

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## Participación de la mujer en su parto Una experiencia en Quirihue, Ñuble

\* J. Torres-Pereyra

\*\* M. Cox-Ureta

El acontecimiento del parto en nuestra sociedad es un "evento médico", cuya atención obedece a ciertos criterios profesionales, aceptados más por la costumbre que por una sólida evaluación de proceso (Oakley), es una circunstancia que impone además conductas y técnicas con escasas o nula consideración del patrón cultural de la propia embarazada (Houd), (Klaus).

El vertiginoso avance tecnológico experimentado por la medicina de las últimas décadas, no ha sido acompañado por un desarrollo paralelo del marco comprensivo relacionado con los sucesos que inician los procesos vitales, es más, a menudo se ha llegado a una visión deformada y casi patológica, acerca de una situación que es normal, natural y que constituye en sí el inicio de la vida (Maratos).

### LA EMBARAZADA Y EL PARTO EN EL MEDIO URBANO

En Chile, la tendencia progresiva a la atención profesional del parto institucional se ex-

\**Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

\*\**Departamento de Obstetricia, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

presa en un nivel de cobertura cercano al 90%. Este hecho se ha relacionado con la disminución evidente de las tasas de mortalidad materna y perinatal, así como de los riesgos de infecciones y otras complicaciones severas del período.

No cabe duda que la incorporación adecuada del conocimiento médico ejerce un efecto favorable en términos de la posibilidad de enfermar o morir.

Sin desconocer estas contribuciones positivas, "la instrumentalización" actual de nuestras maternidades, con sus restricciones e insuficiencias de espacio y de personal en relación con la demanda excesiva así como el uso relativamente empírico de tecnologías más sofisticadas, ha deshumanizado progresivamente la atención del parto, dificultando la factibilidad de obtener una participación efectiva de la mujer, la misma que pasa a ser simplemente un objeto pasivo, con escasos derechos para adoptar opciones, formular opiniones o intervenir.

La técnica y conocimiento obstétricos se imponen forzosamente a la supuesta "ignorancia", a la cultura y a la experiencia de la mujer en proceso de parto, se busca más el feliz "término del producto" que el poder contribuir a crear un instante de felicidad, una vivencia gratificante,

en la que se proporcione gentileza, apoyo y comprensión, además de la supuesta eficiencia.

Las grandes maternidades que otorgan atención obstétrica en las capitales, ven sobrepasados sus márgenes operacionales, ya que es imposible estructurar en términos racionales, la asistencia adecuada de 10.000 o más partos anuales. El rol de la mujer es esencialmente pasivo.

En los sectores pobres de nuestras poblaciones latinoamericanas, no existen instancias que "personalicen" la atención del parto. Solamente, en algunas clínicas privadas es posible que los padres puedan acompañar a sus parejas durante el parto, parto y puerperio inmediato.

### **PARTICIPACION DE LA EMBARAZADA EN SU PARTO, EN EL MEDIO RURAL**

La Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile desarrolla proyectos de apoyo a sus médicos egresados que trabajan en determinadas provincias del país, contando para ello con la colaboración de la Fundación W.K. Kellogg y del Programa Alternativo de Extensión en Salud Materno Infantil (PAESMI).

A continuación se relatarán ciertas experiencias realizadas en la región de Quirihue, Ñuble (VIII Región de Salud), cuya información se obtuvo mediante observación directa, encuestas y juegos participativos. La zona de referencia corresponde a sectores rurales de extrema pobreza, con una atención no profesional del parto cercana al 15%.

Cuando se avecina el parto, las embarazadas restringen la ingestión de alimentos con la finalidad de no tener deposiciones, de que el niño tenga hambre y mame vigorosamente después de nacer.

Durante el parto desarrollan labores y actividades físicas livianas de la casa. Habitualmente deambulan y suelen ingerir brebajes calientes para obtener una relajación perineal.

Caracterizan las contracciones de parto como dolores continuos, permanentes, intensos e irradiados a la región lumbar.

Con la debida anticipación los padres y familiares adecúan el lugar del parto, éste es una

pieza cualquiera de la casa, sin adornos, colores o aromas especiales, con tenue luminosidad para mantener la privacidad del acto y evitar que el recién nacido "salga con miedo".

En la preparación del ambiente y de los materiales que se utilizarán durante el parto, participan activamente la embarazada, el padre y a veces otros familiares.

Del techo de la casa cuelga un cordel resistente cuyo extremo proximal en forma de lazo, le sirve de apoyo y está a la altura de los hombros de la embarazada en cuclillas, cuando ésta inicia los pujos.

No interesa mayormente el tipo ni el color del cordel.

La posición más frecuente es en cuclillas, sobre un cuero limpio de oveja generalmente blanco, cubierto a veces por una sábana también blanca.

Para favorecer la dinámica uterina son frecuentes los masajes en la región lumbar. Si se prolonga el trabajo de parto se indican baños de asiento con manzanilla.

Las embarazadas no se rasuran ni se bañan antes ni después del parto.

Se alistan tijeras e hilo de coser o de lana blanco, los que se lavan con agua y jabón.

Si el parto es asistido por partera empírica, ésta no efectúa tactos vaginales ni maniobras de intervención.

La rotura de membranas es generalmente espontánea, no existiendo una percepción clara acerca de la importancia del aspecto del líquido amniótico.

Iniciado el trabajo de parto, la madre encucillada sobre el cuero de oveja y asida fuertemente del cordel, puja vigorosamente, acompañada por el marido durante todo el proceso del parto y alumbramiento.

El hombre ejerce las veces de acompañante de la parturienta y de asistente de la partera empírica cuando ella está presente.

El esposo se sienta por detrás de la mujer en cuclillas, la abraza con los brazos cruzados por encima del abdomen y ejerce a su vez presión permanente sobre la región lumbar de la mujer con las rodillas. En la medida que avanza el parto, desciende el nivel de compresión con los brazos.

La posición antes descrita permite que la madre observe permanentemente el desarrollo y término del parto.

El recién nacido se deposita sobre un cuero de oveja. El cordón es ligado en cuanto sale la placenta. La ligadura se realiza a 3 ó 4 traveses de dedo de la inserción abdominal, mediante dos nudos corrientes.

Posteriormente se procede al aseo del niño con agua tibia con o sin jabón y al secado y cobertura del mismo mediante sabanillas o pañales apretados al cuerpo. Es frecuente que se cubra la cabeza mediante un gorrito blanco que tiene por objeto evitar enfriamiento y enfermedades.

Después del nacimiento y hasta que termina el alumbramiento, el recién nacido no es objeto de la atención inmediata por parte de los padres, solamente una vez que pasan algunos minutos, la madre recibe al niño e inicia su lactancia.

Generalmente el alumbramiento es espontáneo. La madre amarra el extremo placentario del cordón al pie, ejerciendo suave tensión permanente hasta la expulsión placentaria, si ésta se demora se recurre con frecuencia a masajes externos del abdomen, acompañados de provocación de vómitos. Excepcionalmente, la partera empírica recurre a la extracción manual.

La placenta es depositada y envuelta en el mismo cuero de oveja, el conjunto se amarra al cordel utilizado durante el trabajo de parto. Allí permanece durante algunas horas, para ser enterrado finalmente en algún lugar no transitado de la casa: esquinas de los cuartos o surcos de las caídas de agua de las canaletas de los techos.

Solamente cuando la mujer decide no tener más hijos, el marido bota la placenta al río, no obstante existe la creencia de que esta acción involucra el peligro de contraer fiebre puerperal.

El sangramiento debe ser moderado para expulsar "la sangre mala". Ante cualquier hemorragia importante se ingieren bebidas calientes con hierbas retractoras o sopas.

Después de un reposo de 48 horas la madre inicia sus labores habituales en la casa.

Durante los cuarenta primeros días del puerperio, la madre efectúa su aseo con paños hú-

medos, no se baña ni tiene relaciones sexuales, si puede come abundantemente y usa envolturas blancas en la cabeza para evitar fiebres puerperales.

### EN BUSCA DE UNA PARTICIPACION EFECTIVA

El diagnóstico de los mitos, creencias y vivencias de nuestra población de embarazadas mediante medios participativos nos permitió apreciar que los temores y angustias que experimentan al ser atendidas en los hospitales, guardaban relación con las siguientes circunstancias:

- soledad durante el parto, permanencia en sitios desconocidos, fríos, con personas extrañas,
- atención poco cordial,
- escasa confianza con el personal de salud,
- absoluta falta de consideración en relación con sus creencias y especialmente con la manera tradicional de dar a luz (cuclillas),
- medios económicos insuficientes para asistir a los controles prenatales,
- incomprensión del lenguaje médico utilizado.

Todas estas limitantes se traducían en consultas prenatales tardías (después de la vigésima semana de gestación), mayor incidencia de patología del embarazo, inasistencia a los controles prenatales y elevada proporción de recién nacidos de bajo peso.

Los problemas antes señalados motivaron a nuestro equipo de atención médica a proporcionar una atención más personalizada, simple y que enfatizara los aspectos educativos, respetando su cultura.

El programa contempla tanto grupos urbanos como rurales.

En los grupos urbanos (población inferior a 10.000 habitantes); se efectuaron talleres periódicos de educación participativa, en los cuales las propias embarazadas exponen sus experiencias en relación con la gestación, las que son complementadas con información médica, llegando al término de las reuniones a conclusiones comunes. Las reuniones terminan con un pequeño refrigerio acompañado de cantos y

música. Interesa tener una relación de mutua confianza y acercamiento con los equipos de salud. Las embarazadas pueden personalizar a los profesionales que intervendrán en su atención y asimismo, conocen anticipadamente el espacio físico de la maternidad, especialmente las salas de parto.

En los grupos rurales se realizó previamente una división sectorial de la comuna, acompañada del conocimiento de los itinerarios de buses en la región, con el objetivo de facilitar los mecanismos de citación y coordinación con la embarazada. Finalmente, se obtuvo gratuidad de pasajes para las embarazadas de la comuna.

Las embarazadas son citadas mensualmente a "reuniones-desayuno", las que transcurren en un ambiente muy grato de camaradería con el equipo de salud. Posteriormente, las madres conocen las dependencias del hospital y dialogan con las pacientes hospitalizadas.

En la maternidad, durante el parto, se introdujo la modalidad de asistencia en cuclillas para todas aquellas mujeres que así lo desearan, se promovió la participación del cónyuge tanto en los controles prenatales como durante el parto y puerperio (Fotos 1, 2, 3).

Después del parto, la puérpera y el recién nacido reciben una tarjeta sencilla de felicitaciones, la que contiene además instrucciones referentes a los cuidados del niño. Finalmente, se analiza la evaluación del proceso en reunión de puérperas, en conjunto con las auxiliares de la



FOTO 1. La madre en cuclillas, acompañada por su esposo, es asistida por el obstetra.



FOTO 2. Ella está feliz. El niño nace sin complicaciones.

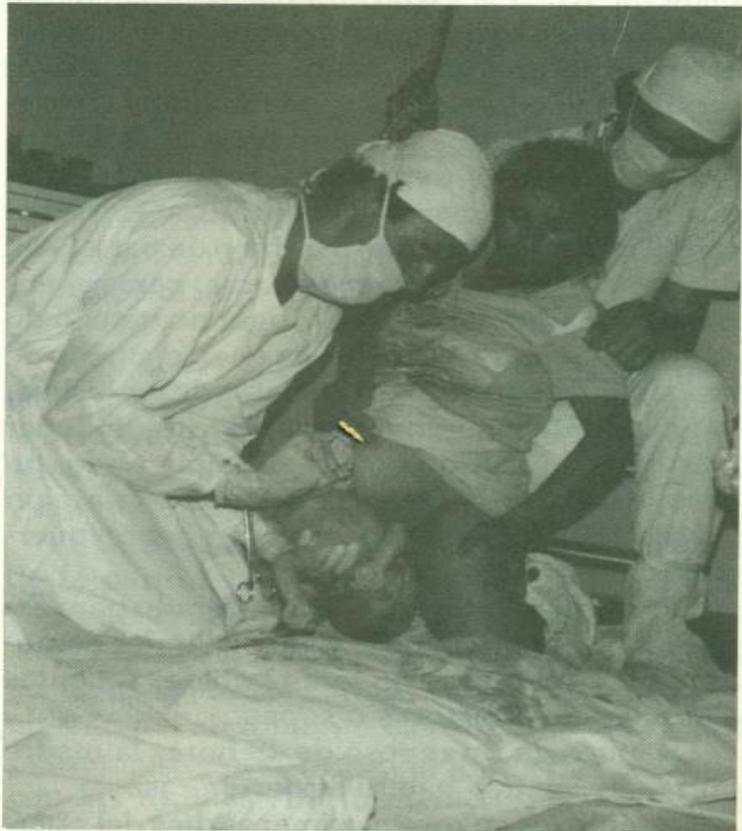


FOTO 3. Es tan pequeñito y llora vigorosamente...

maternidad, utilizando metódicas de educación participativa y enfatizando los aspectos referentes a lactancia y cuidados básicos del niño.

Con estas acciones simples se obtuvieron los siguientes logros en corto plazo:

- un 80% de inicio de controles prenatales antes de la vigésima semana de gestación,
- el incremento de la cobertura prenatal a un 79%,
- reducción en las inasistencias a los controles prenatales,
- un promedio de 9 controles prenatales por embarazo,
- una menor proporción de casos de embarazos patológicos,
- incremento de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y descenso consecutivo de la desnutrición del lactante menor,
- satisfacción y alegría con el deseo obvio de compartir experiencias y facilitar las actividades del programa.

### ¿DONDE ESTA LA SABIDURIA?

En un lugar apartado del altiplano andino pudimos ser aceptados y observar el transcurso de un parto atendido por una viejecita partera empírica.

Producido el alumbramiento preguntamos qué destino tendría la placenta, el esposo contestó que la enterraría bajo el fogón en la misma pieza donde se produjo el parto. Al inquirir el

por qué, simplemente respondió "que la sangre no se podía ir", que no se podía separar de la madre y de su hijo.

Cuando agresivamente volvimos a inquirir si la placenta no se podía desechar, nos miró con profunda tristeza respondiendo que esto no era posible porque la placenta era "jackaña", que en aimará significa vida y que la vida no se puede eliminar. □

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Houd, S.: El fomento de la salud en el embarazo. Documento presentado al grupo de trabajo sobre Tecnología Prenatal Apropiaada, OPS. Washington, 26-30 de noviembre, 1984.
2. Klaus, M. y Kennell, J.: Maternal-infant bonding. St. Louis, C.V. Mosby, 1976.
3. Oakley, A.: Las condiciones sociales y los resultados de la gestación y el parto. Documento presentado al grupo de trabajo sobre Tecnología Prenatal Apropiaada, OPS. Washington, 26-30 de noviembre, 1984.
4. Maratos, O.: Aspectos psicosociales del embarazo y el parto. Documento presentado al grupo de trabajo sobre Tecnología Prenatal Apropiaada, OPS. Washington, 26-30 de noviembre, 1984.
5. Torres-Pereyra, J.: Metodología de evaluación participativa en salud comunitaria perinatal. Workshop on the Assesment Neonatal Health Technology. Sigtuna, Sweden. Junio, 1984.