES AQUELLA QUE PROVEE EL MAXIMO BINESTAR A LA PERSONA USUARIA, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SUS NECESIDADES, DE SUS DERECHOS HUMANOS QUE INCLUYEN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, DE SUS EXPECTATIVAS Y DE SU EMPODERAMIENTO. CUANDO SE GARANTIZA EL ACCESO A LOS SERVICIOS, CUANDO SE BRINDA UN TRATO RESPETUOSO.

En lo que se refiere a la calidad de atención en salud de las mujeres, **EMPODERAMIENTO** significa apropiación de sí misma, cargarse de poderes de afirmación.

Esto es: afirmación de su corporalidad, su sexualidad, su preferencia sexual, su autoestima, y sus decisiones, las cuales han sido negadas en el proceso de construcción de su identidad de género.

Una atención de calidad respecto de una mujer debe preocuparse por: cual es su carga de trabajo domestico, y si realiza doble jornada.

¿si ha esperado horas para ser atendida? ¿si en su casa está todo por hacer y su niños/as esta solos?

¿si sufre violencia física psicológica y o sexual? ¿Cómo vive su sexualidad?

¿Si ha decidido por su vida reproductiva? ¿Si conoce sus derechos?

¿si conoce sus derechos sexuales y reproductivos? ¿si conoce su cuerpo y decide sobre él?

Aunque estos aspectos no aparezcan explícitamente en el motivo de consulta, pueden estar incidiendo en la calidad e la atención que se está prestando.

La consulta puede ser un pretexto para despejar dudas, hablar de cuestiones como las que hemos mencionado.

La realidad es otra, esas no son preguntas habituales en el proceso de atención más corriente.

El modelo biomédico tiene determinadas características patriarcales que hace que las personas que trabajan en los centros de atención en el sistema institucional se manejen en forma despersonalizada y con escaso respeto a las inquietudes de las personas que consultan.

CALIDAD DE ATENCION ES, EN DEFINITIVA, ATENCION HUMANIZADA

Es la atencion que cuestiona el marco patriarcal autoritario para dar paso al marco humanista, solidario.

Para entender que queremos expresar veamos algunos aspectos en relación con el marco patriarcal y el marco humanista.

MARCO PATRIARCAL

Las/ los profesionales y el personal de salud son los que:

Deciden qué hacer.

Su tiempo es lo más importante.

Deben ser objetivos, ocultar sus sentimientos.

Se olvidan de la comunicación clara y sencilla, usan lenguaje esotérico.

Sienten que tienen autoridad, se enojan, se fastidian.

Creen que la persona consultante es ignorante, que no entenderá ninguna explicación.

Sin darse cuenta, pueden ser coercitivos, utilizar la amenaza.

Les molesta que una consultante regrese por los mismos síntomas

Se guían más por las normas de la institución, que por las necesidades humanas.

Se sienten autoridades indiscutidas

La consultante, por su parte:

Sabe que el profesional es el que sana

Va dispuesta a pasar toda la mañana o toda la tarde en el consultorio. "Siempre es así, " El "Dr." está muy ocupado.

No se atreve a preguntar, él es el que sabe.

Los términos que no entendió le hacen pensar que tiene algo grave.

Es una relación de sumisión. La consultante tiende a no informar sobre algunos síntomas, o sobre los errores en tomar determinada medicación.

No tiene ni busca información científica, está educada para creer que no la entenderá.

Acepta lo que el personal de salud le dice. Obedece aunque tenga dudas o no este de acuerdo.

Teme molestar, que la vayan a tratar mal o que su inquietud no es importante. Mejor se lo pregunta a una amiga.

El Dr. tiene razón.

Es una paciente

MARCO HUMANISTA

Papel del médico.

Aceptación plena de la consultante.

La respeta como un ser igual con derechos y necesidades de información.

Si no sabe lo que le está pasando, es imposible que colabore y que se responsabilice por su salud.

Le informa sobre efectos colaterales, ventajas y riesgos de tratamientos y cirugías.

Desestimula la dependencia y alienta la autodeterminación.

Investiga, observa, aprende de la consultante, de sus valores, de su historia y de su entorno. Sólo así podrá comprender sus enfermedades.

No impone sus criterios para la aplicación de nuevos medicamentos.

Es flexible sencillo. Comprende.

Escucha, presta atención a los temores, intuiciones y sentimientos de la consultante.

Se comporta espontáneamente sin máscaras rígidas.

Se siente una persona solidaria, no "la autoridad".

Papel y actitudes de la consultante.

Tranquilidad, confianza, seguridad.

Si no entiende no podrá responsabilizarse; necesita conocimiento sobre su estado.

Asume responsabilidades acerca de su cuerpo, es decir, de ella misma.

Se expresa con amplitud y sin "guardarse" la información.

Crece y siente su importancia como persona por el trato que recibe.

No tiene temor de ser ella misma ni de cómo la vayan a calificar

Ella decide y asume los riesgos después de ser informada.

Se siente con derecho a cambiar de opinión, a equivocarse.

Es alentada a ser ella misma, crece en la relación.

Acude a buscar una ayuda que valora y siente necesaria.

Se siente una persona que está consultando, no "una paciente"

AMBITOS DONDE ES POSIBLE MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION:

Que la calidad de atención sea mejor o peor está condicionado por factores que dependen:

A) Del sistema general de salud

Representado por la relación existente entre economía, política, ética y desarrollo.

Patrones culturales, estructuras institucionales, normativas, etc. Asignación de recursos. Buen aprovechamiento de los mismos.
Formación y desarrollo de recursos humanos del sector salud.

B) De las personas que proporcionan atención de salud en los diferentes niveles:

Entre otros factores los que están relacionados con la formación ideológica de los y las prestadoras de servicios, su ubicación social, la formación tecnológica y profesional, su compromiso con los derechos humanos, y con los derechos sexuales y reproductivos, sus condiciones de trabajo y satisfacción laboral, su situación familiar, su propia salud.

C) De la población de usuarias o consultantes:

Su edad, su identidad, sus problemas, sus necesidades de salud, su formación ideológica, sus principios: aspectos filosóficos, religiosos etc., sus expectativas mediadas por la autoestima, los conocimientos, la conciencia de sus derechos, su experiencia en las relaciones de poder (de género, de clase, de etnia) su situación laboral y familiar, su subjetividad etc.

Todos estos factores se traducen en calidad de atención.

Para evaluar: ver en cuáles ponemos la atención.

Para modificar favorablemente la calidad de atención hay que definir los esfuerzos concretos a desarrollar en los diferentes ámbitos:

SISTEMA de SALUD

PERSONAL, PRESTADORES DE SERVICIOS.

USUARIAS/OS.

RESUMIENDO: Hay calidad de atención cuando:

1. Hay cobertura de salud.
2. Los servicios de salud ofrecen:
 - confidencialidad,
 - trato personalizado,
 - privacidad,
 - espacio para preguntar, solicitar explicaciones y aclarar dudas sobre diagnósticos y tratamientos;
 - locales adecuados, limpios y agradables, tiempo de consulta conforme a las necesidades.
3. Los servicios resuelven los diversos motivos de consulta, atienden las distintas necesidades y lo hacen en tiempos adecuados
4. Desde el servicio se da asesoramiento, orientación, información y se respeta el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones.
5. La atención es integral y el trato humanizado.

6. El costo económico es accesible de acuerdo a las posibilidades de quien consulta.
7. Hay una relación personal amable y respetuosa que garantiza una buena comunicación.

Ref.: María Isabel Matamala y Pilar Maynou Osorio
MYSU - Mujer y Salud en Uruguay: Cuaderno de Divulgación sobre Derechos y Salud Sexual Reproductiva. Mayo 2007

E. Lutz./2007

CÓMO ACORTAR LA BRECHA ENTRE LOS DISCURSOS Y LOS HECHOS Documento de la RELACAHUPAN - URUGUAY

En el marco del 8 de marzo "Día Internacional de la Mujer" la RELACAHUPAN Uruguay, organizó un Panel con destacadas representantes que ocupan cargos en organismos de Gobierno. En esta oportunidad se les entregó un dossier con materiales de la Red y el texto para el debate.

Montevideo- Uruguay, 7 de marzo del 2006
Salón de Fiestas del Palacio Legislativo.

Tradicionalmente las expectativas de género, han ligado a la mujer con el rol reproductivo y al hombre con el rol productivo. Los cambios sociales y los movimientos de mujeres han generado transformaciones que se procesan con dificultades y lentitud. La mujer ha logrado ocupar lugares en el mundo productivo, algunas por opción (como parte de un crecimiento y revisión de estereotipos), otras simplemente porque han sido impulsadas al mundo público como una estrategia de supervivencia.

Para este pasaje y cambio de rol han surgido emprendimientos y apoyos interesantes, se han suscitado reuniones y seminarios por el interés económico y su incidencia en la sociedad capitalista.

Pero respecto al rol reproductivo, ¿cuál es el compromiso de las instituciones y la sociedad toda para compartir efectivamente la responsabilidad por el ejercicio del mismo?

No se trata sólo de que la mujer no lo sienta como único destino, sino de que se entienda la importancia de este rol para la sociedad toda, lo delicado de determinados procesos que se dan durante el embarazo, parto y primeros años de vida. Porque las actividades preventivas y de promoción de salud comienzan prestando especial atención a estas etapas.

Aún tenemos un importante camino a recorrer para que mujeres y varones tengan igualdad de oportunidades. Como Red de Parto Humanizado, nuestro trabajo y aporte gira en torno a ¿qué está pasando en Uruguay hoy en torno al rol reproductivo? - En quién sigue recayendo, cuáles son los soportes reales o las barreras que lo obstaculizan. Dónde están las carencias y dónde se genera la brecha entre el discurso y la realidad.

Las carencias.

Uno de los aspectos más preocupantes es el poco respeto a los Derechos de las Mujeres dentro del Sistema de Salud, tanto público como mutual. La forma en que se realiza la comunicación entre profesionales y mujeres (salvo loables excepciones) es en forma de mandatos, sin dar explicaciones ni fundamentar indicaciones: "Te vas a venir en tal fecha", "te vas hacer tal examen". Se llega incluso a derivar mujeres embarazadas a las cuales se les realizó prueba de HIV sin previa consulta a la Policlínica de Madres HIV positivas.

En la atención a la mujer embarazada en los sistemas públicos, la actual descentralización ha simplificado relativamente los trámites a llevar a cabo. Sin embargo, dado que los exámenes de laboratorio y ecográficos aún son centralizados, la organización de la atención lleva a que una mujer pierda toda una mañana o más en los controles de rutina.

Falta la información esclarecedora de lo que está pasando en sus cuerpos durante este período y un trabajo de empoderamiento que permita a la mujer un correcto cuidado, que ayude a que vaya incluso pensando o previendo el método anticonceptivo a utilizar después del parto.

En los lugares donde existe la preparación, muchas veces actúa como un mero adiestramiento para que la embarazada se adecúe a cómo funciona el servicio en el que va ser atendida y no como un ejercicio real de un derecho.

La información y comentarios médicos inoportunos, sobre todo en momentos de mucha tensión y vulnerabilidad, como por ejemplo en las Ecografías, manejando los pronósticos en voz alta, sin tener en cuenta el peso emocional que los mismos implican para la mujer gestante, pueden resultar altamente stressantes.

Los partos no se han descentralizado y aún donde existen servicios, la carencia de profesionales hace que todo se concentre en el Hospital Pereira Rossell.

A pesar de que en el Congreso de Ginecología del 2005 hubo una mesa sobre DSR, quedó claro que intentar cambiar esta forma de atención, tomar las recomendaciones de la OMS, es vivido por muchos profesionales como un ataque a lo que han hecho toda su vida, cuando en realidad lo que se busca es mejorar la calidad de atención y procurar relaciones más simétricas, muy difíciles de alcanzar en el caso de la relación médico o especialista (con un buen nivel económico) y mujer embarazada (pobre y con pocos estudios).

Las campañas de recomendaciones sobre la lactancia materna agobian a muchas mujeres trabajadoras, porque se refuerzan los mandatos y las culpas sin que existan soportes reales para su cumplimiento. Si una mujer trabaja en negro, como suele ocurrir, o es parte un emprendimiento de tipo PYMEs, los soportes se reducen, aún estando en BPS. La licencia real en empresas privadas difícilmente se cumplen. Si es un trabajo estresante y hay doble jornada porque está sola o los roles familiares no están equiparados, la brecha se agranda.

Propuestas para superar estas carencias

1. Se afirma la necesidad de sensibilizar y formar al personal de salud en temas de Salud Sexual y Reproductiva, Derechos y Ética con una perspectiva de género.
2. Se enfatiza la importancia de legislar para asegurar los derechos, aunque sólo legislar no resuelve los temas. Así lo demuestra la ley de acompañamiento.
3. En el caso de las leyes que protegen la lactancia o el apego, se hace notar que el tema es muy delicado, porque puede reducir la oportunidad de empleo. Muchos empleadores se evitan problemas no contratando mujeres en edad fértil.

En otros casos, las mujeres pierden oportunidades de ascenso. El Estado debería alentar con algún tipo de rebaja o concesión a las empresas que contemplaran a las madres e instalaran algún tipo de espacio físico para poder tener a los recién nacidos. La creatividad resulta imprescindible en la solución de estos problemas.

4. Los Centros de Atención a la Infancia que apoyan a través de guarderías a mujeres de escasos recursos que trabajan, están destinados a niños/niñas a

partir de los dos años. Por tal motivo no pueden dar satisfacción a las necesidades planteadas por muchas mujeres jefas de familias, pertenecientes a hogares monoparentales, o con pareja, pero cuyos ingresos son fundamentales en la economía familiar y que no cuentan con otro tipo de soporte para el cuidado de sus hijos/hijas. Esta situación ya fue denunciada hace tres años, un 8 de Marzo donde se presentaron cifras ilustrativas y aún no ha habido avances en el tema.

5. La necesidad de una mayor capacitación para el personal de estos Centros y otras organizaciones con base comunitaria, a fin de profundizar el tema de los derechos y la forma de empoderar a las mujeres sin exponerlas. Muchas veces cuando la mujer intenta hacer valer sus derechos, el sistema de salud se ensaña con ella utilizando mecanismos sutiles de poder.

Desde el 1er Seminario Taller realizado por la RELACAHUPAN en el Ministerio de Salud Pública en el mes de diciembre próximo pasado, se elevaron las siguientes recomendaciones.

1. En el marco de la suscripción a los tratados internacionales y las recomendaciones de OMS, UNICEF, reglamentar la legislación vigente en el área perinatal y exhortar su cumplimiento.
2. Que se avance en la legislación y elaboración de políticas conciliatorias entre la dimensión reproductiva y productiva, para apoyar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida del bebé, de acuerdo a lo recomendado por la OMS.
3. Siguiendo las recomendaciones de la OMS, y en el marco del proceso de descentralización de la atención de salud que promueve el Sistema Nacional Integrado de Salud, se instalarán en la Comunidad Casas de Parto como centros de segundo nivel para la atención del embarazo y parto sin riesgo en
4. Se propone la conformación de una comisión interinstitucional que elaborará los protocolos que regularán la atención en estos centros perinatales. Se solicita el aval ministerial para la implementación de experiencias piloto como etapa inicial de este proceso.
5. Dentro del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, crear las condiciones para la libre elección en cuanto a la atención del embarazo, parto y puerperio respecto a dónde asistirse -hospital, sanatorio, casas de parto, domicilio- y con qué profesional, partera o médico.
6. Que el MSP se comprometa a instrumentar políticas de educación y difusión de información a la población, basadas en la mejor evidencia científica disponible, que les permita ejercer su protagonismo y sus derechos en materia sexual y reproductiva con énfasis en la atención de un parto digno y respetado. Para esto se propone articular políticas educativas y de salud que promuevan la incorporación de la educación sexual desde el nivel inicial.

7. Que se implemente la formación obligatoria, regular y continua del personal médico y no médico involucrado en la salud materno infantil en calidad de atención desde la perspectiva de género promoviendo la humanización del nacimiento.

A partir de este documento y su experiencia personal y profesional, nos interesaría que nos ofreciera sus aportes en torno a

1. **¿Cuál piensa que serían las consecuencias de mantenerse o agravarse la actual situación en el rol reproductivo?**
 - para las mujeres
 - el impacto en las nuevas generaciones y la sociedad.
2. **¿Quiénes deben participar en el compromiso de la búsqueda de soluciones desde el ámbito en que usted actúa?**
3. **¿Qué líneas de acción sugiere o cuáles de las propuestas le parece pertinente y posible explorar y apoyar?**

El debate de las integrantes de la Mesa, incorporó las preguntas anteriormente mencionadas y en base a ellas se desarrolló la exposición de cada una de las profesionales reunidas.

(versión grabada en RELACAHUPAN)

Coordinación:
RELACAHUPAN - Uruguay

ARTÍCULOS

"Nuestros pasos vienen de lejos"

Atención humanizada "Movimiento AYIQUEN" en Uruguay

Ordenando material en nuestra biblioteca encontré como una especie de reliquia, una hoja escrita en letras rojas sobre "El movimiento pro parto Humanizado". Pensé que era una buena oportunidad para renacerlo y de paso comentarlo como parte de nuestra historia ahora revivida. Hace más que quince años un pequeño grupo de parteras y otras mujeres se organizaron para asistir a las mujeres embarazadas con un enfoque diferente al convencional.

La idea surgió a partir de la lucha por los derechos de las mujeres y en este caso específicamente se entendió que había que poner el énfasis en los derechos sexuales y reproductivos de los que poco se hablaba en esos años. Poner el acento en la mujer embarazada, en el parto, sin olvidarse de la pareja y de su núcleo familiar.

En el fundamento de su propuesta este grupo decía: "Tratamos de impulsar una ideología en la cual lo básico es fomentar el Parto Humanizado".

El MO.P.P.HU. como lo llamaron, fue fundado por cuatro Parteras: Miriam Vergés, Gilda Vera, Iride Vecchini y Mónica Gatto y estuvo siempre abierto a todas aquellas personas que compartieran estos principios.

El hecho de que el movimiento fuera impulsado por parteras respondía a la particular situación en la que éstas especialistas se ven íntimamente vinculadas con las mujeres y la maternidad. Sostenían en ese documento que "cualquier persona que considere importante un intento de cambio en el tratamiento de la embarazada y su pareja podría haber tomado la iniciativa. No estamos de acuerdo con la asistencia que se le presta a la embarazada hoy", decían.

Ahora, estamos en el 2004 y seguimos pensando lo mismo, por eso integramos la RELACAHUPAN, la Red de Parto Humanizado, con contactos en toda América Latina y el Caribe, para trabajar aunadamente por un cambio real en la atención de la mujer embarazada, del parto y el nacimiento.

Ellas decían, y nosotros lo confirmamos hoy, que "el embarazo es un proceso normal, en toda su evolución y a pesar de que sólo en un 15% se producen complicaciones, la totalidad de las embarazadas son tratadas como 'enfermas'. En un encuadre médico no nos puede extrañar que a la mujer embarazada se la considere enferma y tanto a ella como a la recién nacida o al recién nacido se les llame 'pacientes'. Con la connotación que ello implica".

Las compañeras expresaban muy claramente ya, en esos años que "el tratamiento humanizado durante el proceso de embarazo, parto y nacimiento aumenta las posibilidades de que la evolución se realice en un marco de normalidad".

Respetar los derechos de la mujer embarazada como ser humano, respetar los tiempos, respetar los silencios, respetar sus deseos, respetar sus necesidades "evitando las conductas intervencionistas innecesarias".

Sostenían que "no sólo nos debe preocupar la ASISTENCIA en un encuadre de humanización, sino que debemos puntualizar la ATENCIÓN". Agregaban que al adoptar críticamente una conducta humanizada estaríamos cumpliendo congruentemente, además, con el significado etimológico de la palabra OBSTETRICIA "permanecer activamente al lado de..."

De ahí que el Movimiento fue denominado "AYIQUEN", que en Mapuche significa "FELICIDAD". La felicidad que debe acompañar al embarazo, a la mujer, a su pareja y a quienes la rodean, en un estado tan particular como es la MATERNIDAD".

La felicidad en un marco de serenidad, donde los miedos, temores y tensiones deben ser desterrados.

Los principios fundamentales del Movimiento se expresaban en tres aspectos principales:

1. Fomentar la difusión del Parto Humanizado a nivel de la embarazada, su pareja, núcleo familiar y equipo interdisciplinario materno infantil, concientizándolo de su importancia.
2. Integración al Movimiento de todas aquellas personas que compartan nuestra ideología, y que a su vez puedan ser multiplicadoras de la misma.
3. Ayudar a que la pareja embarazada sea capaz de exigir que sean respetados sus derechos, con una adecuada educación y preparación para la Maternidad".

Si bien han pasado varios años de esta propuesta y puede pensarse que se han discontinuado esas ideas, felizmente estamos muy lejos de eso. Hoy más que nunca el Movimiento de Parto Humanizado está en marcha fortaleciéndose cada día y sin retorno. Las mismas compañeras que lo impulsaron, hoy están activamente trabajando y motivando a las mujeres para encontrar otros caminos que no estén vinculados con el intervencionismo médico en el embarazo y el parto.

Hay un largo camino por recorrer, informar, educar, y sobre todo apoyar a las personas a *desaprender* formatos obsoletos en relación con el embarazo, el parto y el nacimiento, en los sanatorios, en los hospitales, en la vida privada, en la sociedad.

"El parto en casa" es otra realidad, tal vez por ahora la más humana de las atenciones a la mujer que va a parir.

Hace un par de generaciones, las mujeres parían en la casa, yo nací en mi casa, mi primer parto también fue en casa. Actualmente, decir quiero parir en casa provoca desconcierto, temor e incomprensión, pareciera que hace siglos nadie lo hiciera.

Si los y las profesionales que asisten a las embarazadas y "realizan" partos sólo escucharan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en materia de evidencias científicas, todo estaría cambiando.

"Cambiar la experiencia del parto significa modificar la relación de las mujeres con el miedo y la debilidad, con nuestros cuerpos, con nuestros hijos e hijas; sus complicaciones son de gran alcance psíquico y político". A. Rich

Obstetricia. "La moda de parir en casa"

Resumen de un artículo publicado por El Mundo, un diario de Barcelona.

Cada vez más familias requieren un parto diferente. Por una opción personal o debido a una mala experiencia en un hospital, deciden huir del intervencionismo excesivo y optan por tomar un papel activo en el nacimiento de sus hijos/hijas. Al abrigo de estos deseos han cobrado nuevos bríos las corrientes que reclaman el hecho de que los partos se lleven a cabo en la intimidad del propio domicilio. En estos casos los verdaderos protagonistas son la madre y el bebé, mientras que la comadrona y los parientes se convierten en espectadores, cuya única misión es favorecer el transcurso normal de un acto fisiológico, como es la llegada al mundo de un nuevo ser.

No obstante la dificultad de llevar estos métodos a la práctica, sobre todo en las grandes ciudades, han provocado que las instituciones sanitarias estén haciendo un esfuerzo por reducir la medicalización del nacimiento y por ofrecer un trato cada vez más individual y cercano, que quite al parto los tintes de acto quirúrgico que tiene en la actualidad.

Las propias mujeres deben tomar las riendas de su gestación y de su salud y prepararse para ese momento, teniendo en cuenta que el hecho de disponer de más y mejor tecnología no garantiza una experiencia maternal más satisfactoria y ni mucho menos un parto sin complicaciones.

En los últimos años hemos asistido a lo que muchos especialistas han denominado medicalización de la gestación y del parto.

Hace algunos meses el Colegio de Enfermeras y Matronas estadounidenses (ACNM, su sigla en inglés) expuso sin tapujos en relación con el número alarmante de cesáreas y episiotomías que se practican al otro lado del Atlántico, su preocupación porque según sostienen, la tarea de "partear" ha quedado relegada y se ha sustituido por un acto médico, que en ocasiones se limita a la extracción quirúrgica del feto del vientre de la madre.

Según denuncia éste y otros colectivos profesionales implicados en la atención a la gestante y al recién nacido (incluso la OMS ha elaborado varios documentos al respecto) los avances obstétricos no sólo han supuesto beneficios. En la otra cara de la moneda se encuentran, la excesiva estandarización de los cuidados y servicios (algo que no agrada a muchos pacientes) ***un trato deshumanizado y la realización de intervenciones que podrían evitarse en muchos partos totalmente normales, tales como episiotomías, cesáreas, inducción de las contracciones mediante fármacos y anestesias que repercuten en la sedación del bebé.***

Como contrapunto a esta tendencia excesivamente intervencionista y tecnificada, ha cobrado auge en las últimas décadas el **parto natural**, cuyo máximo exponente se encuentra en el **alumbramiento domiciliario**.

Según la experiencia de los que lo defienden, traer un hijo al mundo en la intimidad del hogar, sin prisas, respetando el ritmo normal de cada fase del parto, en la posición que cada mujer considere más cómoda (que suele ser sentada o en cuclillas) y teniendo como espectadores a las personas de su elección, repercute en un índice menor de complicaciones personales y sobre todo, en una mayor satisfacción de las mujeres.

Buena parte de los abanderados de esta causa se reunieron en Barcelona en el II Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa. A este encuentro, organizado por la asociación "Nacer en Casa" (www.nacerencasa.org) acudieron especialistas procedentes de muchos países y de todas las ramas relacionadas con el embarazo y el alumbramiento de un bebé, así como de sus cuidados.

"Nuestro objetivo es plasmar las diferencias entre un parto en casa y otro hospitalario y sentar las bases para modificar los parámetros que sean necesarios para buscar siempre la salud del bebé que en definitiva es el verdadero protagonista del nacimiento, resume a la Revista SALUD Mayte Gómez, Matrona de Atención Primaria y secretaria de esta

Asociación, que trata de implantar desde 1988 en España el parto domiciliario como una alternativa más a la hora de dar a luz, siempre y cuando las circunstancias lo permitan y en colaboración con el ámbito hospitalario.

Si se lograra (este entendimiento entre casa y hospital) tal como ya ocurre en otros países, alcanzaríamos la situación idónea, explica Monserrat Catalá, miembro de Nacer en Casa y ginecóloga que dirige la Casa de Naiximents (casa de nacimientos) de Migjorn, en la localidad catalana de Manresa.

Estos recintos también llamados Casa de Parto suponen otra opción en el caso de que el propio hogar no reúna las condiciones, tanto para albergar al personal como al instrumental mínimo que se necesita para asistir a un parto domiciliario. Se trata de una solución intermedia que suple las carencias de una vivienda convencional y reduce la agresividad de un parto hospitalario.

En estos lugares, de los que hay pocos en España, se trata de crear una atmósfera confortable, similar a la del hogar en los que la mujer pueda dar a luz a su propio ritmo, sirviéndose de la mínima intervención externa y si esta es necesaria, recurriendo a los métodos menos invasivos.

En dichos centros la parturienta ordena y manda, decide como dar a luz y que tipo de atenciones precisa en cada momento (beber, cambiar de posición, escuchar música, recibir un masaje para aliviar el dolor), así como las personas que deben estar presentes. La vigilancia que se ejerce es muy sutil y en caso de emergencia se cuenta con la ayuda de la maternidad de Barcelona y del hospital general de Manresa, a las que se puede llegar en diez minutos.

España 2003

Parir como las Diosas

Analía Bernardo | 12.Julio.04

Mujeres urbanas están comenzando a reclamar el parto vertical, sentadas o en cuclillas, que aún practican de manera satisfactoria las indígenas y campesinas en distintas partes del planeta. Figuras arqueológicas muestran a diosas y a mujeres pariendo desnudas en estas posiciones. Una de ellas, con seis mil años de antigüedad, muestra a la Gran Diosa de Catal Hüyük (Anatolia, hoy Turquía) pariendo desnuda sentada en un trono, flanqueada por dos leopardos sobre los que apoya sus manos mientras su vagina comienza a coronar. El trono de gobierno de esta primigenia Diosa de la Vida es la silla de parto de la mujer prehistórica del neolítico agrícola.

En Australia, la Serpiente Arco Iris fue pintada en una cueva como una parturienta desnuda y con las piernas abiertas y flexionadas -en forma de m- luego de haber parido a las madres de los ancestros australianos que aparecen en la pintura rupestre debajo de la diosa creadora.

En Mesoamérica, los aztecas esculpieron una hermosa escultura de Tlazolteotl (la diosa luna de la fértil tierra, patrona del erotismo, del parto y del destino) pariendo desnuda en cuclillas, las manos sobre sus nalgas y la boca abierta mostrando los dientes y gritando mientras emerge un bebé hacia abajo y mirando hacia adelante de entre sus piernas. Tlazolteotl apoya sus pies sobre unos tacos de pocos centímetros elevando los talones para así estabilizar la postura.

Una Pachamama pariendo en cuclillas, con la luna, el sol y las estrellas pintados sobre el rostro, fue desenterrada en Villa Las Rosas, ciudad de Salta, Argentina. Una de las tantas imágenes que representan el conocido parto vertical precolombino como así también el poder sagrado de la Diosa Tierra (1). Los gestos y actitudes de estas y otras diosas son un reflejo de las prácticas y tradiciones de las mujeres respecto del parto, a la vez que el parto vertical y en cuclillas de las diosas es un arquetipo femenino creador de la vida y de la cultura.

Estas prácticas persistieron en las primeras sociedades patriarcales de Occidente como eran la griega y la romana. La diosa Ilitia, patrona de las parturientas y las parteras griegas, suele aparecer arrodillada representando tanto a la partera como a la parturienta en una variante de la posición en cuclillas. Y durante el Imperio Romano se tallaron frisos que muestran la forma en que parían las mujeres: sentadas en un sillón mientras que la partera espera arrodillada y otra mujer sostiene a la parturienta por debajo de los brazos (2).

En las crónicas sobre el Buda, que se remontan al siglo V A. C., encontramos a la reina Maya pariendo parada. Ella viajaba con su cortejo y a medio camino comenzó el trabajo de parto. El cortejo se detuvo y la reina se adentró en el bosque junto con sus doncellas, que formaron un círculo en torno a ella. Maya tomó con sus dos manos la rama flexible de un árbol y comenzó a parir en forma vertical al pequeño príncipe. Una estatuilla procedente de la India del siglo XVI sigue mostrando esta forma de dar a luz: una mujer parada junto a dos mujeres, una a cada lado, a las que abraza apoyando sus brazos en los hombros de sus compañeras pudiendo de esta manera poner los pies sobre la tierra y flexionar las rodillas; bajando y subiendo el cuerpo con cada contracción. Las dos compañeras llevan frascos con preparados de hierbas que aplican masajeando el vientre de la

parturienta. Las tres figuras se completan con la partera arrodillada recibiendo al niño o niña que emerge cabeza abajo.

En la Europa cristianizada el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, que heredaron estas prácticas ancestrales. Sin embargo, la persecución de las brujas -muchas de las cuales eran parteras experimentadas- y la naciente medicina moderna durante el Renacimiento transformaron progresivamente el parto natural vertical en una enfermedad y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama, y más tarde en el hospital. Esta inmovilidad y debilitamiento psicofísico estaba sustentados por otras posiciones sexuales, sociales, religiosas y económicas de opresión. El parto horizontal en la cama matrimonial es consecuente con la postura de la mujer durante el acto sexual y está asociado con estar enferma en la cama y con entregar el cuerpo al accionar del médico.

En Argentina, el gobierno ha presentado un proyecto para "humanizar el parto". Este reconoce el derecho de la parturienta a estar acompañada por una persona de su confianza durante el parto. Hay países donde en clínicas privadas también se permite esta compañía, pero es apenas un primer paso, insuficiente para cambiar las prácticas médicas del parto horizontal. Esta presencia podría aminorar el maltrato psicofísico que sufren las parturientas en hospitales y clínicas, públicas y privadas, siempre y cuando el/la acompañante no termine aliándose con el médico y reforzando el sometimiento de la mujer o desmayándose y generando culpas en la parturienta. Parecería más conveniente que la mujer vaya acompañada por una

mujer (familiar o una amiga) que ya haya pasado por la experiencia del parto y tenga una conciencia formada de respeto y dignidad hacia la mujer que está dando a luz.

Diosa Azteca del Parto
"Tlazolteotl"



Sexualidad y Nacimiento

Besarse de manera realmente buena y efectiva puede generar un cambio psicológico que facilite el nacimiento.

Qué interesante es que a pesar de que la prensa gráfica ha existido por casi seiscientos años, se haya publicado tan poco sobre sexualidad y nacimiento.

Tengamos en cuenta, en la actualidad, la gran cantidad de personas inteligentes que se consideran a sí mismas bien informadas y que quedan boquiabiertas cuando oyen mencionar estas dos palabras juntas en una misma frase, aún sabiendo que la mayoría de las mujeres se embarazan por medio de un acto sexual y paren a través de sus órganos sexuales.

Explicar por qué algo tan evidente ha sido satisfactoriamente ignorado por tanto tiempo es todo un tema en sí mismo y demasiado ambicioso para el objetivo de este trabajo.

En lo que sí querría focalizar es en el reciente despertar del interés en la esencial naturaleza sexual del nacimiento, de dónde proviene este interés y qué métodos, técnicas, o nuevas comprensiones del nacimiento han sido reveladas.

Lo primero que entendí cuando leí el clásico *Nacimiento sin miedo*, del Dr. Grantly Dick-Read, es que para algunas mujeres el parto puede ser indoloro y que existe una conexión entre la falta de dolor en el parto y la sexualidad.

En su libro, describe dos nacimientos que presencié durante los años de lucha en la Primera Guerra Mundial. Una joven mujer ingresó con trabajo de parto en el hospital de campaña donde él se desempeñaba como médico cerca del campo de batalla. El Dr. Dick-Read escribió: "Se ubicó a la mujer en un pasillo donde se vendaban a los pacientes heridos, la examiné y noté que el trabajo de parto estaba muy avanzado, sin embargo no manifestaba ningún tipo de incomodidad. El bebé nació pronto, y todo estuvo bien. La mujer parecía haberse olvidado del ruido de la guerra. Se sentó en la camilla, sonrió y tomó al bebé inmediatamente en sus manos. No pude olvidar la expresión de alegría en su cara mientras la llevaban con su nuevo bebé". (La mayoría de los nacimientos que el Dr. Dick Read había presenciado previamente en los hospitales habían sido extremadamente dolorosos). El segundo nacimiento fue similar.

¿Qué es lo que estas dos mujeres sintieron si no fue dolor? Algo experimentaron. Sería difícil no darse cuenta de algo tan grande como un bebé naciendo. Hasta podemos adivinar que pueden haber sentido algo bueno, ya que cada una de ellas sonrió después del parto.

A continuación, expondré mis propias observaciones sobre sexualidad y nacimiento. Hacía poco tiempo que atendía partos cuando una pareja me enseñó algo importante. Estaba acostumbrada a que las mujeres hicieran su trabajo de parto en brazos de sus maridos, pero esta mujer miraba a su marido y lo besaba durante cada contracción. "¡Qué idea brillante!", pensé. ¿Por qué no había pensado en eso anteriormente? Nunca antes había presenciado un trabajo de parto tan relajado. Más o menos un año después, estaba atendiendo a una mujer con un veloz e intenso trabajo de parto cuando la pareja de padres comenzó a aterrorizarse. Ella sentía un dolor extremo, y la técnica usual de respiración profunda no estaba dando resultado. Su marido parecía estar a punto de estallar. Recordando la pareja que se había besado durante cada contracción, intuí que los ayudaría si en ese momento les contaba esa historia. La dilatación estaba casi completa, y pensé que un buen beso sería la mejor manera de aflojar la rigidez que yo sentía en su cuello, especialmente durante las contracciones. Se besaron, pero había un problema: no

eran muy buenos haciéndolo, ya que apenas lograban un contacto verdadero. Cuando terminó la contracción, le sugerí a la mujer que cuando comenzara la próxima, abriera su boca lo suficientemente grande como para envolver la boca de su marido. Yo ya había observado que cuando las mujeres abren la boca, la vagina y los músculos perineales se relajan notablemente, incrementando el flujo de sangre que necesita para expandirse.

Besarse parece una buena manera para conseguir la relajación y la fluidez necesarias.

Instantáneamente, el dolor extremo y el terror se disolvieron en suaves gemidos de placer. La cabeza del bebé estaba en el cérvix después de la primera contracción, y en el perineo, después de la siguiente. El color de su piel cambió de verde grisáceo a rosa vivo, sus pupilas estaban dilatadas, y sus labios se hincharon de un color rosa fuerte. Nunca olvidaré el sustancial cambio de actitud y el bienestar físico que siguió después de que aprendieron a besarse correctamente. Fue un regalo para mí experimentar lo bien que esta acción relajó la pelvis y los músculos perineales de la mujer, cómo borró toda rigidez y resistencia, y cuán repentinos fueron sus efectos. Lo que era duro como la madera se convirtió en algo líquido y completamente maleable. En vez de sentir dolor, la mujer experimentó una relajación estática y orgásmica. Más tarde me dijo que haber aprendido a besarse fue lo que ambos necesitaban en ese momento para fortalecer su matrimonio.

El tabú acerca de cualquier mención sobre la sexualidad y el nacimiento juntos me recuerda una conferencia que di a mediados de los setenta en un gran hospital escuela en la ciudad de Tennessee. Era la primera vez que hablaba frente a médicos. Había asistido alrededor de cuatrocientos partos, la mayoría de ellos sin intervención médica ni traslado a un hospital. Intenté explicarles cómo habíamos logrado llegar a tan buenos desenlaces con escaso uso de fármacos y de tecnología. Desafortunadamente, la batería de mi computadora portátil se descargó y no pude mostrarles el video que había llevado en el que se veía cuán relajadas podían estar las mujeres durante el trabajo de parto. Confrontada con una pregunta directa sobre los resultados, respondí: "Parecería que algunas complicaciones podrían ser prevenidas cuando hay un sentimiento sensual en la habitación donde sucede el parto". Entonces, el jefe del Departamento de Obstetricia se puso de pie y enfrentó a la audiencia femenina. Con las dos manos metidas en los bolsillos de su delantal blanco, largo hasta las rodillas, les dijo: "¿Sabían que cuando un hombre es ahorcado, tiene una erección?" Con esta pregunta, desvió el tema sobre la mujer dando a luz y la sensualidad a lo que les sucede a los genitales masculinos en la muerte.

Espero que este artículo no cause tal desconcierto. Los nacimientos mencionados ilustran el potencial que los abrazos, los besos y las caricias tienen en la supresión del dolor. También es bueno recordar que hacer el amor es, para muchas mujeres, una manera efectiva de iniciar el trabajo de parto. Así como las prostaglandinas sintéticas llegan al cérvix e inician el trabajo de parto, las prostaglandinas naturales del semen pueden también ser un estímulo para el inicio del trabajo de parto sin riesgo de rotura uterina.

Mis compañeros y yo observamos, durante nuestros primeros años de práctica, que las mujeres que mantienen una vida sexual activa durante el embarazo tienen menos problemas de dilatación del cuello del útero y menos gestaciones excedidas que aquellas mujeres que no tuvieron vida sexual durante la gestación.

Besarse de manera realmente buena y efectiva puede generar un cambio psicológico que facilite el nacimiento. La congestión de los tejidos vaginales y

perineales, o dicho de otro modo, el temporal ensanchamiento de la vagina agiliza el trabajo del parto. Mi experiencia indica que las mujeres que lo han vivido raramente tuvieron algún daño perineal o periuretral después del parto.

Esto también es válido para las mujeres que se tocan el clítoris durante el trabajo de parto. Una autoestimulación de este tipo puede ser muy útil para hacerles saber cuán rápida o lentamente pueden hacer nacer a sus bebés mientras alcanzan el grado de congestión adecuado para propiciar un relativamente fácil pasaje del bebé y disminuir las chances de desgarro o de posterior incontinencia.

Veamos ahora el tema del orgasmo durante el trabajo del parto y el parto.

Primero, consideremos esta pregunta: ¿Esto es posible? Sí, absolutamente. Muchas mujeres me han contado sus experiencias, incluso aquéllas que nunca hubieran creído que esto fuera factible. En una encuesta que conduje hace unos pocos años, encontré que el 21% de las 151 mujeres encuestadas admitieron haber tenido una experiencia orgásmica en algún momento durante el trabajo de parto o en el parto propiamente dicho. Estas mujeres hablaron de partos orgásmicos en hospitales, en centros de nacimiento y en sus hogares.

Una joven mujer me contó que, ingenuamente, habló del orgasmo que estaba sintiendo durante el nacimiento de su primer hijo para luego arrepentirse frente a un médico que juzgaría su experiencia como una desviación sexual. Rememorando conmigo esa vivencia -diecisiete años después-, se alegró al enterarse de que no había habido nada de misterioso en ella y, menos aún, en su honesto impulso de contárselo al médico. En mi opinión, fue él quien falló en su responsabilidad de no lastimarla. (Podría haber aceptado su comentario como un elogio a un cuidado no invasivo). Cuán diferente hubiera sido su experiencia si a su médico le hubieran enseñado que el orgasmo es, en efecto, una experiencia posible y normal para una hembra humana no medicada (aunque poco común en hospitales). Podría, simplemente, haber murmurado que es una reacción normal en el parto y seguir adelante con lo que estaba haciendo.

Entiendo la cautela de algunos médicos en informarles a las mujeres embarazadas que es posible tener un orgasmo durante el parto o el parto dadas las circunstancias necesarias. ¿Podría significar esto, por ejemplo, que algunas mujeres esperen tener un orgasmo en cada parto y luego culpen a la partera si esto no ocurre? Respondo a esta preocupación diciendo que, dejando el parto de lado, los sabios amantes usualmente saben que es mejor no prometerse orgasmos. Una cosa es cierta: esto no les sucede a las mujeres durante una cesárea programada o, de hecho, a ninguna mujer bajo anestesia. Sin embargo, les ayuda a las mujeres saber que sus cuerpos no han sido creados para que necesariamente sientan dolor durante el trabajo de parto o el parto. No es requisito de la Creación que la mujer sufra una tortura durante el parto.

Durante la generación de mi madre, era imposible hablar de orgasmos en cualquier foro público. No podría haber escrito o publicado este artículo durante los años cuarenta y cincuenta. Me sigue asombrando que esta capacidad orgásmica de las mujeres durante el parto y el parto siga sin ser mencionada en ningún libro de texto médico u obstétrico, en ningún idioma del que yo tenga conocimiento. Puede ser que esté equivocada. Realmente así lo deseo. Pero, si no lo estoy, creo que el siglo XXI será el momento en que esto cambiará.

Ina May Gaskin - Partera

Pionera del movimiento de humanización en el mundo.

En los años setenta, fundó *The farm*, una famosa comunidad en los Estados Unidos.

Las doulas

La *doula* típica es una madre o una abuela que tiene una experiencia personal del parto "natural". Es la figura maternal con la cual una joven mujer puede contar durante todo el período cercano al nacimiento. El "fenómeno *doula*" puede ser presentado como un aspecto del redescubrimiento de la partera auténtica. A partir de los años 70' esta palabra griega fue utilizada por John Kennel y Marshall Klaus en sus estudios sobre la presencia femenina de una acompañante durante el parto. A la comunidad griega no le gusta esta palabra que de hecho significa "esclava" en la Grecia Antigua. Una partera de Atenas me dijo que prefería la palabra "*paramana*" que significa "con la madre". A pesar de eso seguiremos utilizando la palabra "*doula*" porque ha sido usada en numerosos estudios publicados y actualmente es muy conocida.

John Kennel y Marshall Klaus comenzaron sus estudios durante los años 70', en dos hospitales muy activos de Guatemala, donde nacen 50 ó 60 bebés por día y donde los métodos de trabajo habían sido establecidos por médicos y enfermeras americanos. Pudieron demostrar que la presencia de una *doula* reducía significativamente toda clase de intervenciones y el uso de medicamentos, mejorando las estadísticas. Repitieron sus estudios en Houston, Texas, en un hospital que asiste a una población mayoritariamente pobre de lengua española. Ahí también los "guardapolvos blancos" eran de lengua inglesa. Las *doulas* hablaban inglés y español. Como había sucedido en Guatemala, la presencia de una *doula* tuvo efectos positivos.

Aunque estos estudios fueron realizados en una población de lengua española de bajos recursos, los resultados estadísticos mostraban sin ambigüedad los efectos positivos de la presencia de una *doula*.

Una *doula* ideal debe estar al tanto de todo lo que corresponde al embarazo; el parto y el amamantamiento, aún si sus conocimientos son superficiales. Imaginemos a una mujer embarazada que escuchó a su médico nombrar la posibilidad de una placenta previa, es preferible que la *doula* comprenda lo que eso quiere decir.

Las sesiones de información para *doulas* deben ser focalizadas en los primeros auxilios obstétricos, de manera que las verdaderas urgencias, que son excepcionales, puedan ser inmediatamente detectadas. Por ejemplo, si después de una repentina ruptura de la bolsa, el cordón aparece en la vulva, la *doula* sabrá que será necesario llegar al hospital sin perder tiempo y en el camino tratará de comunicarse con el equipo médico utilizando la expresión "prolapso de cordón". Si una mujer embarazada tiene repentinamente un terrible dolor de vientre, sin ninguna remisión y al mismo tiempo está en estado de *shock*, débil y pálida, la *doula* inmediatamente contactará al equipo médico evocando la probabilidad de "un hematoma retro-placentario". Si un bebé nace en un momento inesperado y en un lugar no previsto para ello -en un auto, por ejemplo- la *doula* sabrá que en el caso de nacimientos tan rápidos y tan fáciles, habitualmente no hay nada especial que hacer. La única preocupación será asegurar que el lugar esté bien cálido y que la madre y el bebé no corran riesgo de tener frío. Cortar el cordón no es una necesidad fisiológica. Sin embargo el ritual está tan bien establecido que en muchos cursos de primeros auxilios enseñan a cortarlo.

El futuro del "fenómeno *doula*" dependerá de la manera como se interprete esta palabra. Si la *doula* es una persona más en el lugar del nacimiento -además de la

partera, el médico y el padre- su presencia será contraproducente. Si el acento está puesto en su entrenamiento y no en su forma de ser y su personalidad, el fenómeno *doula* será una oportunidad perdida.

Michel Odent: "*El granjero y el obstetra*", 2003



¿Qué es una doula?

Doula es una mujer experimentada que está en condiciones de dar apoyo emocional y sostener a la madre asistiendo prioritariamente su mundo interno y colaborando si es necesario con su mundo externo.

Ofrece ayuda en lo referente a la lactancia, la reorganización del hogar, apoya la conexión de la madre consigo misma, escucha, acompaña y valoriza las percepciones y sensaciones íntimas de cada madre en el acto materno.

Su función es principalmente la de sostén emocional y maternante.

Considera para este fin la historia personal, la experiencia del parto, la realidad familiar y afectiva de cada madre.

Las *Doulas* son profesionales egresadas de Escuelas de formación de esta especialidad y cuentan con el aval y el asesoramiento permanente de estas instituciones, además de haber sido seleccionadas tanto por su capacidad profesional como por el ejercicio de la escucha y la solidaridad.

El servicio es a domicilio. La frecuencia y duración de los encuentros dependen de las necesidades y posibilidades de cada madre.

Es posible solicitar una *doula* en la clínica después del nacimiento. Cuando regreso a casa después del parto. Cuando el varón retoma su trabajo. Si me siento indefensa y temerosa. Si el bebé llora mucho y no lo puedo calmar. Si tengo inconvenientes con los pechos. Si tengo ganas de llorar. Si me siento desconectada e irritable con el bebé. Si me siento sola. Si no sé a quién hacerle preguntas. Si me angustio. Si no me puedo sentar a jugar con mis hijos. Si me culpo por no estar haciendo bien. Si estoy desbordada. Si tengo mellizos o trillizos (incluso si cuento con una nurse). Si el día es muy largo estando sola. Si no tengo interlocutores que den crédito a mis percepciones. Si mis hijos mayores me reclaman desmedidamente cuando me ocupo del bebé. Si me diagnosticaron depresión puerperal. Si sencillamente estoy deprimida.

Una *doula* a domicilio no es un lujo, es una prioridad que todas las mujeres merecemos, ya que un niño pequeño depende del equilibrio emocional de su madre.

A lo largo de la historia las mujeres hemos construido sostenes posibles que nos garantizan suficiente contención para la crianza de los niños. Insistimos en que la *doula* debe ser solicitada aún cuando los niños ya no son bebés, ya que si bien cada mujer reacciona diferente durante el puerperio, creemos que una mamá sostenida está en mejores condiciones de sostener a su bebé.

Laura Gutman, 2003

SEMANA MUNDIAL POR UN PARTO DIGNO Y RESPETADO

Se desarrolla en la primer semana del mes de mayo en todos los países.

Esta ha sido una iniciativa que nació en Francia, promovida por la Alianza Francesa para el Nacimiento Respetado (AFAR). Desde la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN) se ha tomado también esa iniciativa, cada país realiza actividades y acciones en la búsqueda de un cambio en el actual modelo de atención del parto y nacimiento.

10 al 16 de mayo de 2004: "No más episiotomías de rutina"

Los expertos del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) aclaran que esta práctica médica (agrandamiento del orificio vaginal mediante una incisión del periné durante la última parte del período expulsivo del parto) fue introducida sin ninguna justificación científica que avalara su uso en la década del 1920 por el médico estadounidense De Lee. A pesar de su nulo aval científico su aplicación se extendió a nivel mundial, a tal punto que prácticamente todas las primerizas reciben este corte en los partos hospitalarios. Recientemente diversos grupos de científicos comenzaron a objetar este corte sistemático, mediante la realización de investigaciones para comprobar si realmente tenía dichos supuestos beneficios. Uno de los estudios más importantes, liderados por el Dr. Belizan se realizó en Argentina (en Rosario, Buenos Aires y Neuquén) y concluyó que la episiotomía rutinaria no ejerce ningún efecto protector para la prevención de desgarros ni trae beneficios para el recién nacido como se creía. Por el contrario, provoca dolor a la mujer, incomodidad al sentarse, en momentos en que debe sentirse cómoda para amamantar y cuidar al recién nacido y molestias durante las relaciones sexuales. La episiotomía puede traer también complicaciones en la zona perineal porque su sutura puede infectarse o abrirse. Este estudio generó una reacción de la comunidad científica y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que instó a restringir su uso. Sin embargo, su aplicación no ha disminuido lo que debería y en la gran mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe la episiotomía es aplicada en más del 80% de los partos en mujeres primerizas. Según una reciente publicación del CLAP en la prestigiosa revista British Medical Journal, la episiotomía se usa en 96% de los partos primerizos en Ecuador, 95% en Chile y Uruguay, 94% en República Dominicana, Perú y Brasil, 92% en Honduras, 91% en Paraguay, 90% en Bolivia, 86% en Nicaragua y Colombia, 85% en Argentina, 81% en Panamá, 72% en Belice, 69% en México y 41% en Bahamas.

El Dr. Belizan explicó que no existe un consenso sobre cuál debería ser el porcentaje aceptado de episiotomías en las mujeres primerizas. Sin embargo, aclaró que distintos organismos manejan que no debería exceder el 30% en los partos primerizos. El médico concluyó que la evidencia científica demuestra que el uso de la episiotomía sólo debe limitarse a ciertas excepciones. Por ejemplo cuando el bebé está de nalgas o se necesita la ayuda de forceps.

Información: Lic. Alejandra Frutos, CLAP (OPS/OMS) Hospital de Clínicas, P. 16, Montevideo, Uruguay. Tel.: 5982 487 2929 Int. 32.

¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?

Tomasso G. y col.

Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2002; 62: 115-121.

Según Parvin, desde que Ould propuso por primera vez el uso de la episiotomía en 1742, su utilización ha sido objeto de múltiples controversias. El primer reporte de la realización de una incisión perineal fue realizado en Hapsburg, Alemania en 1799. Según lo reporta Nugent, el profesor Dubois fue el primero en sugerir la modalidad mediolateral de episiotomía en Francia después del año 1847 y diez años más tarde. Carl Braun fue el primero en denominar "episiotomía" a la incisión perineal y el primero en criticarla y considerarla inadmisibles e innecesaria. Por entonces, las únicas indicaciones que justificaban la práctica de una episiotomía eran la asistencia de un parto dificultoso y el intentar salvar la vida del feto.

No fue hasta fines del siglo XIX cuando el uso más liberal de la episiotomía comenzó a considerarse. Anna Broomall en EEUU y Credé y Colpe en Alemania, abogaron por el uso más frecuente de la episiotomía para prevenir la ocurrencia de laceraciones del periné. En 1895 Stahi defendió su uso rutinario, argumentando que a diferencia de lo que sucedía en los casos de laceraciones espontáneas, luego de su reparación, la episiotomía permitía la restauración ad integrum del periné.

El mayor auge de la episiotomía en la práctica obstétrica de los EEUU, se alcanzó luego de los artículos de Pomeroy en 1918 y De Lee en 1920. La conducta de entonces cambió. Se pasó del uso selectivo y terapéutico de la episiotomía, (sólo realizada frente a ciertas complicaciones del parto), al uso rutinario y profilático, particularmente en primíparas. Los argumentos esgrimidos a favor de la episiotomía rutinaria fueron los siguientes:

1. "Salva a la mujer de los debilitantes efectos del sufrimiento del período dilatante y el trabajo físico de un período expulsivo prolongado".
2. "Individualmente preserva la integridad del suelo pelviano y del introito vulvar".
3. "Salva el cerebro del niño de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada. La incisión de las partes blandas no solamente nos permite acortar el período expulsivo, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiocia, epilepsia, etc."
4. "Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum véscico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas. Las condiciones virginales son frecuentemente restablecidas".

En conclusión, y según De Lee la episiotomía practicada en forma rutinaria: 1) evitaba el dolor 2) prevenía desgarros 3) acortaba el parto y por ende disminuía la morbilidad perinatal y 4) prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas.

Con estos argumentos, y sin datos ni estudios que avalaran estas aseveraciones, la episiotomía rutinaria ganó aceptación en la comunidad médica y su uso se incrementó con relativa poca evidencia científica. La episiotomía se ha convertido desde entonces en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo, especialmente en Latinoamérica donde una reciente investigación (9) muestra que 9 de cada 10 mujeres que tienen su primer hijo por vía vaginal, reciben esta intervención. Este estudio calculó las tasas de episiotomía en 95833 mujeres primíparas con partos espontáneos, en 108 hospitales fue de 92.3%. El 87%

de los hospitales tenía tasas mayores al 80% y el 69% mayores a 90%. Estas cifras muestran que la práctica estándar en Latinoamérica es la episiotomía rutinaria. Si una intervención se hace de forma sistemática, como en este caso, es de suponer que ha sido previamente avalada por fuerte evidencia científica. Sometamos a juicio de la mejor evidencia científica disponible, a esta práctica, convertida en uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes del mundo.

Evidencia científica

En 1983, Thacker y Banta publicaron una extensa revisión de todos los artículos publicados en idioma inglés sobre los beneficios y riesgos de la episiotomía hasta el año 1980. Luego de examinar la evidencia disponible sobre los aclamados supuestos beneficios de la episiotomía, los autores concluyeron que muy poca investigación confiable se había hecho hasta ese momento para evaluar los efectos del procedimiento y ningún estudio publicado podía considerarse adecuado en su diseño y ejecución como para determinar si los beneficios invocados a favor de la episiotomía eran verdaderos.

La revisión de Thacker iba a tener gran impacto ya que luego de su publicación los estudios sobre episiotomía aumentaron en cantidad y calidad metodológica.

En 1995, Woolley publica la segunda revisión sobre el tema. Continuando con el trabajo de Thacker y col., revisó el tema desde el año 1980 hasta 1994. Sus conclusiones nuevamente fueron desalentadoras para quienes defendían el uso rutinario de la episiotomía.

Es de destacar que si bien estas dos revisiones fueron exhaustivas, incluyeron todo tipo de publicación (estudios descriptivos, experimentales, reportes de casos, cartas) por lo que sus resultados pudieron verse afectados por los sesgos inherentes a cada uno de los diseños metodológicos incluidos en la revisión. Esto pudo llevar a los autores a conclusiones finales erróneas.

Por último, la mejor revisión disponible hasta el momento (por tratarse de una revisión sistemática que incluye sólo investigaciones clínicas aleatorizadas de buena calidad metodológica) fue publicada en la biblioteca Cochrane en 1997 y actualizada en 1999. Incluye seis investigaciones clínicas aleatorizadas que brindan evidencia confiable sobre los efectos del uso restrictivo de la episiotomía comparado con el uso rutinario.

Si comparamos los resultados de esta revisión con los postulados invocados por De Lee y expuestos anteriormente en este artículo, observamos lo siguiente:

La episiotomía rutinaria:

- **"Evita el dolor". FALSO.** En lo que respecta al dolor perineal, vaginal severo y a la dispareunia, la revisión no muestra diferencias entre la episiotomía rutinaria y la selectiva. Más aún, el riesgo de sufrir dolor en el grupo al que se le practicó episiotomía en forma selectiva fue 29% menor que en el grupo de episiotomía rutinaria.
- **"Previene desgarros". FALSO.** El uso rutinario de la episiotomía no disminuye la incidencia de desgarro perineal del 3º y 4º grado y su uso restrictivo muestra un menor riesgo de morbilidad incluyendo menor trauma perineal posterior, menor necesidad de sutura de trauma perineal y menos complicaciones en la cicatrización a los 7 días. La evidencia que surge de la revisión nos informa que, por el contrario, el riesgo de desgarros perineales severos (3º - 4º grado),

cuando se practica una episiotomía selectivamente, es 16% menor para nulíparas y 29% menor para múltiparas. La única ventaja demostrada derivada de la práctica rutinaria, es un riesgo menor de traumatismo perineal anterior, pero si bien la episiotomía reduce el riesgo de desgarros anteriores, lo hace a expensas de un aumento en el daño perineal posterior.

- **"Acorta el parto y por ende disminuye la morbilidad perinatal". FALSO.** Sólo un estudio confiable sugiere una reducción en la duración del 2º estadio del parto, en tanto que otros estudios encuentran un efecto contrario o nulo sobre este resultado. En cuanto a la morbilidad perinatal, el riesgo de depresión moderada al minuto de nacer fue igual para ambos grupos, en tanto el riesgo de ingresar a cuidados especiales para los recién nacidos del grupo de episiotomía selectiva fue 26% menor que en el grupo de episiotomía rutinaria.
- **"Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum véstico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas". NO COMPROBADO.** Hasta el momento, no hay investigaciones clínicas aleatorizadas que hayan evaluado como resultado la presencia de prolapso, dado que su evaluación requeriría un seguimiento a largo plazo, costoso y difícil de implementar. La evidencia disponible proviene solamente de estudios observacionales. Un estudio que evaluó la fuerza de la musculatura del piso pélvico mediante la colocación de conos vaginales mostró que las mujeres que habían tenido episiotomía tenían menos fuerza en la musculatura perineal que aquellas que habían tenido partos sin episiotomía pero con desgarros espontáneos.

Estudios electromiográficos del piso pélvico, realizados a los tres meses postparto mostraron que las mujeres primíparas con periné intacto y las que habían tenido cesárea, tenían pisos perineales más fuertes y la recuperación de la musculatura pélvica era más rápida. La recuperación más lenta de la musculatura pélvica se observó en las mujeres que recibieron episiotomía, especialmente si la episiotomía se había extendido a desgarros de tercer o cuarto grado. Estudios similares realizados a mujeres nulíparas al 2º-5º día postparto y repetidos a los dos meses, mostraron que el parto vaginal causa denervación parcial del piso pélvico en la mayoría de las mujeres. La severidad de la denervación se asociaba con la duración del período expulsivo y con el peso fetal y no hubo asociación con la episiotomía ni con los desgarros perineales. Estudios que evaluaron la musculatura pélvica con un perineómetro introducido en la vagina mostraron que la función de estos músculos está más vinculada con el ejercicio materno que con el tipo de parto. En cuanto a la incontinencia urinaria fue evaluada mediante investigaciones clínicas aleatorizadas a los tres años luego del parto, y se vio que el riesgo de padecerla no sólo no fue mayor en el grupo de episiotomía selectiva, sino que fue 5% menor comparado con el de episiotomía rutinaria. La información más confiable acerca del efecto de la episiotomía sobre la incontinencia urinaria proviene del estudio de Sleep y col. A los tres meses postparto el 19% de las mujeres de ambos grupos experimentaba algún grado de incontinencia urinaria. Tres años más tarde se realizó una encuesta detallada a las mujeres del estudio, que siguió sin encontrar diferencias entre los dos grupos en cuanto a la frecuencia de incontinencia urinaria.

El uso restrictivo y juicioso de la episiotomía versus el uso rutinario, implicaría una reducción del número de episiotomías del 62%, del trauma

perineal posterior del 12%, del requerimiento de suturas perineales del 27% y del dolor perineal del 28%.

El uso indiscriminado de la episiotomía configura una innecesaria agresión a la mujer. Además representa un costo de salud también innecesario. Basado en los resultados de esta revisión, Borghi y Cols realizaron en Argentina un análisis de costo efectividad de una política de episiotomía restrictiva (27.5%) comparada con una política de episiotomía rutinaria (73%). La conclusión fue que, con una política restrictiva de la episiotomía, por cada mujer con un parto vaginal normal hay un ahorro potencial de U\$S 11.63 a U\$S 20.21. Considerando que en Latinoamérica se realizan 11.5 millones de partos anuales, ello significaría un ahorro anual aproximado de 134 millones de dólares. Además, este ahorro podría ser mucho mayor si se consideraran los costos asociados con cada caso evitado de complicaciones en la cicatrización seguido de dolor perineal y finalmente dehiscencia de la herida. Otro análisis de costos fue realizado en Cali, Colombia por Conde Agudelo. Él calculó que el gasto debido a la realización de episiotomías en exceso fue de 285.332 dólares estadounidenses por año para esa sola ciudad.

Teniendo en cuenta estos argumentos basados en las mejores evidencias científicas disponibles, se concluye que **en la actualidad no se justifica la práctica rutinaria de la episiotomía** debiéndose recomendar su uso selectivo. Así, países desarrollados han logrado disminuir su utilización, observándose cifras de episiotomía en nulíparas de 28.6% y 24.6% en Australia y Suecia respectivamente.

Opiniones de las mujeres sobre las ventajas y desventajas de la episiotomía

Al ser el uso de la episiotomía una rutina hospitalaria y depender de una decisión médica, como era de esperar, muchas mujeres creen que es una práctica beneficiosa y necesaria. En una encuesta que realizamos a 100 mujeres en un hospital público de Montevideo, Uruguay, en la cual se les preguntaba si creían necesario el uso de la episiotomía, una proporción muy baja de ellas manifestó que la episiotomía no era una práctica necesaria (11%). Hubo un 13% de mujeres que no tuvo una opinión formada sobre la necesidad de esta intervención. El resto (76%) justificó su uso.

Los resultados de otra investigación realizada durante el año 2000 en hospitales públicos y privados en Rosario, Argentina, en donde el 91% de las primíparas recibió episiotomía, mostró que las mujeres aceptan la episiotomía sin basar sus conocimientos en evidencias científicas, que no reciben información sobre la recomendación del uso restrictivo de la misma y que no participan en la toma de decisión de su uso.

Thacker y Banta en su artículo sobre los riesgos y los beneficios de la episiotomía, resumieron sus conclusiones en la siguiente frase: "Si las pacientes estuvieran informadas adecuadamente acerca de los beneficios y a la luz de los perjuicios y riesgos demostrados, es poco probable que las mujeres aceptaran que se les realizara la episiotomía en forma rutinaria.

Resistencia al cambio

Si bien estos resultados presentados procedentes de revisiones sistemáticas de investigaciones clínicas aleatorizadas bien diseñadas, fueron publicados en varias oportunidades y diseminados por varias vías, las tasas de episiotomía permanecen elevadas.

Así, a pesar del dramático descenso en el uso de la episiotomía (64% en 1980 a 40% en 1998).

Durante la realización del Estudio Argentino de Episiotomía las tasas de episiotomía en una de las maternidades bajaron de 47% a 30.1%; esta disminución se mantuvo luego del estudio, predominantemente en múltiparas, pero no ocurrió lo mismo en nulíparas. Durante el estudio las tasas de episiotomías en mujeres nulíparas bajaron de 92.2% a 39.5%. Sin embargo, cuatro años después de finalizar el estudio y luego de una intensa diseminación de los resultados en contra de la episiotomía rutinaria, las tasas de episiotomía en lugar de disminuir a lo sumo mantenerse en el valor alcanzado, aumentaron nuevamente a valores del 65.3%.

Barreras al cambio

Las intervenciones basadas en evidencias son subutilizadas a pesar de los extensos esfuerzos para proporcionar información científica a los hospitales latinoamericanos.

¿Por qué, a pesar de la evidencia científica disponible y los esfuerzos en su diseminación, procedimientos innecesarios y aun dañinos se siguen utilizando en la práctica clínica, mientras que otros que son beneficiosos son ignorados?

¿Cuáles son las barreras entre la evidencia y la práctica clínica? Cabana y Cols publicaron en 1999, una extensa revisión sistemática sobre las barreras de los clínicos para adherir a procedimientos identificados como beneficiosos contenidos en guías prácticas. Las barreras se clasificaron en siete categorías generales: barreras que afectaban el conocimiento médico (falta de conocimiento y falta de familiaridad), aquéllas que afectaban las actitudes (por desacuerdo, por ineficacia, por falta de expectativa en los resultados y por inercia de prácticas previas) y aquéllas que afectaban el comportamiento (barreras externas).

El estudio de Lomas incluido en la revisión anteriormente citada es el único vinculado al campo perinatal. En él, se identificaron tres barreras fundamentales para el cambio: dificultad de los clínicos para conseguir la literatura científica, falta de recursos y carencias en la apreciación crítica de la literatura científica.

No hay en la actualidad una intervención claramente identificada que sea capaz de cambiar una práctica con fuerte evidencia en su contra, una vez que dicha práctica ha sido implementada. Múltiples estrategias se han usado para cambiar los comportamientos médicos, con diversos grados de éxito. En Bélgica, Buekens utilizó la auditoría y la retroalimentación para facilitar la concientización de los obstetras sobre las variaciones de las tasas de intervención. Sin embargo, tal sistema de retroalimentación pasiva se mostró inefectivo para cambiar las prácticas. El desafío ahora es buscar y evaluar estrategias para lograr un cambio en la política de episiotomía rutinaria.

Existe evidencia proveniente de investigaciones en otros campos de la medicina y desarrolladas en los países industrializados, que apoya el uso de un enfoque multifacético que incluye una combinación de trabajo participativo con líderes de opinión, seminarios, visitas educacionales, recordatorios y auditoría y retroalimentación.

Posibles estrategias:

- Una de las estrategias sería diseminar la información científica y capacitar al personal de salud en la lectura crítica de la literatura. La medicina basada en las evidencias brinda las herramientas necesarias para alcanzar estos objetivos.
- Por otra parte, es probable que la asistencia del parto sin episiotomía, exija un cambio en la actitud del profesional actuante. Sería necesario capacitar al personal de salud en adquirir las habilidades necesarias para efectuar el parto sin el uso de episiotomía en forma rutinaria.
- De comunicación: dirigidas a hacer conocer las evidencias a las usuarias de los servicios de salud. Una estrategia atractiva para comunicar esta información a la población es utilizar los medios de comunicación masiva, como radio y televisión, promoviendo que las mujeres tomen conciencia sobre su derecho de participar en la toma de decisiones de las prácticas médicas que se realizan sobre sus propios cuerpos.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en conjunto con la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Estados Unidos, están iniciando actualmente una investigación cuya meta es evaluar una intervención para implementar prácticas basadas en evidencias entre el personal que asiste partos en Latinoamérica. Se entiende como prácticas basadas en evidencias aquellas que han sido demostradas como efectivas a través de investigaciones clínicas aleatorizadas. El principal objetivo específico de este proyecto es realizar un ensayo clínico controlado aleatorizado de una intervención conductual que intentará incrementar el uso de dos prácticas obstétricas basadas en evidencias, el uso selectivo de la episiotomía y el manejo activo del alumbramiento.

La hipótesis principal es que una intervención diseñada para motivar y facilitar el desarrollo, la implementación y el mantenimiento de guías clínicas simples basadas en evidencias, puede aumentar el uso de prácticas basadas en evidencias entre el personal que asiste partos a nivel hospitalario en Argentina y Uruguay.

Conclusiones

La justificación del uso rutinario de la episiotomía surgió a principios de siglo XX, basado en creencias personales y sin una justificación científica que avalara esta recomendación. Esto llevó a la incorporación de la misma en la práctica diaria siendo una rutina sobre todo en las mujeres durante su primer parto. A partir del año 1985 se generaron una serie de investigaciones de buen diseño experimental que buscaban comprobar si los argumentos que se esgrimían justificando su uso rutinario eran válidos. La serie de investigaciones realizadas demostró que la episiotomía no debe utilizarse en forma rutinaria, dado que no presenta beneficios ni para la mujer ni para el recién nacido.

A partir de ellas surgen recomendaciones nacionales e internacionales, incluso desde la Organización Mundial de la Salud, que recomienda un uso restringido de la

misma. Como consecuencia de ello, en varios países desarrollados se ha producido una disminución en el uso de la episiotomía y asimismo reacciones mundiales sobre la agresión innecesaria a la mujer, llegándose incluso a decir que la episiotomía es una mutilación genital.

Recomendaciones para la práctica clínica

Estudios de alta calidad publicados previamente brindan fuerte evidencia de que **la episiotomía no debe ser efectuada en forma rutinaria**. Su uso debería restringirse a situaciones clínicas específicas.

En algunas instituciones la episiotomía es una práctica habitual a pesar que los datos disponibles hace más de una década muestran que no mejora los resultados. Esto sugiere que se necesitan intervenciones que cambien el comportamiento de los profesionales.

Consultar bibliografía en el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

No a la episiotomía de rutina



Ejercicios de Kegel

Estos ejercicios se recomiendan para aumentar la secreción vaginal, y para aumentar el placer del acto sexual a cualquier edad. Para controlar la pérdida de orina, o la pérdida de materia y evitar los prolapsos. Todos los ejercicios pueden ser continuados por un tiempo indefinido.

Cómo hacerlos

Primero hay que identificar el músculo pubocoxigio (PC). Siéntese en el water. Separe las rodillas lo más posible y empiece a orinar. Luego detenga la orina. El músculo PC es el único que lleva a cabo esto en esta posición. Una vez que se localiza el músculo, se pueden practicar durante el día, cuando maneja su auto, cuando está sentada, cuando está cocinando o viendo la TV, cuando está acostada y cuando esta manteniendo relaciones sexuales!!!!!!

Ejercicio Número 1

Contraiga el músculo PC, deténgalo por tres segundos, relájese y repita el proceso. Esto se puede hacer durante el día cuantas veces desee pero, se recomiendan aproximadamente 90 contracciones (seis períodos de un minuto al día). Con demasiado ejercicio puede aparecer dolor. Si esto sucede suspender por uno o dos días y empezar nuevamente en forma gradual.

Ejercicio Número 2

Contraiga y suelte el músculo PC rápidamente de 25 a 50 veces cada día. Aunque las contracciones del mismo durante el orgasmo son mucho más rápidas, este ejercicio se parece al que realiza este músculo durante el mismo.

Ejercicio Número 3

En este ejercicio se trata de simular el empujar a un bebé fuera del vientre durante el parto. Con este ejercicio aumenta el flujo de sangre a los genitales y como consecuencia se lubrica la vagina.

Ejercicio Número 4

Levante completamente el área pélvica como si estuviera chupando agua por la vagina. Haga el mismo número diariamente que hizo en los ejercicios Número 2 y 3.

Ejercicio del canguro

Sirve para tonificar los músculos de la pelvis y aumentar la sensibilidad. Siéntese bien erguida en una silla. La distancia entre los pies debe ser de unos 20 centímetros. Las manos deben descansar sobre la falda o a los lados del cuerpo. Ahora imagínese que es una cangura con su cola larga que comienza gruesa y termina más fina. Usted, que ahora es una cangura, está sentada en un taburete de un bar. Su larga y pesada cola cuelga a sus espaldas hasta el suelo.

Ahora imagine que levanta esa larga y pesada cola hacia arriba hasta que quede perpendicular a su espalda.

Permanezca durante unos momentos en esa posición. Observe los músculos de su abdomen y de sus muslos. Comprobará que todos se hallan tensos, mientras usted levanta la cola de canguro, involuntariamente habrá inclinado la pelvis hacia adelante y habrá aparecido una lordosis.

Ahora deje que la cola baje despacio hasta tocar el suelo. La pelvis vuelve a su posición y la lordosis desaparece.

Todos los músculos están de nuevo completamente relajados.

Semana Mundial por un Parto Digno y Respetado

23 al 29 de mayo de 2005: "Las posiciones para parir": Actores y directores, el derecho a la libre elección.

La posición vertical

Utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, comienza a difundirse en EE.UU (Howard, 1958): Uruguay (Caldeyro Barcia, 1974); Brasil (Paciornick, 1979) etc. Y más recientemente por la OMS (WHO, 1996) a partir de la consideración de sus ventajas, a saber:

- Acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. (Mendez Bauer, 1976)
- Ausencia de compresión de grandes vasos de la madre (Bieniarz, 1966). Como se sabe la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de sufrimiento fetal si el período expulsivo se prolonga (Giraldo, 1992).
- Aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. En sentido ántero posterior y 1 en transversal (Borrel, 1957) y moldeamiento de la articulación coxo femoral (Russell, 1969)
- Mejor ángulo de encaje. La posición vertical determina que este ángulo ("dive angle" para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto.
- Mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante (Arbues, 1982), como en el expulsivo (gallo, 1992); (Caldeyro Barcia, 1987); (Sabatino, 1992); facilitando la transición feto-neonatal.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales (Méndez Bauer, 1975)
- Menores presiones intravaginales, lo que disminuye la resistencia al pasaje del feto por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente (Sabatino, 1992); (Paciornick, 1992); (Dunn, 1976).
- Beneficios psico afectivos que incluyen la búsqueda de métodos alternativos, menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto (Sabatino, 1992)

¿Que es el Parto Vertical?

Dr. Eduardo Alvarez Palacios

Punto de vista médico

El parto es lo que ocurre en la mujer y lo que ella hace para que su hijo/a salga del interior de su vientre, en el trabajo de parto, mientras dura, la musculatura del cuerpo uterino se contrae y progresivamente se dilata el cuello del útero.

Cuando el cuello alcanza una apertura suficiente, para que pase el bebe, (dilatación completa) las contracciones empujan y hacen que el bebé entre en el canal del parto, lo recorra y salga de él. En ese periodo la mujer empuja y hace que el bebé descienda mas fácilmente. Finalmente los músculos del periné relajados se distienden y el niño sale al exterior.

¿Por qué la posición vertical favorece el parto?

El parto vertical se llama así porque se realiza en una posición en que la columna vertebral de la mujer forma un ángulo de 90 - 135° con el plano horizontal. En realidad es lógico plantearse si éste simple cambio de posición puede modificar tanto las cosas. Para empezar no hay que mantener un ángulo estricto durante el parto, ya que la mujer puede tomar la inclinación que le resulte más cómoda: entre los límites mencionados cumplen las condiciones que a continuación se explican. Además, de estar cómoda significará una actividad efectiva y un bienestar mayor.

El ángulo ideal puede obtenerse arrollada, en cuclillas o sentada en un sillón de partos. Este último asegura todas las ventajas del parto vertical, con comodidad y descanso para la mujer, a la vez que permite el control correcto de la partera o el médico que esta acompañando a la mujer.

Lamentablemente, hasta ahora se ha divulgado muy poco los beneficios del parto vertical desde la óptica estrictamente médica. Explicaré, por tanto, los aspectos que cambian mas notablemente, comparados con los del parto horizontal.

Aorta libre

Estando la mujer acostada de espalda, el útero ejerce presión sobre la arteria aorta, situada detrás suyo. Como consecuencia disminuye el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno a los tejidos, entre ellos los del útero que lo necesitan para un buen trabajo de contracción muscular. Al faltar el oxígeno, el ritmo de las contracciones se altera, son más frecuentes y por lo tanto hay mas molestias al reducirse los intervalos de reposo. Aquellas son menos intensas y duraderas, es decir, menos efectivas para el progreso del parto, que se alarga y necesita fármacos para avanzar y hace el parto más doloroso. Todos esos problemas se obvian en el parto vertical, ya que con él se evita la presión sobre la arteria aorta.

Dilatación del cuello uterino

En el parto vertical el bebé ejerce un ligero peso en la parte interna del cuello uterino. Esta presión produce la relajación de esos músculos del cuello, lo cual tiene diversos efectos ventajosos: progreso mas rápido del parto ya que al estar relajado el cuello uterino no opone resistencia y menos dolor porque este siempre

aumenta si hay una fuerza a la que se opone una resistencia además la comprensión sobre el cuello uterino genera un impulso nervioso que actúa en la hipófisis estimulando la liberación de oxitocina (reflejo de Ferguson) hormona que contraerá la musculatura uterina. Esta contracción genera una nueva comprensión recomenzando el ciclo. Entonces el estímulo natural produce el desarrollo normal y espontáneo del parto. Por el contrario estando la mujer acostada la presión sobre el cuello uterino y el resto de ese proceso desaparecen.

Apertura pelviana y uso de abductores.

En el parto humano, el tamaño de la cabeza del bebé y el canal por donde debe pasar son muy justos. Por pequeña que sea, la ampliación del canal es beneficiosa. En el parto vertical el peso del niño favorece la apertura del canal; con ello, los poderosos músculos abductores pueden producir una apertura pelviana y facilitar el paso del bebé.

Angulo de incidencia.

Para salir del vientre materno una vez completada la dilatación del cuello uterino, el bebé penetra en el canal pelviano camino hacia el exterior. De cómo la cabeza del niño penetre en este canal depende que su recorrido y salida sean más fáciles. El descenso óptimo se logra cuando el centro del cráneo (sutura sagital) recorre el eje del canal, siguiendo su curvatura. Para que ocurra así, la introducción idónea es con un ángulo de incidencia de 90° , para que el eje fetal coincida con el del canal. En el parto vertical, el ángulo de incidencia siempre es mayor que en el parto horizontal, acercándose a los 90° .

Empuje, diafragma y abductores.

Para que el empuje de la futura madre sea efectivo hay que empezar descendiendo el diafragma, fijándolo para que actúe como base de apoyo, lo cual se logra realizando una profunda inspiración y reteniendo el aliento. Conseguido esto hay que contraer los músculos del abdomen, haciendo un efecto de prensa. En posición horizontal las vísceras del abdomen se desplazan hacia el tórax, empujando al diafragma hacia arriba. Por ese motivo en esta posición cuesta más respirar, una dificultad bien conocida por cualquiera embarazada. Si esta dificultad respiratoria provoca malestar, pensemos que aún será mayor el trabajo de empujar en el parto. En este caso hace falta un esfuerzo adicional para descender el diafragma, para mantener el diafragma fijo soportando el peso de las vísceras y para realizar la contracción de la prensa abdominal.

Todo esto se traduce en un gran desgaste de energía que produce una gran fatiga a la mujer. A pesar de ello los resultados que se obtienen son pocos, ya que es menor la fuerza efectiva de los músculos del abdomen así como el avance del parto. La consecuencia es otro motivo para recurrir al consumo de fármacos que aceleren el parto.

En el parto vertical las vísceras están descendidas por su propio peso. Con solo inspirar profundamente, el diafragma estará en su posición correcta para ejercer presión, sin que deba soportar peso adicional.

Además permite un uso correcto de las piernas que vuelven a mostrar su importancia: los músculos de la prensa abdominal pueden desarrollar una potencia mucho mayor que en posición horizontal

Relajación de la musculatura perineal.

Los músculos perineales deben estirarse al final del parto, para facilitar la salida del niño.

Cuanto mayor sea la relajación mas podrán estirarse y facilitar esa salida sin daño para la madre.

En el parto vertical la región posterior del perineo está sostenida y este apoyo actúa como relajante muscular.

Además apoyar los pies acentúa la relajación perineal. El resultado es una probabilidad menor de desgarros musculares y la posibilidad de prescindir de la episiotomía (seccionado quirúrgico de la vulva).

Redistribución sanguínea.

Cuando el niño ha salido del vientre materno, deja un espacio que ocupan de nuevo los órganos abdominales; antes comprimidos ahora se distienden. Esta expansión reclama un aporte de circulación sanguínea adicional. Por eso hay un gran aumento de flujo sanguíneo hacia el abdomen que hace necesaria una readaptación circulatoria para compensar el déficit sanguíneo que podría producirse en otros órganos tales como el cerebro.

Es importante tener en cuenta este mecanismo ya que una ligera disminución circulatoria en el sistema nervioso central provoca mareos y desmayos. Si tras un parto horizontal la mujer tratara de ponerse de pie, probablemente sufriría un desmayo ya que la adaptación circulatoria se hace para la posición horizontal.

En cambio en el parto vertical la mujer puede ponerse de pie de inmediato, pues la circulación sanguínea se adapta a la posición vertical (sentada) de la mujer. Ponerse en pie después del parto produce una sensación de gran bienestar y salir de la sala de operaciones por sus propios medios no es un espectáculo frívolo sino que significa salud. Para la mujer resulta dramático pasar de las dificultades para moverse, propias del embarazo a la necesidad brusca de tener actividad. El parto vertical brinda la posibilidad de desarrollar progresivamente sus posibilidades sin cambios bruscos.

Aspectos psicológicos.

Las ventajas psicológicas del parto vertical son indiscutibles. Con frecuencia la pérdida de control por parte de la mujer en el parto horizontal obliga a la utilización de anestésicos y otros fármacos. Que la mujer pierda el control es lógico, ya que en realidad no se le permite controlar nada. En cambio en el parto vertical la mujer siente que ella hace, que es protagonista y que los demás colaboran, algo que favorece una evolución tranquila del posparto.

Conclusión

El parto vertical no es complicado. Al contrario, supone sentarse en un sillón de la forma que resulte más cómodo y eso simplifica y facilita el parto.

El parto vertical no necesita alta tecnología ni elementos sofisticados. Pero no implica parir a lo primitivo, porque siempre tenemos al alcance de la mano todos los elementos técnicos que podamos necesitar para resolver complicaciones, si llegan a surgir y esas son ventajas que aporta la ciencia.

El parto vertical es la posición que adopta espontáneamente la mujer.

El parto vertical no es peligroso. El médico, que lo asiste puede sin ninguna dificultad recibir al niño y detectar cualquier dificultad que pudiera surgir y realizar cualquier maniobra obstétrica que fuera necesaria. Avalo esta afirmación en mis muchos años de experiencia en esta práctica. Es más, el estado de lucidez de la mujer hace que pueda transmitir mejor sus sensaciones al profesional que la asiste quien puede hacer una evaluación del parto más correcta, de lo que resulta un aumento de seguridad.

La forma de nacer un niño depende en muy alto grado de cómo realiza el parto la madre.

No será lo mismo el nacimiento de un niño/a si el parto es largo, doloroso, cansador, con dificultades, con fármacos e intervenciones, que si es un proceso corto, calmado tranquilo y espontáneamente normal. Esta por lo tanto fuera de toda duda que un mejor parto leva incuestionablemente a un mejor nacimiento y se ha comprobado repetidas veces que los niños nacidos por parto vertical son más sanos.

Como dice el Dr. Tucho Perrusi y está ratificado por una amplia experiencia: *“La obstetricia tienen el mérito de haber desarrollado una serie de técnicas para resolver el parto distócico, pero muchas de esas distocias se producen por la posición horizontal. Al permitir que las mujeres “hagan” su parto vertical se logran muchos mas partos normales. A lo que puedo agregar: “Y niños más sanos”*

Solía decir Perrusi: *“La obstetricia ideó una serie de maniobras correctas para una posición incorrecta”*.

Podemos extendernos y añadir que *“la pediatría ideó una serie de técnicas con el objeto de asistir al recién nacido de un parto incorrecto”*.

Pero aún hay más. La forma en que se produzca el parto y el nacimiento de su hijo no es un hecho aislado. Se encuentra conectado con toda la historia pasada y futura de la familia. Una pareja que desea saber pide y exige aquello que le brindará mas salud y bienestar, sabiendo porque pide y exige en un acontecimiento tan trascendente, está consolidando una actitud que indefectiblemente se manifiesta en otros ordenes de la vida. Hay que enterarse, saber y elegir para poder defender el bienestar de la familia.

Revista "Cuerpo-Mente", N°7, Otoño de 1991
Buenos Aires, Argentina

Las posiciones para parir



Semana Mundial Por un Parto Digno y Respetado 15 al 21 de mayo 2006: ¡Respetemos el tiempo del nacimiento!

Este año desde la Red Latinoamericana y de Caribe por la Humanización de Parto y el Nacimiento queriendo aunar esfuerzos y organizaciones a nivel mundial hemos unificado los lemas de CIMS (Coalition for Improving Maternity Services): “La Hora Dorada” y de Afar (Alianza Francesa para el Nacimiento Respetado) “El tiempo de Nacer” haciendo eje en el respeto al tiempo en todo el proceso de parto / nacimiento.

El trabajo tiene sus tiempos que son diferentes en cada mujer

Cuando hablamos de humanizar estamos hablando de la necesidad de devolverle al nacimiento su verdadero sentido, protagonizado por la mujer que padece, el hijo/a que nace y el hombre que acompaña, respetando los tiempos de la naturaleza que son distintos en cada mujer, cuando los verdaderos protagonistas viven este momento con la entrega que se requiere, la intervención de las/os profesionales, será solo de acompañar sin intervenir.

Solo así lograremos un verdadero nacimiento, en donde los protagonistas saldrán fortalecidos como seres humanos.

Dar a Luz plenamente es posible si le devolvemos a la mujer la seguridad perdida, preparándola para un nacimiento en un lugar que ella escoja y que le de seguridad, rodeándola de un ambiente cálido, acompañada por las personas que forman su núcleo de amor y amistad y dejándola asumir la tarea de acuerdo a sus creencias y necesidades.

Así su parto y nacimiento se convertirá en un acto de entrega, de placer el que recordará como algo digno de ser vivido, dándole a su hijo/a esa placentera vivencia que se transformará en el primer paso de vida juntos, lo que ayudará a convertirla/o en un adulto sano que es lo que todas/os deseamos para nuestros niñas/os, es la única forma en que lograremos una sociedad más justa en donde la comunicación, la fraternidad y el amor sean las bases a seguir.

El proceso del trabajo de parto y nacimiento es diferente en cada mujer y cada bebé, es diferente en los aspectos tanto físicos como emocionales, diferente en su desarrollo temporal.

La institucionalización de los partos ha hecho que se sistematicen una serie de controles y procedimientos sobre la mujer y el bebé sin evaluar el estado de salud de cada individuo y sus necesidades particulares, transformándose en rutinas; que suelen ser molestas, dolorosas y potencialmente riesgosas aplicándose sin justificación científica por costumbre del equipo de salud o que sigue pautadas que no han sido revisadas y actualizadas.

Un eje central en esta “cadena” de rutinas sobre la mujer y el bebé es el tiempo, la imposición de que este proceso sea lo más breve posible, que todo termine rápido.

En este apuro se generan iatrogenias que van desde casos leves a casos severos con sufrimiento fetal agudo y hasta muerte de la mujer y el bebé.

Esto no sucedería si tan sólo se respetara el tiempo que cada mujer y cada bebé necesita para parir y nacer.

Es necesario que conozcamos las rutinas que apuran el proceso de nacimiento para que podamos cuestionar su utilización indiscriminada; y saber que cuando esta cadena empieza es difícil detenerla, cada rutina hace necesaria la siguiente

transformando un hecho fisiológico en un acto médico alterando por completo su ritmo saludable y natural.

Generalmente las mujeres son internadas precozmente en un ambiente que les ajeno y en muchos casos hostil, esto detiene el proceso fisiológico ante la aparición de adrenalina que inhibe la secreción de oxitocina que desencadena las contracciones. En lugar de darle a la mujer, y su acompañante, un trato amoroso y respetuoso, respetando su tiempo de adaptación a la institución, se la suele dejar sola y se le administra oxitocina sintética para retomar el trabajo de parto detenido, aquí ya su tiempo personal se perdió para siempre, su ritmo fisiológico propio y el de su bebé son forzados por una droga externa que los obliga a llevar un ritmo antinatural, a esto hay que agregarle la posición acostada, la restricción de movimientos y muchas veces de ingesta de líquidos y sólidos. Muchas veces además de la oxitocina se le agregan prostaglandinas (“la bomba”) para que la mujer tenga su bebé en dos horas (“y dejar la guardia limpia”). A pesar de que debiera ser suficiente con las drogas, se rompe la bolsa amniótica artificialmente, quitándole al bebé una protección vital. Cuando llega el momento final, para las mujeres que logran tener un parto vaginal (generalmente más en hospitales que en clínicas pues en las últimas utilizan anestesia peridural y monitoreo electrónico continuo y más oxitocina terminando en cesárea en más de 50% de los casos, además de las cesáreas programadas por conveniencias de tiempos del médico obstetra y no del bebé) allí tampoco se espera y la mujer es cortada en la vagina para sacar rápido al bebé, tampoco se puede esperar a que la madre puje (difícil hacerlo acostada con las piernas para arriba) y a que el bebé nazca por sus propios medios: también se lo apura tirando de su cabeza y traccionando el médico ó partera los hombros del bebé.

Una vez nacido se corta inmediatamente el cordón, resulta difícil esperar 2 a 3 minutos hasta que cese de latir el cordón, y en lugar de ser dejado sobre el pecho de su madre, el lugar más saludable para un recién nacido, se lo llevan para someterlo a una serie de rutinas violentas, muchas de ellas innecesarias, y ninguna urgente en la inmensa mayoría de los recién nacidos sanos: aspiración de secreciones, sonda oro gástrica, Sonda Anal, Vitamina K inyectable, Vacunas, profilaxis oftálmica (gotas de nitrato de plata ó eritromicina en los ojos), baño y medidas.

El único apuro después del nacimiento, si hubiera alguno, es estar sobre el pecho de su madre, en intimidad y silencio, con una temperatura e iluminación ambiental adecuada a sus necesidades.

Así el bebé, que recién llega a este lado del mundo, puede recuperarse de su enorme esfuerzo y reconocerse con su mamá y su familia. Esto es lo único **que no puede esperar**.

Por la salud de nuestras/o hijas/os

¡Respetemos el tiempo del nacimiento!

**RELACAHUPAN
RELACAHUPAN-Argentina**

Semana Mundial Por un Parto Digno y Respetado 7 al 13 de mayo 2007: "Nacimiento respetado"

El tema de la Semana Mundial por el Parto Respetado, del 7 al 13 de mayo de 2007, fue "Nacimiento Respetado". Una oportunidad para hablar de la acreditación de calidad propuesta por el CIANE a partir de Mother-Baby Friendly Childbirth Initiative - MBFI.

El objetivo del proyecto MBFI/Nacimiento respetado es valorizar las **personas** y promover **lugares de nacimiento** respetuosos para las mujeres, los hombres y sus bebés.

Durante esta semana, la idea de "Nacimiento respetado" se trabajó apuntando a tres ejes:

- reafirmar una **exigencia de calidad** para los usuarios de los servicios de maternidad.
- La calidad de la preparación y del acompañamiento del nacimiento depende en parte del **número y la calificación de los profesionales** al servicio de las mujeres en situación de parto.
- El tercer eje del tema "Nacimiento respetado" fue el respeto de la **libertad de elección del lugar del parto**.

Mientras algunos países del norte de Europa, que ostentan las mejores estadísticas perinatales, también son los que cuentan con verdaderas **casas de parto** (más que un centenar en Alemania) y donde las comadronas pueden acompañar sin dificultades los partos a domicilio, otros mantienen una actitud timorata -y generalmente hostil- frente a las demandas de un sector creciente de la población.

La Semana Mundial es una oportunidad para reafirmar públicamente que la reproducción humana es en primer lugar un **fenómeno social**. El punto de vista médico sólo tendría que imponerse como único punto de referencia en la medida en que más de un 80% de los partos no necesitan ninguna intervención.

La SMAR (Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté) 2007, fue pues, una oportunidad para un debate público sobre los proyectos de casas de partos y la práctica del **parto a domicilio**, que cuentan ya con numerosos estudios que demuestran su buen fundamento y su seguridad.

Por un nacimiento respetado

El propio nacimiento es, en sí mismo, un hecho fundamental en la vida de las personas. No sólo por lo que representa en cuanto surgimiento a la vida extrauterina, sino también por su influencia en nuestra forma de ser más profunda, que nos acompañará el resto de nuestra vida. Hoy en día hay más que suficientes evidencias que demuestran la importancia de la gestación, del nacimiento, de los primeros años de vida, en el futuro de las personas. Hablar del futuro de las personas es hablar del futuro de las sociedades, de las civilizaciones, de la Humanidad. Al fin y al cabo los bebés, los niños de hoy, son los adultos del futuro. Debemos preguntarnos entonces, ¿Qué es un buen nacimiento? ¿Qué aspectos debemos cuidar para que sea la mejor de las experiencias para la madre y para el bebé?

Hay, evidentemente, dos grandes protagonistas en todo nacimiento: la madre y su hijo. La madre ya ha pasado anteriormente (aunque sea su primer hijo) por la experiencia del nacimiento: el suyo propio, en el papel de hija. En el momento del nacimiento la madre es a la vez ella misma naciendo y de hecho, su hijo, ha formado parte de su cuerpo en una simbiosis total. Hablar de simbiosis entre madre e hijo es hablar de pensamientos, sentimientos y emociones compartidos. Lo que siente la madre, lo siente el bebé. Esta simbiosis no acaba con el acto del nacimiento, en que físicamente se separan a través del corte del cordón umbilical, sino que continúa en el tiempo, en los días, meses y años posteriores. Pero esta simbiosis entre madre e hijo no significa que el cerebro, la mente de la madre, sea el mismo que el del bebé, sino la existencia de dos cerebros diferenciados, cada uno con su particular forma de recibir y almacenar información. El cerebro del bebé es básicamente receptivo, con una percepción subjetiva, interiorizada y puramente emocional. El bebé globaliza todo impacto emocional haciéndolo suyo y de esta forma inscribe en sus células, en su sistema nervioso, en su cuerpo todo, cuanto la madre siente, sean emociones gratificantes o traumáticas. En el nacimiento debemos pues considerar, tanto las necesidades emocionales de la madre como las del bebé. Si la madre tiene una vivenciación gratificante de su parto, así lo sentirá también su bebé.

Necesidades emocionales de la madre

No cabe duda de que el primer deseo de toda madre, ante el acto de Dar a Luz, es que ella y su bebé no tengan ningún problema de salud, en cuanto a su cuerpo físico se refiere. A partir de aquí, cada madre tendrá sus propias expectativas sobre el desarrollo del parto. El problema es que esas expectativas se basan, generalmente, en una mala información (incluso en una des-información).

También, cada mujer, según su entorno familiar, social y cultural, se ha creado una visión particular sobre el nacimiento. Uno de los sentimientos más repetidos es el miedo. El miedo al dolor, el miedo a que algo salga mal, el miedo a no ser "capaz". De este miedo se sirven algunos estamentos médicos para manipular y someter a la mujer a sus prácticas clínicas, que no tienen en cuenta las necesidades emocionales de las madres y menos aún de los bebés.

No cabe duda de que, gracias a los adelantos médicos, se salvan vidas de madres y bebés durante el parto. Pero ya nadie puede negar tampoco, que nos hemos pasado de "frenada". Lo que debería ser de aplicación puntual y efectiva se ha convertido en habitual y dañino. Tal como pregona el Dr. Michel Odent (experto obstetra), las

excesivas intervenciones médicas en el parto interrumpen su proceso natural y tienen como consecuencia un exceso de utilización de fórceps, de cesárea innecesarias, de episiotomías y de complicaciones post-parto (dicho de otra manera, sufrimiento innecesario para madre y bebé).

El Dr. Michel Odent demuestra, desde la fisiología, que el cuerpo de la mujer (y del bebé) está más que suficientemente preparado para Dar a Luz sin problema. Sólo hay que dejarlo que actúe. En las excepciones en que surja una complicación, ahí debe estar la medicina para solventarla. La Naturaleza dota a la madre y bebé, para afrontar las exigencias del nacimiento, de lo que él denomina "Cóctel de Hormonas". En este cóctel destacan las endorfinas -morfina endógena, que producen madre y bebé- y la oxitocina -genera contracciones del útero, induce al amor, al goce y al placer-, que sólo podrá segregarse si no se produce adrenalina, al ser antagonistas. La adrenalina se produce ante una situación de peligro, de miedo, de inseguridad y ello nos da pistas para pensar qué aspectos debemos cuidar en el entorno del nacimiento. El Dr. Michel Odent aboga por un parto que hay que "mamiferar" en el sentido de respetar el proceso instintivo, natural del nacimiento; a través de la intimidad, la seguridad, la temperatura adecuada, la libertad de movimiento, el lenguaje utilizado con precaución, la penumbra.

Fijémonos que la vivenciación gozoza -emocionalmente sana- del parto, por parte de la madre, necesita de unos cuidados limitados y sin intervenir en el proceso fisiológico del mismo. Necesita de un entorno íntimo, tranquilo y respetuoso con los deseos de la madre. Lo emocional y lo fisiológico interactúan, se influyen mutuamente para obtener un nacimiento sano y feliz; para que la madre viva, en toda su intensidad emocional, el milagro del nacimiento.

Necesidades emocionales del bebé

Desde la perspectiva del bebé, su nacimiento, es un hecho de alta carga emocional. Abandona el cálido y protector útero para surgir a un mundo desconocido, a través de un camino largo y lleno de obstáculos. El bebé, a lo largo de la gestación y en el nacimiento, mantiene una simbiosis total con su madre. Esa simbiosis implica que lo que siente la madre, lo siente él. Por lo tanto, un primer aspecto a considerar, en las necesidades emocionales del bebé, es el estado emocional de su madre a lo largo del trabajo de parto. Ya hemos visto qué aspectos contribuyen a que el estado emocional de la madre sea el mejor posible.

Además de los sentimientos que le transmite su madre, el bebé experimenta por sí mismo las diferentes etapas que se suceden a lo largo del parto. En su corto pero intenso camino hacia el exterior, sentirá en su cuerpo las exigencias del proceso y también se inundará de intensos sentimientos y emociones, propios y provenientes de su madre. Justo en el momento de nacer tenemos el momento más crítico del proceso a nivel emocional. De repente está en un mundo desconocido, en un espacio amplio que contrasta con la estrechez en la que hasta ahora había experimentado. Luces extrañas y sonidos desconocidos. Pulmones que luchan por respirar. De cómo perciba el bebé este nuevo mundo, dependerá su particular forma de percibirlo el resto de su vida. ¿Cuáles son sus necesidades emocionales en este momento? La primera necesidad es la de sentirse "seguro" (lo contrario es miedo, pánico, terror). Sentirse seguro significa sentirse protegido. Sentirse cerca de donde se ha sentido seguro toda su vida: junto a su madre. Tocando su cuerpo, oliendo su piel, escuchando el latido de su corazón, recibiendo su calor, percibiendo su mirada. En segundo lugar, necesita sentir la alegría, la felicidad, el

amor de su madre. Esto sólo es posible situando el bebé, nada más nacer, en el pecho de su madre. No cortar el cordón umbilical hasta que deje de latir (otro sufrimiento que debe evitarse, puesto que si el cordón umbilical se corta antes, el bebé, literalmente, se asfixia; sus pulmones aún no se han vaciado de líquido amniótico y no pueden aportar el oxígeno necesario), no practicar pruebas médicas, ni curas que puedan posponerse para más tarde, no separar bajo ningún concepto a madre y bebé.

De nuevo la fisiología apoya lo emocional. Continuando con el "Cóctel de Hormonas", si se permite el contacto inmediato entre madre y bebé, se va a producir la mayor descarga de oxitocina que experimenta un ser humano en toda su vida. Ello induce al amor maternal, al apego madre-bebé a sensaciones placenteras y de felicidad. Al mismo tiempo se segrega Prolactina. Se facilita el inicio de la lactancia, el desprendimiento de la placenta y se previenen hemorragias. ¡Casi nada, si dejamos a la Naturaleza actuar!

¿Qué es un buen parto?

De entrada todos estaremos de acuerdo en que un buen parto es el que tiene como resultado final una madre y un bebé en perfecto estado de salud. A partir de aquí es cuando debemos considerar que la palabra "salud" incluye el estado mental y emocional de las personas (no sólo la del cuerpo), por lo que un buen parto será, además, el que permita su vivenciación emocional, feliz y gozoza, por parte de la madre y del bebé.

Es más, por encima de las "formas" en que se desarrolle el parto y el nacimiento, prevalece el "sentir" del madre y bebé. "Casualmente" las formas que más pueden ayudar a esa vivenciación emocional feliz y gozoza, son las del parto "mamífero" que pregona Michel Odent. Un parto no intervencionista, ni medicalizado. Un parto respetuoso con la fisiología y con la vivenciación emocional, que permite a la madre y al bebé la máxima salud, física y psicológica.

Entonces, si no se tiene un parto en estas condiciones, o nace un bebé prematuramente, o se efectúa una cesárea, ¿tendremos unas irremediables consecuencias negativas en el desarrollo psicoemocional del bebé? No necesariamente. Antes del nacimiento hay largos meses de gestación, fundamentales en la construcción del vínculo afectivo entre madre y bebé. Una gestación en la que el bebé intrauterino recibe el amor de su madre es una sólida base para afrontar el nacimiento. Después del nacimiento hay minutos, horas, días, años en que tenemos la oportunidad de ayudar a que, sea cual haya sido el proceso de parto, el bebé se sienta seguro, protegido, amado. Un nacimiento traumático para el bebé necesita, más si cabe, de todo el alimento afectivo que seamos capaces de darle (lactancia, colecho, atención del llanto, besos y abrazos sin límites).

Ante todo información

La gestación, el nacimiento, son los hechos más importantes en la vida de las personas, tanto vivenciándolo como bebé, como siendo madres y padres. En las últimas décadas se ha tecnificado tanto la gestación y el nacimiento que se ha perdido en gran medida la oportunidad de experimentarlo con toda su carga emocional, con toda su fuerza vital.

Toda mujer tiene el derecho (y yo diría además el deber) de informarse de las diferentes posibilidades que tiene de traer a sus [hijos](#) al mundo, de lo que supone cada una de ellas, teniendo en cuenta sus propias necesidades y las del bebé; escogiendo la que crea más adecuada a sus expectativas y deseos. Para ello no hay más remedio muchas veces que "buscar" esa información fuera de los cauces hospitalarios y médicos usuales, tarea que facilitan grupos y asociaciones dedicados a informar, asesorar y proteger los derechos de madres y bebés (incluidas las valiosas asociaciones de apoyo a la lactancia)

Sólo la concientización de madres y padres de lo que supone una manera u otra de dar a luz puede hacer cambiar finalmente actitudes y protocolos irrespetuosos con las mujeres y sus bebés. Son muchas las personas dispuestas a promover este imprescindible cambio, por bien de los bebés, las madres, los padres y de toda la sociedad.

*"El nacimiento es un acto sagrado, una representación en la Tierra de la Creación de la vida. Dar a Luz es un acto sublime de amor, lleno de Afecto y entrega. Toda madre, todo bebé, tiene Derecho a vivirlo en toda su intensidad, con toda su Carga emocional. Respetando el nacimiento, Respetamos al Ser Humano, repetamos la Vida y Sembramos semillas para un mundo mejor".
Enrique Blay*

Enrique Blay (Psicólogo del Desarrollo)
Vicepresidente de la Plataforma Pro Derechos del Nacimiento

Bibliografía General

- Alvarez Palacios, Eduardo **¿Qué es el parto vertical?** Revista Cuerpo -
Mente N° 7, Buenos Aires, 1991
- Bruce, Judith **Elementos fundamentales de la calidad de
atención, un marco conceptual simple.**
The Population Council, USA Traduc. Lima,
Perú 1990.
- Caldeyro Barcia, R. **Bases Fisiologicas y Psicologicas para el
manejo humanizado del parto normal.**
Centro Latinoamericano de Perinatología y
Desarrollo Humano.Publicación Cinética N°
858, Montevideo, Uruguay.
- Davis-Floyd, Robbie
St-John, Gloria **Del médico al sanador.** Editorial CREAVIDA,
Argentina
- Fernández del Castillo, Isabel **La revolución del nacimiento, en busca de
un parto más humanizado.** Editorial
Granica, 2006
- Gaskin, Ina May **Partería Espiritual: La naturaleza del
nacimiento entre el amor y la ciencia.**
Editorial CREAVIDA, Argentina
- Gongonneau, J. / Garnier G. **La sexualidad de la mujer embarazada.**
Editorial Al. Baland
- Jones H., Ricardo **Crónicas de un Obstetra Humanista.**
Editorial CREAVIDA, Argentina
- Kitzinger, Sheila **Nacer en casa.** Editorial Integral, Barcelona
2002
- Matamala, María Isabel y
Maynou Osorio, Pilar **Calidad de atención y género.** Colectivo
Mujer, Salud y Medicina Social (COMUSAMS)
Santiago - Chile
- Moyses Paciornik **Aprenda a vivir como los indios.** Espaço e
Tempo, Río de Janeiro

Odent, Michel	El granjero y el obstetra. Editorial CREAVIDA, Argentina
Odent, Michel	La científicación del Amor. Editorial CREAVIDA, Argentina
Odent, Michel	Nacimiento renacido. Editorial CREAVIDA, Argentina
OMS	Serie de publicaciones sobre revisión de rutinas obstétricas.
OMS	Evidencias científicas. Consultar pág. Web de RELACAHUPAN
Penadés, Elena	Los ciclos de la mujer y la medicina natural. Editorial CEUTA.
Relacahupan	Boletines.
Relacahupan	Semana del parto digno y respetado.

Algunos sitios de interés para información sobre la humanización del parto:

RELACAHUPAN:	www.relacahupan.org
PRIMAL, Costa Rica	www.cosmovisiones.com/primal
Nacer Mejor, Uruguay	www.nacermejor.com.uy
Dando a Luz, Argentina	www.dandoaluz.org.ar
Revista Obstare, España	www.obstare.com
Eva Giberti, Argentina	www.evagiberti.com
Holistika, España	www.holistika.net
RSMLAC, Red de Salud de las mujeres de Latinoamérica y el Caribe---	www.reddesalud.org

PARA SABER MAS SOBRE PARTO EN AGUA:

<http://www.amigasdoparto.com.br/tipos.html>
www.amigasdoparto.com.br/presgate.html
www.amigasdoparto.com.br/partonagua.html
www.amigasdoparto.com.br/cocoras.html

Equipo docente RELACAHUPAN Uruguay
E-mail: relacahupan.uruguay@gmail.com